

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI ĐÔ THỊ ĐÀ LẠT: HƯỚNG TỚI MÔ HÌNH CHĂM SÓC TÍCH HỢP

Võ Thuấn^{*1}, Vũ Mộng Đóa² và Đỗ Văn Toàn³

Trường Đại học Đà Lạt, Lâm Đồng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Võ Thuấn, e-mail: thuanv@dlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9/5/2026. Ngày sửa bài: 1/6/2026. Ngày nhận đăng: 17/6/2026.

Tóm tắt. Nghiên cứu về quá trình già hóa dân số này được đặt trong bối cảnh đặc thù của đô thị Đà Lạt, nơi có những tác động riêng biệt từ điều kiện tự nhiên và khí hậu cao nguyên. Bài viết sử dụng thiết kế định lượng mô tả, thông qua khảo sát cắt ngang với quy mô mẫu $n = 301$ người cao tuổi, kết hợp phân tích tài liệu thứ cấp nhằm đánh giá sức khỏe đa chiều và năng lực tiếp cận dịch vụ y tế. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, dù tỉ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đạt mức rất cao (98,3%) và phần lớn có nguyện vọng “lão hóa tại gia”, người cao tuổi vẫn đang đối mặt với gánh nặng bệnh mạn tính lớn (66,8%) cùng các vấn đề về suy giảm vận động và sức khỏe tinh thần - xã hội. Việc thụ hưởng dịch vụ thực tế vẫn còn hạn chế do những rào cản về thiếu hụt thông tin dịch vụ chăm sóc tại nhà, thủ tục hành chính và gánh nặng tài chính. Dựa trên các phát hiện thực chứng, nghiên cứu định hướng phát triển mô hình chăm sóc tích hợp cho người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt, nhấn mạnh sự cần thiết của việc lấy chăm sóc tại nhà và cộng đồng làm trọng tâm, chuyển dịch hệ thống y tế sang quản lý bệnh mạn tính kết hợp với công tác xã hội để đảm bảo an sinh toàn diện cho người cao tuổi.

Từ khóa: Người cao tuổi, già hóa dân số, tiếp cận dịch vụ y tế, chăm sóc tích hợp, đô thị Đà Lạt.

HEALTH STATUS AND HEALTHCARE ACCESSIBILITY OF OLDER ADULTS IN THE DALAT URBAN AREA: TOWARDS AN INTEGRATED CARE MODEL

Vo Thuan^{*1}, Vu Mong Doa² and Do Van Toan³

Trường Đại học Đà Lạt, tỉnh Lâm Đồng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Võ Thuấn, e-mail: thuanv@dlu.edu.vn

Received May 9, 2026. Revised June 1, 2026. Accepted June 17, 2026.

Abstract. This population aging study is contextualized within the specific urban setting of Da Lat, which is characterized by the distinct impacts of its natural environment and highland climate. The research employs a descriptive cross-sectional design involving a sample of 301 older adults ($n = 301$), complemented by secondary data analysis, to assess multidimensional health status and the capacity to access healthcare services. Results indicate that despite high health insurance coverage (98.3%) and a strong preference for “aging in place,” older adults face a significant burden of chronic diseases (66.8%), alongside mobility decline and psychosocial health issues. Furthermore, actual healthcare access and service use remain constrained by barriers such as a lack of information regarding home care services, complex administrative procedures, and financial burdens. Drawing upon these empirical findings, the study proposes the development of an integrated care model for older adults in Da Lat. This model emphasizes the imperative of centering home- and community-based care, advocating for a systemic transition toward chronic disease management coupled with social work to ensure comprehensive welfare for this demographic.

Keywords: Older adults, population aging, healthcare access, integrated care, Da Lat urban area.

1. Mở đầu

Già hóa dân số là một trong những xu hướng quan trọng nhất của thế kỉ 21, dự kiến đến năm 2050, số người từ 60 tuổi trở lên sẽ đạt 2 tỉ người, chiếm 22% dân số toàn cầu, đặt ra những thách thức sâu sắc đối với các quốc gia trong việc đảm bảo hệ thống an sinh xã hội, cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế dài hạn và kiến tạo môi trường vật lí thân thiện với người cao tuổi (Quỹ dân số Liên Hợp Quốc & Tổ chức Hỗ trợ Người cao tuổi quốc tế, 2012, tr.3-4, 6-8, 11). Trong bối cảnh đó, Việt Nam là một trong những nước có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất trên thế giới và đang dịch chuyển với tốc độ nhanh từ thời kì “cơ cấu dân số vàng” sang giai đoạn “già hóa dân số”, dự kiến vào năm 2034, Việt Nam sẽ chính thức bước vào thời kì dân số già khi tỉ trọng người từ 65 tuổi trở lên chạm ngưỡng 14,0%. Tốc độ chuyển đổi nhân khẩu học chưa từng có này đặt ra áp lực to lớn, đòi hỏi các chiến lược quốc gia phải khẩn trương thiết lập hệ thống an sinh xã hội đa tầng, mở rộng các mô hình chăm sóc dài hạn dựa vào cộng đồng nhằm đảm bảo khả năng thích ứng và phát triển bền vững (Cục Thống kê, 2025, tr.43-44, 51-52). Đồng thời, người cao tuổi đồng mắc bệnh và đa bệnh ngày càng phổ biến hơn, đòi hỏi các mô hình chăm sóc tích hợp và cần nhiều nguồn lực hơn (Ngân hàng Thế giới & Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản, 2021, tr.156).

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế của người cao tuổi ở Việt Nam, vẫn tồn tại một số khoảng trống nghiên cứu quan trọng. Phần lớn các nghiên cứu hiện nay tập trung ở cấp độ quốc gia hoặc khu vực rộng. Đánh giá về năng lực đáp ứng của hệ thống, báo cáo Tầm nhìn hệ thống an sinh xã hội Việt Nam đến năm 2030 đã chỉ rõ một thực trạng bất cập: “một yếu tố đáng kể trong hệ thống phúc lợi xã hội nhìn trên diện rộng hiện tại đang rất kém phát triển ở Việt Nam là hệ thống chăm sóc người cao tuổi và chăm sóc dài hạn” (Nguyễn & Philip, 2019, tr.19). Trong khi các nghiên cứu ở cấp độ địa phương, đặc biệt tại các đô thị đang phát triển như đô thị Đà Lạt vẫn còn rất hạn chế và thiếu vắng các đánh giá chuyên sâu. Thứ đến, hiện nay, phần lớn các nghiên cứu trong nước vẫn tiếp cận tình trạng sức khỏe của người cao tuổi thiên về góc độ y sinh, tập trung đo lường gánh nặng bệnh tật và các triệu chứng lâm sàng. Điển hình, nghiên cứu của Lê & cộng sự (2020) đã sử dụng bảng mã ICPC2 để thống kê gánh nặng bệnh lí, cho thấy 58,5% người cao tuổi bị ốm đau trong thời gian ngắn, với sự áp đảo của các bệnh mạn tính như tăng huyết áp (31,8%) và thoái hóa khớp (23,6%) (Lê & nnk., 2020, tr.50, 52). Việc chủ yếu nghiên cứu vào các chỉ số lâm sàng này chưa phản ánh được bức tranh sức khỏe toàn diện theo định hướng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

Đô thị Đà Lạt là một địa bàn nghiên cứu mang tính đặc thù cao, hội tụ đầy đủ những thách thức của quá trình già hóa trong một bối cảnh không gian đặc biệt. Theo dữ liệu tổng hợp từ Thống kê tỉnh Lâm Đồng, biến động nhân khẩu học tại đô thị Đà Lạt ghi nhận sự mở rộng quy mô dân số tương đối ổn định trong giai đoạn 2020 - 2024, trong đó nhóm dân số cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) gia tăng từ 24.941 người (chiếm 10,88%) vào năm 2020 lên 25.917 người (chiếm 10,90%) vào năm 2024 (Phòng Thống kê Xã hội - Thống kê tỉnh Lâm Đồng, 2025). Sự chuyển dịch cơ cấu nhân khẩu học này, mặc dù diễn ra với tốc độ chậm, nhưng khẳng định quá trình già hóa dân số đang hiện diện rõ nét và mang tính bền vững tại đô thị Đà Lạt, đặt ra yêu cầu củng cố hệ thống an sinh xã hội, đặc biệt là việc nâng cao năng lực hệ thống y tế và định hướng phát triển các mô hình chăm sóc tích hợp, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người cao tuổi. Hơn nữa, khí hậu lạnh quanh năm đặc trưng tại đô thị Đà Lạt có tác động đến sức khỏe người cao tuổi, tăng thêm các nguy cơ về bệnh lí hô hấp và xương khớp. Các bằng chứng y khoa khẳng định thời tiết lạnh tác động tiêu cực đến sức khỏe hô hấp và cơ xương khớp ở người cao tuổi. Đối với hệ hô hấp, nhiệt độ thấp làm suy giảm chức năng phổi, gia tăng các triệu chứng lâm sàng và tỉ lệ tử vong do đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ngay cả khi người bệnh tiếp xúc ngắn với không khí lạnh (McCormack & nnk., 2017).

Việc chuyển đổi định hướng tiếp cận, hướng tới mô hình chăm sóc sức khỏe tích hợp là một đòi hỏi tất yếu nhằm tối ưu hóa nguồn lực, bổ sung các khoảng trống dịch vụ, khắc phục sự phân mảnh của hệ thống y tế, nâng cao toàn diện chất lượng sống cho người cao tuổi. Cốt lõi của định

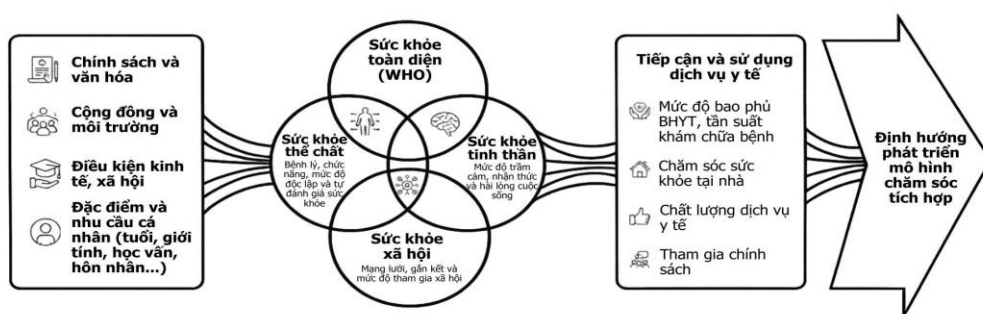
hướng này là sự phối hợp liên ngành chặt chẽ giữa hệ thống y tế, an sinh xã hội và mạng lưới cộng đồng, tạo ra một chuỗi cung ứng liên tục từ cấp độ cá nhân, gia đình đến các cơ sở y tế chuyên nghiệp để chăm sóc đồng bộ cả thể chất lẫn tinh thần và xã hội (Ministry of Health & nnk., 2023, tr.22). Trên cơ sở đó, việc nghiên cứu đánh giá toàn diện thực trạng sức khỏe theo khung tiếp cận đa chiều của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và đánh giá khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt mang ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Nghiên cứu thực tiễn này không chỉ góp phần bổ sung khoảng trống trong nghiên cứu mà còn cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc xây dựng và hoàn thiện các chính sách chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người cao tuổi.

Bài báo này được triển khai thực hiện với các mục tiêu trọng tâm: (1) Đánh giá toàn diện thực trạng sức khỏe của người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt dựa trên khung lý thuyết sức khỏe đa chiều (thể chất, tinh thần và xã hội) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO); (2) Phân tích năng lực tiếp cận và thực trạng sử dụng các dịch vụ y tế của nhóm đối tượng nghiên cứu và (3) Dựa trên các phát hiện thực chứng, hàm ý đề xuất định hướng mô hình chăm sóc tích hợp nhằm nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi trước áp lực già hóa dân số ngày càng gia tăng.

2. Khung lý thuyết và phương pháp nghiên cứu

2.1. Khung lý thuyết

Cơ sở lý thuyết của nghiên cứu này được xây dựng dựa trên sự tích hợp các lăng kính lý thuyết nghiên cứu về sức khỏe và hành vi y tế nhằm giải thích toàn diện tình trạng sức khỏe và năng lực tiếp cận dịch vụ y tế của người cao tuổi. Trong đó, định nghĩa về sức khỏe của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) được sử dụng làm biến số quan trọng. Khác với cách tiếp cận y sinh học thuần túy. Sức khỏe được định nghĩa là một trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không đơn thuần là không có bệnh tật hay ốm yếu (World Health Organization, 1946). Để giải thích các yếu tố tác động đến sức khỏe đa chiều và hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế, bài viết ứng dụng mô hình các nhân tố quyết định việc sử dụng dịch vụ y tế của Andersen và Newman. Theo đó, khả năng tiếp cận dịch vụ được quyết định bởi ba nhóm yếu tố: các yếu tố nhân khẩu học và xã hội, các yếu tố môi trường, các yếu tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe (Đoàn & nnk., 2023). Toàn bộ cơ chế tác động này được đặt trong bối cảnh vĩ mô của mô hình sinh thái xã hội và khung khái niệm về các yếu tố quyết định xã hội về sức khỏe, hướng tới sức khỏe toàn diện của WHO. (Hình 1).



Hình 1. Khung phân tích các yếu tố quyết định sức khỏe và dịch vụ định hướng phát triển mô hình chăm sóc tích hợp

Cơ sở lý thuyết của nghiên cứu này nhấn mạnh rằng sức khỏe chưa bao giờ là một hiện tượng cô lập, mà nó chịu sự chi phối sâu sắc của một mạng lưới các điều kiện kinh tế - xã hội. Từ góc nhìn của xã hội học, việc đánh giá tình trạng sức khỏe không thể chỉ dừng lại ở yếu tố y - sinh lý hay sự vắng mặt của bệnh tật. Thay vào đó, “sức khỏe cũng lệ thuộc vào nhiều yếu tố môi trường

khác nhau như: môi trường chính trị, môi trường kinh tế, môi trường xã hội, môi trường văn hoá v.v...” (Hoàng, 2017, tr.21). Theo quy luật “sinh, lão, bệnh tử”, khi tuổi ngày càng cao, con người dễ mắc các bệnh mạn tính và suy giảm chức năng, khiến họ phụ thuộc nhiều hơn vào dịch vụ y tế và hệ thống hỗ trợ xã hội. Đồng thời, người cao tuổi là một trong nhóm xã hội yếu thế, dễ bị tổn thương, có nhiều nguy cơ rủi ro trong cuộc sống, với các vấn đề về thể chất, sức khỏe, thu nhập và mức độ ảnh hưởng xã hội (Võ & Phạm, 2018, tr.24). Chính vì vậy, hướng tới mục tiêu già hóa năng động, định hướng phát triển mô hình chăm sóc tích hợp là nhu cầu tất yếu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, kết hợp giữa điều tra bằng bảng hỏi định lượng và phân tích tài liệu thứ cấp. Trong đó, dữ liệu sơ cấp được thu thập thông qua bảng hỏi cấu trúc, dựa trên phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu được triển khai tại đô thị Đà Lạt. Theo số liệu thống kê năm 2024, dân số khu vực nghiên cứu là 237.779 người, trong đó nhóm người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) chiếm khoảng 10,9% (25.917 người). Quá trình khảo sát thực địa và thu thập số liệu sơ cấp được tiến hành tập trung thời gian từ tháng 11 đến tháng 12 năm 2025. Cỡ mẫu lí thuyết được xác định dựa trên công thức tính: $n = N / (1 + N \cdot e^2)$, với $e = 5\%$. Từ đó số lượng mẫu là: $n = 25.917 / (1 + 25.917 \times (0,05)^2) = 393$ mẫu. Tuy nhiên, trong quá trình khảo sát thực địa, nhằm đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của dữ liệu, nghiên cứu loại trừ các trường hợp như suy giảm nhận thức (như sa sút trí tuệ, Alzheimer) hoặc mất khả năng giao tiếp ngôn ngữ; suy kiệt thể chất nghiêm trọng; từ chối cung cấp thông tin. Vì vậy, số lượng mẫu hợp lệ được đưa vào phân tích là 301 mẫu. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi cấu trúc gồm 4 phần: (1) Thông tin nhân khẩu học; (2) Thực trạng sức khỏe; (3) Đánh giá khả năng tiếp cận dịch vụ y tế; (4) Hàm ý chính sách. Nhằm đánh giá toàn diện thực trạng sức khỏe theo khung lí thuyết ba chiều của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), nghiên cứu tiến hành đo lường thông qua các bộ công cụ chuẩn hóa trong y học lão khoa. Tuy nhiên, nghiên cứu đã tiến hành hiệu chỉnh có chủ đích về mặt cấu trúc phù hợp với đặc điểm tiếp nhận của người cao tuổi (ưu tiên thiết kế bảng hỏi ngắn gọn, cấu trúc đơn giản), đồng thời tối ưu hóa tính khả thi trước những giới hạn thực tế về quy mô, thời gian và nguồn lực triển khai. Về thể chất, kế thừa thang đo hoạt động sống hàng ngày (ADL) của (Katz & nnk., 1963) để đánh giá các sinh hoạt cơ bản. Đối với sức khỏe tinh thần, sử dụng thang đo trầm cảm rút gọn (GDS - 15) của (Nguyễn & nnk., 2024) để xác định trạng thái, cảm xúc, mức độ trầm cảm. Khía cạnh xã hội được đánh giá qua việc kế thừa và tái cấu trúc thang đo mạng lưới xã hội phiên bản rút gọn của (Lubben & nnk., 2006) để đo lường mạng lưới và sự gắn kết. Dữ liệu sau khi thu thập được làm sạch và xử lí thông qua phần mềm thống kê SPSS 27.0. Sử dụng thống kê mô tả để tổng hợp đặc điểm nhân khẩu học, thực trạng sức khỏe đa chiều và năng lực tiếp cận dịch vụ y tế. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức khoa học: Người tham gia được giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu và có quyền rút lui khỏi cuộc phỏng vấn bất kì lúc nào. Dữ liệu được thu thập hoàn toàn thông qua phỏng vấn trực tiếp. Trong quá trình triển khai thực địa, việc đánh giá năng lực sống hàng ngày và tâm lí thông qua các thang đo nhiều chỉ số gặp không ít khó khăn do người cao tuổi dễ suy giảm độ tập trung và mệt mỏi về thể chất. Điều tra viên được yêu cầu linh hoạt, giải thích cặn kẽ các lựa chọn đáp án nhằm đảm bảo tính khách quan và độ tin cậy cao nhất cho dữ liệu phân tích. Toàn bộ thông tin thu thập được mã hóa, bảo mật thông tin và chỉ phục vụ duy nhất cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của người cao tuổi

Nghiên cứu 301 người cao tuổi, cho thấy nữ giới chiếm đa số với 53,5% và nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ trọng lớn nhất với 49,8%. Trình độ học vấn đa dạng, tập trung chủ yếu ở mức trung học cơ sở 26,9% và trung học phổ thông 25,6%. Nghề nghiệp phản ánh rõ đặc thù kinh tế truyền thống trước đây, với lực lượng chủ yếu làm nghề nông 28,9%, buôn bán, dịch vụ 20,6% và 17,6% làm

nghề lao động giản đơn. Hôn nhân, có 70,1% người cao tuổi kết hôn, 23,9% góa. Số ít còn lại độc thân 2,0%, li thân 2,3% và li hôn 1,7%.

Kết quả cũng chỉ ra sự chuyển dịch mạnh mẽ cấu trúc gia đình, từ mô hình truyền thống sang xu hướng hạt nhân, gia đình đồng thế hệ (chỉ sống với vợ hoặc chồng mà không có con cái ở cùng), gia đình khiếm khuyết, khi có tới 51,5% người cao tuổi sống hoàn toàn độc lập khỏi con cháu (bao gồm 42,9% chung sống cùng bạn đời và 8,6% sống đơn thân). Số liệu phản ánh rõ nét xu hướng sống ngày càng độc lập và tách biệt khỏi con cái của người cao tuổi. Sự biến đổi của cấu trúc gia đình truyền thống đòi hỏi chính sách mới trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, thay vì tiếp tục coi gia đình truyền thống là lưới an sinh chính mà cần theo định hướng mô hình chăm sóc tích hợp, các can thiệp cần tập trung vào: nâng cao năng lực y tế tuyến cơ sở; phát triển mạnh mạng lưới dịch vụ chăm sóc tại nhà và dựa vào cộng đồng; phát triển mạng lưới, cơ chế phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên công tác xã hội và y tế địa phương nhằm quản lý, hỗ trợ, chăm sóc sức khỏe liên tục cho người cao tuổi.

3.2. Sức khỏe thể chất của người cao tuổi

Người cao tuổi tự đánh giá tích cực, ổn định về sức khỏe của bản thân với 53,8% ở mức khá và 19,6% ở mức “Tốt/rất tốt”, nhận định sức khỏe ở mức “Trung bình” chiếm 20,3%, và chỉ có một tỉ lệ nhỏ 6,3% thuộc nhóm “Kém/rất kém”. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy có sự mâu thuẫn giữa cảm nhận chủ quan và thực trạng khách quan, sức khỏe khá hay tốt/rất tốt không đồng nghĩa với việc họ không có bệnh. Về mặt y tế, có tới 66,8% khách thể mắc bệnh lí mãn tính với 39,9% mắc đa bệnh lí, kéo theo sự phụ thuộc lớn vào can thiệp y khoa, 62,1% sử dụng thuốc kê toa hàng ngày và 24,9% từng nhập viện nội trú trong 12 tháng qua. (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm sức khỏe của người cao tuổi

Đặc điểm	Phân loại	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Tự đánh giá sức khỏe hiện tại	Rất tốt /Tốt	59	19,6
	Khá	162	53,8
	Trung bình	61	20,3
	Kém /Rất kém	19	6,3
Tình trạng mắc bệnh mạn tính	Có mắc bệnh	201	66,8
	Không mắc bệnh	100	33,2
Số lượng bệnh mạn tính	0 bệnh	91	30,2
	1 bệnh	81	26,9
	2 bệnh trở lên	120	39,9
	Không rõ	9	3,0
Nhập viện trong 12 tháng qua	Có	75	24,9
	Không	226	75,1
Sử dụng thuốc theo toa hàng ngày	Có	187	62,1
	Không	114	37,9

Về chức năng vận động và sinh hoạt, sự suy thoái thể hiện qua việc 43,8% bị hạn chế khả năng đi bộ 300 mét và 34,2% suy giảm tính độc lập trong việc tự chăm sóc ở các mức độ khác nhau. Mặc dù 80% người cao tuổi vẫn nỗ lực duy trì thói quen rèn luyện thể chất, tỉ lệ té ngã trong năm qua vẫn ghi nhận ở mức 11,0%. Phân tích vào mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, phần lớn người cao tuổi 65,8% vẫn duy trì được khả năng tự chăm sóc bản thân, nhưng có đến 25,2% cần hỗ trợ một phần và 9,0% phụ thuộc nhiều hoặc hoàn toàn vào người khác. Theo khung lí thuyết các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe, sự suy giảm vận động và gia tăng phụ thuộc không

chỉ làm giảm chất lượng sống của bản thân người bệnh mà còn tạo gánh nặng lên mạng lưới chăm sóc của gia đình và hệ thống y tế.

3.3. Sức khỏe tinh thần của người cao tuổi

Bức tranh sức khỏe tinh thần của người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt bộc lộ sự đan xen giữa sự hài lòng và cảm giác thoải mái về cuộc sống, có đến 78,8% người cao tuổi hài lòng/rất hài lòng về cuộc sống, chỉ có 2,3% không hài lòng và 18,9% cảm thấy bình thường. Con số cũng tương ứng với cảm giác thoải mái/rất thoải mái về cuộc sống, với 73,1%, 21,6% người cao tuổi thấy bình thường và 5,3% cảm giác cô đơn/đôi khi cô đơn.

Sức khỏe tinh thần vững vàng của người cao tuổi còn được phản ánh qua thái độ bình thường tiếp nhận cái chết 91,7%. Tuy nhiên, nguy cơ thu hẹp các mối quan hệ cộng đồng thể hiện qua việc 41,5% người cao tuổi phải từ bỏ sở thích cá nhân, 41,2% thích ở nhà hơn đi ra ngoài và 20,6% thường xuyên cảm thấy bất lực. Sự suy giảm mức độ tinh thần này lý giải việc có tới 25,5% người cao tuổi có nhu cầu cao được gia đình và cộng đồng quan tâm, chăm sóc nhiều hơn. Có 67,8% người cao tuổi đương đầu với chứng mất ngủ ở mức độ thỉnh thoảng và thường xuyên mất ngủ và 39,9% trải qua cảm giác cô đơn. Đáng chú ý, kết quả kiểm định khẳng định có xu hướng đồng biến rõ rệt, mang ý nghĩa thống kê cao giữa hai biến số này. Ở nhóm người cao tuổi duy trì được giấc ngủ ngon, tỉ lệ không bao giờ hoặc hiếm khi cảm thấy cô đơn chiếm ưu thế tuyệt đối (73,2%). Ngược lại, tỉ lệ người cao tuổi phải đối mặt với cảm giác cô đơn (thỉnh thoảng hoặc thường xuyên) gia tăng mạnh lên mức 79,3%. Phát hiện này chỉ ra hiện trạng rủi ro kép về thể chất và tinh thần, qua đó nhấn mạnh tính cấp thiết của việc lồng ghép các can thiệp hỗ trợ tâm lý và cải thiện giấc ngủ vào định hướng mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện (Bảng 2).

Bảng 2. Mối liên hệ giữa chất lượng giấc ngủ và cảm giác cô đơn ở người cao tuổi

Chất lượng giấc ngủ	Hiếm khi cô đơn	Không bao giờ cô đơn	Thỉnh thoảng cô đơn	Thường xuyên cô đơn
Ngủ ngon (n = 97)	47,4%	25,8%	22,7%	4,1%
Thỉnh thoảng mất ngủ (n = 175)	45,7%	13,7%	36,0%	4,6%
Thường xuyên mất ngủ (n = 29)	10,4%	10,3%	55,2%	24,1%

Đánh giá sức khỏe tâm thần cho thấy một sự phân hóa rõ rệt giữa nhận thức chủ quan và các biểu hiện lâm sàng thực tế. Về mặt tích cực, các chỉ số về sự hài lòng cuộc sống 95,3% và cảm giác hạnh phúc 91,0% phản ánh trạng thái quân bình tâm lý ổn định trong cảm nhận tổng quát. Tuy nhiên, khi phân tích các tiêu chí thành phần của thang đo, nghiên cứu ghi nhận những dấu hiệu báo động về nguy cơ tiềm ẩn trầm cảm khi có 41,5% có biểu hiện “mất hứng thú” khi từ bỏ các hoạt động và sở thích cá nhân, kết hợp với 41,2% có xu hướng thu mình xã hội. Đây là những chứng cứ quan trọng trong việc xác định nguy cơ trầm cảm ở người cao tuổi, cho thấy sự suy giảm động lực sống dù họ vẫn khẳng định sự hài lòng với thực tại.

Bên cạnh đó, sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ như cảm giác buồn chán thường xuyên 26,2%, thiếu hụt năng lượng 26,9% và đặc biệt là tư duy tiêu cực về hoàn cảnh cá nhân so với cộng đồng 36,9% tạo nên một áp lực tâm lý đáng kể. Mặc dù chỉ có 12,0% đối tượng rơi vào trạng thái vô vọng hoàn toàn, một chỉ báo nặng của trầm cảm lâm sàng, nhưng tổng hòa các triệu chứng cho thấy một tỉ lệ lớn nhóm khảo sát đang nằm trong ngưỡng “nguy cơ trầm cảm nhẹ đến trung bình”. Dưới góc độ y tế công cộng và các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe, tình trạng cô đơn và rối loạn giấc ngủ không nên thuần túy được lý giải bằng sự suy giảm sinh lý do lão hóa, mà cần được nhìn nhận như hệ quả của sự đứt gãy các kết nối xã hội. Việc người cao tuổi thu mình, từ bỏ sở thích phản ánh sự thiếu hụt các không gian tương tác cộng đồng và sự suy yếu của mạng lưới hỗ trợ vi mô. Dựa trên mô hình sinh thái xã hội, các can thiệp sức khỏe tâm thần cần vượt ra

khỏi khuôn khổ điều trị y tế cá nhân để hướng tới các giải pháp mang tính hệ thống dựa vào cộng đồng. Cần lồng ghép việc tầm soát sức khỏe tâm thần vào chương trình khám chữa bệnh, xây dựng mạng lưới chăm sóc tích hợp, bố trí và phát huy vai trò của nhân viên công tác xã hội tại trạm y tế để tổ chức các chương trình tham vấn, tầm soát và quản lý rủi ro trầm cảm sớm nhằm nâng cao chất lượng sống toàn diện cho người cao tuổi.

3.4. Sức khỏe xã hội của người tuổi

Mức độ gắn kết với các tổ chức chính trị - xã hội của người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt còn ở mức khiêm tốn. Có 63,5% không tham gia bất kì tổ chức hay câu lạc bộ nào, trong nhóm 36,5% có tham gia sinh hoạt thì tham gia các câu lạc bộ tự nguyện (dưỡng sinh, văn nghệ, thơ) thu hút tỉ lệ tham gia cao nhất 14,6%, vượt qua Hội Người cao tuổi 12,0% và các tổ chức chính trị - xã hội khác 9,9%. Người cao tuổi ưu tiên các mô hình sinh hoạt mang tính giải trí và rèn luyện sức khỏe phù hợp với nhu cầu cá nhân. Tỉ lệ không tham gia cao vào các tổ chức chính thức là một khoảng trống, đòi hỏi chính quyền địa phương cần đa dạng hóa hình thức hoạt động để thu hút người cao tuổi.

Bù lại cho sự thiếu hụt trong sinh hoạt đoàn thể, mạng lưới giao tiếp cộng đồng phi chính thức của người cao tuổi được duy trì ở mức độ rất cao. Có tới 74,1% duy trì việc giao lưu thường xuyên với hàng xóm, bạn bè. Sự tương tác này đóng vai trò như một hệ thống hỗ trợ, giúp người cao tuổi giảm bớt cảm giác cô đơn, mức độ thỏa mãn về cảm xúc cũng đạt chỉ số ấn tượng với 81,7% cảm thấy hài lòng về các mối quan hệ xung quanh, chỉ có 0,3% rơi vào tình trạng hiếm khi hoặc không bao giờ giao lưu, đây là nhóm có nguy cơ cao bị cô lập xã hội cần được quan tâm.

Trong hệ thống hỗ trợ nội sinh, gia đình tiếp tục khẳng định vai trò cốt lõi. Người bạn đời là điểm tựa vững chắc nhất khi đảm nhận 54,5% vai trò chăm sóc chính. Ở cấp độ tương tác liên thế hệ, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự phân công đặc thù. Con gái chủ yếu đảm nhiệm việc chăm sóc trực tiếp 24,3%, cao gấp 4,5 lần con trai, trong khi hỗ trợ vật chất được phân bổ cân bằng giữa hai giới, tương ứng 49,5% ở con trai và 50,2% ở con gái.

Đáng chú ý, tuy chỉ số hài lòng về tương tác liên thế hệ rất cao 84,3%, có tới 64,5% người cao tuổi đánh giá mức độ gánh nặng chăm sóc. Phân tích kiểm định chỉ ra rào cản tài chính, khó khăn kinh tế càng lớn thì tỉ lệ tự coi mình là gánh nặng “rất nặng” tăng cao, đạt 20,0%, cao gấp gần 30 lần so với nhóm không khó khăn. Dù đối mặt với rào cản kinh tế và tâm lý sợ làm phiền, mô hình “lão hóa tại gia” (do người thân chăm sóc) vẫn chiếm tỉ lệ cao với 76,7% sự lựa chọn, bỏ xa mô hình viện dưỡng lão chỉ đạt 11,3%, trong khi đó người cao tuổi muốn thuê dịch vụ hỗ trợ tại nhà chiếm 11%. Điều này rất phù hợp với địa lí đô thị Đà Lạt (lạnh, đồi dốc) và gia tăng độ bao phủ bảo hiểm y tế nhằm giảm áp lực tài chính. Thực trạng này đặt ra hàm ý chính sách quan trọng: để bảo đảm an sinh toàn diện, việc mở rộng các trung tâm dưỡng lão tư nhân, vốn có giá cả dịch vụ rất cao, cần tính toán đến nhu cầu vì với văn hóa truyền thống, người cao tuổi Việt Nam ngại phải vào trung tâm dưỡng lão, luôn mong muốn con cái chăm sóc mình. Ngay cả sinh sống tại Úc, người cao tuổi Việt Nam vẫn giữ mong muốn được con cái trực tiếp chăm sóc do ảnh hưởng sâu sắc của văn hóa truyền thống, nơi đề cao nghĩa vụ và sự phục tùng của đạo hiếu, cha mẹ già mong đợi sự phục tùng của con cái theo đúng nghĩa vụ và vô điều kiện. (Thomas Trang, 1998, tr.286).

3.5. Thực trạng tiếp cận và đánh giá chất lượng dịch vụ y tế

Khảo sát ghi nhận thành tựu bao phủ an sinh cơ bản vững chắc với 98,3% người cao tuổi có thẻ bảo hiểm y tế và 67,4% đánh giá dễ di chuyển đến cơ sở y tế đã thúc đẩy mạnh mẽ hành vi y tế dự phòng, với 79,7% chủ động khám sức khỏe định kì. Tuy nhiên, vẫn tồn tại 20,3% người cao tuổi không kiểm tra sức khỏe định kì, bên cạnh đó, có tới 85,1% người cao tuổi không biết rõ Luật Người cao tuổi 2009.

Nghiên cứu cũng chỉ ra một nghịch lí: mặc dù tỉ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đạt mức cao, nhưng mức độ sử dụng và thụ hưởng thực tế lại chưa thực sự tương xứng. Cụ thể, tỉ lệ thụ hưởng thẻ bảo

hiểm y tế và khám định kì miễn phí chỉ đạt lần lượt 81,1% và 66,4%, trong khi các chính sách như ưu tiên khám chữa bệnh hay trợ cấp y tế chỉ dao động ở mức 50%.

Đáng chú ý, sự hạn chế trong năng lực tiếp cận y tế còn thể hiện rõ qua khoảng trống thông tin về mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà. Cụ thể, 71,1% trong tổng số 301 người cao tuổi tại Đô thị Đà Lạt tham gia khảo sát chưa từng tiếp nhận thông tin, và chỉ 28,9% nhận thức được sự tồn tại của mô hình này. Sự hạn chế về mặt thông tin phản ánh trực tiếp lên thực trạng sử dụng, khi đại đa số 81,7% chưa từng sử dụng dịch vụ, trong khi tỉ lệ đã sử dụng thực tế chỉ đạt 18,3%. Mức độ tin tưởng chất lượng dịch vụ chăm sóc tại nhà có xu hướng thận trọng, có tới 79,7% khách thể giữ thái độ trung lập hoặc chưa thể đánh giá, tỉ lệ 2,0% không tin tưởng và chỉ 18,3% rất tin tưởng. Nhìn chung, các chỉ báo thống kê này thể hiện một sự gắn kết logic, khi dịch vụ chăm sóc tại nhà có tỉ lệ tiếp cận thông tin còn hạn chế với hơn hai phần ba người cao tuổi, tỉ lệ sử dụng thực tế duy trì ở mức thấp, từ đó dẫn đến xu hướng đánh giá chất lượng dịch vụ chủ yếu ở mức trung lập. Đây là cơ sở quan trọng để biến dịch vụ chăm sóc tại nhà từ một lựa chọn còn nhiều hạn chế thành giải pháp hỗ trợ thiết thực, dễ tiếp cận nhằm nâng cao chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trong bối cảnh địa hình đồi dốc, khí hậu ngoài trời lạnh quanh năm của đô thị Đà Lạt.

Kết quả khảo sát đánh giá chất lượng dịch vụ y tế trên bốn nhóm nhân tố chính cho thấy sự phân hóa về mức độ hài lòng của người cao tuổi. Ở nhóm khả năng tiếp cận và điều kiện vật chất, Sự thuận tiện khi tiếp cận cơ sở y tế ghi nhận tỉ lệ đánh giá tốt/rất tốt cao nhất với tỉ lệ 66,8%, tỉ lệ kém/rất kém thấp nhất 8,6%. Thái độ, tinh thần phục vụ của nhân viên và trình độ chuyên môn của bác sĩ cũng đạt kết quả tốt, tỉ lệ hài lòng lần lượt là 55,5% và 55,1%. Dù vậy, chi phí và quy trình dịch vụ lại bộc lộ nhiều hạn chế như các tiêu chí thời gian chờ đợi khám chữa bệnh và thủ tục hành chính đều có tỉ lệ đánh giá tốt/rất tốt giảm xuống dưới 50%. Ở nhóm tính công bằng giữa người cao tuổi và nhóm khác không chỉ có tỉ lệ hài lòng thấp nhất bằng 48,9% mà còn nhận về phản hồi kém/rất kém cao nhất, với tỉ lệ 14,9%. Rõ ràng, kết quả nghiên cứu phản ánh ưu điểm lớn của hệ thống y tế trong việc đảm bảo khả năng tiếp cận và năng lực chuyên môn, tuy nhiên, đánh giá tổng thể chất lượng dịch vụ y tế hạn chế đáng kể bởi các vấn đề về thủ tục hành chính, thời gian chờ đợi và tính công bằng trong cung cấp dịch vụ.

Về khía cạnh tham gia chính sách, xu hướng thụ động vẫn chiếm ưu thế khi có tới 59,1% người cao tuổi không hoặc ít tham gia góp ý chính sách. Tuy nhiên, đánh giá của cộng đồng về vai trò của chính quyền lại có phần khả quan hơn với việc chính quyền quan tâm sức khỏe người cao tuổi, có 40,2% đánh giá tích cực, 47,8% nhận định ở mức trung bình và chỉ có 12,0% người cao tuổi cho rằng chính quyền ít hoặc không quan tâm. Khi hỏi đến việc thực thi các chính sách ưu đãi cụ thể như chính sách miễn giảm phí (tham quan, đi lại), mức độ đánh giá rất hiệu quả thấp nhất đạt 22,9%, trong khi có đến 60,8% đánh giá ở mức trung bình và 16,3% đánh giá ít/không hiệu quả. Kết quả phản ánh thực trạng người cao tuổi chưa thực quan tâm mà hoặc thiếu cơ hội tham gia sâu, rộng vào các đóng góp chính sách, đồng thời cho thấy quá trình triển khai thực hiện các chính sách hỗ trợ trực tiếp cho người cao tuổi cần được quan tâm, cải thiện mạnh mẽ hơn nữa để thoát khỏi tình trạng hình thức, văn bản.

3.6. Định hướng phát triển mô hình chăm sóc tích hợp cho người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt

Dựa trên các kết quả phân tích trên về thực trạng sức khỏe và năng lực tiếp cận y tế, kết hợp với khung hướng dẫn về Chăm sóc tích hợp cho người cao tuổi của Tổ chức Y tế Thế giới, nghiên cứu đề xuất kiến tạo định hướng phát triển mô hình chăm sóc tích hợp như là một tất yếu khách quan. Đặc biệt, đối với một địa bàn có tính đặc thù về địa hình đồi dốc, khí hậu lạnh và đang trải qua quá trình cấu trúc không gian đô thị Đà Lạt. Định hướng phát triển mô hình này không thể chỉ dừng lại ở các can thiệp y tế đơn thuần, thay vào đó cần được cấu trúc thành một hệ sinh thái chăm sóc đa tầng, với giá trị thực tiễn, tập trung vào ba trụ cột chiến lược sau:

(1) Trọng tâm hóa chăm sóc tại nhà và dựa vào cộng đồng: Nhằm đáp ứng nguyện vọng “lão hóa tại gia” và giải quyết triệt để rào cản vật lý đối với người cao tuổi suy giảm vận động, hệ thống dịch vụ tại nhà cần được định vị là hạt nhân của mô hình. Việc phát triển đa dạng các câu lạc bộ

liên thể hệ và dịch vụ hỗ trợ tại chỗ không chỉ giúp giảm tải áp lực trực tiếp lên người chăm sóc chính trong gia đình, mà còn duy trì kết nối xã hội, hạn chế tối đa rủi ro cô lập và suy thoái tâm lý ở người cao tuổi sống độc lập.

(2) Chuyển dịch mô hình cung ứng dịch vụ: Hệ thống y tế công cộng cần dịch chuyển mạnh mẽ từ phương thức “điều trị đợt cấp tính” sang “quản lý bệnh mạn tính và tầm soát dự phòng”. Giá trị cốt lõi của sự tích hợp nằm ở việc đưa mạng lưới nhân viên công tác xã hội và chuyên gia tham vấn tâm lý vào làm việc trực tiếp tại các trạm y tế. Sự phối hợp liên ngành này sẽ tháo gỡ các rào cản về thủ tục hành chính, đồng thời tạo ra một cơ chế giám sát toàn diện cả về thể chất lẫn sức khỏe tinh thần cho người cao tuổi ngay tại địa phương.

(3) Phát triển hệ thống chăm sóc dài hạn và tối ưu hóa mạng lưới hỗ trợ phi chính thức: Các cơ sở chăm sóc nội trú cần được đầu tư nâng cấp để đóng vai trò là “lưới an sinh dự phòng” vững chắc ở tuyến cuối, bảo vệ tối đa cho nhóm người cao tuổi mất hoàn toàn năng lực tự lập. Bên cạnh đó, mô hình căn cơ chế chính sách để khuyến khích sự tham gia của các tổ chức thiện nguyện, tư nhân. Việc kết hợp giữa mạng lưới chăm sóc chuyên nghiệp và phi chuyên nghiệp sẽ tạo ra sự chia sẻ nguồn lực hiệu quả, đảm bảo tính bền vững cho hệ thống an sinh trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Việc phát triển hệ thống chăm sóc tích hợp sẽ tạo ra một hệ sinh thái chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi. Hệ sinh thái này không chỉ giải quyết các rào cản của hệ thống y tế, an sinh xã hội mà còn tôn trọng sâu sắc các giá trị văn hóa truyền thống dân tộc Việt Nam, bảo đảm cho người cao tuổi một cuộc sống an toàn, độc lập và có ý nghĩa.

4. Kết luận

Nghiên cứu đã cung cấp những bằng chứng thực nghiệm quan trọng về thực trạng sức khỏe đa chiều và khả năng tiếp cận y tế của người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt. Điểm mới của nghiên cứu nằm ở việc vận dụng khung lý thuyết các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe để phân tích mối quan hệ giữa độ bao phủ an sinh vĩ mô và mức độ thụ hưởng, tình trạng sức khỏe toàn diện thực tế của người cao tuổi. Kết quả phân tích khẳng định quá trình già hóa tại đô thị Đà Lạt đang diễn ra song song với sự chuyển dịch cấu trúc gia đình, khi có tới 51,5% người cao tuổi hiện đang phải sống độc lập khỏi con cháu. Dù hệ thống an sinh cơ bản đã đạt được tỉ lệ bao phủ bảo hiểm y tế gần như tuyệt đối, người cao tuổi vẫn đang đối mặt với gánh nặng lớn từ các bệnh lý mạn tính và suy giảm chức năng sinh hoạt trong bối cảnh khí hậu lạnh đặc thù, đi kèm với những rủi ro báo động về sức khỏe tinh thần như chứng mất ngủ, sự cô đơn và nguy cơ trầm cảm. Thêm vào đó, nghiên cứu chỉ ra một nghịch lý rõ rệt giữa chính sách và mức độ thụ hưởng thực tiễn, đặc biệt là sự thiếu hụt lớn trong việc tiếp cận thông tin lẫn thói quen sử dụng các mô hình dịch vụ chăm sóc tại nhà. Xuất phát từ thực trạng trên và nguyện vọng “lão hóa tại gia” của đại đa số khách thể, nghiên cứu kết luận đề xuất định hướng việc chuyển dịch tiếp cận sang mô hình chăm sóc sức khỏe tích hợp. Ý nghĩa quan trọng của mô hình này không nằm ở việc lắp ghép cơ học các dịch vụ y tế đơn lẻ, mà là sự kiến tạo một hệ sinh thái chăm sóc liên tục, đa chiều và lấy người cao tuổi làm trung tâm. Việc đồng bộ hóa hệ thống y tế chuyên nghiệp với mạng lưới công tác xã hội và nguồn lực cộng đồng sẽ tạo ra một cách tiếp cận mới, toàn diện, giúp vượt qua các rào cản truyền thống, duy trì tối đa năng lực nội tại và bảo đảm quyền được già hóa năng động cho người cao tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thiết kế mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên cần xem đây là nghiên cứu khám phá, chưa phân tích sâu thêm các quan hệ nhân quả, đa biến và sự thiếu vắng của phương pháp định tính làm hạn chế khả năng diễn giải sâu các cơ chế tâm lý - xã hội. Mặc dù vậy, những kết quả đạt được đã đóng góp cơ sở lý luận và thực tiễn vững chắc, hàm ý, kiến tạo một môi trường chăm sóc sức khỏe tích hợp toàn diện, phù hợp với xu hướng già hóa, đảm bảo an toàn và độc lập cho người cao tuổi tại đô thị Đà Lạt.

Ghi chú về tác giả: ThS. Võ Thuần, ThS. Vũ Mộng Đóa, TS. Đỗ Văn Toàn là giảng viên giảng tại Khoa Xã hội học và Công tác xã hội, Trường Đại học Đà Lạt, Việt Nam. Tác giả 1 (tác giả liên hệ): xây dựng ý tưởng, định hướng nghiên cứu, khung lý thuyết, phương pháp nghiên cứu, xử lý số liệu, chỉnh sửa, bổ sung, hoàn thiện bài báo theo yêu cầu của ban biên tập. Tác giả 2: xây dựng ý tưởng, xử lý số liệu, chỉnh sửa bản thảo. Tác giả 3: xây dựng ý tưởng, xây dựng khung lý thuyết, chỉnh sửa, bổ sung tài liệu.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích.

Lời cảm ơn: Tác giả cảm ơn Trường Đại học Đà Lạt đã hỗ trợ kinh phí thực hiện nghiên cứu thông qua Quyết định số 1153/QĐ-ĐHDL, ngày 30 tháng 9 năm 2024 của Hiệu trưởng Trường Đại học Đà Lạt. Nhóm tác giả có sử dụng công cụ NotebookLM để hỗ trợ thiết kế tại Hình 1. Nhóm tác giả đã kiểm duyệt và chịu hoàn toàn trách nhiệm về nội dung khoa học của sơ đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cục Thống kê. (2025). *Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2024-2074*. Hà Nội. https://www.nso.gov.vn/wp-content/uploads/2025/12/Bao-cai-du-bao-dan-so-vn_final-3.pdf
- Đoàn, T. N. T. & nnk. (2023). Các nhân tố tác động đến việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh của người cao tuổi Việt Nam. *Kinh tế và Phát triển*, 316, 13-23. <https://doi.org/10.33301/JED.VI.1367>
- Hoàng, B. T. (2017). *Giáo trình Xã hội học sức khỏe*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Katz, S. & nnk. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
- Lê, H. T. Q. A. & nnk. (2020). Các vấn đề sức khỏe thường gặp và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại thành phố Huế. *Tạp chí Y Dược học*, 10(2), 50-57. <https://doi.org/10.34071/jmp.2020.2.8>
- Lubben, J. & nnk. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513.
- McCormack, M. C. & nnk. (2017). Colder temperature is associated with increased COPD morbidity [1601501]. *Eur Respir J*, 49. <https://doi.org/10.1183/13993003.01501-2016>
- Ministry of Health & nnk. (2023). *Overview on population ageing and health care and policies for the elderli in Vietnam* The 21st ASEAN & Japan High-Level Officials Meeting on Caring Societies, Oita, Japan. <https://www.mhlw.go.jp/content/10500000/001276797.pdf>
- Ngân hàng Thế giới, & Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản. (2021). *Việt Nam: Thích ứng với xã hội già hóa*. www.worldbank.org
- Nguyễn, N. N., & Philip, O. K. (2019). *Tầm nhìn hệ thống an sinh xã hội Việt Nam đến năm 2030*. Nguồn: Ngân hàng Thế giới, worldbank.org/curated/en/359401600402195453/pdf
- Nguyễn, T. T. T. & nnk. (2024). Chuẩn hoá bộ câu hỏi sàng lọc trầm cảm người cao tuổi - Geriatric Depression Scale-15 short form sang tiếng Việt. *Tạp chí Khoa học sức khỏe*, 2(2). <https://doi.org/10.59070/jhs020224018>
- Phòng Thống kê Xã hội - Thống kê tỉnh Lâm Đồng. (2025). *Tổng hợp dân số trung bình thành phố Đà Lạt 2020 -2024*.
- Quỹ dân số Liên Hợp Quốc, & Tổ chức Hỗ trợ Người cao tuổi quốc tế. (2012). *Già hóa trong Thế kỉ 21: Thành tựu và Thách thức - Báo cáo tóm tắt*. 3-4, 6-8, 11. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Exec-Summary_VN.pdf
- Thomas Trang. (1998). *Vấn đề người cao tuổi Việt Nam ở Úc* Việt Nam học - Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế lần thứ 1, Hà Nội.
- Võ, T., & Phạm, V. T. (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), 22-33.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.