https://doi.org/10.66270/vap26.v14.n3.5

APPLYING THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL TO RESEARCH ON DEPRESSION IN OLDER ADULTS: THEORETICAL FOUNDATIONS AND RESEARCH DIRECTIONS IN VIETNAM

Cao Tran Le Phuong[1], Ta Thi Dao[2], Vo Thi Thuy Ha[3]

[1]International Institute of Social Studies (ISS), Erasmus University Rotterdam, the Netherlands; [2]Thanh Nhan Social Education Support Center, Ho Chi Minh City; [3]Institute of Public Health, Hanoi Medical University

Received: April 1, 2026
Accepted: May 20, 2026

Abstract: *Depression is a common mental health problem among older adults. In Vietnam, however, many studies have primarily described prevalence or emphasized biomedical factors, while psychological and social factors have not been systematically integrated. This article uses a theoretical narrative review to analyze the foundations of the biopsychosocial (BPS) model, selectively synthesize international and Vietnamese evidence, and discuss the model's relevance to the Vietnamese context. The findings indicate that the BPS model should be contextualized when applied in Vietnam. Three adjustments are proposed: adding the gap between expected and actual family support as a mediator within the psychological domain; separating religion and spirituality as an independent social factor; and incorporating internalized mental health stigma as a moderator. The proposed framework not only expands the range of variables but also clarifies the structure of mediating and moderating effects, thereby guiding variable selection and the design of empirical research on depression among older adults in Vietnam.*

Keywords: *BPS model; Depression; Older adults; Health psychology.*

VẬN DỤNG MÔ HÌNH SINH - TÂM - XÃ HỘI TRONG NGHIÊN CỨU TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI: CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ ĐỊNH HƯỚNG NGHIÊN CỨU TẠI VIỆT NAM

Cao Trần Lê Phương[1], Tạ Thị Đào[2], Võ Thị Thúy Hà[3]

[1]Viện Nghiên cứu Xã hội Quốc tế (ISS), Đại học Erasmus Rotterdam, Hà Lan; [2]Cơ sở Hỗ trợ Giáo dục xã hội Thành Nhân, Thành phố Hồ Chí Minh; [3]Viện Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội.

Ngày nhận bài: 1/4/2026
Ngày duyệt đăng bài: 20/5/2026

Tóm tắt: *Trầm cảm là vấn đề sức khỏe tâm lý phổ biến ở người cao tuổi. Tuy nhiên, tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu vẫn chủ yếu mô tả tỷ lệ hiện mắc hoặc nhấn mạnh các yếu tố y sinh học, trong khi các yếu tố tâm lý và xã hội chưa được tích hợp hệ thống. Bài viết sử dụng tổng quan lý thuyết - tường thuật để phân tích cơ sở lý luận của mô hình sinh - tâm - xã hội (BPS), tổng hợp chọn lọc bằng chứng quốc tế và trong nước, và luận giải sự phù hợp của khung BPS đối với bối cảnh Việt Nam. Kết quả cho thấy BPS cần được bối cảnh hóa khi áp dụng ở Việt Nam. Bài viết đề xuất ba điều chỉnh: bổ sung biến khoảng cách kỳ vọng - thực tế hỗ trợ gia đình như một biến trung gian trong nhóm tâm lý, tách tôn giáo - tín ngưỡng thành yếu tố xã hội độc lập, và đưa kỳ thị tâm lý nội tâm hóa vào như một biến điều tiết. Khung đề xuất không chỉ mở rộng danh mục biến số mà còn làm rõ cấu trúc tác động của biến trung gian và biến điều tiết, định hướng lựa chọn biến số và thiết kế nghiên cứu thực nghiệm về trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam.*

Từ khóa: *Mô hình BPS; Trầm cảm; Người cao tuổi; Tâm lý học sức khỏe.*

1. Đặt vấn đề

Trầm cảm ở người cao tuổi (late-life depression) là một trong những vấn đề sức khỏe tâm lý được quan tâm nhiều nhất trong tâm lý học lâm sàng và y tế công cộng hiện đại. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2025), khoảng 14% người từ 70 tuổi trở lên đang sống với một vấn đề sức khỏe tâm lý; trong nhóm này, trầm cảm được ghi nhận là một trong những vấn đề thường gặp nhất. Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi cao hơn đáng kể, với các phân tích tổng hợp gần đây cho thấy tỷ lệ hiện mắc dao động khá rộng, khoảng 28 - 35%, tùy theo tiêu chí chọn mẫu, công cụ đo lường và bối cảnh nghiên cứu (Hu và cộng sự, 2022; Cai và cộng sự, 2023). Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ khoảng 20,2% đến 28,7% theo GDS-15, tùy theo địa bàn và đặc điểm mẫu nghiên cứu (Nguyen và cộng sự, 2024; Do và cộng sự, 2022).

Trên bình diện quốc tế, xu hướng nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi đã chuyển dịch rõ rệt từ mô tả dịch tễ học và xác định yếu tố nguy cơ riêng lẻ sang các tiếp cận tích hợp đa yếu tố, trong đó mô hình BPS được vận dụng ngày càng phổ biến như một khung phân tích tổng hợp (Hu và cộng sự, 2022; Cai và cộng sự, 2023; Tang và cộng sự, 2021).

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về trầm cảm ở người cao tuổi còn hạn chế và chủ yếu mang tính mô tả dịch tễ học. Một số nghiên cứu tiêu biểu có thể kể đến: Steel và cộng sự (2009) so sánh tỷ lệ rối loạn tâm thần giữa người Việt trong nước và hải ngoại; Trần Thị Hoài Vi và cộng sự (2016) ghi nhận tỷ lệ trầm cảm 19,2% ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng; Do và cộng sự (2022) khảo sát triệu chứng trầm cảm ở 495 người cao tuổi nông thôn Hà Nội và ghi nhận tỷ lệ 28,7% theo GDS-15; Nguyen và cộng sự (2024) sử dụng dữ liệu khảo sát quốc gia với 3.006 người cao tuổi và ghi nhận tỷ lệ 20,2% theo GDS-15; Ho Nguyen Yen Phi và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ tiếp cận dịch vụ tâm lý thấp không tương xứng với tỷ lệ mắc bệnh trong bối cảnh chăm sóc ban đầu tại Thành phố Hồ Chí Minh. Điểm chung của các nghiên cứu trong nước này là tiếp cận trầm cảm chủ yếu từ góc độ y sinh học hoặc mô tả dịch tễ học, trong khi ba khoảng trống vẫn còn nổi bật: (1) thiếu một khung lý thuyết tích hợp để xem xét đồng thời các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội - đây là cơ sở trực tiếp cho đề xuất vận dụng mô hình BPS trong bài viết này; (2) thiếu đo lường có hệ thống các biến tâm lý đặc thù bối cảnh như khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình và cô đơn chủ quan - đây là cơ sở cho điều chỉnh thứ nhất; và (3) thiếu đo lường tôn giáo - tín ngưỡng như biến độc lập và kỳ thị tâm lý như biến điều tiết - đây là cơ sở cho điều chỉnh thứ hai và thứ ba. Những khoảng trống này cho thấy sự cần thiết của một khung lý thuyết tích hợp có bối cảnh hóa, có khả năng định hướng xây dựng câu hỏi nghiên cứu, lựa chọn biến số và diễn giải kết quả.

Mô hình BPS do Engel đề xuất năm 1977 cung cấp nền tảng lý thuyết phù hợp. Đối với trầm cảm ở người cao tuổi, mô hình này đặc biệt có giá trị vì cho phép lý giải đồng thời tác động của bệnh mạn tính, trải nghiệm cô đơn - mất mát và sự biến đổi của mạng lưới hỗ trợ gia đình trong cùng một khung phân tích. Trong bối cảnh đó, việc xác định cơ sở lý luận và định hướng vận dụng mô hình BPS không chỉ có ý nghĩa học thuật mà còn cần thiết để định hướng lựa chọn biến số, xây dựng công cụ đo lường và thiết kế các nghiên cứu thực nghiệm phù hợp với bối cảnh văn hóa - xã hội Việt Nam.

Bài viết này sử dụng phương pháp tổng quan lý thuyết - tường thuật, trên cơ sở lựa chọn có chọn lọc các tài liệu quốc tế và trong nước có tính đại diện. Việc đạt được bốn mục tiêu sau đây sẽ cung cấp cơ sở lý luận có hệ thống cho các nhà nghiên cứu trong nước trong thiết kế nghiên cứu thực nghiệm về trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam,

đồng thời gợi mở định hướng phát triển công cụ đo lường phù hợp với bối cảnh văn hóa địa phương: (1) phân tích cơ sở lý luận và các giới hạn của mô hình BPS; (2) tổng hợp bằng chứng quốc tế tiêu biểu về cách vận dụng mô hình; (3) so sánh bối cảnh châu Á để xác định điểm tương đồng và khác biệt với Việt Nam và (4) đề xuất ba điều chỉnh bối cảnh hóa có cơ sở lý luận rõ ràng so với BPS gốc.

2. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết áp dụng thiết kế nghiên cứu tổng quan lý thuyết - tường thuật, phù hợp với mục tiêu xây dựng và luận giải một khung phân tích lý thuyết, thay vì thực hiện một tổng quan hệ thống với giao thức PRISMA. Thiết kế này cho phép tổng hợp có chọn lọc và phân tích chuyên sâu các tài liệu đại diện, trong đó ưu tiên tính lập luận lý thuyết hơn tính bao quát toàn diện (Snyder, 2019).

2.1. Tiêu chí lựa chọn tài liệu

Tài liệu được lựa chọn theo ba tiêu chí: (1) liên quan trực tiếp đến mô hình BPS hoặc trầm cảm ở người cao tuổi trong bối cảnh cộng đồng; (2) được công bố trên các tạp chí khoa học có bình duyệt, ưu tiên tài liệu trong khoảng 10 năm gần đây (2014 - 2024), ngoại trừ các tài liệu nền tảng lý thuyết kinh điển (Engel, 1977; McEwen, 1998; Lazarus và Folkman, 1984; Bowlby, 1969) và (3) cung cấp bằng chứng thực nghiệm hoặc lý luận có liên quan đến bối cảnh châu Á và/hoặc Việt Nam.

2.2. Nguồn tài liệu và phạm vi tổng quan

Tài liệu được tìm kiếm qua các cơ sở dữ liệu học thuật PubMed, PsycINFO, Google Scholar và Scopus với các từ khóa kết hợp: “late-life depression”, “biopsychosocial model”, “older adults”, “Vietnam”, “Asia”, “Confucian”, “filial piety”. Tổng cộng 30 tài liệu được lựa chọn để phân tích chuyên sâu, bao gồm: các nghiên cứu phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống về tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi (n = 4); nghiên cứu thực nghiệm tại Việt Nam và châu Á (n = 9); tài liệu lý luận về mô hình BPS, các cơ chế trung gian và đặc thù văn hóa gia đình (n = 9) và tài liệu dịch tễ học, nhân khẩu học và chính sách Việt Nam (n = 8). Việc lựa chọn tài liệu không nhằm đạt tính bao quát tuyệt đối như trong tổng quan hệ thống, mà nhằm bảo đảm tính đại diện về lý thuyết, thực nghiệm và bối cảnh văn hóa, phục vụ trực tiếp cho bốn mục tiêu nghiên cứu của bài viết.

2.3. Phương pháp phân tích

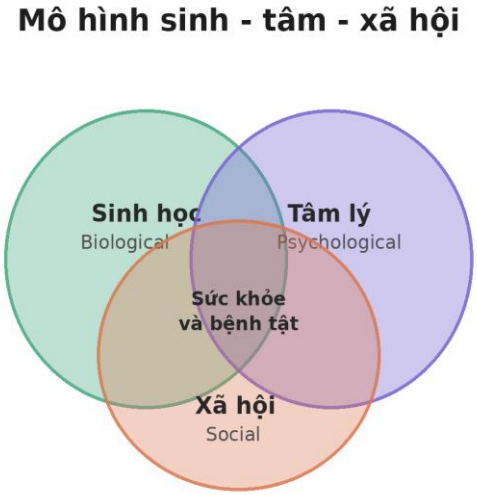
Để đạt được bốn mục tiêu nghiên cứu, phân tích tài liệu gồm ba bước: (1) phân tích nội dung lý luận của mô hình BPS và các cơ chế trung gian; (2) tổng hợp có chọn lọc bằng chứng thực nghiệm quốc tế về tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố nguy cơ theo ba nhóm BPS; và (3) phân tích so sánh bối cảnh Việt Nam với các quốc gia châu Á có cùng nền tảng văn hóa Khổng giáo (Trung Quốc, Thái Lan, Hàn Quốc) để xác định điểm tương đồng, khác biệt và các đặc thù cần bối cảnh hóa.

3. Cơ sở lý luận của mô hình sinh - tâm - xã hội

3.1. Nguồn gốc và nội dung cốt lõi

Mô hình sinh - tâm - xã hội được George Engel đề xuất lần đầu trong bài báo “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine” đăng trên tạp chí Science năm 1977. Engel cho rằng mô hình y sinh học (biomedical model) đương thời đã bộc lộ những giới hạn căn bản: nó quy giản bệnh tật về các biến đổi sinh học có thể đo lường

được và bỏ qua vai trò của các yếu tố tâm lý - xã hội - hành vi trong sự hình thành và duy trì bệnh tật (Engel, 1977). Thay vào đó, Engel đề xuất một mô hình dựa trên lý thuyết hệ thống, trong đó sức khỏe và bệnh tật được hiểu là kết quả của sự tương tác phức hợp giữa ba nhóm yếu tố (hình 1): sinh học (đặc điểm di truyền, sinh lý thần kinh, bệnh lý thực thể); tâm lý (nhận thức, cảm xúc, nhân cách); và xã hội (mạng lưới hỗ trợ xã hội, tiếp cận dịch vụ y tế).



Nguồn: tác giả mô phỏng theo Engel (1977)

Hình 1. Mô hình sinh - tâm - xã hội gốc của Engel (1977)

3.2. Các cơ chế trung gian quan trọng

Điều phân biệt mô hình BPS với cách tiếp cận liệt kê yếu tố nguy cơ đơn thuần là sự nhấn mạnh vào cơ chế tác động qua lại giữa các nhóm yếu tố. Trong nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi, ba cơ chế trung gian sau đây đặc biệt có giá trị.

Thứ nhất, lý thuyết allostatic load (McEwen, 1998) giải thích cơ chế sinh học của stress mạn tính: khi người cao tuổi đối mặt đồng thời với bệnh mạn tính, mất mát người thân và thiếu hỗ trợ xã hội, gánh nặng tích lũy lên hệ thần kinh nội tiết và miễn dịch tăng cao, trực tiếp làm tăng nguy cơ trầm cảm. Thứ hai, mô hình cognitive appraisal của Lazarus và Folkman (1984) giải thích vai trò của yếu tố tâm lý như một bộ lọc: cùng một hoàn cảnh khó khăn, nhưng người cao tuổi có phong cách ứng phó tập trung vào vấn đề và đánh giá sức khỏe tích cực sẽ ít có nguy cơ trầm cảm hơn so với người có phong cách ứng phó thụ động. Lý thuyết gắn bó (Bowlby, 1969; Mikulincer và Shaver, 2007) cho thấy chất lượng gắn kết xã hội có ý nghĩa bảo vệ lớn hơn số lượng mối quan hệ, vì vậy cần đo lường cô đơn chủ quan thay vì chỉ xét tình trạng sống một mình.

3.3. Các giới hạn của mô hình BPS gốc và yêu cầu bối cảnh hóa

Mặc dù có giá trị lý luận vượt trội, mô hình BPS của Engel cũng phải đối mặt với một số phê bình quan trọng. Thứ nhất, mô hình bị chỉ trích về tính "quá rộng" - bao gồm quá nhiều yếu tố dẫn đến khó vận hành hóa và kiểm chứng thực nghiệm (McLaren, 1998). Bằng chứng thực nghiệm từ các tổng quan hệ thống cho thấy sự thiếu nhất quán trong vận hành hóa mô hình BPS: các nghiên cứu thường chỉ đo lường một tập con các biến thuộc một trong ba nhóm, mà ít kiểm định đồng thời tương tác giữa cả ba chiều (Hu và cộng sự,

2022; Cai và cộng sự, 2023). Thứ hai, phiên bản gốc thiếu tường minh về cơ chế tương tác cụ thể giữa ba nhóm yếu tố - cụ thể là không xác định rõ biến nào đóng vai trò trung gian (mediator) hay điều tiết (moderator) trong mối quan hệ giữa các nhóm (Engel, 1977). Thứ ba, quan trọng nhất, là mô hình được xây dựng trong bối cảnh y học phương Tây và chưa tính đến sự biến đổi văn hóa đáng kể trong cách trải nghiệm, biểu hiện và báo cáo trầm cảm (Betancourt và López, 1993; Cheung và cộng sự, 2011). Minh chứng cụ thể là nghiên cứu của Ryder và cộng sự (2008) trên 1.222 bệnh nhân tại Trung Quốc và Bắc Mỹ cho thấy người châu Á có xu hướng báo cáo triệu chứng soma hóa cao hơn đáng kể so với người phương Tây, trong khi các biểu hiện tâm lý chủ quan lại ít được công bố hơn - một đặc điểm mà mô hình BPS gốc không phân biệt. Tương tự, tại Thái Lan, Aung và cộng sự (2022) xác nhận rằng tôn giáo cộng đồng có vai trò bảo vệ độc lập mà mô hình BPS gốc chưa tách biệt rõ ràng. Ba hạn chế nêu trên là cơ sở trực tiếp để bài viết đề xuất ba điều chỉnh bối cảnh hóa cụ thể ở mục 5.

4. Một số bằng chứng quốc tế tiêu biểu về vận dụng mô hình BPS

4.1. Một số bằng chứng dịch tễ học quốc tế tiêu biểu

Một số phân tích tổng hợp và nghiên cứu thực nghiệm tiêu biểu trong thập kỷ qua cho thấy trầm cảm ở người cao tuổi chịu ảnh hưởng đồng thời của các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội. Bảng 1 tổng hợp có chọn lọc một số nghiên cứu có liên quan trực tiếp đến bối cảnh Việt Nam và châu Á.

Bảng 1. Một số nghiên cứu tiêu biểu về tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi, cách vận dụng mô hình BPS và kết quả chính (chọn lọc)

Tác giả	Quốc gia	N	Yếu tố BPS phân tích	Kết quả vận dụng BPS chính	Tỷ lệ (%)	Công cụ/Tạp chí
Hu (2022)	Toàn cầu	72.878	Sinh học, xã hội (thu nhập quốc gia)	Khác biệt theo mức thu nhập quốc gia; phản ánh vai trò yếu tố xã hội vĩ mô	28,4	Nhiều thang; Psychiatry Res
Cai (2023)	Toàn cầu	59.851	Sinh học, tâm lý (đo lường khí sắc)	GDS loại bỏ triệu chứng thực thể; soma hóa ảnh hưởng đo lường ở châu Á	35,1	GDS; PHQ-9; Asian J Psychiatry
Tang (2021)	Trung Quốc	261.697	Sinh học, xã hội (hỗ trợ gia đình, khu vực)	Hỗ trợ gia đình là yếu tố bảo vệ; nông thôn có nguy cơ cao hơn	20,0	Nhiều thang; J Affect Disord
Aung (2022)	Thái Lan	422	Xã hội (tôn giáo, cộng đồng), sinh học (bệnh mạn tính)	Tôn giáo cộng đồng là yếu tố bảo vệ; bệnh mạn tính làm tăng nguy cơ	6,5	GDS-15; IJERPH

Tác giả	Quốc gia	N	Yếu tố BPS phân tích	Kết quả vận dụng BPS chính	Tỷ lệ (%)	Công cụ/Tạp chí
Nguyen (2024)	Việt Nam	3.006	Ba nhóm BPS: sinh học, tâm lý (tự đánh giá SK), xã hội (bạo lực gia đình)	Tự đánh giá SK kém (OR = 11,68) và bạo lực gia đình (OR = 6,66) là dự báo nổi bật; xác nhận giá trị tiếp cận tích hợp	20,2	GDS-15; PLoS ONE
Do (2022)	Việt Nam	495	Sinh học (bệnh mạn tính), xã hội (sắp xếp sống, kinh tế)	Sống một mình và bệnh mạn tính làm tăng nguy cơ TC; biến tâm lý chưa được đo lường đầy đủ	28,7	GDS-15; Health Serv Insights

Ghi chú: TC = trầm cảm; SK = sức khỏe; GDS = Geriatric Depression Scale; PHQ = Patient Health Questionnaire. Bảng này là tổng hợp chọn lọc có tính minh họa.

Phân tích tổng hợp từ sáu nghiên cứu tiêu biểu trong bảng 1 cho thấy ba kết quả nổi bật. Thứ nhất, các nghiên cứu vận dụng mô hình BPS đều cho thấy trầm cảm ở người cao tuổi không thể được giải thích đầy đủ chỉ bằng các yếu tố sinh học, mà cần xem xét đồng thời các yếu tố tâm lý và xã hội. Thứ hai, sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa các nghiên cứu chịu ảnh hưởng không nhỏ của công cụ đo lường và bối cảnh văn hóa, đặc biệt là hiện tượng soma hóa ở châu Á. Thứ ba, các nghiên cứu tại Việt Nam hiện vẫn thiếu đo lường đầy đủ các biến tâm lý và thiếu phân tích rõ cơ chế tương tác giữa các nhóm yếu tố. Từ đó có thể thấy điểm chung quan trọng của các công trình này là giá trị của cách tiếp cận tích hợp BPS trong việc lý giải trầm cảm ở người cao tuổi, đồng thời cho thấy sự cần thiết phải bối cảnh hóa mô hình khi vận dụng vào Việt Nam.

4.2. Cách vận hành hóa mô hình BPS trong thực nghiệm

Trên bình diện quốc tế, mô hình BPS được vận hành hóa qua ba hướng tiếp cận chính: (1) nghiên cứu cắt ngang cộng đồng với bảng hỏi cấu trúc, phân tích bằng hồi quy logistic đa biến (Nguyen và cộng sự, 2024; Do và cộng sự, 2022); (2) nghiên cứu thuần tập dọc, cho phép xem xét mối quan hệ nhân quả và sự tương tác theo thời gian và (3) nghiên cứu can thiệp tích hợp, trong đó các chương trình hỗ trợ tâm lý - xã hội được thiết kế song song với quản lý bệnh mạn tính.

Nghiên cứu VNAS 2022 tại Việt Nam với 3.006 người cao tuổi cung cấp một minh chứng thực nghiệm quan trọng. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy tự đánh giá sức khỏe kém (yếu tố tâm lý, OR = 11,68) và bạo lực gia đình (yếu tố xã hội, OR = 6,66) là hai yếu tố có liên quan nổi bật nhất (Nguyen và cộng sự, 2024). Đặc biệt, hai yếu tố này thuộc về nhóm tâm lý và xã hội - chứ không chỉ là các đặc điểm sinh học - qua đó củng cố lập luận rằng cách tiếp cận tích hợp BPS có thể cung cấp giá trị giải thích đầy đủ hơn.

5. Sự phù hợp và định hướng nghiên cứu tại Việt Nam

5.1. Đặc điểm bối cảnh nhân khẩu học và xã hội

Việt Nam đang trong quá trình già hóa dân số với tốc độ nhanh. Theo Tổng cục Thống kê Việt Nam, người từ 60 tuổi trở lên được dự báo sẽ chiếm khoảng 20% dân số vào năm 2038 (Tổng cục Thống kê Việt Nam, 2024). Thứ nhất, hệ thống hỗ trợ gia đình truyền thống đang chịu áp lực từ xu hướng di cư lao động: tỷ lệ người cao tuổi sống một mình tăng từ 9,68% năm 2009 lên 13,74% năm 2019 (Tổng cục Thống kê và UNFPA, 2021). Thứ hai, sự đa dạng tôn giáo và điều kiện địa lý tạo ra sự khác biệt đáng kể trong các yếu tố xã hội - văn hóa liên quan đến sức khỏe tâm lý. Thứ ba, Việt Nam chịu ảnh hưởng sâu của tư tưởng Khổng giáo, trong đó chuẩn mực hiếu thảo (filial piety) định hình kỳ vọng hỗ trợ xã hội của người cao tuổi (Yeh và Bedford, 2004; Dong và cộng sự, 2013). Thứ tư, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm lý cộng đồng còn hạn chế về nguồn lực (Ho Nguyen Yen Phi và cộng sự, 2023; UNFPA Vietnam, 2021). Tổng hợp lại, những đặc điểm này cho thấy trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam không thể được hiểu đầy đủ nếu chỉ dựa trên các chỉ báo bệnh lý hoặc nhân khẩu học, mà cần một mô hình có khả năng tích hợp đồng thời biến sinh học, trải nghiệm tâm lý và bối cảnh xã hội.

5.2. So sánh với các nước châu Á có cùng nền tảng văn hóa

Trên cơ sở khung lý thuyết BPS đã trình bày ở mục 3 và các bằng chứng tổng hợp ở mục 4.1, bảng 2 tổng hợp có chọn lọc các nghiên cứu từ ba quốc gia châu Á có nền tảng văn hóa tương đồng với Việt Nam nhằm làm rõ những cơ chế sinh học, tâm lý và xã hội xuất hiện nhất quán trong nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi. Việc so sánh này không chỉ cung cấp bằng chứng thực tiễn theo bối cảnh, mà còn góp phần củng cố cơ sở cho việc bối cảnh hóa mô hình BPS trong nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam.

Bảng 2. So sánh một số yếu tố BPS đặc thù theo bối cảnh châu Á - định hướng cho Việt Nam

Quốc gia	Tỷ lệ TC (%)	Yếu tố/cơ chế BPS nổi bật	Bằng chứng vận dụng BPS	Hàm ý đối với bối cảnh Việt Nam
Trung Quốc	20,0	Hỗ trợ con cháu; sống cùng gia đình; cô đơn; thu nhập thấp	Hỗ trợ gia đình là yếu tố bảo vệ; sống một mình làm tăng nguy cơ TC (Tang, 2021)	Cần đo lường chất lượng hỗ trợ gia đình và cô đơn chủ quan
Thái Lan	6,5	Đời sống Phật giáo; cộng đồng chùa; bệnh mạn tính	Tôn giáo cộng đồng là yếu tố bảo vệ độc lập; bệnh mạn tính là yếu tố nguy cơ (Aung, 2022)	Cần xem tôn giáo - tín ngưỡng như biến xã hội độc lập
Hàn Quốc	~30,0	Gắn kết gia đình; hỗ trợ thay thế; già hóa nhanh	Gắn kết gia đình và hỗ trợ thay thế là yếu tố bảo vệ quan trọng (Park, 2014)	Cần phân biệt số lượng hỗ trợ và chất lượng gắn kết theo BPS
Việt Nam	20,2-28,7	Hỗ trợ gia đình; di cư con cháu; tôn giáo - tín ngưỡng; kỳ thị tâm lý; thiếu dịch vụ tâm lý	Nghiên cứu hiện có chủ yếu phân tích yếu tố riêng lẻ; chưa vận dụng đầy đủ BPS	Cần bổ sung biến khoảng cách kỳ vọng-thực tế trong hỗ trợ gia đình, tôn giáo - tín ngưỡng, kỳ thị tâm lý

Ghi chú: TC = trầm cảm. Bảng này là tổng hợp chọn lọc có tính minh họa.

Phân tích so sánh cho thấy một điểm chung quan trọng: ở cả ba bối cảnh châu Á được khảo sát, trầm cảm ở người cao tuổi đều không được giải thích đầy đủ chỉ bằng các yếu tố sinh học, mà luôn gắn với các cơ chế xã hội và tâm lý trung gian như chất lượng hỗ trợ gia đình, cô đơn chủ quan, đời sống tôn giáo cộng đồng hoặc sự hiện diện của các mạng lưới hỗ trợ thay thế. Nói cách khác, các nghiên cứu này cùng củng cố một kết luận nhất quán rằng mô hình BPS có giá trị khi được vận dụng như một khung tích hợp để lý giải sự tương tác giữa bệnh lý thực thể, trải nghiệm tâm lý và bối cảnh xã hội.

Đối với Việt Nam, điểm có ý nghĩa nhất không phải là sự tương đồng tuyệt đối về tỷ lệ trầm cảm với các quốc gia trên, mà là sự tương đồng về cơ chế tác động: vai trò trung tâm của gia đình, ảnh hưởng của chuẩn mực văn hóa, sự khác biệt về nguồn lực hỗ trợ xã hội và tác động điều tiết của các yếu tố cộng đồng. Chính những cơ chế này tạo cơ sở để khẳng định rằng mô hình BPS có thể vận dụng trong nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam, nhưng cần được bối cảnh hóa bằng các biến số phù hợp như khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình, tôn giáo - tín ngưỡng và kỳ thị tâm lý.

5.3. Đặc thù văn hóa trong biểu hiện và công bố trầm cảm

Một thách thức đặc thù khi nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi Việt Nam là hiện tượng soma hóa (somatization) - xu hướng biểu hiện và công bố trải nghiệm tâm lý tiêu cực thông qua các triệu chứng thực thể như mệt mỏi, đau đầu, rối loạn giấc ngủ và chán ăn (Ryder và cộng sự, 2008; Kirmayer và Young, 1998). Hệ quả thực tiễn của soma hóa là ngay cả khi người cao tuổi có đủ tiêu chí trầm cảm theo thang lâm sàng, họ có thể chỉ than phiền về các triệu chứng thực thể khi tiếp xúc với nhân viên y tế, dẫn đến tỷ lệ bỏ sót chẩn đoán cao. Điều này đặt ra yêu cầu cụ thể cho đo lường: cần kết hợp công cụ sàng lọc như GDS-15 (ít phụ thuộc vào triệu chứng thực thể) với đánh giá lâm sàng bổ sung theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rối loạn trầm cảm hiện hành trong các trường hợp biểu hiện soma hóa rõ (Bộ Y tế, 2020). Bên cạnh đó, kỳ thị tâm lý nội tâm hóa - quan niệm trầm cảm là "yếu đuối" hay "chuyện riêng tư của gia đình" - tạo ra một rào cản hành vi riêng biệt: người cao tuổi nhận thức được triệu chứng của mình nhưng chủ động che giấu hoặc không tìm kiếm trợ giúp vì sợ bị kỳ thị hoặc trở thành gánh nặng cho gia đình. Cơ chế này hoàn toàn khác với soma hóa: soma hóa ảnh hưởng đến cách biểu hiện và đo lường triệu chứng, còn kỳ thị ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm trợ giúp sau khi triệu chứng đã được nhận diện. Vì vậy, cần phân biệt rõ hai cơ chế này trong thiết kế nghiên cứu: soma hóa liên quan đến độ giá trị đo lường, kỳ thị liên quan đến mô hình hóa khoảng cách giữa mức độ trầm cảm và tiếp cận điều trị - và đây chính là lý do kỳ thị được đặt như biến điều tiết trong khung đề xuất.

5.4. Ba điều chỉnh bối cảnh hóa đề xuất

Trên cơ sở mô hình BPS gốc, phân tích bối cảnh Việt Nam và ba hạn chế được xác định ở mục 3.3, bài viết đề xuất ba điều chỉnh bối cảnh hóa được trình bày trong Bảng 3. Mỗi điều chỉnh xử lý trực tiếp một giới hạn cụ thể của BPS gốc và có cơ sở từ bằng chứng tổng hợp ở các mục 4 và 5.1 - 5.3.

Bảng 3. Ba điều chỉnh bối cảnh hóa của mô hình BPS

Yếu tố BPS	Bổ sung đặc thù Việt Nam (*)	Cơ sở từ bằng chứng tổng hợp	Hạn chế BPS gốc được xử lý
Sinh học	Allostatic load; bệnh mạn tính; ADL/IADL; suy giảm nhận thức	Hu (2022); Do (2022): bệnh mạn tính nhất quán là yếu tố nguy cơ mạnh	BPS gốc thiếu thích nghi ngưỡng đo cho bối cảnh không phương Tây
Tâm lý	Khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình *; soma hóa triệu chứng *	Park (2014): chất lượng gắn kết gia đình quan trọng hơn số lượng; Ryder (2008): soma hóa phổ biến ở châu Á	BPS gốc thiếu cơ chế tâm lý văn hóa đặc thù - mang tính khái quát, chưa tường minh về tiến trình diễn giải mất mát
Xã hội	Di cư lao động con cháu *; tôn giáo - tín ngưỡng như biến độc lập *; tiếp cận dịch vụ y tế tâm lý	Aung (2022): tôn giáo là yếu tố bảo vệ độc lập; Tang (2021): hỗ trợ con cháu là yếu tố bảo vệ mạnh nhất	BPS gốc bỏ qua sự đa dạng trong nhóm xã hội và chưa tường minh về cơ chế tương tác
Biến điều tiết	Kỳ thị tâm lý nội tâm hóa *- điều tiết mối quan hệ giữa triệu chứng và hành vi tìm kiếm trợ giúp	Nguyen (2024): tỷ lệ điều trị thấp không tương xứng với tỷ lệ TC - gợi ý vai trò của kỳ thị như biến điều tiết	BPS gốc thiếu tường minh về cơ chế điều tiết giữa triệu chứng và hành vi tìm kiếm trợ giúp

Ghi chú: (*) chỉ biến số bổ sung so với mô hình BPS gốc (Engel, 1977). Nguồn: Tác giả tổng hợp và phát triển từ Engel (1977).

Điều chỉnh thứ nhất đưa vào nhóm tâm lý biến "khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình" (family support expectation gap) như một biến trung gian (mediator) trong chuỗi từ biến đổi cấu trúc gia đình (do di cư lao động) đến mức độ trầm cảm. Cơ sở lý luận xuất phát từ hai nguồn: (1) bằng chứng quốc tế cho thấy chất lượng và kỳ vọng trong quan hệ gia đình là yếu tố dự báo trầm cảm mạnh hơn đơn thuần đặc điểm cấu trúc gia đình (Park và cộng sự, 2014; Li và cộng sự, 2024) và (2) bằng chứng Việt Nam cho thấy tỷ lệ người cao tuổi sống một mình tăng từ 9,68% năm 2009 lên 13,74% năm 2019 (Tổng cục Thống kê và UNFPA, 2021) - một xu hướng có liên quan đến quá trình di cư lao động và biến đổi cấu trúc gia đình, tạo ra khoảng cách tiềm năng giữa kỳ vọng hiếu thảo truyền thống và hỗ trợ thực tế nhận được (Tổng cục Thống kê và UNFPA, 2021; Yeh và Bedford, 2004). Như vậy, biến này không chỉ có cơ sở lý luận quốc tế mà còn phản ánh trực tiếp một thực tế đang thay đổi trong bối cảnh xã hội Việt Nam.

Điều chỉnh thứ hai là tách yếu tố tôn giáo - tín ngưỡng thành biến số độc lập trong nhóm xã hội, thay vì gộp chung vào "tham gia xã hội" như trong BPS gốc. Điều chỉnh này

được củng cố bởi hai luận điểm. Về bằng chứng quốc tế, tham gia hoạt động Phật giáo cộng đồng được xác nhận là yếu tố bảo vệ độc lập trong phân tích đa biến tại Thái Lan, với OR bảo vệ có ý nghĩa thống kê khi kiểm soát các yếu tố sinh học và xã hội khác (Aung và cộng sự, 2022). Về bối cảnh Việt Nam, đây là quốc gia có sự đa dạng tín ngưỡng đặc thù (Phật giáo, Công giáo, thờ cúng tổ tiên, tín ngưỡng dân gian) cùng tồn tại. Mặc dù chưa có nghiên cứu thực nghiệm Việt Nam đo lường trực tiếp vai trò của tôn giáo - tín ngưỡng như biến độc lập trong nghiên cứu trầm cảm người cao tuổi, bằng chứng từ các quốc gia châu Á có cùng nền tảng Khổng giáo gợi ý rằng đời sống tâm linh cộng đồng có thể đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì kết nối xã hội và ý nghĩa cuộc sống ở người cao tuổi. Đây là yếu tố bảo vệ tiềm năng mà các nghiên cứu tại Việt Nam như Do và cộng sự (2022) chưa đo lường độc lập, và cần được kiểm định thực nghiệm trong các nghiên cứu tiếp theo.

Điều chỉnh thứ ba là đưa kỳ thị tâm lý nội tâm hóa vào mô hình như một biến điều tiết (moderator) độc lập. Cụ thể, biến này thay đổi chiều hướng hoặc cường độ của mối quan hệ giữa mức độ triệu chứng trầm cảm và hành vi tìm kiếm trợ giúp. Cơ chế điều tiết là: khi kỳ thị tâm lý nội tâm hóa cao, người cao tuổi có triệu chứng trầm cảm rõ ràng vẫn không tìm kiếm hỗ trợ chuyên nghiệp, dẫn đến tỷ lệ điều trị thấp không tương xứng với tỷ lệ mắc bệnh. Bằng chứng trực tiếp từ Việt Nam là sự chênh lệch giữa tỷ lệ trầm cảm đáng kể (20,2% theo GDS-15 trong mẫu quốc gia) và tỷ lệ tiếp cận dịch vụ tâm lý rất thấp (Nguyen và cộng sự, 2024; Ho Nguyen Yen Phi và cộng sự, 2023) - chênh lệch này không thể giải thích hoàn toàn bằng thiếu hụt dịch vụ mà còn phản ánh vai trò của kỳ thị như rào cản hành vi. Khác với BPS gốc vốn không phân biệt vai trò điều tiết và vai trò nguy cơ, việc xác định kỳ thị như biến điều tiết cho phép kiểm định giả thuyết H3 bằng phân tích tương tác (interaction analysis) thay vì chỉ hồi quy tuyến tính.

5.5. Khung biến số BPS đề xuất và định hướng phương pháp luận

Trên cơ sở ba điều chỉnh bối cảnh hóa đã đề xuất ở mục 5.4 và các bằng chứng tổng hợp từ các mục 4 - 5, bài viết đề xuất một khung biến số BPS nhằm định hướng cho các nghiên cứu thực nghiệm tiếp theo về trầm cảm ở người cao tuổi tại Việt Nam.

Bảng 4. Khung biến số BPS đề xuất cho NC trầm cảm người cao tuổi tại Việt Nam

Nhóm biến	Biến số đề xuất	Công cụ đo lường gợi ý	Ghi chú
Sinh học	Tuổi; giới tính; số bệnh mạn tính; ADL/IADL; MMSE/MoCA; tiền sử rối loạn tâm lý	ADL Barthel; IADL Lawton; MoCA	Thang đã kiểm định tại Việt Nam
Tâm lý	Tự đánh giá sức khỏe; cô đơn; sự kiện căng thẳng; phong cách ứng phó; khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình *	UCLA Loneliness Scale; Brief COPE; thang khoảng cách kỳ vọng - hỗ trợ gia đình thích nghi hóa	* Biến bổ sung đặc thù Việt Nam; chưa có thang chuẩn hóa sẵn
Xã hội	Hôn nhân; sắp xếp sống; hỗ trợ gia đình; di cư con cháu *; học vấn; thu nhập; tôn	Biến nhân khẩu - xã hội; MSPSS; thang tôn giáo - tín ngưỡng cần	* Biến bổ sung đặc thù Việt Nam

Nhóm biến	Biến số đề xuất	Công cụ đo lường gợi ý	Ghi chú
	giáo - tín ngưỡng *; tiếp cận dịch vụ y tế	thích nghi văn hóa	
Biến điều tiết	Kỳ thị tâm lý nội tâm hóa * - điều tiết quan hệ giữa triệu chứng trầm cảm, hành vi tìm kiếm trợ giúp	Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)	Tách riêng khỏi nhóm tâm lý để làm rõ vai trò điều tiết
Biến kết cục	TC: GDS-15 ≥ 5 (sàng lọc cộng đồng) + đánh giá lâm sàng bổ sung ở trường hợp biểu hiện soma hóa rõ	GDS-15 (đã kiểm định tại Việt Nam)	Kết hợp đánh giá bổ sung trong bối cảnh soma hóa cao

Ghi chú: ADL = Activities of Daily Living; IADL = Instrumental ADL; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; GDS = Geriatric Depression Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

Vận dụng mô hình BPS có bối cảnh hóa tại Việt Nam có ba định hướng phương pháp luận quan trọng. Định hướng thứ nhất: bảng hỏi cần bổ sung các thang đo đã được kiểm định như UCLA Loneliness Scale, Brief COPE, MSPSS và ISMI. Định hướng thứ hai: trên phương diện phương pháp luận, ngoài hồi quy logistic đa biến, các nghiên cứu tương lai có thể xem xét phân tích tương tác và phân tích trung gian để kiểm tra ba hướng giả thuyết nghiên cứu: (H1) Các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội đều có liên quan độc lập đến nguy cơ trầm cảm; (H2) Khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình có vai trò trung gian giữa biến đổi cấu trúc gia đình do di cư và mức độ trầm cảm; (H3) Kỳ thị tâm lý nội tâm hóa điều tiết mối liên hệ giữa mức độ triệu chứng và hành vi tìm kiếm trợ giúp. Định hướng thứ ba: thiết kế mẫu đa địa phương để so sánh giữa các bối cảnh có mức độ di cư và đa dạng văn hóa khác nhau.

6. Kết luận

Mô hình BPS của Engel (1977) cung cấp một khung tích hợp vượt trội so với tiếp cận y sinh học đơn thuần, với ba cơ chế trung gian có cơ sở thực nghiệm là allostatic load (McEwen, 1998), cognitive appraisal (Lazarus và Folkman, 1984) và lý thuyết attachment (Bowlby, 1969). Tuy nhiên, mô hình gốc có ba hạn chế cần khắc phục khi vận dụng vào bối cảnh ngoài phương Tây: tính "quá rộng" về phạm vi, thiếu tường minh về cơ chế tương tác giữa các nhóm yếu tố, và thiếu nhạy cảm văn hóa. Bằng chứng thực nghiệm từ sáu nghiên cứu tiêu biểu xác nhận rằng khi áp dụng BPS theo hướng tích hợp, các yếu tố tâm lý và xã hội thường nổi lên như những dự báo trầm cảm mạnh hơn so với các yếu tố sinh học đơn thuần. Phân tích so sánh bối cảnh châu Á cho thấy hai cơ chế nhất quán - hỗ trợ gia đình và tôn giáo cộng đồng như biến bảo vệ - đồng thời làm rõ hai đặc thù riêng của Việt Nam: áp lực di cư lao động lên cấu trúc gia đình và kỳ thị tâm lý như rào cản hành vi tìm kiếm trợ giúp.

Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất ba điều chỉnh bối cảnh hóa cho mô hình BPS khi vận dụng vào nghiên cứu trầm cảm ở người cao tuổi Việt Nam. Đóng góp học thuật cốt lõi không chỉ nằm ở việc bổ sung các biến số mới, mà ở chỗ làm rõ vai trò cấu trúc của

chúng: biến khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình hoạt động như một biến trung gian (mediator) trong chuỗi nhân quả từ biến đổi gia đình do di cư đến trầm cảm; tôn giáo - tín ngưỡng được tách thành biến xã hội độc lập với tác động bảo vệ trực tiếp; và kỳ thị tâm lý nội tâm hóa đóng vai trò biến điều tiết (moderator) làm thay đổi mối quan hệ giữa mức độ triệu chứng và hành vi tìm kiếm trợ giúp. Sự phân biệt vai trò cấu trúc này cho phép các nghiên cứu thực nghiệm tiếp theo áp dụng các phương pháp kiểm định phù hợp hơn - phân tích trung gian cho H2 và phân tích tương tác cho H3 - thay vì chỉ dừng lại ở hồi quy logistic đa biến. Về hàm ý phương pháp luận, khung biến số BPS đề xuất trong bảng 4 cung cấp định hướng cụ thể cho lựa chọn công cụ đo lường và thiết kế nghiên cứu cộng đồng tại Việt Nam.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được nhìn nhận rõ ràng. Thứ nhất, thiết kế tổng quan lý thuyết - tường thuật có tính chọn lọc, không theo giao thức PRISMA với quy trình sàng lọc đầy đủ, do đó không loại trừ hoàn toàn khả năng thiên lệch lựa chọn tài liệu. Tuy nhiên, như Snyder (2019) lưu ý, thiết kế này phù hợp với mục tiêu xây dựng khung lý thuyết hơn là ước lượng hiệu quả tổng hợp. Thứ hai, bằng chứng thực nghiệm tại Việt Nam còn hạn chế về số lượng và phạm vi: hai nghiên cứu trong nước được phân tích trực tiếp (Do và cộng sự, 2022; Nguyen và cộng sự, 2024) chủ yếu tiếp cận từ góc độ mô tả dịch tễ học, chưa kiểm định đầy đủ tương tác giữa ba chiều BPS. Thứ ba, các biến số bổ sung đặc thù Việt Nam - đặc biệt là thang đo khoảng cách kỳ vọng - thực tế trong hỗ trợ gia đình - chưa có công cụ đo lường chuẩn hóa và chưa được kiểm định thực nghiệm trong bối cảnh địa phương. Thứ tư, do phạm vi của bài viết là lý thuyết và định hướng, ba giả thuyết H1 - H3 được đề xuất nhưng chưa được kiểm chứng. Các nghiên cứu tiếp theo cần phát triển và kiểm định các thang đo này trong mẫu cộng đồng thực tế, đồng thời kiểm định ba giả thuyết bằng các thiết kế thực nghiệm phù hợp.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp (Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14 tháng 5 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*. Hà Nội: Bộ Y tế.

2. Lục Sơn Hải, Kim Xuân Loan (2020). Rối loạn trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại xã Tân Hưng, huyện Đồng Phú, tỉnh Bình Phước năm 2019. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 24*(1), 55-63.

3. Tổng cục Thống kê Việt Nam (2024). *Dự báo Dân số Việt Nam 2024 - 2074*. Hà Nội: Nxb Thống kê.

4. Tổng cục Thống kê và UNFPA (2021). *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*. Hà Nội.

5. Trần Thị Hoài Vi, Nguyễn Thị Lan Anh, Phạm Thanh Nhàn, Trần Đình Trung (2016). Tỷ lệ rối loạn trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20*(5), 155-162.

Tài liệu tiếng Anh

6. Aung, T. N. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y., et al. (2022). Depression and associated factors among community-dwelling Thai older adults in northern Thailand. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 19(17), 10574. https://doi.org/10.3390/ijerph191710574.

7. Betancourt, H., & López, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist, 48*(6), 629-637. https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.6.629.

8. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1*. New York: Basic Books.

9. Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G. S., et al. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian Journal of Psychiatry, 80*, 103417. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417.

10. Cheung, F. M., van de Vijver, F. J. R., & Leong, F. T. L. (2011). Toward a new approach to the study of personality in culture. *American Psychologist, 66*(7), 593-603. https://doi.org/10.1037/a0022389.

11. Do, T. T. H., Nguyen, D. T. M., & Nguyen, L. T. (2022). Depressive symptoms and their correlates among older people in rural Viet Nam: A study highlighting the role of family factors. *Health Services Insights, 15*, 11786329221125410. https://doi.org/10.1177/11786329221125410.

12. Dong, X., Chang, E. S., Wong, E., & Simon, M. (2013). Working with culture: Lessons learned from a community-engaged project in a Chinese aging population. *Aging Health, 9*(1), 113-125. https://doi.org/10.2217/ahe.12.73.

13. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460.

14. Ho Nguyen Yen Phi, Truong Quoc Tho, Bui Xuan Manh, et al. (2023). Prevalence of depressive disorders in a primary care setting in Ho Chi Minh City, Vietnam. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 58*(2), 86-101. https://doi.org/10.1177/00912174221141757.

15. Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 311*, 114511. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511.

16. Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine, 60*(4), 420-430. https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00009.

17. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

18. Li, X., Zhang, X., Liu, J., Cao, Y., Pi, Z., & Peng, H. (2024). Is matching or discrepancy between filial piety expectation and filial support better? The role of filial support of children and social support. *PsyCh Journal, 13*(5), 738-748. https://doi.org/10.1002/pchj.752.

19. McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 840*(1), 33-44. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x.

20. McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(1), 86-92. https://doi.org/10.3109/00048679809062712.

21. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press.

22. Nguyen, N. T., Nguyen, T., Bui, T. D., & Giang, L. T. (2024). Depression and associated factors among older people in Vietnam: Findings from a National Aging Survey. *PLoS ONE, 19*(5), e0299791. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299791.

23. Park, M., Unützer, J., & Grembowski, D. (2014). Ethnic and gender variations in the associations between family cohesion, family conflict, and depression in older Asian and Latino adults. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(6), 1103-1112. https://doi.org/10.1007/s10903-013-9931-5.

24. Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., et al. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 300-313. https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300.

25. Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research, 104*, 333-339. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039.

26. Steel, Z., Silove, D., Giao, N. M., et al. (2009). International and indigenous diagnoses of mental disorder among Vietnamese living in Vietnam and Australia. *British Journal of Psychiatry, 194*(4), 326-333. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.050021.

27. Tang, T., Jiang, J., & Tang, X. (2021). Prevalence of depressive symptoms among older adults in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 293*, 379-390. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.044.

28. UNFPA Vietnam (2021). *Population ageing and older persons in Viet Nam: Situation analysis and policy responses*. Hanoi: UNFPA.

29. WHO (2025). *Mental health of older adults*. Fact sheet. Geneva: World Health Organization. Updated 8 October 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults.

30. Yeh, K. H., & Bedford, O. (2004). Filial belief and parent-child conflict. *International Journal of Psychology, 39*(2), 132-144. https://doi.org/10.1080/00207590344000312.