

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH



VŨ THỊ LOAN

**THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ TÂM THẦN
HỌC ĐƯỜNG Ở HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ
TẠI HÀ NỘI VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP BẰNG
LIỆU PHÁP HÀNH VI, NĂM 2015-2020**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế

Mã số: 62 72 01 64

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Thái Bình - 2023

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

Hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Lê Thanh Hải

2. GS. TS. Lương Xuân Hiến

Phản biện 1: GS.TS. Phạm Ngọc Đính

Phản biện 2: PGS.TS. Đào Xuân Vinh

Phản biện 3: PGS.TS. Phạm Văn Trọng

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường tại

Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Vào hồi ngày tháng năm 2023

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Dược Thái Bình

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay các rối loạn tâm thần và hành vi (RLTT&HV) trở nên rất phổ biến ảnh hưởng đến 20% trẻ em và thanh thiếu niên (Tổ chức Y tế Thế giới, WHO-2001). Theo Hội đồng Y khoa Hoa Kỳ trong “Báo cáo về sức khỏe tâm thần trẻ em” ước tính 1/5 trẻ em và thanh thiếu niên sẽ mắc một vấn đề sức khỏe tâm thần rõ rệt trong quá trình đi học. Tại Việt Nam, khoảng 10 - 25% học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần

Vấn đề sức khỏe tâm thần ở lứa tuổi học đường nếu không được phát hiện sớm, quan tâm phòng ngừa và can thiệp phù hợp sẽ có thể để lại nhiều hậu quả nặng nề cho cá nhân, gia đình và xã hội. Tỷ lệ trẻ rối loạn sức khỏe tâm thần cao cho thấy sự cần thiết trong việc chăm sóc và điều trị. Một trong các rối loạn tâm thần ở trẻ em, đó là tăng động giảm chú ý nếu được can thiệp kịp thời sẽ mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên thực tế, ngay cả tại những nước đang phát triển, dịch vụ tiếp cận sức khỏe tâm thần vẫn còn hạn chế. Trong các nghiên cứu được thực hiện ở Anh, Mỹ, Úc và Canada chỉ ra những vấn đề được báo cáo là rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế về chăm sóc sức khỏe tâm thần như: thời gian chờ đợi, giấy giới thiệu hay chi phí dịch vụ và nhận thức của cha mẹ đối với các dịch vụ.

Thành phố Hà Nội là trung tâm kinh tế, văn hóa, xã hội của cả nước. Bên cạnh những thuận lợi thì những vấn đề phức tạp của xã hội như nạn trộm cắp, đánh nhau, bạo lực, nghiện ma túy, tự tử... còn len lỏi trong tầng lớp thanh thiếu niên. Nằm trong hoàn cảnh chung của Việt Nam, vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em ở Hà Nội cũng còn nhiều bỏ ngỏ, các nghiên cứu thường chủ yếu tập trung vào quần thể lâm sàng hoặc nghiên cứu không đầy đủ, các nghiên cứu về can thiệp hành vi rất ít.

Một số câu hỏi đặt ra là thực trạng sức khỏe tâm thần học đường tại Hà Nội hiện nay ra sao? Yếu tố liên quan hay ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần học đường là gì? Giải pháp nào hiệu quả trong phòng ngừa và can thiệp nhằm giảm tỷ lệ mắc tâm thần học đường? Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội và kết quả can thiệp bằng liệu pháp hành vi, năm 2015 - 2020”***, nghiên cứu với 3 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội, năm 2015.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội, năm 2015.
3. Đánh giá kết quả điều trị tăng động giảm chú ý bằng can thiệp hành vi ở trẻ tại bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2016 đến 2020.

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Trong bối cảnh môi trường học đường ngày càng có nhiều thách thức và áp lực đối với học sinh, nghiên cứu đã đưa ra được một bộ số liệu cơ bản về thực trạng sức khỏe tâm thần học đường. Nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, tăng động giảm chú ý, vấn đề quan hệ đồng lứa tuổi, bị tác động khó khăn, hành vi tự gây thương tích và có ý nghĩ tự tử bằng phân tích hồi quy đa biến. Một số yếu tố liên quan đến có ý

ngihtự tử ở học sinh như: giới tính nữ, có rối loạn giấc ngủ, rối loạn cư xử, bị tác động khó khăn, có uống rượu bia, có hút thuốc, bắt nạt học đường. Từ kết quả này khuyến cáo các bậc phụ huynh và nhà trường cần phối hợp và quan tâm đến con trong việc sử dụng chất kích thích hay áp lực cuộc sống và bạo lực học đường; nhận biết sớm các hành vi cảm xúc bất thường...để đảm bảo sức khỏe tâm thần và phòng ngừa các rối loạn tâm thần kèm theo.

Nghiên cứu đã áp dụng biện pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng so sánh trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả của can thiệp hành vi đối với trẻ tăng động giảm chú ý sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày có hiệu quả rõ rệt giảm tới 87,7% sau 36 tháng. Biện pháp can thiệp mà đề tài áp dụng gần gũi, dễ thực hiện chỉ qua tập huấn hướng dẫn phụ huynh có thể sử dụng, theo dõi. Điều đó góp phần nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh, nâng cao chất lượng cuộc sống cho gia đình và xã hội

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 124 trang, gồm: đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu (02 trang); tổng quan tài liệu (30 trang); đối tượng và phương pháp nghiên cứu (23 trang); kết quả nghiên cứu (37 trang); bàn luận (28 trang); kết luận (02 trang) và khuyến nghị (01 trang). Luận án có 45 bảng; 10 biểu đồ; 4 hình, 128 tài liệu tham khảo (tiếng Anh: 109 và tiếng Việt: 29)

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường

1.1. 1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường trên thế giới

Trên thế giới, có tới 7 - 10% trẻ em và thanh thiếu niên mắc phải các rối loạn tâm thần cần điều trị. Tỷ lệ này cao hơn ở các vùng đô thị đông dân có nhiều yếu tố xã hội không thuận lợi, đặc biệt ở tuổi dậy thì. Những trạng thái tâm lý bệnh học trẻ em thường gặp là: hành vi gây rối và chống đối xã hội (những rối loạn hướng ngoại) tỉ lệ mắc là 3 - 5,0%; rối loạn cảm xúc (những rối loạn hướng nội) tỉ lệ gặp là 2 - 5,0%; những trở ngại tâm lý và rối loạn dạng cơ thể chiếm 1 - 3,0%; hiếm gặp hơn là các rối loạn tâm thần trẻ em và rối loạn sự phát triển nói chung (bệnh tự kỷ) gặp 0,1%.

Các rối loạn tâm thần thường đặc trưng theo từng giai đoạn phát triển của trẻ và đối với lứa tuổi thanh thiếu niên thường gặp đó là các vấn đề về cảm xúc như: trầm cảm, lo âu; các rối loạn liên quan đến stress, chứng tự kỷ, rối loạn trong học tập, rối loạn ứng xử, rối loạn tâm thần thể chống đối, các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây nghiện.

Tại Châu Á các bệnh lý tâm thần ở trẻ em cũng gặp tương đối nhiều. Trung bình khoảng 20% trẻ em bị tổn thương SKTT dưới nhiều hình thức khác nhau. Mullick và Goodman (2005) thực hiện nghiên cứu 2 giai đoạn ở trẻ em Bangladesh cho thấy tỉ lệ bệnh tâm thần trẻ em có các tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 là 15%. Mahbub Hossain và cộng sự tổng hợp các bằng chứng hiện tại về tỉ lệ rối loạn tâm thần ở Nam Á cho kết quả khác nhau giữa các nhóm dân cư, giữa nông thôn và thành thị hay giới tính; tỉ lệ rối loạn tâm thần ở trẻ em là 23,3%, bao gồm rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn tâm trạng, hành vi tự sát và tự làm hại bản thân.

Tỷ lệ rối loạn cảm xúc tại Iran theo SDQ do cha mẹ đánh giá là 8,4% mắc; 6,3% là nghi ngờ.

1.1.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường tại Việt Nam

Khoảng 25 năm trở lại đây ở Việt Nam bắt đầu các tác giả đề cập đến vấn đề SKTT trẻ em và thanh thiếu niên. Tuy nhiên khoảng 15 năm trở lại đây việc nghiên cứu về SKTT trẻ em mới được quan tâm nhiều. Điều tra toàn quốc vị thành niên và thanh thiếu niên lần thứ hai, Việt Nam có 2,8% thanh thiếu niên đã tự gây thương tích cho bản thân và có 3,4% trả lời đã từng có ý định tự tử. Trẻ em vô tình bị đẩy vào những tình huống buộc phải tự lập cũng như phải đối mặt với quá nhiều tác động có hại do mặt trái của nền kinh tế thị trường, trong khi các em không có cơ hội trang bị đủ kiến thức cần thiết về tâm lý.

Hà Nội là một trong các thành phố phát triển kinh tế nhanh nhất cả nước. Cùng với sự phát triển kinh tế và xã hội, học sinh cũng sẽ bị ảnh hưởng nhiều bởi tác động của các mặt trái trong xã hội, áp lực của gia đình và nhà trường. Đã có nhiều nghiên cứu về sức khỏe tâm thần học đường ở Hà Nội. Nghiên cứu 21.960 thanh thiếu niên Hà Nội phát hiện 3,7% em có rối loạn hành vi. Khảo sát SKTT học sinh trường học thành phố Hà Nội bằng công cụ SDQ của Tổ chức Y tế Thế giới chuẩn hóa Việt Nam cho thấy trên mẫu nghiên cứu gồm 1.202 học sinh tiểu học và THCS trong độ tuổi 10 - 16 tuổi, tỷ lệ học sinh có vấn đề về SKTT chung là 19,46 %. Tỷ lệ này đối với nam, nữ, tiểu học, trung học cơ sở, nội thành, ngoại thành không có gì khác biệt.

Các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước đã cho thấy các rối loạn tâm thần và hành vi trẻ em và thanh thiếu niên Việt Nam cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể và cần tiếp tục đánh giá một cách toàn diện hơn.

1.2. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường

1.2.1. Yếu tố tâm lý

Một số nghiên cứu ghi nhận mối liên quan đặc biệt giữa một số yếu tố như: tính khí, cha mẹ hoặc căng thẳng gia đình, chống đối khi còn nhỏ và hành vi thách thức trẻ nhỏ đến có vấn đề sức khỏe tâm thần sau này. Nghiên cứu của Ruchika Gajwan nhận thấy rằng khi trẻ bị ngược đãi có nguy cơ mắc các rối loạn về tâm thần cao hơn gần 10 lần so với trẻ không bị.

Ở lứa tuổi này trẻ có sự phát triển mạnh mẽ, thiếu cân đối về các mặt trí tuệ, đạo đức và sự xuất hiện của các yếu tố mới của sự trưởng thành do kết quả của sự biến đổi cơ thể, của sự tự ý thức, của các kiểu quan hệ với người lớn, với bạn bè, của các hoạt động học tập hay xã hội... Quá trình hình thành cái mới thường kéo dài về thời gian và phụ thuộc vào điều kiện sống, hoạt động của trẻ. Do đó sự phát triển tâm lý ở lứa tuổi này diễn ra không đồng đều về mọi mặt. Điều đó quyết định sự tồn tại song song: vừa mang tính trẻ con, vừa mang tính người lớn ở lứa tuổi này.

1.2.2. Yếu tố gia đình - xã hội

Vị thành niên chịu ảnh hưởng bởi những cảm nghĩ và các quan hệ giữa cha mẹ với nhau, với con cái và với người khác. Cha mẹ là những kiểu mẫu cho vị thành niên về người đàn ông và người đàn bà, người chồng và người vợ, người cha và người mẹ... nên trẻ có chiều hướng giống cha mẹ mình nhiều hơn. Trẻ học được cách ứng xử mà họ thấy cha mẹ mình bộc lộ trong cuộc sống thường ngày và lứa tuổi này đặc biệt dễ nhạy cảm và phê phán sự không trung thực,

cho nên chúng tin vào việc làm chứ không phải vào lời nói. Do những cảm xúc mãnh liệt của người vị thành niên nên đôi khi chỉ một lời chỉ trích bóng gió thôi cũng đủ gây tác hại.

1.2.3. Yếu tố trường học

Giáo dục nhà trường cũng có thể gây nên những tổn thương tâm thần cho trẻ em. Đó là cách giáo dục áp đặt làm cho trẻ em thiếu tự tin. Nội dung chương trình quá tải, áp lực thi cử nặng nề làm cho trẻ em lúc nào cũng căng thẳng, lo sợ, dẫn đến những rối loạn về cả thể xác lẫn tâm thần. Vấn đề học thêm với chính thầy cô ở trường, trẻ phải học ngày học đêm nên không có thời gian nghỉ ngơi, giải trí, luyện tập thân thể. Ngoài ra, yếu tố quan tâm của giáo viên cũng ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của các em.

1.3. Can thiệp trẻ mắc ADHD và rối loạn kèm theo

1.3.1. Can thiệp y tế

Các thuốc được điều trị ADHD phổ biến hiện nay gồm Atomoxetin, Guanfacine, Clonidine, Bupropion. Qua thời gian dài, thuốc kích thích tâm thần vẫn là một vấn đề gây tranh cãi từ nhiều nhóm cộng đồng và mặc dù các nghiên cứu tiếp tục xác định ảnh hưởng lâu dài của thuốc.

Các yếu tố bệnh lý khi trẻ mắc chứng ADHD sẽ ảnh hưởng tới các chức năng xã hội và vấn đề học tập. Chính vì thế việc điều trị bằng thuốc sẽ mang lại những hiệu quả giúp trẻ cải thiện được tiên lượng và chức năng xã hội.

1.3.2. Can thiệp hành vi

Trẻ bị ADHD đã có bước đầu thành công trong những năm tiểu học và bắt đầu hành trình qua trung học cơ sở và trung học phổ thông. Trẻ cần phải được đánh giá định kỳ hàng năm. Đây là thời điểm tốt nhất để hoàn thành bản tái đánh giá sức khỏe trẻ.

1.3.3. Can thiệp tâm thần xã hội và giáo dục

Trẻ sử dụng phần lớn thời gian sống ở trường do đó đánh giá sức khỏe tâm thần tại trường học đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra kết quả chính xác. Trẻ mắc ADHD được dạy trong một lớp học thông thường sẽ trải qua những khó khăn về khả năng hoặc thất bại ít nhất một bậc khi đến tuổi vị thành niên.

Với nghiên cứu về sự phát triển được ghi nhận thiếu hụt học tập ở trẻ mắc ADHD, nghiên cứu hiện tại đã tìm ra cách khắc phục những thiếu hụt này thông qua việc thay đổi môi trường trường học, các môn học và chỉ dẫn cá nhân trong cả việc cải thiện kết quả học tập và hành vi.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

2.1.1.1. Nghiên cứu tại cộng đồng

Tại thời điểm nghiên cứu, Hà Nội có tổng số 624 trường THCS, nghiên cứu được triển khai tại 2 trường THCS tại thành phố Hà Nội:

- Trường Trung học cơ sở Cát Linh, Quận Đống Đa, Hà Nội đại diện cho học sinh các trường thuộc khu vực đô thị Hà Nội.

- Trường Trung học cơ sở Hồng Kỳ, Huyện Sóc Sơn, Hà Nội đại diện khu vực ngoại thành Hà Nội.

2.1.1.2. Nghiên cứu can thiệp:

Tại phòng khám ngoại trú - Khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương.

BV Nhi Trung ương: là bệnh viện tuyến Trung ương về nhi khoa, bệnh viện là đơn vị hàng đầu trong việc chẩn đoán và điều trị các trẻ em mắc các bệnh về tâm thần học đường. Số lượng trẻ em chẩn đoán và điều trị tham gia nghiên cứu là 120 trẻ em đã được chẩn đoán xác định mắc tăng động, giảm chú ý tại Khoa Tâm thần của bệnh viện.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

2.1.2.1. Đối tượng nghiên cứu tại cộng đồng

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Học sinh từ lớp 6 đến lớp 9 với độ tuổi tương ứng từ 11-15 tuổi.
- Học sinh không bị khuyết tật về thể chất như: Khiếm thính, khiếm thị, khuyết tật chân, tay.
- Học sinh không bị tổn thương hệ thần kinh, khuyết tật trí tuệ.
- Học sinh có đại diện là bố, mẹ đồng ý nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những học sinh đã được xác định thiếu năng trí tuệ.
- Học sinh khuyết tật: Khiếm thính, khiếm thị, khuyết tật chân, tay.
- Học sinh có người đại diện là bố, mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2.2. Đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện (nghiên cứu can thiệp)

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Học sinh được chẩn đoán xác định tăng động giảm chú ý (ADHD) tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội và có chỉ định can thiệp hành vi, không sử dụng hóa dược
- Tuổi: Từ 11-15 tuổi được tính bằng cách lấy năm thời điểm điều tra trừ năm sinh.
- Học sinh sống tại Hà Nội.
- Được bố, mẹ đồng ý điều trị ADHD và tham gia nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các trường hợp bố, mẹ không đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu, bố mẹ không thực hiện trực tiếp vào nghiên cứu.
- Các trường hợp trẻ mắc các chứng bệnh về di truyền, trẻ bị bại não, trẻ chậm phát triển trí tuệ do các hội chứng liên quan đến các biến đổi nhiễm sắc thể hay do nguyên nhân tổn thương khác do nhiễm khuẩn hoặc chấn thương; trẻ bị động kinh chưa được kiểm soát bằng thuốc và trẻ bị tổn thương hệ thần kinh khác.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 5 năm 2020

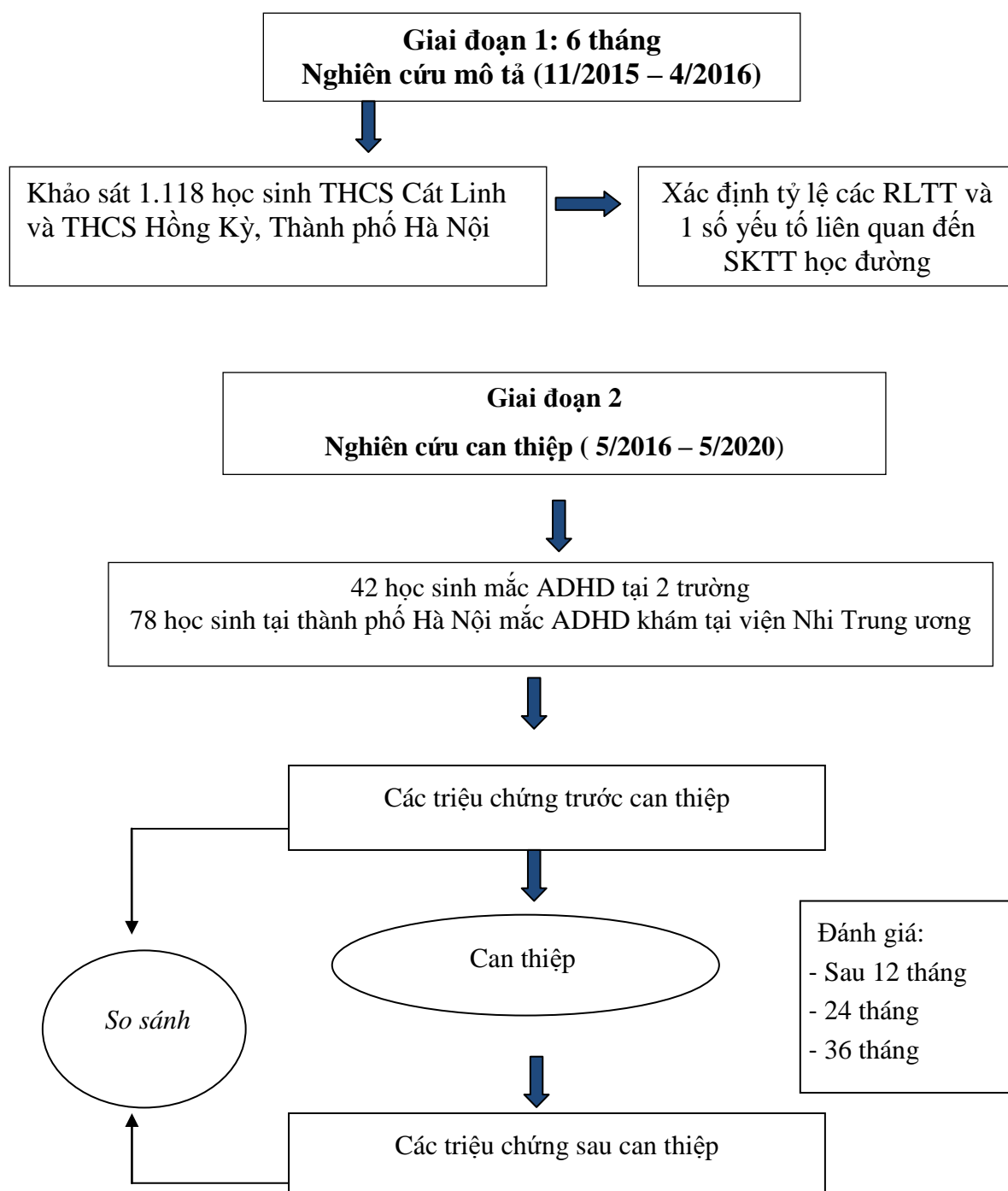
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo 02 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Sử dụng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang để đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở trường THCS và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh (mục tiêu 1 và mục tiêu 2).

Giai đoạn 2: Sử dụng thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng so sánh trước và sau can thiệp để đánh giá hiệu quả của can thiệp hành vi đối với trẻ tăng động giảm chú ý theo các thời điểm T0: trước can thiệp; T12: Sau 12 tháng can thiệp; T24: sau 24 tháng can thiệp; T36: Sau 36 tháng can thiệp (mục tiêu 3).



Hình 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

* Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Công thức chọn mẫu:

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

Trong đó

n: là số mẫu nghiên cứu tối thiểu

α : độ tin cậy lấy ở ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$

Z: hệ số tin cậy lấy ở ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$

p: là tỷ lệ trẻ rối loạn tâm thần nghiên cứu tại Hà Nội với tỷ lệ $p = 25\% = 0,25$ [67]

DE là hệ số thiết kế lấy mức $DE = 2$.

d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, lấy $d = 0,04$

Thay các giá trị trên ta được số học sinh tham gia nghiên cứu tối thiểu cần là 900 học sinh, thực tế chúng tôi thu thập được 1.118 học sinh.

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ (trước và sau) theo phần mềm tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế thế giới (Simple Size), như sau:

$$n = \frac{\left(Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

$p_1 = 100\% = 1$: là tỷ lệ mắc ADHD trước can thiệp (lựa chọn trẻ mắc ADHD để can thiệp).

p_2 : là tỷ lệ trẻ mắc ADHD ở lần đánh giá sau 36 tháng can thiệp (kỳ vọng tỷ lệ này là 90% hay $p_2 = 0,9$)

\bar{p} : là giá trị ước lượng tỷ lệ được tính theo p_1, p_2

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị tra bảng với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$.

Chọn lực mẫu (power) = 0,95 với $\beta = 0,05$.

n: là số học sinh tối thiểu cần chọn cho nghiên cứu can thiệp

Theo công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là 101 học sinh, thực tế chúng tôi có 120 học sinh tham gia nghiên cứu.

2.2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Cách chọn trường:

Chọn chủ đích 2 trường đại diện cho 2 khu vực: nội thành và ngoại thành của thành phố Hà Nội sau khi thảo luận với lãnh đạo các trường THCS và Bệnh viện Nhi Trung ương (Giám đốc dự án hợp tác quốc tế với Chính phủ Đan Mạch – nghiên cứu có sử dụng số liệu khảo sát mô tả thực trạng của dự án) để phù hợp với thực tế. Cụ thể:

- + Trường THCS Cát Linh, quận Đống Đa - đại diện cho khu vực nội thành.
- + Trường THCS Hồng Kỳ, huyện Sóc Sơn - đại diện cho khu vực ngoại thành

Cách chọn mẫu đối tượng học sinh (1.118 học sinh)

Chọn học sinh 2 trường THCS để phỏng vấn

Đề lựa chọn được 1.118 học sinh của 2 trường THCS tham gia nghiên cứu chúng tôi chọn như sau:

+ Tại trường THCS Cát Linh có tổng số gần 1.200 học sinh học tại 4 khối 6,7, 8 và 9. Sau khi liệt kê số lớp của từng khối và số học sinh từng lớp, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 3 lớp/khối. Tổng số học sinh của 12 lớp đã được chọn.

+ Tại trường THCS Hồng Kỳ có tổng số 1250 học sinh học tại 4 khối 6,7,8 và 9. Liệt kê số lớp của từng khối và số học sinh từng lớp. Do số lượng học sinh trong một lớp ít hơn trường THCS Cát Linh nên chúng tôi chọn ngẫu nhiên 4 lớp/khối. Tổng số học sinh của 16 lớp đã được chọn.

Như vậy tổng số 28 lớp tại 2 trường đã được chọn. Chọn toàn bộ học sinh trong 28 lớp theo tiêu chuẩn lựa chọn để điều tra. Thực tế số học sinh tham gia theo các khối là 164 học sinh khối lớp 6, 324 học sinh khối lớp 7, 337 học sinh khối lớp 8 và 293 học sinh khối lớp 9.

- Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

+ Chọn mẫu thuận tiện, liên tục tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian 24 tháng.

+ Chọn tất cả trẻ em mắc ADHD tại 2 trường nghiên cứu đã được tư vấn và đến khám tại bệnh viện Nhi Trung ương và chọn thêm số trẻ em tại thành phố Hà Nội đến khám tại bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ trong giới hạn thời gian nghiên cứu.

+ Quá trình can thiệp có 42 trẻ tại 02 trường được điều trị tại bệnh viện và chúng tôi lựa chọn thêm 78 trẻ tại thành phố Hà Nội đến khám tại bệnh viện Nhi Trung ương đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.3. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.3.1. Nội dung nghiên cứu

2.3.1.1. Nội dung nghiên cứu mục tiêu 1 và 2:

- Mô tả thông tin chung đối tượng nghiên cứu bao gồm các biến như tuổi của học sinh và cha mẹ; trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại của cha, mẹ học sinh; giới tính của học sinh; sức khỏe học sinh.

- Mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần học đường:

+ Mô tả các rối loạn tâm thần theo thang đo SDQ, gồm các biến số về: rối loạn cảm xúc; rối loạn cư xử; rối loạn tăng động, giảm chú ý; vấn đề quan hệ đồng lứa; hành vi tiền xã hội; bị tác động khó khăn; tổng điểm khó khăn; trải nghiệm khó khăn về cảm xúc, hành vi.

+ Hành vi tự gây thương tích, có ý định tự tử trong sáu tháng qua.

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường được xác định gồm các nội dung:

- + Các yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc.
- + Các yếu tố liên quan đến rối loạn cư xử.
- + Các yếu tố liên quan đến ADHD.

- + Các yếu tố liên quan đến quan hệ đồng lứa tuổi.
- + Các yếu tố liên quan đến bị tác động khó khăn.

2.3.1.2. Nội dung nghiên cứu mục tiêu 3:

Đánh giá hiệu quả điều trị ADHD bằng can thiệp hành vi ở trẻ:

- + Thực trạng trước can thiệp gồm: tỷ lệ các thể ADHD, các rối loạn tâm thần phối hợp.
- + Hiệu quả cải thiện các triệu chứng giảm chú ý trước và sau can thiệp.
- + Tỷ lệ rối loạn giảm chú ý trước và sau can thiệp
- + Hiệu quả cải thiện các triệu chứng tăng động trước và sau can thiệp.
- + Tỷ lệ rối loạn tăng động trước và sau can thiệp
- + Hiệu quả giảm tỷ lệ ADHD sau can thiệp
- + Hiệu quả cải thiện các rối loạn và triệu chứng rối loạn tâm thần kèm theo

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin

* Phương pháp thu thập thông tin bằng phiếu hỏi về thực trạng sức khỏe tâm thần học đường và một số yếu tố liên quan đến SKTT học đường ở học sinh THCS 2 trường tại thành phố Hà Nội:

Bước 1. Thử nghiệm bộ công cụ:

- Mẫu phiếu sau khi được thiết kế, nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành thu thập bộ công cụ điều tra thử trên 100 HS tại 2 trường THCS Cát Linh và THCS Hồng Kỳ.
- Quá trình thử nghiệm sẽ đánh giá sự phù hợp và chưa phù hợp của mẫu phiếu điều tra sau đó chỉnh sửa lại mẫu phiếu điều tra.

Bước 2. Tập huấn cán bộ tham gia nghiên cứu:

- Các bác sĩ chuyên khoa tâm thần Nhi khoa và thạc sĩ tâm lý của Bệnh viện Nhi Trung ương tập huấn chuyên môn cho nhóm nghiên cứu. Các cán bộ tham gia nghiên cứu được trang bị về kiến thức tâm thần học đường, cách thức hướng dẫn cha, mẹ và giáo viên điền phiếu. Cán bộ tham gia nghiên cứu là các bác sĩ có kiến thức về lĩnh vực tâm thần Nhi khoa thuộc khoa tâm thần, bệnh viện Nhi Trung ương.

Bước 3. Triển khai thu thập thông tin:

- Lập kế hoạch chi tiết và thông báo kế hoạch phỏng vấn tới 2 trường THCS Cát Linh và Hồng Kỳ (do nghiên cứu sinh thực hiện).
- Chuẩn bị nhân lực, phiếu phỏng vấn... (nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu thực hiện).
- Triển khai nghiên cứu theo kế hoạch: tiến hành phỏng vấn (nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu thực hiện).
- Giám sát thu thập thông tin: bốc thăm ngẫu nhiên 100 phiếu điều tra và phỏng vấn xác định lại thông tin nhằm kiểm tra chất lượng phiếu điều tra. Khi thấy lượng thông tin phiếu điều tra có sự sai sót quá 1% số thông tin (tính theo trường), sẽ cho hủy phiếu và tiến hành chọn mẫu, điều tra lại.

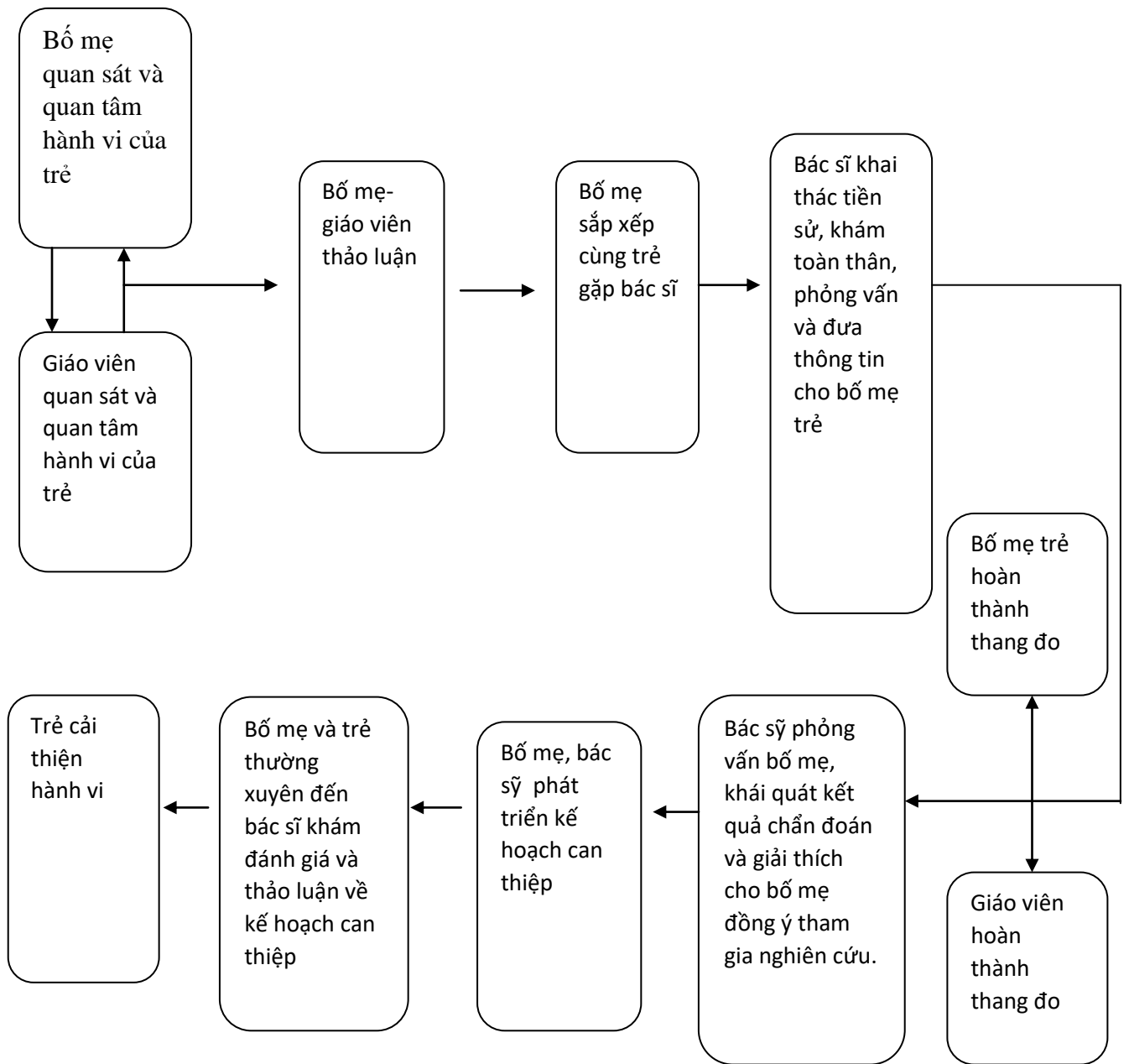
* Phương pháp thu thập thông tin đánh giá hiệu quả điều trị ADHD bằng liệu pháp hành vi sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày :

- Việc khám sẽ do các bác sỹ tâm thần Nhi khoa tại bệnh viện Nhi Trung ương thực hiện, có tập huấn để thống nhất cách ghi các chỉ số lâm sàng đảm bảo thực hiện được mục tiêu nghiên cứu đề ra.

- Tiến hành can thiệp điều trị ADHD bằng liệu pháp hành vi sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày ở 120 trẻ theo quy trình

- Hướng dẫn bố/mẹ trẻ điền phiếu.

- Theo dõi đánh giá sau can thiệp tại các thời điểm: sau 12 tháng, 24 tháng và sau 36 tháng can thiệp



Hình 2.2. Khung lý thuyết đánh giá tăng động giảm chú ý và can thiệp hành vi

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh Trung học cơ sở

Bảng 3.1. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo thang đo SDQ (n=1118)

Rối loạn	Mean \pm SD	95%CI
Rối loạn cảm xúc	3,9 \pm 2,3	3,8 - 4,1
Rối loạn cư xử	2,0 \pm 1,7	1,9 - 2,1
Tăng động, giảm chú ý	3,3 \pm 1,8	3,2 - 3,4
Có vấn đề về quan hệ đồng lứa	2,7 \pm 1,7	2,6 - 2,8
Có vấn đề hành vi tiền xã hội	6,6 \pm 2,1	6,4 - 6,7
Bị tác động khó khăn	0,7 \pm 1,4	0,6 - 0,8
Tổng điểm rối loạn tâm thần	12,0 \pm 5,4	11,7 - 12,3

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Điểm SDQ của dấu hiệu rối loạn cảm xúc là $3,9 \pm 2,3$; vấn đề rối loạn cư xử là $2,0 \pm 1,7$; tăng động giảm chú ý là $3,3 \pm 1,8$; có vấn đề trong quan hệ đồng lứa là $2,7 \pm 1,7$; có vấn đề hành vi tiền xã hội $6,6 \pm 2,1$; điểm tác động là $0,7 \pm 1,4$. Tổng điểm rối loạn tâm thần là $12,0 \pm 5,4$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo thang đo SDQ (n=1118)

Rối loạn	Chẩn đoán		Mức		Nghỉ ngơi		Bình thường	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn cảm xúc	153	13,7	106	9,5	859	76,8		
Rối loạn cư xử	100	8,9	112	10,0	906	81,0		
Tăng động, giảm chú ý	42	3,8	67	6,0	1009	90,3		
Có vấn đề về quan hệ đồng lứa	85	7,6	243	21,7	790	70,7		
Có vấn đề hành vi tiền xã hội	178	15,9	145	13,0	795	71,1		
Bị tác động khó khăn	194	17,4	134	12,0	790	70,7		

Phân tích kết quả bảng 3.2 nhận thấy học sinh bị tác động khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,4%; tiếp đến là có vấn đề hành vi tiền xã hội 15,9% và rối loạn cảm xúc với 13,7%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo độ tuổi

Độ tuổi Rối loạn	11 tuổi (n=134)		12 tuổi (n=89)		13 tuổi (n=366)		14 tuổi (n=361)		15 tuổi (n=168)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Rối loạn cảm xúc	19	14,2	12	13,5	58	15,8	70	19,4	35	20,8	<0,05
Rối loạn cư xử	6	4,5	2	2,2	38	10,4	37	10,2	17	10,1	<0,05
ADHD	2	1,5	2	2,2	14	3,8	16	4,4	8	4,8	<0,05
Quan hệ đồng lứa	12	9,0	3	3,4	28	7,7	25	6,9	17	10,1	<0,05
Hành vi tiền xã hội	19	14,2	6	6,7	61	16,7	70	19,4	22	13,1	<0,05
Bị tác động khó khăn	19	14,2	12	13,5	58	15,8	70	19,4	35	20,8	<0,05

Kết quả bảng 3.3 thể hiện tỷ lệ học sinh rối loạn cảm xúc; tăng động, giảm chú ý; bị tác động khó khăn có sự tăng lên theo độ tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau (n=1118)

Mức độ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ		535	47,8
Có	Thỉnh thoảng	551	49,3
	Thường xuyên	20	1,8
	Rất thường xuyên	12	1,1
	Tổng	583	52,2

Bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ chung học sinh có hành vi tự gây thương tích bản thân chiếm tới 52,2%; trong đó chủ yếu là mức độ thỉnh thoảng là 49,3%; mức độ thường xuyên và rất thường xuyên chiếm lần lượt là 1,8% và 1,1%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử theo giới tính (n = 1118)

Giới tính		Nam (n = 550)		Nữ (n = 568)		Tổng (n = 1118)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ		473	86,0	457	80,4	930	83,2
Có ý nghĩ tự tử	Thỉnh thoảng	56	10,2	95	16,7	151	13,5
	Thường xuyên	11	2,00	14	2,5	25	2,2
	Rất thường xuyên	10	1,8	2	0,4	12	1,1
	Tổng	77	14,0	111	19,6	188	16,8
p < 0,05							

Qua kết quả bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ chung học sinh có ý nghĩ tự tử chiếm 16,8%; học sinh nữ có ý nghĩ tự tử chiếm tỷ lệ 19,6% cao hơn ở học sinh nam với tỷ lệ 14,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử theo độ tuổi (n=1118)

Mức độ Độ tuổi	Chưa bao giờ		Thỉnh thoảng		Thường xuyên		Rất thường xuyên	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
11 tuổi (n=134)	121	90,3	12	9,0	1	0,7	0	0,0
12 tuổi (n=89)	75	84,3	12	13,5	1	1,1	1	1,1
13 tuổi (n=366)	309	84,4	45	12,3	9	2,5	3	0,8
14 tuổi (n=361)	278	77,0	67	18,6	9	2,5	7	1,9
15 tuổi (n=168)	147	87,5	15	8,9	5	3,0	1	0,6
Tổng	930	83,2	151	13,5	25	2,2	12	1,1

Trong số 16,8% học sinh có ý nghĩ tự tử thì chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 14 với 23,0% và thấp nhất ở độ tuổi 11 (9,7%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường

Bảng 3.7. Mối liên quan đặc điểm nhân khẩu với rối loạn cảm xúc

Rối loạn cảm xúc Đặc điểm nhân khẩu		Mắc (n = 153)		Không (n = 965)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nữ	95	16,7	473	83,3	1,70 (1,20 - 2,42)
	Nam	58	10,6	492	89,4	
Đang sống cùng	Khác*	24	25,3	71	74,7	2,34 (1,42 - 3,86)
	Cả bố mẹ đẻ	129	12,6	894	87,4	
Anh, chị, em ruột	Có	11	25,0	33	75,0	2,19 (1,08 - 4,43)
	Không	142	13,2	932	86,8	

Kết quả bảng 3.7 cho thấy có mối liên quan giữa rối loạn cảm xúc với giới tính; sống cùng cả bố, mẹ và có anh, chị em ruột.

Bảng 3.8. Mối liên quan một số rối loạn tâm thần với tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh

<div>Tự gây thương tích</div> <div>Rối loạn tâm thần</div>		Có (n = 583)		Không (n = 535)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn cảm xúc	Mắc	105	68,6	48	31,4	2,23 (1,55-3,21)
	Không	478	49,5	487	50,5	
Rối loạn cư xử	Mắc	73	73,0	27	27,0	2,69 (1,70-4,26)
	Không	510	50,1	508	49,9	
Tăng động, giảm chú ý	Mắc	32	76,2	10	23,8	3,05 (1,48-6,26)
	Không	551	51,2	525	48,8	
Có vấn đề quan hệ đồng lứa	Có	96	44,2	121	55,8	0,67 (0,50-0,91)
	Không	487	54,1	414	45,9	
Bị tác động khó khăn	Có	137	70,6	57	29,4	2,58 (1,84-3,60)
	Không	446	48,3	478	51,7	

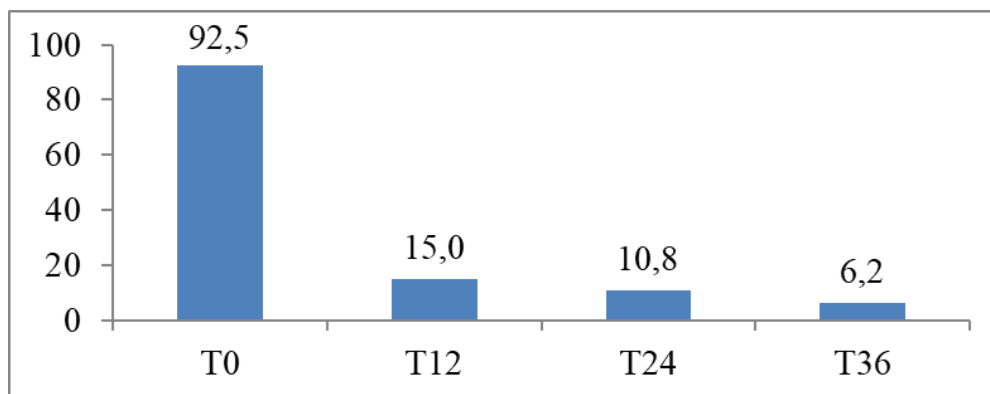
Kết quả bảng trên nhận thấy có mối liên quan giữa hành vi tự gây thương tích/tự làm đau với học sinh có rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, tăng động giảm chú ý, có vấn đề quan hệ đồng lứa, bị tác động khó khăn. Tự gây thương tích ở học sinh mắc tăng động giảm chú ý cao gấp 3,05 lần học sinh không mắc ADHD ($1,48 < OR < 6,26$); học sinh có rối loạn cư xử cao gấp 2,69 lần học sinh không mắc ($1,70 < OR < 4,26$); học sinh bị tác động khó khăn cao gấp 2,58 lần học sinh không bị ($1,84 < OR < 3,60$).

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa một số hành vi với có ý nghĩ tự tử ở học sinh

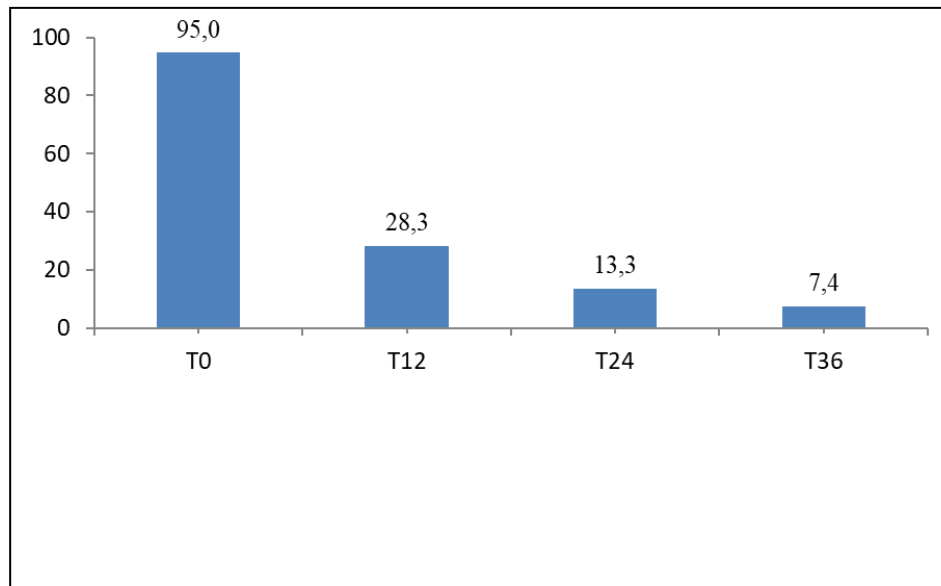
Hành vi	Ý nghĩ tự tử	Có (n = 188)		Không (n = 930)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Uống rượu, bia	≥1 lần/tháng	59	28,64	147	71,36	2,44 (1,71-3,47)
	Hiếm khi	129	14,14	783	85,86	
Say rượu, bia	≥1 lần/tháng	17	38,64	27	61,36	3,32 (1,77-6,23)
	Hiếm khi	171	15,92	903	84,08	
Hút thuốc lá	Có	18	37,50	30	62,50	3,18 (1,73-5,83)
	Không	170	15,89	900	84,11	
Bị bắt nạt trong trường	Có	78	27,96	201	72,04	2,57 (1,85-3,58)
	Không	110	13,11	729	86,89	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	37	26,06	105	73,94	1,93 (1,27-2,91)
	Không	151	15,47	825	84,53	
Bắt nạt người trong trường	Có	56	22,40	194	77,60	1,61 (1,13-2,28)
	Không	132	15,21	736	84,79	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	41	25,63	119	74,38	1,90 (1,28-2,82)
	Không	147	15,34	811	84,66	

Đặc điểm hành vi bao gồm học sinh uống rượu bia ≥ 1 lần/tháng, say rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có hút thuốc; học sinh bị bắt nạt trong trường và ngoài trường học, bắt nạt người khác trong trường và ngoài trường học có mối liên quan với ý nghĩ tự tử.

Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị ADHD và các rối loạn tâm thần kèm theo từ năm 2016 đến 2020

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ % rối loạn tăng động sau can thiệp**

Biểu đồ 3.1 cho thấy, rối loạn tăng động trước can thiệp 92,5%, tỷ lệ giảm dần qua thời gian can thiệp và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ còn 6,2%, mức độ thay đổi giảm 93,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



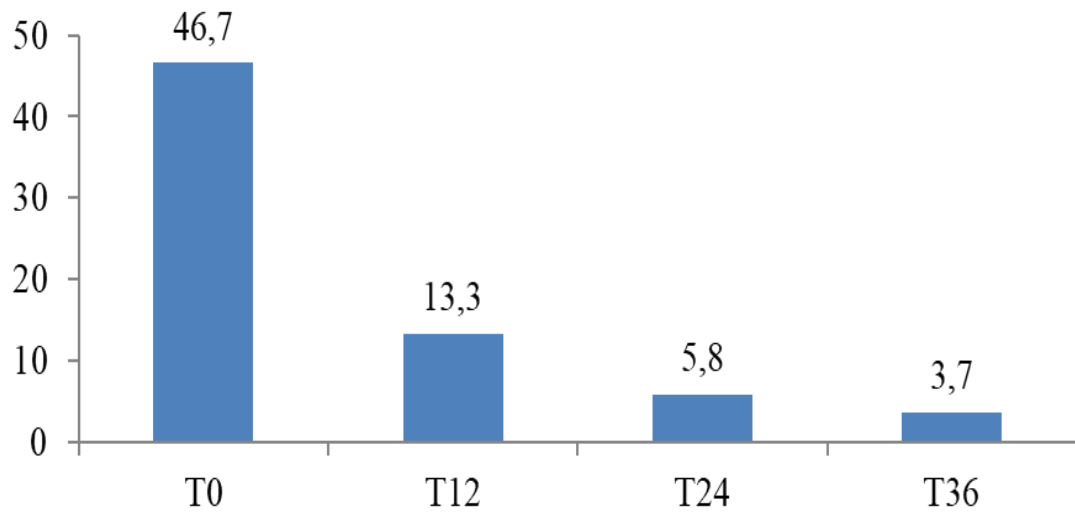
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ % rối loạn giảm chú ý sau can thiệp

Biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ rối loạn giảm chú ý trước can thiệp 95%, tỷ lệ giảm dần qua thời gian can thiệp và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ còn 7,4%, mức độ thay đổi giảm 92,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.10. Hiệu quả giảm tỷ lệ ADHD sau can thiệp

Dạng ADHD Thời điểm	Giảm chú ý		Tăng động		Kết hợp		Mắc ADHD	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
T0 (n = 120)	9	7,5	6	5,0	105	87,5	120	100,0
T12 (n = 120)	21	17,5	5	4,2	13	10,8	39	32,5
T24 (n = 120)	8	6,7	5	4,2	8	6,7	21	17,5
T36 (n = 81)	5	6,2	4	4,9	1	1,3	10	12,3
p(T0-T36)	> 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05	
MĐTĐ	17,3%		2,0%		98,5%		87,7%	

Kết quả bảng 3.8 cho thấy, ADHD giảm đều qua thời gian can thiệp, trong đó trước can thiệp 100% trẻ mắc ADHD, sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ giảm còn 12,3%, mức độ thay đổi giảm 87,7% ($p < 0,05$); trong đó ADHD loại kết hợp giảm nhiều nhất với mức độ thay đổi giảm 98,5% ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ % rối loạn lo âu, trầm cảm sau can thiệp

Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm trước can thiệp 46,7%, tỷ lệ giảm dần qua thời gian can thiệp và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ còn 3,7%, mức độ thay đổi giảm 92,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội**4.1.1. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở**

Tổng điểm RLTT: theo SDQ được tính bằng điểm rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, rối loạn tăng động giảm chú ý và mối quan hệ đồng lứa tuổi, không bao gồm hành vi tiền xã hội. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổng điểm RLTT là $12,0 \pm 5,4$.

Tỷ lệ rối loạn cảm xúc: trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn cảm xúc tỷ lệ mắc là 13,7%, nghi ngờ 9,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Glazebrook và cộng sự (2003) tỷ lệ rối loạn cảm xúc theo SDQ với quần thể cộng đồng là ở nam 10,7% mắc và 7,0% nghi ngờ, nữ là 12,1 mắc, 8,6% nghi ngờ. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Cury và Golfeto (2003) nghiên cứu ở học sinh, ở thang đo SDQ phiên bản dành cho cha mẹ HS tỷ lệ 30,8% rối loạn cảm xúc, tuy vậy với bộ câu hỏi SDQ được trả lời bởi giáo viên chỉ có 1,83% rối loạn cảm xúc, kết hợp hai thang đo SDQ cho thấy có 7,14% rối loạn cảm xúc.

Tỷ lệ rối loạn cư xử: rối loạn cư xử trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc 8,9%, nghi ngờ là 10,0%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Lê Minh Hoàng và cộng sự (2022) sử dụng thang đo SDQ nghiên cứu ở học sinh trung học phổ thông tại Nghệ An cho thấy học sinh có vấn đề giao tiếp xã hội lên đến 92,4%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Glazebrook và cộng sự (2003) tỷ lệ rối loạn cư xử theo SDQ với quần thể cộng đồng tỷ lệ mắc ở nam là 15,1% và nghi ngờ là 11,5%; Tỷ lệ mắc ở nữ là 10,3%, nghi ngờ 10,4%, thấp hơn Arman và các cộng sự (2012), đối tượng 6 - 18 tuổi tỷ lệ rối loạn cư xử theo SDQ là 34,7%, thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Cury.

Tỷ lệ các rối loạn tâm thần theo độ tuổi: trong khoảng từ 11 đến 15 tuổi ở học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, tăng động, giảm chú ý, vấn đề hành vi tiền xã hội và bị tác động khó khăn có sự tăng lên theo độ tuổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn cảm xúc ở nhóm 11 tuổi chỉ 14,2%, tuy nhiên đến độ tuổi 15 tuổi tỷ lệ là 20,8%; rối loạn cư xử ở nhóm 11 tuổi là 4,5%, tuy nhiên đến 15 tuổi là 10,1%; tăng động, giảm chú ý ở độ tuổi 11 là 1,5%, đến 15 tuổi tỷ lệ là 4,8%; vấn đề quan hệ đồng lứa ở nhóm 11 tuổi là 9% lên đến 15 tuổi tỷ lệ là 10,1%, vấn đề hành vi tiền xã hội ở nhóm 11 tuổi là 14,2% lên đến 15 tuổi tỷ lệ là 13,1%; bị tác động khó khăn nhóm 11 tuổi là 14,2% đến 15 tuổi tỷ lệ lên đến 20,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Giannakopoulos và các cộng sự (2009) cho thấy điểm SDQ về rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, tăng động, giảm chú ý, vấn đề quan hệ đồng lứa, vấn đề hành vi tiền xã hội, bị tác động khó khăn tăng lên theo độ tuổi. Điều này được giải thích do độ tuổi càng lớn hơn, học sinh trong thời điểm dậy thì và phát triển tâm lý, sinh lý. Mặt khác, khi học tập ở lớp cao hơn càng có những khó khăn hơn, áp lực lớn hơn.

4.1.2. Hành vi tự gây thương tích/tự làm đau, có ý nghĩ tự tử ở học sinh*Hành vi tự gây thương tích/tự làm đau*

Kết quả của chúng tôi cho thấy 52,2% số học sinh đã từng tự gây tổn thương bản thân trong 6 tháng qua, với 49,3% số học sinh thỉnh thoảng tự gây tổn thương, 1,8% mức độ thường xuyên và 1,1% mức độ rất thường xuyên. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so

với tác giả Hawton và cộng sự (2012) nghiên cứu tại cộng đồng cho thấy tỷ lệ trẻ vị thành niên tự làm tổn thương/đau bản thân chiếm 10,0% số trẻ vị thành niên.

Ý nghĩ tự tử

Ý nghĩ tự tử trong vòng 6 tháng qua, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ học sinh nghĩ đến cái chết thỉnh thoảng 13,5%, thường xuyên 2,2% và rất thường xuyên chiếm 1,1%. Tỷ lệ có ý nghĩ tự tử cao ở các độ tuổi 12, 13 và 14 phù hợp với sự thay đổi tâm lý và sinh lý của thời kỳ dậy thì ở học sinh. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy học sinh nữ có ý nghĩ tự tử chiếm tỷ lệ 19,5% cao hơn ở nam với tỷ lệ 14,0%. Ở tất cả các mức độ học sinh nữ có ý nghĩ tự tử đều chiếm tỷ lệ cao hơn học sinh nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố nhân khẩu học bao gồm giới tính, đang sống cùng bố mẹ, sống cùng anh, chị, em ruột là những yếu tố có mối liên quan với rối loạn cảm xúc ở học sinh ($p < 0,05$). Thực tế sự biểu cảm cảm xúc có xu hướng ở nữ cao hơn ở nam, do vậy kết quả này theo chúng tôi là phù hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự theo Arman và các cộng sự (2012) sử dụng thang đo SDQ, trong đó lứa tuổi 6 - 10, 11 - 13 và 14 - 18 tuổi rối loạn cảm xúc ở trẻ nam lần lượt là 19,8%; 24,4% và 21,2% trong khi trẻ nữ lần lượt là 24,1%; 26,3% và 31,3% [110]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Gao và các cộng sự (2013) trên 22.108 đối tượng, sử dụng thang đo SDQ bằng phân tích hồi quy đa biến cho thấy nữ giới là một yếu tố có khả năng gây rối loạn cảm xúc

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn cư xử ở học sinh ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam có nguy cơ rối loạn cư xử 11,1% cao gấp 1,69 lần (95%CI 1,11 - 2,58) so với nữ có tỷ lệ rối loạn cư xử là 6,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liên quan của uống rượu, bia, hút thuốc đến rối loạn cư xử, trong đó học sinh uống rượu bia ít nhất 1 lần/tháng có rối loạn cư xử cao gấp 3,4 lần học sinh không uống (95%CI: 2,22 - 5,28); rối loạn cư xử ở học sinh say rượu ít nhất 1 lần/tháng cao gấp 9,3 lần so với học sinh không say (95%CI: 4,92 - 17,64). Học sinh hút thuốc lá có rối loạn cư xử cao gấp 8 lần học sinh không hút thuốc lá (95%CI: 4,30 - 14,89). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của tác giả Theo DuPaul và cộng sự (2021) phân tích tổng hợp các nghiên cứu trong vòng 10 năm, trong đó rối loạn cư xử thường là nguyên nhân của lạm dụng rượu bia, thuốc lá.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các hành vi bạo lực có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tự gây thương tích ở học sinh. Trong đó, học sinh bị bắt nạt trong trường học có nguy cơ tự gây thương tích cao gấp 1,49 lần so với học sinh không bị bắt nạt (95%CI: 1,13 - 1,96); học sinh bị bắt nạt ngoài trường học có nguy cơ tự gây thương tích cao gấp 2,73 lần so với học sinh không bị bắt nạt (95%CI: 1,85 - 4,03); học sinh bắt nạt người khác trong trường học có nguy cơ bị gây thương tích cao gấp 1,38 lần so với học sinh không bắt nạt (95%CI: 1,04 - 1,84); học sinh bắt nạt người khác ngoài trường học có nguy cơ tự gây thương tích cao gấp 1,45 lần so với học sinh không bắt nạt (95%CI: 1,03 - 2,04).

Học sinh nữ có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,49 lần so với học sinh nam (95%CI: 1,09 - 2,05); học sinh có độ tuổi từ 14 tuổi trở lên có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,47 lần so với học sinh dưới 14 tuổi (95%CI: 1,07 - 2,02). Tỷ lệ có ý nghĩ tự tử cao hơn nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Scott và cộng sự (2012), trên đối tượng từ 12 - 30 tuổi cho thấy ý nghĩ về cuộc sống không còn giá trị ở nữ là 53,0%, nghĩ đến cái chết hoặc nghĩ đến tự tử chiếm 65,0% ở nữ [115]. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Peng và cộng sự (2019) trong đó nữ có ý nghĩa tự tử cao hơn nam trong phân tích đa biến với OR = 1,7 (95%CI: 1,4 - 2,2); khu vực thành thị có ý nghĩ tự tử cao hơn các khu vực khác OR = 1,5 (95%CI: 1,1 - 2,1), tuy vậy có ý nghĩ tự tử không có sự khác biệt ở học sinh theo các lứa tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các rối loạn tâm thần có ảnh hưởng đến ý nghĩ tự tử ở học sinh. Tương tự nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài cho thấy ảnh hưởng của rối loạn tâm thần đến ý nghĩ tự tử. Theo Resch và cộng sự (2008) nghiên cứu sử dụng thang đo SDQ trẻ tự diễn và ý nghĩ tự tử cho thấy điểm rối loạn cảm xúc ở nhóm có ý nghĩ tự tử điểm trung bình là 4,88 (95%CI: 4,21 - 5,55); nhóm không có ý nghĩ tự tử điểm rối loạn cảm xúc trung bình là 2,25 (95%CI: 2,15 - 2,35), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$; rối loạn cư xử ở nhóm có ý nghĩ tự tử có điểm trung bình là 2,86 (95%CI: 2,43 - 3,30) so với với nhóm không có ý nghĩ tự tử thì rối loạn cư xử có điểm trung bình là 1,87 (95%CI: 1,80 - 1,94), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

4.3. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị tăng động, giảm chú ý và các rối loạn tâm thần kèm theo từ 2016 – 2020.

Đánh giá các biểu hiện giảm chú ý cho thấy tất cả các biểu hiện đều giảm rõ rệt sau can thiệp tại các thời điểm sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$). Có thể thấy giảm các triệu chứng giảm chú ý là quan trọng trong việc giúp trẻ học tập tốt hơn, sinh hoạt trong gia đình cũng tốt hơn và dễ hoà nhập hơn.. Tỷ lệ rối loạn về tăng động cho thấy trước nghiên cứu có tới 92,5%, sau 12 tháng can thiệp tỷ lệ là 15%, sau 24 tháng can thiệp tỷ lệ là 10,8% và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ là 6,2%, mức độ thay đổi giảm 93,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, can thiệp cho thấy kết quả sử dụng DRC mang lại hiệu quả cao trong việc giảm các dấu hiệu rối loạn tăng động ở trẻ. Đánh giá chung về giảm tỷ lệ tăng động, giảm chú ý cho thấy trước can thiệp có 100,0% trẻ mắc, sau 12 tháng can thiệp tỷ lệ là 32,5%, sau 24 tháng tỷ lệ là 17,5% và sau 36 tháng tỷ lệ là 12,3%. Như vậy, sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ giảm 87,7% mắc tăng động, giảm chú ý. Với các loại tăng động giảm chú ý, tỷ lệ mắc nhiều nhất là dạng kết hợp, trước can thiệp tỷ lệ kết hợp là 87,5%, sau 12 tháng can thiệp tỷ lệ là 10,8%, sau 24 tháng can thiệp tỷ lệ là 6,7%, sau 36 tháng tỷ lệ là 1,3%, sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ giảm 98,5%.

Giảm các dấu hiệu tăng động quan trọng trong việc giúp trẻ thực hiện tốt các nhiệm vụ tại trường học và tại gia đình. Kết quả can thiệp cho thấy kết quả sử dụng TBCHN mang lại hiệu quả cao trong việc giảm các dấu hiệu rối loạn tăng động ở trẻ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với Iznardo và cộng sự (2020) phân tích tổng hợp việc sử dụng can thiệp hành vi bằng thẻ TBCHN ở trẻ mắc ADHD cho thấy giảm triệu chứng ADHD mức khác biệt trung bình 0,36 (95%CI: 0,12 - 0,60, $p < 0,005$). Tương tự với kết quả

của Rogers và cộng sự (2022) cũng cho thấy hiệu quả cao trong việc sử dụng TBCHN trong can thiệp giảm các rối loạn hành vi ở trẻ sau 2 tuần triển khai. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự của Pyle và cộng sự (2017) trong việc giảm giảm triệu chứng ADHD sau can thiệp bằng TBCHN.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả phân tích tổng hợp của Iznardo và cộng sự (2017) trên 272 trẻ có độ tuổi trung bình 7,9 tuổi, với 3 nghiên cứu so sánh với nhóm can thiệp điều trị, một nghiên cứu so sánh với 3 nhóm điều trị, 2 nghiên cứu so sánh trước và sau điều trị và quan sát trực tiếp có hệ thống về việc học tập và hành vi xã hội [99]. Nghiên cứu của các tác giả Nichole Jurbergs (2010) ở người Mỹ gốc Phi cũng cho thấy hiệu quả việc can thiệp hành vi bằng TBCHN ở trẻ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng chống đối thách thức giảm đều qua các thời điểm can thiệp sau 12 tháng, sau 24 tháng và sau 36 tháng ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Fabiano và các cộng sự (2010) cho thấy can thiệp TBCHN có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về bạo lực trong lớp học tỷ lệ đánh giá của giáo viên về RLCĐTT/các dấu hiệu cư xử, hành vi ở trên lớp, kết quả học tập cũng như cải thiện hành vi có mục đích do giáo viên đánh giá

Kết quả can thiệp cho thấy các dấu hiệu rối loạn cư xử giảm rõ rệt theo các thời điểm can thiệp. Cũng về can thiệp hành vi rối loạn phá vỡ, theo nghiên cứu phân tích tổng hợp tác giả Gaastra và các cộng sự (2016) cho thấy RLHVPV giảm đến 52,0% sau khi can thiệp bằng quản lý của giáo viên, RLHVPV cũng giảm tới 36% khi can thiệp bằng tự quản lý trên lớp học. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với phân tích tổng hợp của Iznardovà cộng sự (2017) trong đó can thiệp TBCHN có sự khác biệt với các rối loạn hướng ngoại ở trẻ mắc ADHD, tác động của can thiệp có mức độ giảm là 0,34 (95%CI: 0,66 - 1,44, $z = 5,25$).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Merrill và cộng sự (2017) nghiên cứu ở trẻ mắc ADHD cho thấy việc sử dụng TBCHN, kết hợp giáo dục hành vi, kết quả cho thấy việc can thiệp giúp trẻ thực hiện đầy đủ và chính xác bài tập ở nhà

Kết quả nghiên cứu cho thấy các dấu hiệu lo âu, trầm cảm đều giảm sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp. Như vậy từ các nghiên cứu của chúng tôi cũng như của một số đồng nghiệp nước ngoài cho thấy vai trò của can thiệp hành vi đối với trẻ mắc ADHD, mắc chống đối, thách thức và mắc rối loạn cư xử. Từ kết quả này cho thấy can thiệp hành vi là can thiệp có hiệu quả cao, chi phí rẻ với việc các bậc phụ huynh chỉ cần tập huấn và theo dõi, khích lệ, sắp xếp lịch cho trẻ.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường

- Theo thang đo SDQ, điểm rối loạn cảm xúc là $3,9 \pm 2,3$, rối loạn cư xử là $2,00 \pm 1,7$, tăng động giảm chú ý là $3,3 \pm 1,8$, quan hệ đồng lứa là $2,7 \pm 1,7$, hành vi tiền xã hội $6,6 \pm 2,1$, bị tác động khó khăn là $0,7 \pm 1,4$. Tổng điểm rối loạn tâm thần là $12,0 \pm 5,4$.
- Tỷ lệ rối loạn tâm thần: Rối loạn cảm xúc 13,7%, rối loạn cư xử 8,9%, tăng động, giảm chú ý 3,8%, vấn đề quan hệ đồng lứa 7,6%, vấn đề hành vi tiền xã hội 15,9%, tổng điểm khó khăn 17,4%.
- Học sinh tự gây thương tích, tự làm đau chiếm 52,2%, mức độ thỉnh thoảng: 49,3% số học sinh, mức độ thường xuyên, rất thường xuyên: 2,9%.
- Học sinh có ý nghĩ tự tử 16,8% với nhóm tuổi cao nhất là 14 chiếm 23,0%; mức độ thỉnh thoảng 13,5%, thường xuyên/rất thường xuyên: 3,3%.

2. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường

- Một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc: giới tính nữ, gia đình không có đầy đủ bố, mẹ đẻ; tiền sử động kinh, đau đầu ≥ 1 lần/tháng, có rối loạn giấc ngủ, có hút thuốc lá, bị bắt nạt ngoài trường học.
- Một số yếu tố liên quan đến rối loạn cư xử: đau bụng ≥ 1 lần/tháng, có rối loạn giấc ngủ, say rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có bắt nạt người khác trong và ngoài trường học.
- Yếu tố liên quan đến ADHD: mắc bệnh dị ứng
- Yếu tố liên quan đến vấn đề quan hệ đồng lứa: bị bắt nạt trong trường.
- Một số yếu tố liên quan đến bị tác động hóm hĩnh: giới tính nam, mắc chàm cơ địa, bị bắt nạt ngoài trường học.
- Một số yếu tố liên quan đến tự gây thương tích/tự làm đau: giới tính nam, độ tuổi < 14 , tuổi bố khi sinh con < 33 , tiền sử có mắc dị ứng, có mắc rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, bị tác động khó khăn, bị bắt nạt ngoài trường học.
- Một số yếu tố liên quan đến có ý nghĩ tự tử: giới tính nữ, có rối loạn giấc ngủ, rối loạn cư xử, bị tác động khó khăn, có uống rượu bia và bị bắt nạt trong trường học.

3. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị ADHD

- Can thiệp hành vi sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày mang lại hiệu quả can thiệp ADHD, trong đó trước can thiệp 100%, sau 36 tháng can thiệp còn 12,3%, mức độ thay đổi giảm 87,7%. Các rối loạn thay đổi như sau:
 - + Rối loạn giảm chú ý trước can thiệp 95%, sau can thiệp 7,4%, MĐTĐ giảm 92,2% .
 - + Tăng động trước can thiệp 92,5%, sau can thiệp 6,2%, mức độ thay đổi giảm 93,3%.
- Việc sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày làm giảm các rối loạn sức khỏe tâm thần kèm theo bao gồm:
 - + Rối loạn chống đối thách thức trước can thiệp 73,3%, sau can thiệp còn 5,0%, mức độ thay đổi giảm 93,2%.
 - + Rối loạn cư xử trước can thiệp 14,2%, sau can thiệp còn 1,2%, mức độ thay đổi giảm 91,5%.
 - + Rối loạn lo âu, trầm cảm trước can thiệp 46,7%, sau can thiệp còn 3,7%, mức độ thay đổi giảm 92,1%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đẩy mạnh chương trình sức khỏe học đường với các hoạt động khám sàng lọc và điều trị kịp thời các rối loạn tâm thần ở học sinh. Bên cạnh đó cần quan tâm đến yếu tố tiền sử của học sinh, các rối loạn thực thể như: đau đầu, đau bụng tái diễn, rối loạn giấc ngủ, các bệnh học sinh đang mắc phải.
2. Các bậc cha mẹ và nhà trường cần phối hợp quan tâm đến việc con sử dụng các chất gây nghiện như rượu, bia, thuốc lá, các hành vi bạo lực gồm bị bắt nạt và bắt nạt học sinh khác trong và ngoài nhà trường nhằm có các biện pháp phòng ngừa đảm bảo sức khỏe tâm thần cho học sinh và phòng ngừa các rối loạn tâm thần kèm theo.
3. Quá trình can thiệp sức khỏe tâm thần cần quan tâm đến đặc điểm của học sinh như độ tuổi, giới tính, hoàn cảnh gia đình có bố mẹ ly hôn, bố hoặc mẹ mất và sự quan tâm của bố mẹ dành cho con.
4. Điều trị tăng động giảm chú ý bằng can thiệp hành vi bằng thẻ báo cáo hàng ngày mang lại hiệu quả cao cần được triển khai tại cộng đồng và tại các trường học.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Vũ Thị Loan, Lương Xuân Hiến, Lê Thanh Hải, Thành Ngọc Minh, Đỗ Mạnh Hùng (2018), Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc ở học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội, năm 2015, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 13 - Số 5/2018, tr. 157-162.
2. Vũ Thị Loan, Lương Xuân Hiến, Lê Thanh Hải, Thành Ngọc Minh, Đỗ Mạnh Hùng (2018), Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường theo thang đo SDQ ở học sinh trung học cơ sở tại thành phố Hà Nội, năm 2015, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tr. 111-118.
3. Vũ Thị Loan, Đỗ Mạnh Hùng, Lương Xuân Hiến (2022), Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự gây thương tích ở học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội, *Tạp chí Y học cộng đồng*, tập 63 số 5/2022, tr.41-47.