

Trầm cảm và kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

Đỗ Văn Diệu¹, Đoàn Vương Diễm Khánh², Trần Như Minh Hằng³, Nguyễn Thị Trâm Anh⁴

(1) Nghiên cứu sinh, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Bộ môn tâm thần, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(4) Khoa tâm lý giáo dục, Trường Đại học sư phạm Đà Nẵng, Đại học Đà Nẵng

Tóm tắt

Mở đầu: Với sự gia tăng dân số cao tuổi ở Việt Nam và tác động ngày càng tăng của các vấn đề sức khỏe tâm thần, vì vậy việc ngăn ngừa những rối loạn này cần được nhấn mạnh và cần có các chương trình hỗ trợ tại cộng đồng. **Mục tiêu:** 1. Xác định tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi bằng thang đo GDS-30; 2. Đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở các đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Điều tra ngang 1572 người cao tuổi nhằm xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến trầm cảm. Bước tiếp theo thực hiện chương trình can thiệp cộng đồng trên 402 người và đối chứng 384 người. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm trong cộng đồng là 18,8% (nhẹ 12,1%, vừa 6,5% và nặng 0,2%). Kết quả tỷ lệ trầm cảm tại quần thể được can thiệp là 12,4% (nhẹ 7,7% và vừa 4,7%), trong khi đó nhóm đối chứng tỷ lệ này là 19,5% (mức độ nhẹ 13,8% và vừa 5,5%). Hiệu quả của chương trình can thiệp là làm giảm tỷ lệ trầm cảm so với ban đầu 34,0% và so với nhóm đối chứng là 31,3%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở cộng đồng người cao tuổi còn cao (18,8%). Chương trình can thiệp giảm tỷ lệ trầm cảm dựa vào cộng đồng đã chứng minh được hiệu quả và cần kiến nghị ban ngành Y tế nhân rộng mô hình này tại địa phương.

Từ khóa: Hiệu quả; can thiệp cộng đồng; trầm cảm người cao tuổi; thành phố Quảng Ngãi.

Abstract

Depression and effectiveness of community-based depression intervention programme for elderly in Quang Ngai city

Do Van Dieu¹, Doan Vuong Diem Khanh², Tran Nhu Minh Hang³, Nguyen Thi Tram Anh⁴

(1) PhD student, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(4) Department of Educational Psychology - Da Nang University of Education, Danang University

Introduction: With the growing elderly population in Vietnam and the increasing impact of mental health problems, the prevention of these disorders should be emphasized and support programs in the community are needed. **Objectives:** 1. To determine the prevalence of depression using the GDS-30 scale; 2. To evaluate the effectiveness of community intervention in preventing depression. **Methods:** A quasi-experimental survey with pretest/posttest design was adopted. A cross-sectional survey of 1572 elderly people to determine the prevalence and factors related to depression. The next step was to implement a community intervention program on 402 people (intervention group) and 384 people (control group). **Results:** The prevalence of depression in the elderly population was 18.8% (mild: 12.1%, moderate: 6.5%; and severe: 0.2%). Finding from posttest of intervention, the prevalence of depression in intervention group and control group was 12.4% (mild 7.7%, moderate 4.7%), 19.5% (mild 13.8%; moderate 5.5%), respectively. The effectiveness of the intervention program was reported to reduce the prevalence of depression compared to baseline by 34.0% and to control group by 31.3%. **Conclusion:** the finding indicates that depression among elderly people is prevalent in the community, accounting for 18.8%. The community intervention program to reduce the risk of depression has proven to be effective and it is necessary to recommend the health department to disseminate this model locally.

Key words: Effective; community intervention; Depression of the elderly; Quang Ngai city.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm (TC) là một rối loạn tâm thần phổ biến, biểu hiện ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần, đặc trưng là khí sắc trầm, mất mọi quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng, tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, tồn tại ít nhất là 2 tuần. Ngoài ra, còn có ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm, có ý tưởng và hành vi tự sát, giảm tập trung chú ý, giảm tính tự trọng và lòng tự tin, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng [1]. Trầm cảm có thể kéo dài hoặc tái phát nhiều lần, mức độ nhẹ chữa trị bằng liệu pháp tâm lý, mức độ vừa và nặng cần được hỗ trợ điều trị bằng thuốc [2], [5]. Dự báo đến năm 2030 trầm cảm sẽ là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới [11]. Ở Việt Nam, người cao tuổi (NCT) ước tính chiếm tỷ lệ 13,0% dân số vào năm 2024, thọ trung bình 80 tuổi vào năm 2050 [4]. Trầm cảm ở người cao tuổi hiện nay là phổ biến và chiếm tỷ lệ khá cao. Tại thành phố Karachi, Cộng hòa Hồi giáo Pakistan (2013) là 40,6% [9], thành phố Huế (2013) là 28,4% [6], huyện Sơn Tịnh-Quảng Ngãi (2016) là 37,1% [3], một xã nội thành ở Hà Nội (2018) là 66,9% [8], thành phố Kon Tum (2020) là 25,5% [14]. Trên thế giới hiện nay có rất nhiều mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm (PCTC) như ở: Hà Lan, Đức; các nước châu Á... Việt Nam chưa có mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi nào được thống nhất ứng dụng tại các địa phương [15]. Vì vậy chúng tôi chọn "**Trầm cảm và kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi**" nhằm 2 mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi bằng thang đo GDS-30; 2. Đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở các đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn 1 (Mục tiêu 1): *Tiêu chuẩn chọn*: NCT từ 60 trở lên đang sinh sống trên địa bàn nghiên cứu (NC). *Tiêu chuẩn loại trừ*: NCT tạm trú, hoặc đi công tác vắng mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu; NCT sa sút trí tuệ nặng không thể để trả lời bộ câu hỏi; NCT bị bệnh cơ thể nặng, khuyết tật về ngôn ngữ, giác quan; NCT không chấp nhận hợp tác nghiên cứu; NCT đang mắc các rối loạn tâm thần khác.

Giai đoạn 2 (Mục tiêu 2): Can thiệp (CT) và đánh giá CT): NCT từ 60 trở lên; và các đối tượng (i) người chăm sóc chính; (ii) NVYT/TDP và (iii) Chi hội trưởng NCT và trưởng thôn/TDP tại địa phương can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện 2 thiết kế NC: *Giai đoạn 1 (mô tả cắt ngang, từ tháng 5/2018-*

11/2018): Xác định tỷ lệ trầm cảm và xác định các yếu tố liên quan, đánh giá *kiến thức-thái độ-thực hành* (KAP) PCTC ở NCT nhằm thực hiện; *Giai đoạn 2 (can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng, từ tháng 12/2018-8/2020)*: Xây dựng triển khai mô hình can thiệp (CT) và đánh giá kết quả can thiệp bằng phương pháp kết hợp định lượng và định tính (*Định lượng ước tính tỷ lệ trầm cảm giảm ở nhóm can thiệp sau can thiệp; và so sánh với địa bàn không can thiệp; nghiên cứu định tính đánh giá tính khả thi của mô hình*).

2.2.1. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.2.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả điều tra ngang TCT: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: P : Tỷ lệ trầm cảm ở NCT trong cộng đồng, chọn p = 37,1% theo nghiên cứu của Đỗ Văn Diệu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2015), cũng sử dụng thang đo GDS-30 như NC này [3].

d : Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu nghiên cứu và tỷ lệ của quần thể nghiên cứu, ta chọn d = 0,036.

α : Mức ý nghĩa thống kê, ta chọn $\alpha = 0,05$.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ giá trị thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α được chọn.

DE (*design effect*): hệ số thiết kế (*chọn hệ số DE=2 vì NC sử dụng PP chọn mẫu chùm*).

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu nghiên cứu là 1381 người. Chúng tôi chọn 1572 người để tránh thiếu mẫu nghiên cứu (*thêm hơn 10% cỡ mẫu*).

2.2.1.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp: Trong NC so sánh can thiệp có nhóm đối chứng (Đ/C) này, hai nhóm NCT được chọn: nhóm 1 là nhóm được can thiệp (*nhóm CT*) và nhóm 2 là nhóm không can thiệp (*nhóm ĐC*). Sử dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ và sử dụng trong thiết kế NC can thiệp:

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: $\bar{P} = (P_1 + P_2)/2 = 0,32$; $P_1 - P_2 = 0,1$; P_1 : tỷ lệ TC ở NCT TCT ở nhóm can thiệp (P_1 : *Giả thiết tỷ lệ trầm cảm 37%*); P_2 : tỷ lệ TC ở NCT SCT ở nhóm CT (P_2 : *Giả thiết là can thiệp có thể làm giảm tỷ lệ này xuống còn khoảng 27%*); n là cỡ mẫu tối thiểu cho một nhóm; $z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy tương ứng ($z_{1-\alpha/2} = 1,96$); α : mức ý nghĩa (chọn $\alpha=0,05$); $Z_{1-\beta}$: lực mẫu (*giá trị của phân bố chuẩn đối với cỡ mẫu mong muốn $\beta=80\%$; $Z_{1-\beta} = 0,84$*).

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu

mỗi nhóm 340 NCT, cả nhóm CT và nhóm ĐC ít nhất là 680 NCT. Tuy nhiên để tránh thiếu mẫu nghiên cứu chúng tôi chọn 786 người (*lấy một nửa mẫu TCT với cách chọn ngẫu nhiên đơn hệ số k=2*), chọn được ở nhóm CT 402 và nhóm ĐC 384 (384 > 340).

2.2.1.3. Chọn mẫu cho nghiên cứu ngang TCT (nhóm CT và ĐC): Chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng tỷ lệ:

Bước 1. Xác định tầng và cỡ mẫu tương ứng mỗi tầng (chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng):

Tầng 1: Khu vực xã, có 14 xã, dân số trung bình 136.905 người trong đó có 14.376 NCT.

Tầng 2: Khu vực phường, có 9 phường, dân số trung bình 98.073 người trong đó có 13.352 NCT.

Cỡ mẫu của từng tầng được tính theo công thức:

$$n = \frac{N_i}{N}$$

Trong đó: n_i : Cỡ mẫu của tầng i

n : Cỡ mẫu của tất cả các tầng

N_i : Dân số tầng i

N : Dân số của quần thể nghiên cứu

Bước 2: Chọn mẫu xã/phường (nhóm CT và nhóm ĐC): Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn trong mỗi tầng: Khu vực xã (**tầng 1**) chọn 2 xã bằng cách: Chọn ngẫu nhiên 01 xã can thiệp và sau đó chọn 01 xã đối chứng trong 13 xã còn lại, với điều kiện tiêu chuẩn 02 xã này không được tiếp giáp nhau về địa lý và đảm bảo tương đồng, kết quả chọn được xã Tịnh Thiện (**xã CT**) và xã Nghĩa Dũng (**xã ĐC**). Khu vực phường (**tầng 2**) chọn 2 phường bằng cách: Chọn ngẫu nhiên 01 phường can thiệp và sau đó chọn 01 phường đối chứng trong 8 phường còn lại, với điều kiện tiêu chuẩn 02 phường này không được tiếp giáp nhau về địa lý và đảm bảo tương đồng, kết quả chọn được phường Trương Quang Trọng (**phường CT**) và phường Lê Hồng Phong (**phường ĐC**).

Bước 3. Chọn mẫu thôn/TDP (nhóm CT và nhóm ĐC): Áp dụng phương pháp chọn mẫu PPS – xác suất tỷ lệ với kích cỡ của quần thể, nhằm đủ cỡ mẫu NC phù hợp với nguồn lực, kinh phí và nhân lực.

Bước 4. Chọn NCT để điều tra: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống ở từng thôn/TDP theo các tầng.

2.2.1.4. Chọn mẫu điều tra ngang SCT (nhóm CT và nhóm ĐC): Dựa trên danh sách NCT của mẫu TCT, cỡ mẫu can thiệp được ước tính là 786 NCT, danh sách mẫu áp dụng cho điều tra ngang SCT được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên đơn hệ thống, cách chọn tương tự như chọn mẫu ở NC ngang TCT.

2.2.1.5. Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp (chỉ áp dụng cho nhóm can thiệp): **Bước 1: Chọn xã can thiệp:** Chọn ngẫu nhiên 01 xã ở tầng 1 và một

phường ở tầng 2 làm xã/phường can thiệp (**ở bước 2 chọn mẫu cho NC ngang**), kết quả đã chọn được xã Tịnh Thiện và phường TQT làm 02 xã/phường can thiệp.

Bước 2: Chọn đối tượng can thiệp: Toàn bộ NCT trong danh sách mẫu điều tra ngang ở nhóm can thiệp; Cán bộ lãnh đạo cấp tỉnh, thành phố, xã/phường và NVYT/TDP (tổng cộng 45 người).

2.2.2. Công cụ đo lường và đánh giá

2.2.2.1. Nghiên cứu cắt ngang (Mục tiêu 1)

Biến số phụ thuộc: “**Trầm cảm**”, đánh giá dựa vào thang đo trầm cảm ở người cao tuổi GDS-30 (*Geriatric Depression Scale-30*). Thang đo này gồm 30 câu hỏi với tổng số điểm tương ứng từ 0 đến 30 điểm, sử dụng 3 điểm cắt để xác định và phân loại mức độ trầm cảm: “**nhẹ**” (từ 13 đến 18 điểm); “**vừa**” (từ 19 đến 24 điểm); “**nặng**” (trên 24 điểm) [3], [6], [14].

Biến số độc lập: bao gồm các nhóm yếu tố: dân số học-gia đình, hành vi-thói quen, kinh tế-văn hóa-xã hội, sinh học-nội sinh, kiến thức-thái độ-thực hành PCTC. Nhằm mô tả độ phân tán, những tập quán địa phương, di truyền dòng họ và sự hiểu biết về KAP PCTC ở NCT.

Cách đo lường một số biến số: Đo lường trực tiếp, đo lường qua mã hóa ước lượng dựa vào các thang đo tin cậy có sẵn; Riêng KAP có sử dụng thang đo Likert [12], sự hỗ trợ xã hội sử dụng thang đo MSPSS (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*) [7]. Trong phân tích mối liên quan với biến phụ thuộc “**trầm cảm**”, các biến số độc lập hầu hết được phân chia thành hai nhóm (**biến nhị phân**) “**có**” hoặc “**không có**”, “**Đúng**” hoặc “**Sai**”.

2.2.2.2. Can thiệp và đánh giá can thiệp (Mục tiêu 2)

Các biện pháp can thiệp được thiết kế nhằm tác động vào NCT và ba nhóm đối tượng khác có liên quan là: (i) người chăm sóc chính; (ii) NVYT/TDP và (iii) Chi hội trưởng NCT và trưởng thôn/TDP. Chúng tôi xác định 2 nội dung và xây dựng 2 mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống TC ở NCT như sau:

Nội dung 1. Giáo dục sức khỏe can thiệp thay đổi KAP phòng chống TC ở NCT:

Đào tạo nhóm nòng cốt: NVYT/TDP, Chi hội trưởng NCT, trưởng thôn/tổ trưởng TDP; thành lập 1 tổ dịch vụ can thiệp cộng đồng PCTC ở NCT, 2 tổ cộng tác phòng PCTC ở NCT tại 2 trạm Y tế xã (**Tịnh Thiện và phường TQT**); thành lập các nhóm tự giúp đỡ lẫn nhau theo nguyên lý dựa vào cộng đồng, nhằm tuyên truyền giáo dục thay đổi KAP PCTC ở NCT. Các tổ dịch vụ, tổ cộng tác phòng CTC và nhóm tự giúp tiếp tục được phát triển và duy trì nội dung can thiệp khi NC kết thúc.

Mô hình 1: Truyền thông GDSK thay đổi KAP phòng chống TC ở NCT: Giải pháp 1. Cung cấp các tài

liệu và phát tờ rơi tuyên truyền phòng chống TC ở NCT; *Giải pháp 2*. Cung cấp phiếu tự điền theo dõi sức khỏe về TC cho NCT tại nhà và hướng dẫn cách ghi chép; *Giải pháp 3*. Tuyên truyền phổ biến KAP phòng chống trầm cảm NCT và các yếu tố liên quan cho toàn cộng đồng 2 xã can thiệp.

Nội dung 2: Hỗ trợ tâm lý cho NCT mắc TC dựa vào Cộng đồng: Mô hình 2. Hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi mắc trầm cảm dựa vào cộng đồng: Giải pháp 1. Đào tạo cộng tác viên hỗ trợ tâm lý phòng chống TC ở NCT; *Giải pháp 2*. Truyền thông hỗ trợ tâm lý cho NCT mắc TC tại cộng đồng bao gồm 2 nội dung đã được tập huấn ở giải pháp 1.

Đánh giá hiệu quả can thiệp: Dựa vào chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp, hiệu quả can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, trên cơ sở khảo sát tỷ lệ TC ở 2 nhóm quần thể NCT can thiệp và đối chứng bằng thang đo GDS-30. Nghiên cứu định tính đánh giá giá trị khả thi của mô hình can thiệp.

$$CSHQ = \frac{P_2 - P_1}{P_1} \times 100$$

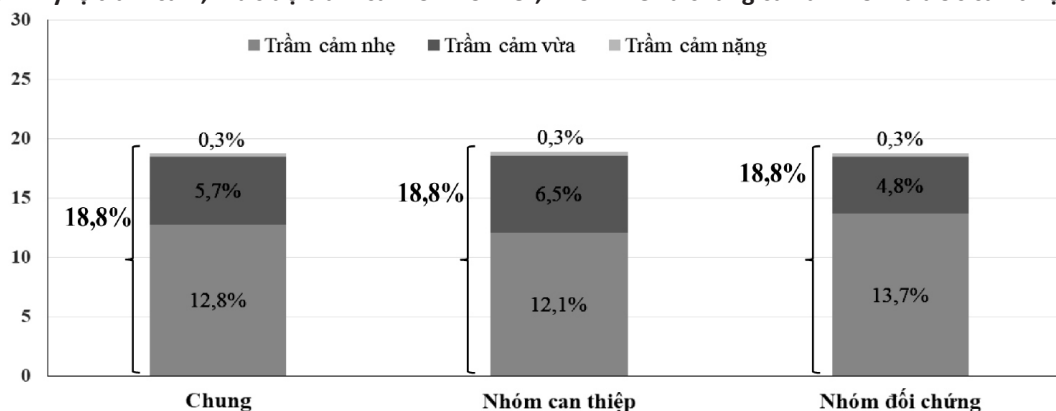
$$HQCT = CSHQ_{NCT} - CSHQ_{NDC}$$

Trong đó: P1. tỷ lệ trầm cảm TCT; P2. tỷ lệ trầm cảm SCT.

2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Điều tra cắt ngang bằng bộ câu hỏi in sẵn và được phỏng vấn bởi cán bộ y tế đã được tập huấn về các công cụ thu thập số liệu và kỹ năng phỏng vấn, các thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu được tiến hành bằng các nội dung mở. Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0: Mô tả đặc điểm mẫu NC (*Independent-Samples T-test*); kiểm định sự khác biệt (χ^2 -test); Phân tích hồi quy logistic; So sánh 2 tỷ lệ và so sánh trung bình (χ^2 -test và *Independent – Samples T – test/ Paired Samples T-Test*); Đánh giá CSHQ và HQCT.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm ở nhóm CT, nhóm ĐC và chung cả hai nhóm trước can thiệp



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm ở nhóm CT, nhóm ĐC và chung cả hai nhóm TCT

Nhận xét: Chung 2 nhóm (*can thiệp và đối chứng*) TCT, tỷ lệ trầm cảm 18,8%, trong đó TC mức độ nhẹ 12,8%; TC vừa 5,7% và TC nặng 0,3%. Nhóm can thiệp TCT, tỷ lệ trầm cảm 18,8%, trong đó TC mức độ nhẹ 12,1%; TC vừa 6,5% và TC nặng 0,3%. Nhóm đối chứng TCT, tỷ lệ trầm cảm 18,7%, trong đó TC mức độ nhẹ 13,7%; TC vừa 4,8% và TC nặng 0,3%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi

Bảng 1. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi

Nội dung	Thông tin cụ thể	Trầm cảm (N=1572)		Tổng cộng	p
		Có	Không		
Học vấn	≤ THCS	269 (19,9%)	1085 (80,1%)	1354 (100,0%)	p<0,05
	≥ THPT	26 (11,9%)	192 (88,1%)	218 (100,0%)	
Hôn nhân	Kết hôn/sống như vợ chồng	158 (15,7%)	848 (84,3%)	1006 (100,0%)	p<0,01
	Đơn thân-ly dị-ly thân-góa	137 (24,2%)	429 (75,8%)	566 (100,0%)	

Kết cấu gia đình	≤ 1 thế hệ	115 (22,5%)	395 (77,5%)	510 (100,0)	p<0,05
	≥ 2 thế hệ	180 (16,9%)	882 (83,1%)	1062 (100,0%)	
Công việc hiện tại	Có làm việc	153 (16,2%)	793 (83,8%)	946 (100%)	p<0,05
	Không làm việc	141 (22,7%)	484 (77,3%)	626 (100,0%)	
Nguồn thu nhập chính	≤ 1 nguồn	225 (23,5%)	733 (76,5%)	958 (100,0%)	p<0,01
	≥ 2 nguồn	70 (11,4%)	544 (88,6%)	614 (100,0%)	
Kinh tế hộ gia đình	≤ Cận nghèo hoặc nghèo	113 (40,1%)	169 (59,9%)	282 (100%)	p<0,01
	≥ Trung bình	182 (14,1%)	1108 (85,9%)	1290 (100,0%)	
Bệnh mạn tính	Có ≤ 1 Bệnh	71 (8,0%)	822 (92,0%)	893 (100%)	p<0,01
	Có ≥ 2 Bệnh	224 (33,0%)	455 (67,0%)	679 (100%)	
Chia sẻ tâm sự	Có	176 (12,0%)	1216 (98,0%)	1392 (100,0)	p<0,01
	Không	119 (66,1%)	61 (33,9%)	180 (100%)	
Yếu tố di truyền về trầm cảm	Có	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)	p<0,01
	Không	28 (18,2%)	1270 (81,8%)	1553 (100%)	
Biến cố lớn xảy ra trong 12 tháng qua	Không có	131 (11,5%)	1122 (88,5%)	1253 (100%)	p<0,01
	Ít nhất 1 biến cố	164 (51,1%)	155 (49,9%)	319 (100%)	
Biến cố lớn xảy ra trong cuộc đời	Không có	63 (6,5%)	913 (93,5%)	976 (100)	p<0,01
	Ít nhất 1 biến cố	223 (38,9%)	364 (61,1%)	587 (100%)	
Hỗ trợ xã hội	Cao	93 (8,3%)	1021 (91,7%)	1114 (100%)	p<0,01
	Thấp	202 (44,1%)	256 (45,9%)	458 (100%)	
Thói quen uống rượu	Không uống	255 (17,7%)	1184 (82,3%)	1439 (100%)	p<0,05
	Uống nhưng đã bỏ	23 (28,0%)	59 (72,0%)	82 (100%)	
Hoạt động thể lực ≥30 phút/ngày	Đang uống	17 (33,3)	34 (66,7%)	51 (100%)	p<0,05
	Có	128 (10,6%)	1076 (89,4%)	1204 (100%)	
Các hành vi-thói quen khác	Không	167 (45,6%)	201 (54,4%)	368 (100%)	p<0,05
	≤ 1 thói quen	220 (17,5%)	1035 (81,5%)	1255 (100%)	
	≥ 2 thói quen	75 (23,7%)	242 (76,3%)	317 (100%)	

* Ghi chú: Thói quen-hành vi khác: xem tivi, nghe đài, chơi cờ, uống trà/cà phê, đi nói chuyện và khác.

3.3. Kiểm định các yếu tố có nguy cơ đến trầm cảm ở người cao tuổi qua mô hình hồi qui Logistic đa biến trước can thiệp

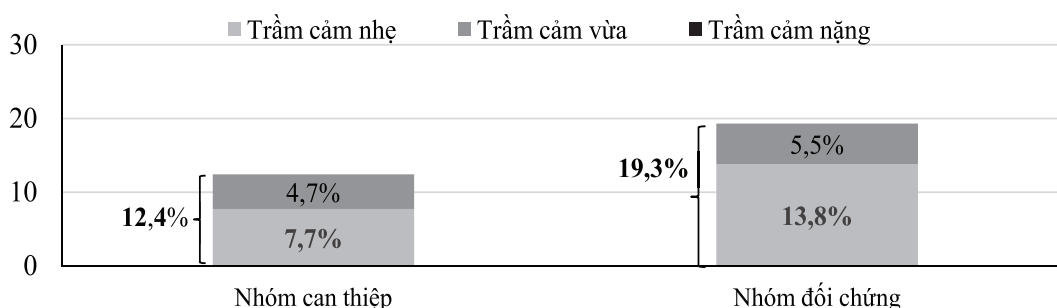
Bảng 2. Các yếu tố có nguy cơ đến trầm cảm ở người cao tuổi trước can thiệp

Biến độc lập		OR	Khoảng tin cậy 95% của OR	Ý nghĩa thống kê (p)
Nguồn thu nhập chính:	≥ 2 nguồn	1		
	≤ 1 nguồn	1,8	1,178-2,661	p<0,05
Mức bệnh mạn tính:	Có ≤ 1 bệnh	1		
	Có ≥ 2 bệnh	3,7	2,161-6,286	p<0,01
Chia sẻ tâm sự:	Có	1		
	Không	8,2	4,783-14,153	p<0,01
Yếu tố di truyền:	Không	1		
	Có	4,2	1,416-12,627	p<0,05

Biến cố lớn xảy ra 12 tháng qua:	Không	1		
	Có ≥ 1 biến cố	3,8	2,496-5,721	$p<0,01$
Biến cố lớn trong cuộc đời:	Không có	1		
	Có ≥ 1 biến cố	2,5	1,699-3,770	$p<0,01$
Hỗ trợ xã hội:	Cao	1		
	Thấp	2,0	1,366-2,884	$p<0,01$
Hoạt động thể lực trên 30 phút/ngày:	Có	1		
	Không có	2,8	1,863-4,292	$p<0,01$
Các thói quen khác:	≤ 1 thói quen	1		
	≥ 2 thói quen	1,6	1,097-2,467	$p<0,05$

* Ghi chú: Chỉ những biến số liên quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) trong mô hình đa biến mới được trình bày trong bảng trên

3.4. Tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm ở nhóm can thiệp, nhóm đối chứng sau can thiệp



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm ở nhóm CT, nhóm ĐC sau can thiệp

Nhận xét: Nhóm can thiệp SCT tỷ lệ trầm cảm 12,4%. Trong đó TC mức độ nhẹ 7,7%; TC vừa 4,7% và TC nặng 0,0%. Nhóm đối chứng SCT tỷ lệ trầm cảm 19,3%. Trong đó TC mức độ nhẹ 13,8%; TC vừa 5,5% và TC nặng 0,0%.

3.5. Kết quả độ bao phủ đầu tư xây dựng mô hình can thiệp

Độ bao phủ ở nhóm can thiệp đạt 100% bao gồm: 02 mô hình can thiệp, 6 giải pháp can thiệp, 52 người được đào tạo được cấp giấy chứng nhận, 3 sản phẩm truyền thông, 4 lần chiến dịch truyền thông lưu động, 804 NCT điều tra tư vấn trực tiếp, 151 NCT mắc TC được CTV chăm sóc hỗ trợ tâm lý, 22 lần phỏng vấn sâu, 4 cuộc thảo luận nhóm, xây dựng 01 tổ dịch vụ và 02 tổ cộng tác dịch vụ ở xã/phường, ngoài ra còn có 07 cuộc phỏng vấn sâu ở 07 cán bộ lãnh đạo cấp thành phố và ngành liên quan. Chiến dịch truyền thông lưu động chỉ bao phủ được 50%.

3.6. Kết quả thực hiện các mô hình can thiệp: *Mô hình 1:* Giải pháp TTGDSK nâng cao KAP PCTC người cao tuổi. *Mô hình 2:* Hỗ trợ tâm lý cho NCT mắc trầm cảm dựa vào Cộng đồng.

Bảng 3. Kết quả các giải pháp TTGDSK nâng cao KAP PCTC

Phương pháp truyền thông	Thôn/tổ dân phố	Xã can thiệp (n=357)	Phường can thiệp (n=447)	Tổng cộng (N= n _{xct} + n _{pct})	% (Độ bao phủ)
Phát tờ rơi có nội dung tuyên truyền phòng chống TC ở NCT		357	447	804	100
Phiếu tự điền theo dõi sức khỏe về TC cho NCT tại nhà		80	71	151	100
Tuyên truyền PCTC qua đài truyền thanh địa phương (lượt)		12	12	24	100
Tuyên truyền phổ biến PCTC trực tiếp hộ gia đình (lượt)		80	71	151	100
Đào tạo cho đối tượng hỗ trợ tâm lý		14	38	52	100
Truyền thông hỗ trợ tâm lý cho NCT mắc TC tại cộng đồng		480	228	708	100
Hướng dẫn tự chia sẻ tâm sự		80	71	151	100

Nhận xét: Các phương pháp truyền thông và hỗ trợ tâm lý hầu hết đã được thực hiện theo thiết kế ban đầu và độ bao phủ đạt 100% đến đối tượng đích ở xã/phường can thiệp.

3.7. So sánh đánh giá hiệu quả thực hiện mô hình can thiệp phòng chống trầm cảm, kiến thức-thái độ-thực hành bằng Chỉ số hiệu quả (CSHQ), hiệu quả can thiệp (HQCT)

Bảng 4. So sánh đánh giá hiệu quả thực hiện mô hình can thiệp phòng chống trầm cảm

Chỉ số đánh giá			Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		CSHQ nhóm CT (%)	HQCT (%)
			Trước CT (n=804)	Sau CT (n=402)	Trước CT (n=768)	Sau CT (n=384)		
Trầm cảm	Có	n (%)	151(18,8)	50 (12,4)	144(18,8)	74 (19,3)	34,0	31,3
	Không	n (%)	653 (81,2)	324 (87,6)	624 (81,2)	310 (80,7)		
<i>p =0,011; χ^2 =6,397; OR = 1,7; CI = 1,138-2,482 (Kiểm định khi bình phương SCT)</i>								
Mức độ trầm cảm	BT	n (%)	653 (81,2)	352 (87,6)	624 (81,2)	310 (83,3)	36,4	36,4
	Nhẹ	n (%)	97 (12,1)	31 (7,7)	105 (13,7)	53 (13,8)		
	Vừa	n (%)	52 (6,5)	19 (4,7)	37 (4,8)	21 (5,5)		
	Nặng	n (%)	02 (0,2)	00 (0,0)	02 (0,3)	00 (0,0)		
<i>p=0,017; χ^2 =8,119 (so sánh này áp dụng cho số liệu đt SCT) và không dùng kiểm định này được vì có ô số liệu < 5 của trầm cảm nặng mà ta phải sử dụng kiểm định Fisher exact test</i>								
KAP	Đúng	n (%)	316 (39,3)	232 (57,7)	344 (42,8)	147 (38,3)	46,7	36,2
	Sai	n (%)	488 (60,7)	170 (42,7)	424 (52,7)	237 (61,7)		
<i>p <0,001; χ^2 =300,222; OR = 31,1; CI = 19,324-50,160 (Kiểm định khi bình phương SCT)</i>								
Kiến thức	Đúng	n (%)	378 (47,0)	271 (67,4)	332 (43,2)	167 (43,5)	43,4	42,7
	Sai	n (%)	426 (53,0)	131 (32,8)	436 (56,8)	217 (56,5)		
<i>p < 0,001; χ^2 =356,760; OR = 42,1; CI = 25,983-68,158 (Kiểm định khi bình phương SCT)</i>								
Thái độ	Đúng	n (%)	319 (39,7)	228 (56,7)	350 (45,6)	172 (44,8)	42,8	41,1
	Sai	n (%)	485 (60,3)	174 (43,3)	418 (54,4)	212 (55,2)		
<i>p < 0,001; χ^2 = 268,066; OR = 15,7; CI = 10,999-22,536 (Kiểm định khi bình phương SCT)</i>								
Thực hành	Đúng	n (%)	324 (40,3)	246 (61,2)	313 (40,8)	157 (40,9)	51,9	51,7
	Sai	n (%)	480 (59,7)	156 (38,8)	455 (59,2)	227 (59,1)		
<i>p<0,001; χ^2 =87,283; OR = 4,1; CI = 3,021-5,489 (Kiểm định khi bình phương SCT)</i>								

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm can thiệp giảm đáng kể SCT từ 18,8% xuống 12,4%, ở nhóm đối chứng tỷ lệ này thay đổi không đáng kể và các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$; $\chi^2=6,397$; $OR=1,7$); CSHQ ở nhóm can thiệp đạt 34,0% và HQCT đạt 31,3%. Tỷ lệ mức độ TC cũng có sự thay đổi tương đương, TC nhẹ từ 12,1% xuống còn 7,7%,

TC vừa từ 6,5% xuống còn 4,7% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tỷ lệ hiểu biết “đúng/sai” về KAP từ kết quả đánh giá bằng cách cho điểm ước lượng so sánh với giá trị trung bình điểm về KAP của NCT theo thang đo Likert, cho thấy. Ở nhóm can thiệp tỷ lệ hiểu biết “đúng” ở các nhóm tăng lên nhiều so với TCT và các

sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): KAP từ 39,3% tăng lên 57,7% và CSHQ 46,7% và HQCT 36,2%; trong đó nhóm kiến thức từ 47,0% tăng lên 67,4%, CSHQ 43,4% và HQCT 42,7%; nhóm thái độ từ 39,7% tăng lên 56,7%, CSHQ 42,8% và HQCT 41,1%; nhóm thực hành từ 40,3% tăng lên 61,2%, CSHQ 51,9% và HQCT 51,7%. Ở nhóm đối chứng các tỷ lệ này có sự thay đổi không đáng kể và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trầm cảm, mức độ trầm cảm trước can thiệp

Qua biểu đồ 1 cho thấy ở *Nhóm can thiệp*, tỷ lệ TC ở NCT 18,8% (nhẹ 12,1%, vừa 6,5% và nặng 0,3%); *Nhóm đối chứng*, tỷ lệ TC ở NCT 18,8% (nhẹ 13,7%; vừa 4,8% và nặng 0,3%). Các tỷ lệ này là gần tương đương, điều này nói lên rằng 2 nhóm CT và ĐC là tương đồng và đạt tiêu chuẩn lựa chọn TCT cho nghiên cứu can thiệp. Tỷ lệ mức độ TC nhẹ-vừa chiếm đa số và mức độ nặng rất thấp, là tương đương với các nghiên cứu tương tự trong nước và trên thế giới [3], [6], [8]. Tỷ lệ TC ở NCT trong cộng đồng ở NC này thấp hơn các NC tương tự trong nước [3], [6], [8] và trên thế giới; Tại thành phố Karachi Cộng hòa Hồi giáo Pakistan (2013) là 40,6% [9]; tại khu vực đô thị của Guadalajara, Mexico 29,1% [13]. Sự khác nhau này có nhiều nguyên nhân, trong đó có mối liên quan nhiều đến các vấn đề về văn hóa và xã hội. Mức độ TC ở NCT có sự khác nhau giữa các tác giả, nhưng nhìn chung đều thống nhất ở điểm là TC mức độ nhẹ và vừa là phổ biến ở cộng đồng, mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhưng đây là một vấn đề cần quan tâm trong chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, vì nguy cơ tự sát ở nhóm này rất cao. Mặt khác, tỷ lệ TC ở NCT của chúng tôi có thấp hơn một số NC khác, tuy nhiên về mức độ ảnh hưởng so với các bệnh không lây nhiễm khác thì nó vẫn xếp vào thứ hạng khá cao trong cộng đồng.

Qua bảng 3, cho thấy các yếu tố liên quan TC ở NCT tương đương như các NC tương tự [3], [6].

4.2. Tỷ lệ trầm cảm và mức độ trầm cảm sau can thiệp

Qua biểu đồ 2, cho thấy *Nhóm can thiệp SCT*, tỷ lệ trầm cảm 12,4% (mức độ nhẹ 7,7%; vừa 4,7% và nặng 0,0%). *Nhóm đối chứng SCT*, tỷ lệ trầm cảm 19,3% (mức độ nhẹ 13,8%; vừa 5,5% và nặng 0,0%). Qua biểu đồ 1, cho thấy rằng tỷ lệ TC ở NCT ở giai đoạn SCT thấp hơn so với TCT: Ở nhóm CT tỷ lệ TC từ 18,8% TCT giảm xuống còn 12,4% SCT; mức độ TC nhẹ 12,1% TCT giảm xuống còn 7,7% SCT; vừa 6,5% TCT giảm xuống còn 4,7% SCT; nặng 0,3% TCT giảm xuống còn 0,0% SCT; trong đó nhất là sự

chuyển mức độ TC từ nặng sang vừa và nhẹ đến bình thường là rất rõ ràng. Ở nhóm đối chứng thì các tỷ lệ này TCT và SCT thay đổi không đáng kể (TCT 18,8%, SCT 19,3%). Sở dĩ đạt được kết quả như vậy là nhờ tác động tốt, đạt hiệu quả của các giải pháp can thiệp cộng đồng PCTC đã được triển khai thực hiện trong quá trình NC này.

4.3. Kết quả triển khai mô hình can thiệp

Xây dựng được 2 mô hình can thiệp PCTC, “*Truyền thông GDSK nâng cao KAP phòng chống TC ở NCT*” và “*Hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi mắc trầm cảm dựa vào cộng đồng*”, đào tạo 52 CTV hỗ trợ tâm lý PCTC ở NCT, xây dựng được 6 giải pháp can thiệp với độ bao phủ 100%; xây dựng được 3 sản phẩm truyền thông, thực hiện 04 lần chiến dịch tuyên truyền lưu động với độ bao phủ 100%; Số NCT được điều tra tư vấn trực tiếp 804 đạt 100%; Số hộ gia đình có NCT mắc TC được CTV đến chăm sóc và hỗ trợ tâm lý đạt 100%. Phải nói rằng hoạt động thực hiện các nội dung can thiệp là rất tích cực, đã bao phủ toàn diện các đối tượng can thiệp. Số cuộc phỏng vấn 22 cuộc bao gồm cấp tỉnh, thành phố-huyện, xã/phường, thôn/TDP đạt tỷ lệ 100%; thảo luận nhóm thực hiện 4 cuộc tại xã/phường đạt độ bao phủ 100%. Thực hiện một hội thảo xây dựng Tổ dịch vụ PCTC ở NCT và 2 lớp tập huấn triển khai 3 bộ tập tài liệu truyền thông. Thành lập được 1 tổ dịch vụ PCTC ở NCT và 2 tổ cộng tác dịch vụ PCTC ở 2 xã/phường can thiệp. Qua những kết quả can thiệp đã thực hiện tại cộng đồng trên, chứng tỏ các giải pháp can thiệp thực hiện đúng mục tiêu nghiên cứu và từ đó đã mang lại hiệu quả cao; các thiết kế can thiệp, đánh giá hiệu quả can thiệp cũng đã được thực hiện đúng qui định như các nghiên cứu can thiệp cộng đồng tương tự khác.

4.4. So sánh hiệu quả thực hiện mô hình can thiệp phòng chống trầm cảm ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Qua bảng 4, cho thấy tỷ lệ TC giảm đáng kể ở nhóm can thiệp SCT, từ 18,8% TCT xuống 12,4%. Nhóm đối chứng tỷ lệ này thay đổi không đáng kể và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; $\chi^2 = 6,397$; $OR = 1,7$). Hơn nữa cũng qua bảng 3.4, cho thấy CSHQ về tỷ lệ TC ở NCT ở nhóm CT đạt tỷ lệ 34,0%. So với các NC tương tự trong nước và trên thế giới là chấp nhận được, mặc khác ở các mức độ trầm cảm CSHQ cũng đạt khá cao: TC mức độ nhẹ CSHQ 36,4%; mức độ vừa CSHQ 27,7%, trong đó tỷ lệ mức độ TC nhẹ từ 12,1% xuống còn 7,7%, TC vừa từ 6,5% xuống còn 4,7% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê SCT ($p < 0,05$). Kết quả NC này phù hợp với các NC can thiệp tương tự trên thế giới [10]. Tuy nhiên NC của chúng tôi nhóm ĐC tỷ lệ TC ở NCT

SCT lại cao hơn TCT 0,5% (18,8% TCT; 19,3% SCT), là do nhóm ĐC không thực hiện các giải pháp can thiệp, nên có thể đã có thêm những trường hợp mắc mới trong cộng đồng trong thời gian thực hiện can thiệp ở nhóm CT.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trầm cảm và đánh giá mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi ở 4 xã/phường với cỡ mẫu 1572 người cao tuổi và phỏng vấn sâu 45 người là cán bộ lãnh đạo các cấp, chúng tôi kết luận:

- Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi sau can thiệp thấp hơn nhiều so với trước can thiệp

+ Nhóm can thiệp: Trước can thiệp, tỷ lệ trầm cảm 18,8% (mức độ nhẹ 12,1%; vừa 6,5% và nặng 0,2%). Sau can thiệp, tỷ lệ trầm cảm 12,4% (mức độ nhẹ 7,7%; vừa 4,7% và nặng 0,0%).

+ Nhóm đối chứng: Trước can thiệp, tỷ lệ trầm cảm 18,8% (mức độ nhẹ 13,6%, vừa 4,8% và nặng 0,3%). Sau can thiệp, tỷ lệ trầm cảm 19,3% (mức độ nhẹ 13,8%, vừa 5,5% và nặng 0,0%).

- Tỷ lệ hiểu biết đúng kiến thức-thái độ-thực hành sau can thiệp tăng nhiều so với trước can thiệp

+ Nhóm can thiệp: Trước can thiệp, hiểu biết “đúng” “kiến thức-thái độ-thực hành” 39,3% (hiểu “đúng” về kiến thức 47,0%; thái độ 39,7%; thực hành 40,3%). Sau can thiệp, tỷ lệ hiểu biết “đúng” “kiến

thức-thái độ-thực hành” 57,7% (hiểu “đúng” về kiến thức 67,4%; thái độ 56,7%; thực hành 61,2%).

+ Nhóm đối chứng: Trước can thiệp và sau can thiệp thay đổi không đáng kể.

- Các yếu tố liên quan có nguy cơ đến trầm cảm ở người cao tuổi ($p < 0,05$): Không có hoặc chỉ có 1 Nguồn thu nhập; có từ 2 bệnh mạn tính trở lên; không có người chia sẻ tâm sự; có yếu tố di truyền về trầm cảm; có biến cố lớn xảy ra trong 12 tháng qua và trong cuộc đời; không hoạt động thể lực ít nhất 30 phút trong ngày; số lượng hành vi-thói quen sinh hoạt khác.

- Hiệu quả áp dụng mô hình can thiệp: Chỉ số hiệu quả can thiệp tỷ lệ trầm cảm ở nhóm can thiệp đạt 34,0%, trong đó trầm cảm nhẹ 36,4%, vừa 27,7% và nặng 1,0%; Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đạt 31,3%, trong đó trầm cảm mức độ nhẹ 36,4%, vừa 13,1% và nặng 0,0%. Chỉ số hiệu quả tăng hiểu biết “đúng” kiến thức-thái độ-thực hành ở nhóm can thiệp đạt 46,7%; trong đó nhóm kiến thức 43,4%, thái độ 42,8%, thực hành 51,9%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng 36,2%; trong đó nhóm kiến thức 42,7%, thái độ 41,1%, thực hành 51,7%.

6. KIẾN NGHỊ

Duy trì, nhân rộng và phát triển mô hình can thiệp này theo hướng xã hội hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2020), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”, Quyết định số 2058/QĐ-BYT, ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr. 119-121.
- Cục Y tế dự phòng (2017), “Hãy cùng trò chuyện để phòng chống trầm cảm”, Ngày sức khỏe thế giới 07/4/2017 tr. chuyên mục hỏi-đáp về trầm cảm.
- Đỗ Văn Diệu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2016), Nghiên cứu tình hình trầm cảm ở người cao tuổi tại huyện Sơn Tịnh tỉnh Quảng Ngãi năm, Đại học Y Dược Huế, Luận án chuyên khoa cấp II.
- Hoàng Khánh và Hoàng Văn Ngoạn (2009), “Quản lý sức khỏe người cao tuổi”, Giáo trình sau đại học - Quản lý sức khỏe người cao tuổi, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 12-29; 49-51; 128-144.
- Hà Hoàng Kiệm (2017), Bệnh trầm cảm (Major Depressive Disorder), chẩn đoán và điều trị, Bệnh thần kinh-Tâm thần, truy cập ngày 07/4/2017, tại trang web <http://hahoangkiem.com/benh-than-kinh-tam-than/benh-tram-cam-major-depressive-disorder-chan-doan-va-dieu-tri-1547.html#:~:text=1.1.,u%E1%BB%91ng%20v%C3%A0%20>

- k%C3%A9m%20t%E1%BA%ADp%20trung%E2%80%9D.
- Nguyễn Hoàng Thùy Linh (2013), “Nghiên cứu tỉ lệ rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở thành phố Huế”, luận thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Dược Huế.
- Dahlem N.W, G. D. Zimet và R.R.Walker (1991). The multidimensional scale of perceived social support: a confirmation study. 47(6), pp.756-761.
- Dao, A. T. M., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. K. (2018). Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *BioMed Research International*, 2018, 1–9. doi:10.1155/2018/2370284
- Bhamani M. A, Karim MS and Khan MM. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, pp.13-181.
- Chao Wang. et al. (2017). Effects of a mutual recovery intervention on mental health in depressed elderly community-dwelling adults: a pilot study. *BMC Public Health* (2017), (17:4).
- Dwyer Jennifer B. et al. (2020), “Hormonal Treatments for Major Depressive Disorder: State of the Art”, *Am J Psychiatry*. 2020 Aug 1;177(8), pp. 686-705.

12. Likert and Rensis. (1932). *A Technique for the Measurement of . Attitudes*. New York University, *Archives of Psychology*, No.140.

13. Ortiz GG. et al. (2012). *Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico*. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Vol: 2012.

14. Nguyen Hoang Lan and Nguyen Thi Thu Thuy (2020). Depression among ethnic minority elderly in

the Central Highlands, Vietnam. *Health Psychology in Vietnam-Report of Empirical Study*, December 2020, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2055102920967236>.

15. Van Nguyen Hang Nguyet. et al (2021). Factors associated with depression among the elderly living in rural Vietnam 2019: Recommendations to remove barriers of psychological service accessibility. *International Journal of Mental Health*, Volume 50, 2021 - Issue 2, Pages 136-150. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1855050>.