

MỨC ĐỘ CÔ ĐƠN, LO ÂU VÀ KHẢ NĂNG ĐỘC LẬP SINH HOẠT Ở BỆNH NHÂN TRẦM CẢM CAO TUỔI

Nguyễn Văn Thống^{1,2,✉}, Nguyễn Hoàng Thanh Sơn¹

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Tâm thần TP. Cần Thơ

Trầm cảm ở người cao tuổi là tình trạng phổ biến, gây suy giảm sức khỏe thể chất, tinh thần và khả năng tự chăm sóc, đồng thời thường đi kèm cảm giác cô đơn, lo âu và giảm độc lập trong sinh hoạt. Nghiên cứu này mô tả mức độ cô đơn theo thang UCLA, lo âu theo thang HAM-A và khả năng độc lập sinh hoạt theo thang Katz ADL, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các yếu tố này với mức độ trầm cảm ở người cao tuổi. Mô tả cắt ngang thực hiện trên 147 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, chẩn đoán trầm cảm theo thang GDS-30. Phân tích mối liên quan bằng T-test và Mann-Whitney. Kết quả cho thấy điểm UCLA và HAM-A ở nhóm này cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trung vị điểm Katz là 6 (IQR = 3); có 11,6% người bệnh phụ thuộc một phần và 23,8% phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày. Nghiên cứu cho thấy cô đơn, lo âu và suy giảm chức năng sinh hoạt là những vấn đề thường gặp ở người cao tuổi trầm cảm, cần được tầm soát và can thiệp sớm trong chăm sóc tâm thần-lão khoa.

Từ khóa: Cô đơn, lo âu, trầm cảm, người cao tuổi, Katz ADL, GDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa dân số, với 11,41 triệu người cao tuổi, chiếm hơn 11,86% dân số tính đến năm 2019. Dự báo đến năm 2036, tỷ lệ sẽ đạt 14,17% tổng dân số, đưa Việt Nam chính thức trở thành quốc gia có dân số già.¹ Trong bối cảnh đó, các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi, đặc biệt là trầm cảm, ngày càng được quan tâm trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Trầm cảm ở người cao tuổi là một rối loạn phổ biến trong cộng đồng, đã được ghi nhận tại nhiều khu vực ở Việt Nam. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tú và cộng sự (2021) tại Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ trầm cảm theo thang GDS-30 là 28,6%.² Trong khi đó, nghiên cứu của Đỗ Văn Diệu tại thành phố Quảng Ngãi ghi nhận tỷ lệ trầm cảm là 15,9%.³ Các nghiên cứu

quốc tế cho thấy cảm giác cô đơn, lo âu và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày có mối liên quan chặt chẽ với trầm cảm ở người cao tuổi. Cụ thể, nghiên cứu của Aylaz (2012) ghi nhận mối tương quan dương có ý nghĩa giữa mức độ cô đơn và trầm cảm ($r = 0,608$; $p < 0,001$).⁴ Nghiên cứu của Porzycz và cộng sự (2018) cho thấy điểm lo âu HAM-A ở nhóm người cao tuổi trầm cảm cao hơn rõ rệt so với nhóm không trầm cảm ($26,6 \pm 6,9$ so với $9,5 \pm 5,7$; $p < 0,001$), đồng thời ghi nhận mối tương quan rất mạnh giữa lo âu và trầm cảm ($r = 0,81$; $p < 0,05$).⁵ Theo Arayici (2025), với nghiên cứu cộng đồng hơn 6 triệu người ≥ 65 tuổi tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy điểm phụ thuộc trong sinh hoạt (Katz ADL) có tương quan âm có ý nghĩa thống kê với điểm GDS ($r = -0,321$; $p < 0,001$). Kết quả đã khẳng định trầm cảm phổ biến ở người cao tuổi, gắn liền với suy giảm chức năng và các yếu tố xã hội - hành vi, qua đó khuyến nghị tích hợp sàng lọc trầm cảm cùng với can thiệp duy trì độc lập chức năng trong chăm sóc lão khoa.⁶

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Thống

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: nvthong.gv@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 16/11/2025

Ngày được chấp nhận: 24/12/2025

Tại Việt Nam, mặc dù đã có các nghiên cứu về trầm cảm ở người cao tuổi, nhưng chưa có đánh giá chi tiết về sự cô đơn, lo âu và độc lập hàng ngày ở đối tượng này. Từ những khoảng trống này, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

1) Mô tả mức độ cô đơn theo thang UCLA, lo âu theo thang HAM-A và khả năng độc lập sinh hoạt theo thang Katz ADL ở người cao tuổi trầm cảm tại Khoa Lão, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, giai đoạn 2022 - 2023;

2) Phân tích mối liên quan giữa cô đơn, lo âu, khả năng độc lập sinh hoạt với mức độ trầm cảm ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhân cao tuổi, được chẩn đoán trầm cảm tại Khoa Lão, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn 2022 - 2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tuổi từ 60 trở lên (theo Luật Người cao tuổi Việt Nam), chẩn đoán trầm cảm theo thang Geriatric Depression Scale phiên bản 30 mục (GDS-30) với điểm GDS-30 ≥ 11 , và có khả năng nhận thức, giao tiếp để tham gia phỏng vấn.^{7,8}

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các rối loạn thần kinh, sa sút trí tuệ nặng hoặc rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến khả năng trả lời; không đủ năng lực hành vi; hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z = 1,96$ (độ tin cậy 95%), $p = 0,23$ (tỷ lệ lo âu ở người cao tuổi trầm cảm theo Lenze và cộng sự), và sai số cho phép $d = 0,068$. Kết quả tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n \approx 147$.⁹

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung và mức độ trầm cảm: Các biến nhân khẩu học (tuổi, giới tính, dân tộc, tình trạng kinh tế, nơi cư trú, bệnh lý đi kèm). Trong đó, tình trạng kinh tế được phân loại dựa trên chuẩn nghèo đa chiều quốc gia theo Nghị định 07/2021/NĐ-CP, và được gom thành ba nhóm nghiên cứu: nghèo (nghèo và cận nghèo), trung bình và giàu (mức sống cao hơn trung bình).¹⁰ Bệnh lý đi kèm (tim mạch, tiêu hoá, nội tiết, cơ xương khớp, hô hấp, bệnh khác).

- Đánh giá trầm cảm bằng Geriatric Depression Scale 30 items (GDS-30), với điểm cắt ≥ 11 xác định có trầm cảm.⁸ Mức độ nhẹ 11 đến 19 điểm, mức độ nặng ≥ 20 điểm.¹¹

- Mức độ cô đơn: được đo bằng UCLA Loneliness Scale (phiên bản rút gọn).¹² Lo âu được đánh giá bằng Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) với điểm cắt ≥ 14 xác định có lo âu.¹³ Khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày: được xác định theo Katz Activities of Daily Living (ADL) gồm 6 mục.¹⁴

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ.

- Bước 2: Đánh giá mức độ trầm cảm bằng thang đo GDS-30 cho toàn bộ đối tượng được chọn.

- Bước 3: Chọn tất cả bệnh nhân có điểm số GDS-30 ≥ 11 , tiến hành phỏng vấn và đánh giá bằng các thang: UCLA Loneliness Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale và Katz Activities of Daily Living.

- Bước 4: Thu thập, tổng hợp số liệu và tiến hành phân tích theo mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu

Đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, tình trạng kinh tế, nơi cư trú và bệnh lý mạn tính đi kèm) được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%).

Trầm cảm ở người cao tuổi được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ (%) theo mức độ và điểm số GDS; điểm số này được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn.

Các thang đo UCLA (cô đơn), HAM-A (lo âu) và Katz ADL (khả năng sinh hoạt) được xử lý tương tự như điểm số GDS. Sự khác biệt giữa các nhóm theo mức độ trầm cảm được kiểm định bằng T-test nếu phân phối chuẩn hoặc Mann-Whitney U nếu không phân phối chuẩn; các biến định tính được kiểm định bằng chi-square. Từ đó, mối liên quan giữa mức độ trầm

cảm và các yếu tố cô đơn, lo âu, độc lập sinh hoạt được xác định.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, số 72/GCN-HHĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 10/4/2020 và được sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu được tiến hành sau khi tất cả người tham gia đã được giải thích rõ ràng về mục tiêu và quy trình nghiên cứu, đồng thời tự nguyện ký văn bản chấp thuận tham gia. Mọi thông tin cá nhân và dữ liệu thu thập được đều được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học nhằm nâng cao sức khỏe cộng đồng, không phục vụ bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

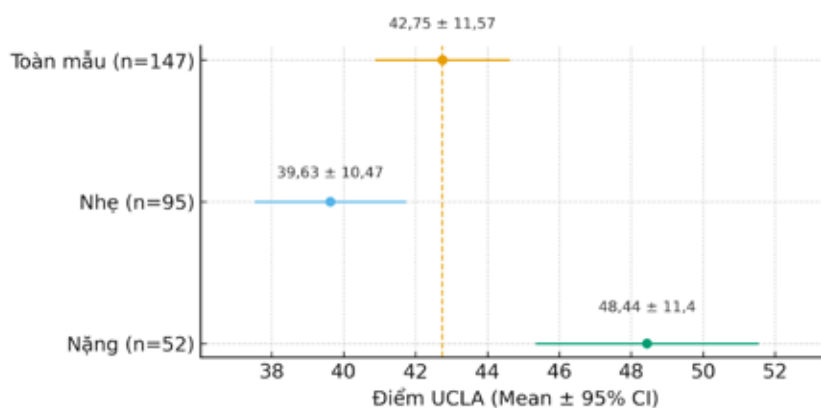
Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Biến		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		75,73 \pm 8,475	
Giới tính	Nam	28	19,0
	Nữ	119	81,0
Dân tộc	Kinh	142	96,6
	Khác	5	3,4
Tình trạng kinh tế	Nghèo	21	14,3
	Trung bình	108	73,5
	Giàu	18	12,2
Nơi cư trú	Thành thị	36	24,5
	Nông thôn	111	75,5
Bệnh lý đi kèm	Tim mạch	110	74,8
	Tiêu hóa	83	56,5
	Nội tiết	59	40,1
	Cơ xương khớp	52	35,4

Biến		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý đi kèm	Hô hấp	41	27,9
	Bệnh khác	52	35,4
Điểm GDS-30		Trung vị = 17, IQR = 8	
Mức độ trầm cảm (GDS-30)	Trầm cảm nhẹ (11 - 19)	94	63,9
	Trầm cảm nặng ≥ 20	53	36,1

Tổng cộng có 147 người cao tuổi, với tuổi trung bình $75,73 \pm 8,48$. Trung vị GDS-30 là 17 (IQR = 8), trong đó 63,9% bị trầm cảm nhẹ và 36,1% trầm cảm nặng. Phần lớn là nữ (81,0%), dân tộc Kinh (96,6%). Đa số đối tượng sống

ở nông thôn (75,5%) và có tình trạng kinh tế trung bình (73,5%). Các bệnh lý đi kèm thường gặp là tim mạch (74,8%), tiêu hóa (56,5%), nội tiết (40,1%), cơ xương khớp (35,4%) và hô hấp (27,9%).



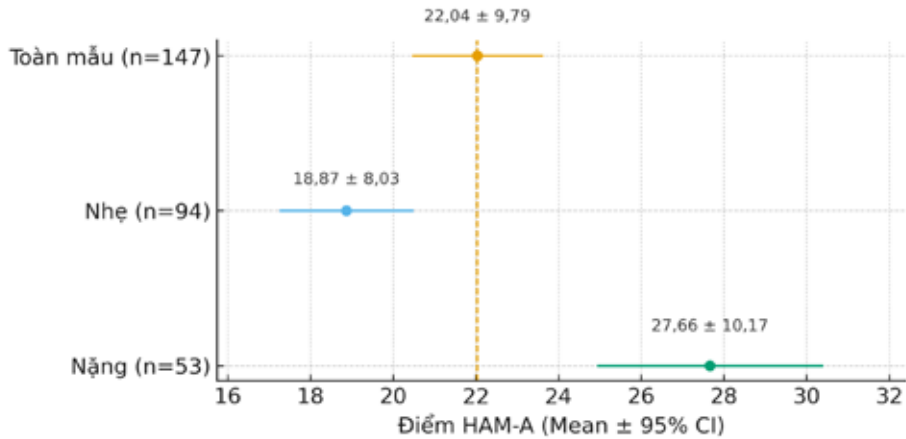
Biểu đồ 1. Phân loại mức độ trầm cảm ở người cao tuổi (GDS-30) theo thang điểm đánh giá cô đơn (UCLA)

Điểm trung bình của thang cô đơn UCLA là $42,75 \pm 11,57$; kết quả kiểm định T-test cho thấy điểm trung bình thang cô đơn UCLA ở nhóm trầm cảm nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trầm cảm nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Đặc điểm lo âu theo thang HAM-A

Đặc điểm	Giá trị
Trung bình \pm SD	22,04 \pm 9,79
Phân loại mức độ lo âu (n = 147)	
Nhẹ (≤ 17 điểm)	30,61% (45)
Vừa (18 - 24 điểm)	30,61% (45)
Nặng (≥ 25 điểm)	38,78% (57)

Trong tổng số 147 đối tượng nghiên cứu, có 57 người (38,78%) thuộc nhóm lo âu mức độ nặng, 45 người (30,61%) thuộc nhóm lo âu mức độ vừa, 45 người (30,61%) thuộc nhóm lo âu mức độ nhẹ.



Biểu đồ 2. Phân loại mức độ trầm cảm ở người cao tuổi (GDS-30) theo thang điểm đánh giá lo âu HAM-A

Điểm HAM-A trung bình là $22,04 \pm 9,789$; phân tích T-test cho thấy điểm trung bình thang Ham-A ở nhóm trầm cảm nặng cao hơn nhóm

trầm cảm nhẹ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. So sánh đặc điểm chức năng hoạt động hàng ngày (Katz ADL) theo mức độ trầm cảm ở người cao tuổi (GDS-30)

Trung vị của thang điểm Katz ADL	Kết quả so sánh (Mean Rank)	Kiểm định	p value
Trung vị = 6, IQR = 3 (3 - 6)	Trầm cảm nhẹ: 77,46 Trầm cảm nặng: 67,86	Mann-Whitney	0,143

Điểm Katz có trung vị là 6, IQR = 3 (3 - 6); phân tích Mann-Whitney cho thấy trung vị điểm Katz ADL ở nhóm trầm cảm nặng thấp hơn so với nhóm trầm cảm nhẹ; tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,143$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, 147 người cao tuổi có trầm cảm được khảo sát với độ tuổi trung bình là $75,73 \pm 8,475$. Đa số là nữ giới 81,0% và 63,9% thuộc nhóm trầm cảm nhẹ theo thang GDS-30. Kết quả phân tích cho thấy mức độ cô đơn theo thang UCLA và mức độ lo âu theo thang HAM-A ở nhóm trầm cảm nặng cao hơn đáng kể so với nhóm trầm cảm nhẹ, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p <$

0,001). Trong khi đó, mức độ độc lập sinh hoạt hàng ngày theo thang Katz có xu hướng thấp hơn ở nhóm trầm cảm nặng, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,107$).

Về đặc điểm dân số học có nhiều khác biệt so với các nghiên cứu trước của Aylaz và của Arayici. Tuổi trung bình của nghiên cứu này $75,73 \pm 8,48$ cao hơn đáng kể so với nghiên cứu cộng đồng của Aylaz (2012) $69 \pm 6,7$ tuổi và nghiên cứu tại viện dưỡng lão của Arayici $73,2 \pm 6,5$ tuổi. Điều này phản ánh đặc thù của nhóm bệnh nhân điều trị nội trú thường lớn tuổi hơn và có tình trạng sức khỏe kém hơn. Tỷ lệ nữ giới ở nghiên cứu hiện tại 81,0% cao hơn so với hai nghiên cứu trên 44,4% và 58,5%, phù hợp với bằng chứng dịch tễ cho thấy nữ giới có

nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn.¹⁵ Khu vực sinh sống cũng khác biệt rõ rệt, 75,5% người tham gia nghiên cứu hiện tại sống ở nông thôn, trái ngược với Arayici, nơi 64% cư trú tại thành thị. Những khác biệt này về độ tuổi, giới tính và bối cảnh cư trú có thể góp phần lý giải tỷ lệ và mức độ trầm cảm cao hơn trong nghiên cứu hiện tại so với các nghiên cứu cộng đồng hoặc tại viện dưỡng lão.

Tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu hiện tại cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trước tại Việt Nam. Cụ thể, 63,9% người cao tuổi thuộc nhóm trầm cảm nhẹ và 36,1% thuộc nhóm trầm cảm nặng, với trung vị điểm GDS-30 là 17 (IQR = 8). Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Minh Tú (2021) về người cao tuổi tại Thừa Thiên Huế báo cáo tỷ lệ trầm cảm chỉ là 28,6%, trong đó trầm cảm nhẹ chiếm 23,6% và trầm cảm nặng chỉ 5%; điểm GDS trung bình là $9,41 \pm 6,05$. Nghiên cứu của Đỗ Văn Diệu & Trần Như Minh Hằng (2018) tại Quảng Ngãi cũng ghi nhận tỷ lệ thấp hơn đáng kể, với tỷ lệ trầm cảm là 15,9%, gồm 2,7% trầm cảm nhẹ, 9,2% trung bình và 4% nặng. Sự khác biệt này là hợp lý, do đối tượng trong các nghiên cứu cộng đồng không phải là những bệnh nhân đã được chẩn đoán trầm cảm và điều trị. Tại Việt Nam hiện chưa có công trình nào sử dụng thang GDS-30 trên nhóm bệnh nhân trầm cảm cao tuổi, trong khi phần lớn các nghiên cứu trước đây chỉ tập trung vào quần thể người cao tuổi nói chung. Vì vậy, việc tham khảo các nghiên cứu này nhằm mục đích làm nổi bật khoảng trống nghiên cứu và cung cấp cơ sở đối chiếu về mức độ biểu hiện triệu chứng trầm cảm thay vì tỷ lệ mắc bệnh. Mức độ trầm cảm cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan đến đặc thù ở người trầm cảm cao tuổi điều trị nội trú, có thể liên quan đến tình trạng sức khỏe thể chất phức tạp, nhiều bệnh lý đi kèm và thiếu hỗ trợ xã hội trong môi trường bệnh viện. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu của các nghiên cứu trong nước

về trầm cảm ở người cao tuổi, sàng lọc thường quy và can thiệp sớm trầm cảm ở người cao tuổi nội trú, cũng như cần thêm các nghiên cứu để xác định các yếu tố nguy cơ và biện pháp dự phòng hiệu quả hơn.

Trong nghiên cứu hiện tại, trung vị điểm trầm cảm theo GDS-30 là 17 (IQR = 8) và điểm cô đơn trung bình theo UCLA là $42,75 \pm 11,57$. So với nghiên cứu của Aylaz (2012) có GDS trung bình là $13,83 \pm 7,4$ và điểm UCLA trung bình là $40,50 \pm 12,1$, kết quả của chúng tôi cho thấy cả hai chỉ số đều cao hơn. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ việc nghiên cứu hiện tại được thực hiện trên nhóm người cao tuổi đã có chẩn đoán trầm cảm và đang điều trị tại bệnh viện, vốn thường có mức độ triệu chứng nặng hơn so với khảo sát cộng đồng của Aylaz. Ngoài ra, tỷ lệ nữ cao trong mẫu nghiên cứu (81%) cũng có thể góp phần làm tăng điểm trầm cảm và cô đơn, do nữ giới thường có nguy cơ cao hơn.^{15,16} Chúng tôi cũng ghi nhận điểm UCLA ở nhóm trầm cảm nặng cao hơn nhóm trầm cảm nhẹ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Phát hiện này phù hợp với báo cáo của Aylaz (2012), vốn cho thấy mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa điểm trầm cảm và điểm cô đơn ($r = 0,608$; $p < 0,001$).

Với điểm HAM-A trung bình toàn mẫu của nghiên cứu hiện tại là $22,04 \pm 9,79$, cao hơn so với giá trị $18,1 \pm 10,6$ trong nghiên cứu của Porzycz (2018) tại Ba Lan. Mức chênh lệch này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, đối tượng trong nghiên cứu hiện tại là những bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán trầm cảm tại Khoa Lão phần lớn có kèm theo các bệnh mạn tính và tình trạng sức khỏe thể chất suy giảm, yếu tố có thể làm gia tăng mức độ lo âu. Ngược lại, nghiên cứu của Porzycz có thể bao gồm nhóm đối tượng đa dạng hơn về tình trạng sức khỏe, dẫn tới mức điểm HAM-A trung bình thấp hơn. Tỷ lệ người cao tuổi có lo âu nặng trong nghiên cứu này chiếm 38,8%, và

nhóm trầm cảm nặng cũng có điểm lo âu trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm trầm cảm nhẹ ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của Porzych, kết quả cho thấy điểm HAM-A trung bình ở nhóm có trầm cảm ($26,6 \pm 6,9$) cao gấp ba lần so với nhóm không trầm cảm ($9,5 \pm 5,7$), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($Z = -6,28$; $p < 0,001$). Ngoài ra, tác giả ghi nhận mối tương quan mạnh giữa mức độ lo âu và trầm cảm ($r = 0,81$; $p < 0,05$). Sự tương đồng giữa hai nghiên cứu, củng cố bằng chứng về mối liên hệ chặt chẽ giữa lo âu và trầm cảm ở người cao tuổi.

Về chức năng sinh hoạt, điểm Katz trong nghiên cứu hiện tại có trung vị là 6 (IQR = 3), gần với ngưỡng độc lập tối đa. Ở nhóm trầm cảm nặng, trung vị điểm Katz thấp hơn so với nhóm trầm cảm nhẹ; tuy nhiên, sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,107$). Trong nghiên cứu của Arayici, điểm ADL trung bình là $5,4 \pm 1,2$, thấp hơn một chút so với giá trị trung vị của nghiên cứu hiện tại. Ngoài ra, phân tích tương quan của Arayici cho thấy điểm ADL có mối tương quan âm với điểm trầm cảm ($r = -0,321$; $p < 0,001$), gợi ý rằng mức độ độc lập chức năng cao hơn có liên quan đáng kể đến việc giảm triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi. Sự khác biệt về ý nghĩa thống kê giữa hai nghiên cứu có thể chủ yếu bắt nguồn từ cỡ mẫu tương đối nhỏ trong nghiên cứu hiện tại, làm hạn chế khả năng phát hiện mối liên hệ có ý nghĩa. Tuy vậy, xu hướng chung vẫn cho thấy suy giảm chức năng sinh hoạt có thể góp phần làm nặng thêm triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi.

Từ những kết quả trên, nghiên cứu củng cố bằng chứng cho việc tích hợp đánh giá mức độ cô đơn và lo âu vào quy trình tầm soát trầm cảm ở người cao tuổi, đồng thời kết hợp theo dõi chức năng sinh hoạt hàng ngày. Việc đánh giá đồng thời ba yếu tố này cần được tích hợp vào quy trình tầm soát và theo dõi trầm cảm trong thực hành tâm thần lão, đặc biệt tại tuyến

chăm sóc sức khỏe ban đầu và cộng đồng. Sàng lọc sớm cảm giác cô đơn và lo âu giúp phát hiện những người cao tuổi có nguy cơ cao bị trầm cảm hoặc có xu hướng tiến triển nặng hơn, trong khi theo dõi chức năng sinh hoạt hàng ngày hỗ trợ nhận diện sớm sự suy giảm và can thiệp phục hồi kịp thời. Cách tiếp cận đa chiều này không chỉ góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và dự phòng tái phát, mà còn mở ra cơ hội can thiệp xã hội và tâm lý nhằm nâng cao khả năng tự lập, kết nối xã hội và chất lượng sống của người cao tuổi.

Tuy nhiên, nghiên cứu này vẫn tồn tại một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân - quả giữa các biến số, do đó chưa thể khẳng định liệu cô đơn, lo âu hay suy giảm chức năng là nguyên nhân hay hệ quả của trầm cảm. Thứ hai, dữ liệu được thu thập chủ yếu thông qua các công cụ tự báo cáo, nên có thể bị ảnh hưởng bởi khả năng nhận thức, trạng thái cảm xúc chủ quan và sai lệch hồi tưởng, từ đó làm giảm độ chính xác trong đánh giá mức độ triệu chứng. Thứ ba, cỡ mẫu tương đối nhỏ và chỉ giới hạn trong một nhóm bệnh nhân nội trú tại một cơ sở y tế, điều này có thể làm hạn chế tính đại diện của kết quả đối với quần thể người cao tuổi nói chung. Thứ tư, mặc dù nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt về chức năng hoạt động hàng ngày theo thang Katz giữa các mức độ trầm cảm, nhưng chưa thể xác định liệu sự suy giảm này bắt nguồn chủ yếu từ mức độ trầm cảm hay còn bị chi phối bởi các bệnh lý nền thường gặp ở người cao tuổi (như bệnh tim mạch, thoái hóa khớp, sa sút trí tuệ nhẹ...). Điều này có thể dẫn đến nhiễu trong việc đánh giá mối liên quan giữa chức năng sinh hoạt và trầm cảm. Do đó, các nghiên cứu theo dõi dọc với cỡ mẫu lớn hơn, áp dụng thêm các phương pháp đo lường khách quan, là cần thiết để xác định rõ hơn

vai trò của các yếu tố tâm lý - xã hội và chức năng sinh hoạt trong tiến triển của trầm cảm, đồng thời đánh giá hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng cường kết nối xã hội và nâng cao năng lực tự chăm sóc ở người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 147 người cao tuổi trầm cảm với trung vị điểm GDS-30 là 17 (IQR = 8), với nhóm trầm cảm nhẹ (63,9%), nhóm trầm cảm nặng (36,1%). Điểm cô đơn trung bình theo thang UCLA đạt $42,75 \pm 11,57$ và điểm lo âu theo thang HAM-A là $22,04 \pm 9,79$, phản ánh tình trạng cô đơn cao và lo âu ở mức trung bình đến nặng. Về khả năng sinh hoạt hằng ngày, trung vị điểm Katz ADL là 6 (IQR = 3); với 23,8% người cao tuổi bị suy giảm chức năng nặng và 11,6% bị suy giảm chức năng trung bình, cho thấy 35,4% đối tượng có mức độ phụ thuộc từ trung bình đến nặng. Phân tích mối liên quan cho thấy điểm cô đơn UCLA và lo âu HAM-A ở nhóm trầm cảm nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trầm cảm nhẹ ($p < 0,001$), khẳng định sự liên quan chặt chẽ của cô đơn và lo âu đối với mức độ trầm cảm ở người cao tuổi. Tuy nhiên, khả năng độc lập sinh hoạt theo thang Katz ADL chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ trầm cảm ($p = 0,107$).

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm người cao tuổi trầm cảm, mức độ cô đơn và lo âu tăng cao rõ rệt ở nhóm trầm cảm nặng, trong khi hơn một phần ba có suy giảm chức năng từ trung bình đến nặng; những yếu tố này có thể tương tác và cộng hưởng, làm trầm trọng thêm triệu chứng và suy giảm chất lượng sống. Do đó, việc tầm soát và can thiệp sớm các yếu tố này cần được tích hợp vào chăm sóc tâm thần - lão khoa, đặc biệt trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe ban đầu và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê. *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*. 2021.
2. Nguyễn Minh Tú. Nghiên cứu tỷ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2021; 1(2).
3. Đỗ Văn Diệu, Đoàn Vương Diễm Khánh, Trần Như Minh Hằng. Tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi phường Trương Quang Trọng, thành phố Quảng Ngãi. *Tạp chí Y Dược học*. 2018; 8. doi:10.34071/jmp.2018.6.11.
4. Aylaz R, Akturk U, Erci B, Ozturk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Arch Gerontol Geriatr*. Nov-Dec 2012; 55(3): 548-54. doi:10.1016/j.archger.2012.03.006.
5. Porzych K. Depression and Anxiety as a Valid Issue in Geriatric Patients. *Neuropsychiatry*. 2018; 8(4). doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000449.
6. Arayici ME, Kose A, Dolu S, et al. Epidemiological Assessment of Depression, Activities of Daily Living and Associated Factors in Elderly Individuals Aged 65 Years and Older: Evidence from a Population-Based Study. *J Clin Med*. Apr 21 2025; 14(8). doi:10.3390/jcm14082853.
7. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. *Luật Người cao tuổi*. Hà Nội: Chính phủ; 2009.
8. van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract*. Apr 1995; 45(393): 195-9.
9. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et

al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*. May 2000; 157(5): 722-8. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.722.

10. Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. *Nghị định số 07/2021/NĐ-CP về quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021-2025*. Hà Nội: Chính phủ; 2021.

11. Ștefan AMB, Adriana The Romanian version of the Geriatric Depression Scale: Reliability and validity *Cognition, Behaviour, & Brain: A Journal of the Romanian Academy ("CBB Journal")*. 2017 21 (3): 175-187 doi:10.24193/cbb.2017.21.10.

12. Gosling CJ, Colle R, Cartigny A, Jollant F, Corruble E, Frajerman A. Measuring loneliness: a head-to-head psychometric comparison of the 3- and 20-item UCLA Loneliness Scales. *Psychol Med*. Oct 31 2024; 54(14): 1-7. doi:10.1017/S0033291724002083.

13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32(1): 50-5. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.

14. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. Dec 1983; 31(12): 721-7. doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x.

15. Girus JS, Yang K, Ferri CV. The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men? *Geriatrics (Basel)*. Nov 15 2017; 2(4). doi:10.3390/geriatrics2040035.

16. Jiang M, Li X, Lu Y. Social isolation, loneliness, and functional disability in Chinese older women and men: a longitudinal cross-lag analysis. *BMC Psychol*. Nov 18 2024; 12(1):674. doi:10.1186/s40359-024-02192-9.

Summary

LEVEL OF LONELINESS, ANXIETY, AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION

Late-life depression is common and is associated with deterioration in physical and mental health, reduced self-care capacity, and frequently co-occurs with loneliness, anxiety, and loss of independence in daily activities. This study describes the levels of loneliness, anxiety, and functional independence, and analyzes their associations with depression severity in older adults. A cross-sectional descriptive study was conducted among 147 patients aged ≥ 60 years old, diagnosed with depression using the 30-item Geriatric Depression Scale (GDS-30). Associations were examined using T-tests and Mann–Whitney U tests. The results showed that UCLA and HAM-A scores were significantly elevated in this population ($p < 0.001$). The median Katz ADL score was 6 (IQR = 3); 11.6% of patients were partially dependent and 23.8% were fully dependent in activities of daily living. The study indicates that loneliness, anxiety, and functional impairment are common problems among older adults with depression and should be systematically screened for and addressed early within geriatric mental health care.

Keywords: Loneliness, anxiety, depression, elderly, Katz ADL, GDS.