MỨC ĐỘ CÔ ĐƠN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO Ở HÀ NỘI THEO ĐẶC ĐIỂM CÁ NHÂN VÀ HOÀN CẢNH CƯ TRÚ VÀ HÀM Ý CHO GIÁO DỤC

Nguyễn Mai Hương
Khoa Tâm lý học & Quản lý giáo dục, Học viện Khoa học xã hội
Email: nguyenmaihuongpsy@gmail.com

***Tóm tắt**: Nghiên cứu đánh giá mức độ cô đơn và so sánh sự khác biệt theo một số đặc điểm cá nhân và hoàn cảnh cư trú ở người cao tuổi sống tại trung tâm dưỡng lão. Khảo sát cắt ngang trên 155 người cao tuổi tại 03 trung tâm dưỡng lão ở Hà Nội bằng Thang đo Cô đơn UCLA phiên bản 3 (UCLA-3; α = 0,91), kết hợp phỏng vấn sâu 13 người. Kết quả: điểm cô đơn trung bình 44,89 (ĐLC = 10,98) mức trung bình; 81,9% cô đơn từ mức trung bình trở lên, 31,6% ở mức khá cao và cao; khía cạnh nổi bật là thiếu kết nối với nhóm/tập thể. Không có khác biệt theo giới tính, tình trạng hôn nhân và loại hình trung tâm; người hiếm khi được gia đình đến thăm, vào trung tâm do gia đình sắp xếp, sống tại trung tâm dưới 1 năm, trên 75 tuổi và tự đánh giá sức khỏe kém có mức độ cô đơn cao hơn các trường hợp khác. Các đặc điểm này giải thích 32,5% biến thiên, tần suất đến thăm dự báo mạnh nhất (β = 0,41). Kết quả là cơ sở để đề xuất các biện pháp ưu tiên sàng lọc và hỗ trợ tâm lý - xã hội nhằm cải thiện tình trạng cô đơn của người cao tuổi sống trong trung tâm dưỡng lão tại Hà Nội*

***Từ khóa:** Cô đơn; Người cao tuổi; Trung tâm dưỡng lão.*

LONELINESS AMONG OLDER ADULTS IN NURSING HOMES BY SELECTED DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND IMPLICATIONS FOR EDUCATION

***Abstract:** This cross-sectional study assessed loneliness among 155 older adults living in three nursing homes in Hanoi (March–June 2026) and examined differences across demographic characteristics, using the UCLA Loneliness Scale Version 3 (UCLA-3; α = .91) and in-depth interviews with 13 residents. The mean score was 44.89 (SD = 10.98), a moderate level; 81.9% reported at least moderate loneliness and 31.6% moderately high or high loneliness, with lack of group belonging as the most salient facet. No differences were found by gender, marital status, or facility type. Residents rarely visited by family, admitted at their family's arrangement, living in the facility for less than one year, aged over 75, or with poor self-rated health reported significantly higher loneliness. These characteristics explained 32.5% of the variance, with frequency of family visits as the strongest predictor (β = .41). Findings reflect associations rather than causal effects,yet identify priority groups for screening and psychosocial support.*

***Keywords:** Loneliness; older adults; nursing homes.*

Nhận bài: 11/08/2026 *Phản biện: 11/09/2026* *Duyệt đăng: 14/09/2026*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuổi già là một giai đoạn con người phải đối diện với nhiều nỗi sợ, một trong những nỗi sợ thầm lặng nhưng có thể mang lại tổn thương cảm xúc sâu sắc, đe dọa trực tiếp đến sức khỏe thể chất, trí tuệ và chất lượng cuộc sống đó là sự cô đơn. Trải nghiệm tâm lý này không đồng nhất ở mọi cá thể mà phân hóa rõ rệt theo đặc điểm cá nhân (như sức khỏe, khả năng vận động, an ninh tài chính và mối quan hệ gia đình) cũng như loại hình cư trú sống tại gia đình hay viện dưỡng lão (Gardiner và cộng sự, 2020).

Tron giai đoạn này, chất lượng các mối quan hệ có ý nghĩa hơn việc chỉ đếm số người quen hoặc số lần gặp gỡ (Holt-Lunstad và cộng sự, 2015; Pinquart & Sörensen, 2001). Đối với người chuyển vào trung tâm dưỡng lão, thay đổi nơi ở còn là quá trình thích nghi với nếp sinh hoạt mới, trong khi họ có thể phải điều chỉnh quyền tự quyết, không gian riêng và cách duy trì những quan hệ thân thuộc. Quá trình ấy có thể gây căng thẳng, nhưng trải nghiệm của mỗi người khác nhau tùy hoàn cảnh và sự hỗ trợ nhận được (Scott và cộng sự, 2025). Cùng với xu hướng già hóa dân số ngày càng nha tại Việt Nam, trung tâm dưỡng lão ngày càng phổ biến tại các đô thị lớn, song rời gia đình vào sống tại cơ sở chăm sóc tập trung là biến cố lớn trong đời sống tâm lý người cao tuổi: khoảng 61% người cao tuổi tại cơ sở chăm sóc dài hạn cô đơn ở mức vừa và 35% ở mức nghiêm Tại Việt Nam, nghiên cứu về cư dân trung tâm dưỡng lão cho thấy sự gắn bó với gia đình tiếp tục có vai trò quan trọng đối với chất lượng cuộc sống của họ (Vũ Dũng và cộng sự, 2020). Vì vậy, tìm hiểu cô đơn trong môi trường dưỡng lão cần xem xét đồng thời sức khỏe, hoàn cảnh cá nhân, khả năng duy trì quan hệ cũ và cơ hội hình thành những mối quan hệ có ý nghĩa tại nơi ở mới.

Dựa trên thang đo chuẩn hóa UCLA-3, nghiên cứu này phân tích thực trạng cô đơn ở

người cao tuổi dưới sự tương tác giữa các thuộc tính cá nhân và không gian cư trú, làm cơ sở khoa học cho các giải pháp can thiệp tâm lý - xã hội phù hợp.

II. KHÁCH THỂ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại 03 trung tâm dưỡng lão ở Hà Nội từ tháng 5/2025 đến tháng 5/2026. Trong 214 người được sàng lọc, 155 người đủ tiêu chuẩn tham gia phân tích, với tuổi trung bình 70,1 ± 6,5.

Dữ liệu được thu thập bằng phiếu thông tin cá nhân, thang UCLA-3 của Russell (1996) và phỏng vấn sâu 13 người. UCLA-3 gồm 20 mệnh đề, tổng điểm 20–80; điểm cao phản ánh mức cô đơn lớn hơn. Độ tin cậy của thang đạt tốt (Cronbach's $\alpha = 0,91$).

Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 26.0 với thống kê mô tả, t-test, ANOVA, χ^2 và hồi quy tuyến tính bội; Tukey HSD được sử dụng khi cần, với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Nghiên cứu bảo đảm tính tự nguyện, quyền rút lui và bảo mật thông tin người tham gia.

III. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

3.1 Một số khái niệm

Khái niệm cô đơn

Có ba hướng tiếp cận chính về cô đơn. Hướng nhu cầu xã hội (Weiss, 1973) xem cô đơn là phản ứng khi nhu cầu gắn bó không được đáp ứng, gồm cô đơn cảm xúc và cô đơn xã hội. Hướng nhận thức (Peplau & Perlman, 1982) coi cô đơn là trải nghiệm chủ quan do chênh lệch giữa quan hệ mong muốn và quan hệ thực tế, vì vậy khác với sống một mình hay cô lập khách quan. Hướng tiến hóa – sinh học (Hawkley & Cacioppo, 2010) xem cô đơn là tín hiệu thúc đẩy tái kết nối, nhưng nếu kéo dài có thể làm tăng nguy cơ trầm cảm, suy giảm nhận thức và tử vong sớm (Holt-Lunstad và cộng sự, 2015).

Từ đó, nghiên cứu hiểu cô đơn là trải nghiệm chủ quan tiêu cực khi người cao tuổi cảm thấy các mối quan hệ hiện có không đáp ứng mong đợi về số lượng hoặc chất lượng, biểu hiện ở cảm giác bị cô lập, thiếu kết nối thân tình và thiếu kết nối với nhóm/tập thể (Hawkley và cộng sự, 2005). Mức độ cô đơn được đo bằng UCLA-3.

Khái niệm người cao tuổi

Theo Luật Người cao tuổi Việt Nam (Quốc hội, 2009) và World Health Organization (2015), người cao tuổi được xác định từ đủ 60 tuổi. Tuy nhiên, đây không phải nhóm đồng nhất; Neugarten (1974) phân biệt "người cao tuổi trẻ" và "người cao tuổi già". Theo Carstensen (1992), tuổi càng cao, cá nhân càng ưu tiên các quan hệ thân thiết giàu cảm xúc, nên việc xa rời các quan hệ này khi vào trung tâm dưỡng lão có thể làm gia tăng cô đơn. Nghiên cứu chia người cao tuổi thành ba nhóm: 60–65, 66–75 và trên 75 tuổi.

Đặc điểm nhân khẩu học và cô đơn

Pinquart và Sörensen (2001) cho thấy tuổi cao, mất vợ/chồng, sức khỏe kém và chất lượng quan hệ thấp có liên quan đến cô đơn. Tuy nhiên, trong bối cảnh dưỡng lão, kết quả chưa thống nhất: Aung và cộng sự (2017) không tìm thấy mối liên hệ rõ giữa đặc điểm nhân khẩu – xã hội và cô đơn, trong khi Drageset và cộng sự (2011), Eskimez và cộng sự (2018) nhấn mạnh vai trò của hỗ trợ xã hội và liên hệ gia đình. Tại Việt Nam, người cao tuổi ở trung tâm dưỡng lão gặp khó khăn trong thiết lập quan hệ mới (Hoàng Mộc Lan & Hoàng Thúy Vi, 2012), còn chất lượng cuộc sống liên quan đến thời gian lưu trú và kết nối gia đình (Vu Dũng và cộng sự, 2020). Vì vậy, nghiên cứu xem xét thêm lý do vào trung tâm, thời gian lưu trú và tần suất được người thân thăm.

3.2. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.2.1. Mức độ cô đơn chung và theo khía cạnh

Điểm cô đơn trung bình là 44,88 (ĐLC = 10,98), thuộc mức trung bình (Bảng 1); 50,3% cô đơn ở mức trung bình, 31,6% ở mức khá cao – cao, chỉ 18,1% ở mức thấp; điểm thấp nhất là 25 (cao nhất 76), tức không có trường hợp hoàn toàn không cô đơn. Ba khía cạnh tương quan thuận với nhau ($r = 0,56–0,67$; $p < 0,001$); khía cạnh thiếu kết nối với nhóm/tập thể cao nhất (ĐTB = 2,37); mệnh đề cao nhất toàn thang là "không cảm thấy mình là một phần của một nhóm bạn bè" (ĐTB = 2,50; 51,6% trả lời theo hướng cô đơn), trong khi "không có người để trò chuyện" (M = 2,00) và "ngại ngùng, rụt rè" (ĐTB = 1,95) thấp nhất.

Bảng 1. Điểm cô đơn chung, theo khía cạnh và phân bố các mức độ cô đơn (N = 155)

Chỉ số	Số mệnh đề	Cronbach's α	M	ĐLC
Tổng điểm UCLA-3 (20–80)	20	0,91	44,89	10,98
Thiếu kết nối với nhóm/ tập thể	4	0,76	2,37	0,72
Thiếu kết nối trong quan hệ tình thân	5	0,76	2,22	0,62
Cảm giác bị cô lập	11	0,87	2,21	0,59
Mức độ (khoảng điểm)	Thấp (20–34)	Trung bình (35–49)	Khá cao (50–64)	Cao (65–80)
Số lượng (%)	28 (18,1)	78 (50,3)	43 (27,7)	6 (3,9)

Bàn luận. Điểm cô đơn UCLA-3 trung bình của 155 người tham gia là 44,89 (ĐLC = 10,98); 50,3% ở mức trung bình và 31,6% ở mức khá cao hoặc cao. Trong ba khía cạnh, thiếu kết nối với nhóm/tập thể có điểm cao nhất (M = 2,37), tiếp đến là thiếu kết nối thân tình (M = 2,22) và cảm giác bị cô lập (M = 2,21). Thang đo có độ tin cậy tốt với Cronbach's α = 0,91; các khía cạnh dao động từ 0,76–0,87.

Kết quả cho thấy một nghịch lý: người cao tuổi sống trong tập thể nhưng vẫn thiếu cảm giác thuộc về. Theo Weiss (1973), đây thiên về cô đơn xã hội; còn Peplau và Perlman (1982) nhấn mạnh sự thiếu hụt về chất lượng hơn số lượng quan hệ, phù hợp với Pinquart và Sörensen (2001). Trong bối cảnh Việt Nam, các mối gắn kết gia đình, làng xóm và dòng họ khó được thay thế hoàn toàn bởi môi trường dưỡng lão (Hoàng Mộc Lan & Hoàng Thúy Vi, 2012):

"Lúc lên đây tôi chẳng quen ai, tối nào cũng nhớ nhà, nhớ cái ngõ, nhớ mấy bà hàng xóm. Ở đây người ta tốt nhưng mà mình vẫn thấy lạc lõng lắm." (PVS, nữ, 73 tuổi, sống tại trung tâm 8 tháng)

Do đó, can thiệp nên tập trung xây dựng cảm giác thuộc về thông qua nhóm sở thích và giao vai trò cho người cao tuổi trong sinh hoạt chung, thay vì chỉ tăng tần suất tiếp xúc.

3.2.2. Mức độ cô đơn theo các đặc điểm nhân khẩu học

Không có khác biệt theo giới tính (p = 0,842), tình trạng hôn nhân (p = 0,299) và loại hình trung tâm (p = 0,137), cả về điểm trung bình lẫn phân bố mức độ (Bảng 2).

Bảng 2. Điểm cô đơn và phân bố mức độ cô đơn theo đặc điểm nhân khẩu học (N = 155)

Đặc điểm	Nhóm	n (%)	M ± ĐLC	Kiểm định; p (hiệu ứng)	Khá cao – cao, n (%)	χ^2 (df); p; V
Giới tính	Nam	58 (37,4)	44,66 ± 10,93	t(153) = −0,20; p = 0,842 (d = 0,03)	18 (31,0)	0,05 (2); 0,974; 0,02
	Nữ	97 (62,6)	45,02 ± 11,06		31 (32,0)	
Nhóm tuổi	60–65 (a)	41 (26,5)	41,20 ± 11,00	F(2, 152) = 5,54; p = 0,005 (η^2 = 0,068); c > a	9 (22,0)	8,25 (4); 0,083; 0,16
	66–75 (b)	86 (55,5)	45,00 ± 10,83		26 (30,2)	
	> 75 (c)	28 (18,1)	49,90 ± 9,60		14 (50,0)	
Tình trạng hôn nhân	Còn vợ/ chồng	36 (23,2)	42,39 ± 11,50	F(2, 152) = 1,22; p = 0,299 (η^2 = 0,016)	11 (30,6)	3,41 (4); 0,492; 0,10
	Góa	97 (62,6)	45,67 ± 10,80		30 (30,9)	

	Ly hôn/độc thân	22 (14,2)	45,50 ± 10,80		8 (36,4)	
Thời gian sống tại trung tâm	< 1 năm (a)	39 (25,2)	47,69 ± 12,66	F(2, 152) = 3,30; p = 0,039 (η^2 = 0,042); a > c	18 (46,2)	10,03 (4); 0,040; 0,18
	1–3 năm (b)	70 (45,2)	45,37 ± 10,19		24 (34,3)	
	> 3 năm (c)	46 (29,7)	41,76 ± 10,04		7 (15,2)	
Lý do vào trung tâm	Tự nguyện	101 (65,2)	42,61 ± 10,89	t(153) = −3,66; p < 0,001 (d = 0,62)	26 (25,7)	10,38 (2); 0,006; 0,26
	Gia đình sắp xếp	54 (34,8)	49,13 ± 9,92		23 (42,6)	
Tần suất gia đình đến thăm	≥ 1 lần/tuần (a)	46 (29,7)	39,76 ± 9,76	F(2, 152) = 15,26; p < 0,001 (η^2 = 0,167); c > b > a	6 (13,0)	22,90 (4); < 0,001; 0,27
	1–3 lần/ tháng (b)	71 (45,8)	44,44 ± 10,47		22 (31,0)	
	Hiếm khi/ không (c)	38 (24,5)	51,92 ± 9,72		21 (55,3)	
Sức khỏe tự đánh giá	Tốt (a)	31 (20,0)	40,48 ± 9,66	F(2, 152) = 4,09; p = 0,019 (η^2 = 0,051); c > a	6 (19,4)	5,74 (4); 0,220; 0,14
	Trung bình (b)	83 (53,5)	45,10 ± 10,56		25 (30,1)	
	Kém (c)	41 (26,5)	47,78 ± 11,91		18 (43,9)	
Loại hình trung tâm	Công lập	68 (43,9)	46,37 ± 10,73	t(153) = 1,49; p = 0,137 (d = 0,24)	22 (32,4)	1,99 (2); 0,370; 0,11
	Tư nhân	87 (56,1)	43,72 ± 11,09		27 (31,0)	
Chung		155 (100)	44,88 ± 10,98	—	49 (31,6)	—

Ghi chú: M: điểm trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn. a, b, c: ký hiệu nhóm; "c > a": khác biệt có ý nghĩa theo hậu kiểm Tukey HSD (p < 0,05). "Khá cao – cao": gộp hai mức 50–64 và 65–80 điểm; tỷ lệ tính theo hàng; kiểm định χ^2 trên ba mức (thấp, trung bình, khá cao – cao).

Tần suất đến thăm tạo khác biệt lớn nhất (η^2 = 0,167): nhóm hiếm khi/không được thăm có điểm 51,92, cao hơn khoảng 12 điểm so với nhóm được thăm hằng tuần (39,76); cả ba nhóm khác biệt với nhau; tỷ lệ khá cao cao lần lượt 13,0%, 31,0% và 55,3%. Người vào trung tâm do gia đình sắp xếp cô đơn hơn người tự nguyện (49,13 so với 42,61; d = 0,62). Thời gian lưu trú, tuổi và sức khỏe có hiệu ứng nhỏ – vừa (η^2 = 0,042–0,068): nhóm dưới 1 năm cô đơn hơn nhóm trên 3 năm (47,69 so với 41,76); điểm cô đơn tăng dần theo nhóm tuổi – 41,20 (60–65), 45,00 (66–75) và 49,90 (trên 75), khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm trên 75 và nhóm 60–65; nhóm sức khỏe kém cô đơn hơn nhóm sức khỏe tốt (47,78 so với 40,48). Với tuổi và sức khỏe, khác biệt về phân bố mức độ chưa đạt ý nghĩa (p = 0,083 và 0,220).

Bàn luận. Quan hệ gia đình là yếu tố phân hóa nổi bật. Mối liên hệ theo bậc thang giữa tần suất thăm viếng và cô đơn phù hợp với Drageset và cộng sự (2011), Vu Dung và cộng sự (2020) và có thể lý giải bằng thuyết chọn lọc cảm xúc – xã hội (Carstensen, 1992): ở tuổi già, con cháu là nguồn gắn bó cảm xúc cốt lõi mà các quan hệ mới tại trung tâm khó thay thế. Trong bối cảnh coi trọng chữ hiếu, việc ít được thăm còn có thể làm tăng cảm giác bị lãng quên:

"Tuần nào con cháu lên thì mấy hôm sau trong người thấy vui, ăn cũng ngon. Có đợt cả tháng không ai lên, gọi điện thì bảo bận, đêm nằm cứ

nghĩ ngợi, thấy mình như người thừa." (PVS, nam, 78 tuổi, sống tại trung tâm 3 năm)

Tuy nhiên, chưa thể khẳng định tăng thăm viếng trực tiếp làm giảm cô đơn, vì chất lượng quan hệ gia đình trước đó cũng có thể chi phối cả hai yếu tố. Tương tự, lý do vào trung tâm gợi ý vai trò của cảm nhận kiểm soát; người cao tuổi ít có tiếng nói trong quyết định dễ cảm thấy bị "gửi đi", tương đồng với Hoàng Mộc Lan và Hoàng Thúy Vi (2012).

Mức cô đơn tăng từ nhóm 60–65 đến trên 75 tuổi, phù hợp với phân biệt của Neugarten (1974). Nhóm lớn tuổi thường chịu nhiều mất mát xã hội hơn (Dykstra, 2009), đồng thời suy giảm sức khỏe và khả năng vận động. Theo Carstensen (1992), sự thu hẹp mạng lưới tại trung tâm có thể mang tính bị động nên dễ làm tăng cô đơn. Tuy nhiên, nhóm trên 75 tuổi chỉ có 28 người và khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Sức khỏe kém cũng có thể hạn chế tham gia xã hội (Luanaigh & Lawlor, 2008), nhưng quan hệ này có thể diễn ra theo hai chiều.

Năm đầu lưu trú là giai đoạn nhạy cảm do người cao tuổi vừa rời môi trường quen thuộc vừa chưa hình thành quan hệ mới. Mức cô đơn thấp hơn ở nhóm lưu trú lâu có thể phản ánh sự thích nghi, nhưng cũng có thể do hiệu ứng chọn lọc. Giới tính không tạo khác biệt, phù hợp với Aung và cộng sự (2017) và Eskimez và cộng sự (2018); tình trạng còn vợ/chồng có xu hướng liên quan đến cô đơn thấp hơn nhưng chưa có ý nghĩa; loại hình trung tâm công lập hay tư nhân cũng không tạo khác biệt rõ, cho thấy điều kiện vật chất khó thay thế vai trò của các mối quan hệ xã hội.

3.2.3. Các đặc điểm dự báo mức độ cô đơn

Biến phụ thuộc là điểm tổng UCLA-3; biến độc lập gồm năm biến giả (0/1) nữ, trên 75 tuổi, không còn vợ/chồng, sống tại trung tâm dưới 1 năm, vào trung tâm do gia đình sắp xếp – và hai biến thứ bậc: mức độ ít được thăm viếng (1 = hằng tuần; 2 = 1–3 lần/tháng; 3 = hiếm khi/không) và sức khỏe tự đánh giá kém (1 = tốt; 3 = kém). VIF đều < 1,10.

Bảng 3. Kết quả hồi quy tuyến tính bội dự báo điểm cô đơn UCLA-3 (N = 155)

Biến dự báo	B	SE	β	t	p
Hằng số	20,02	3,49	—	5,74	< 0,001
Giới tính (nữ = 1)	0,93	1,54	0,04	0,60	0,547
Trên 75 tuổi (= 1)	4,60	1,94	0,16	2,37	0,019
Không còn vợ/chồng (= 1)	1,85	1,76	0,07	1,05	0,295
Sống tại trung tâm dưới 1 năm (= 1)	4,41	1,73	0,17	2,56	0,012
Vào trung tâm do gia đình sắp xếp (= 1)	6,30	1,53	0,27	4,11	< 0,001
Mức độ ít được gia đình đến thăm (1–3)	6,10	1,00	0,41	6,13	< 0,001
Sức khỏe tự đánh giá kém (1–3)	3,31	1,08	0,21	3,06	0,003
$R = 0,60$; $R^2 = 0,356$; R^2 hiệu chỉnh = 0,325; $F(7, 147) = 11,58$; $p < 0,001$					

Ghi chú: B: hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa; SE: sai số chuẩn; β: hệ số hồi quy chuẩn hóa. VIF của các biến < 1,10.

Mô hình có ý nghĩa ($F(7, 147) = 11,58$; $p < 0,001$), giải thích 32,5% biến thiên (Bảng 3). Mức độ ít được thăm viếng dự báo mạnh nhất (β = 0,41): mỗi bậc giảm tần suất tương ứng mức tăng khoảng 6,1 điểm cô đơn khi kiểm soát các yếu tố khác; tiếp theo là vào trung tâm do gia đình sắp xếp (β = 0,27), sức khỏe kém (β = 0,21), sống tại trung tâm dưới 1 năm (β = 0,17) và trên 75 tuổi (β = 0,16). Giới tính và hôn nhân không có ý nghĩa dự báo.

Bàn luận. Thứ nhất, các yếu tố thuộc hoàn cảnh lưu trú (tần suất người thân đến thăm, lý do vào trung tâm, thời gian lưu trú) dự báo mức độ cô đơn mạnh hơn các đặc điểm cá nhân như tuổi, giới và tình trạng hôn nhân. Thứ hai, tuổi và sức khỏe vẫn có ý nghĩa dự báo độc lập. Thứ ba, cần phân biệt các yếu tố có thể thay đổi (thăm viếng, sự đồng thuận khi vào trung tâm, hỗ trợ giai đoạn đầu) để ưu tiên can thiệp với các yếu tố khó thay đổi (tuổi, sức khỏe) để sàng lọc nguy cơ. Mô hình giải thích

35,7% phương sai điểm cô đơn; 64,3% còn lại cho thấy cần xem xét thêm các yếu tố như trầm cảm, đặc điểm cá nhân và chất lượng quan hệ với cư dân, nhân viên. Do thiết kế cắt ngang, các kết quả không cho phép suy luận quan hệ nhân quả.

3.3. Kiến nghị

Các trung tâm dưỡng lão cần sàng lọc cô đơn định kỳ bằng UCLA-3, ưu tiên người trên 75 tuổi, sức khỏe kém, mới vào trung tâm hoặc ít được gia đình thăm; đồng thời tổ chức chương trình hòa nhập trong 6–12 tháng đầu, các nhóm sở thích, hoạt động giao tiếp, hồi tưởng và hỗ trợ đồng đẳng. Việc hỗ trợ cần chú trọng không chỉ chăm sóc thể chất mà cả nhu cầu giao tiếp, gắn kết và cảm giác thuộc về.

Gia đình cần duy trì thăm viếng thường xuyên, kết hợp gọi điện hoặc gọi video, đồng thời tôn trọng ý kiến và sự đồng thuận của người cao tuổi khi quyết định vào trung tâm. Cán bộ tâm lý, công tác xã hội và nhân viên chăm sóc cần được bồi dưỡng kỹ năng nhận diện cô đơn, giao tiếp và tổ chức hoạt động hỗ trợ hòa nhập; có thể kết hợp tham vấn cá nhân, liệu pháp hồi tưởng và nhóm hỗ trợ đồng đẳng.

Về lâu dài, trung tâm nên phối hợp với gia đình, cơ sở giáo dục, tổ chức xã hội và cộng đồng để phát triển hoạt động giao lưu liên thế hệ, giúp người cao tuổi duy trì quan hệ xã hội, vai trò và cảm giác có giá trị. Tuy nhiên, hiệu quả của các giải pháp này cần được kiểm chứng bằng nghiên cứu dọc và nghiên cứu can thiệp có đối chứng trước khi đưa ra kết luận nhân quả.

IV. KẾT LUẬN

Người cao tuổi tại ba trung tâm dưỡng lão ở Hà Nội cô đơn ở mức trung bình (ĐTB = 44,89), song 81,9% cô đơn từ mức trung bình trở lên và 31,6% ở mức khá cao và cao; nổi bật là thiếu kết nối với nhóm/tập thể và cô đơn giữa tập thể. Cô đơn không khác biệt theo giới tính, hôn nhân và loại hình trung tâm, nhưng khác biệt theo tần suất thăm viếng, lý do vào trung tâm, thời gian lưu trú, tuổi và sức khỏe; các đặc điểm này giải thích 32,5% biến thiên, trong đó tần suất thăm viếng dự báo mạnh nhất. Kết quả gợi ý cần ưu tiên đánh giá và hỗ trợ người mới nhập trung tâm, ít được gia đình thăm và người chưa có sự chủ động trong quyết định chuyển nơi sống, đồng thời nhấn mạnh chất lượng kết nối và cảm giác thuộc về hơn là chỉ gia tăng số lượng tương tác. Các mối liên hệ cần được kiểm chứng bằng nghiên cứu dọc và nghiên cứu can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Aung, K. T., Nurumal, M. S., & Bukhari, W. N. S. W. (2017). Loneliness among elderly in nursing homes. International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled, 2, 72–78.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging, 7(3), 331–342.

Drageset, J., Kirkevold, M., & Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 48(5), 611–619.

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. European Journal of Ageing, 6(2), 91–100.

Eskimez, Z., Yesil Demirci, P., Kose Tosunoz, I., Oztunc, G., & Kumas, G. (2018). Loneliness and social support level of elderly people living in nursing homes. International Journal of Caring Sciences, 12(1), 465–474.

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age and Ageing, 49(5), 748–757.

Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. Psychological Science, 16(10), 798–804.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 40(2), 218–227.

Hoàng Mộc Lan, & Hoàng Thúy Vi. (2012). Các mối liên hệ xã hội của người cao tuổi tại một số trung tâm dưỡng lão ở Hà Nội. Tạp chí Tâm lý học, 12(165), 43–52.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237.