

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Thái Bình - 2023

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**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

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

Mã số: 62 72 01 64

HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- | |
|---------------------------|
| 1. GS.TS. Lê Thanh Hải |
| 2. GS.TS. Lương Xuân Hiến |

Thái Bình - 2023

LỜI CẢM ƠN

Để thực hiện thành công đề tài nghiên cứu và luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ của nhiều tập thể và cá nhân. Nhân dịp này tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo Sau đại học, Khoa Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Dược Thái Bình cùng các thầy giáo, cô giáo đã hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu. Xin chân thành cảm ơn các nhà khoa học trong và ngoài Trường đã giúp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện luận án.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn tới người thầy quá cố GS.TS. Lê Thanh Hải và GS.TS. Lương Xuân Hiến - Những người Thầy đã tận tình hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn các em học sinh, các giáo viên tại các trường THCS tại Sóc Sơn và Đống Đa đã tham gia nghiên cứu. Tôi cũng xin cảm thông, chia sẻ và cảm ơn các bậc phụ huynh và các em nhỏ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý và các rối loạn kèm theo đã tham gia nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình, bạn bè đồng nghiệp của tôi - Những người luôn động viên khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Thái Bình, tháng 11 năm 2023

Nghiên cứu sinh

Vũ Thị Loan

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Thị Loan, nghiên cứu sinh khóa 1 chuyên ngành Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của cố GS.TS Lê Thanh Hải và GS.TS Lương Xuân Hiến.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Thái Bình, tháng 11 năm 2023

Nghiên cứu sinh

Vũ Thị Loan

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

CBCL	Children Behavior Checklist Bảng kiểm các vấn đề hành vi
DSM	Statistical Manual of Mental Disorder Hệ thống chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần
ICD	International Classification of Disease Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật
IQ	Intelligence Quotient Chỉ số thông minh
KHCTHV	Kế hoạch can thiệp hành vi
MĐTĐ	Mức độ thay đổi
RLCĐTT	Rối loạn chống đối thách thức
RLCĐXH	Rối loạn chống đối xã hội
RLCX	Rối loạn cư xử
RLHVPV	Rối loạn hành vi phá vỡ
RLPTK	Rối loạn phổ tự kỉ
RLTT&HV	Rối loạn tâm thần và hành vi
SDQ	Self- Report Strengths and Difficulties Questionnaire Bộ câu hỏi tự điền về những điểm mạnh và điểm yếu
SKTT	Sức khỏe tâm thần
SL	Số lượng
SLD	Specific Learning Disability Giảm thiểu khả năng học tập đặc biệt
TBCHN	Thẻ báo cáo hàng ngày
ADHD	Rối loạn tăng động, giảm chú ý
THCS	Trung học cơ sở
TL	Tỷ lệ

TRF	Teacher's Report Form Bảng dùng cho giáo viên
UNICEF	United Nations Children's Fund Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
VTN	Vị thành niên
WHO	World Health Organization Tổ chức Y tế thế giới
YSR	Youth Self- report for Children Bảng dùng cho trẻ tự ghi

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Một số khái niệm.....	3
1.1.1. Khái niệm tuổi học đường, vị thành niên.....	3
1.1.2. Khái niệm sức khỏe tâm thần.....	3
1.1.3. Các khái niệm về rối loạn sức khỏe tâm thần.....	4
1.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường.....	6
1.2.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường trên thế giới.....	6
1.2.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường tại Việt Nam.....	8
1.3. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường.....	12
1.3.1. Yếu tố sinh học.....	12
1.3.2. Yếu tố tâm lý.....	15
1.3.3. Yếu tố gia đình - xã hội.....	18
1.4. Can thiệp trẻ mắc tăng động giảm chú ý và rối loạn kèm theo.....	26
1.4.1. Can thiệp y tế.....	26
1.4.2. Can thiệp hành vi.....	27
1.4.3. Can thiệp tâm thần xã hội và giáo dục.....	31
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	33
2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu	33
2.1.1. Địa điểm nghiên cứu.....	33
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu.....	35
2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	36
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	36
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	36
2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu.....	37
2.2.3. Nội dung và biến số trong nghiên cứu.....	40

2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin.....	41
2.2.5. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu.....	49
2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.....	53
2.2.7. Sai số và cách hạn chế sai số.....	54
2.2.8. Hạn chế nghiên cứu.....	54
2.2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	54
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	56
3.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội.....	56
3.2. 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	64
3.3. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị tăng động giảm chú ý và các rối loạn tâm thần kèm theo từ năm 2016 đến 2020	86
Chương 4. BÀN LUẬN	94
4.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội.....	94
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	104
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	115
KẾT LUẬN	121
KHUYẾN NGHỊ	123
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	56
Bảng 3.2. Điểm SDQ của các rối loạn tâm thần học đường	56
Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo thang đo SDQ	57
Bảng 3.4. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo giới tính	58
Bảng 3.5. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo độ tuổi	58
Bảng 3.6. Trải nghiệm khó khăn về cảm xúc, hành vi ở học sinh	59
Bảng 3.7. Lĩnh vực học sinh gặp phải khó khăn về cảm xúc và hành vi	60
Bảng 3.8. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau	61
Bảng 3.9. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau theo giới tính	61
Bảng 3.10. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau theo độ tuổi	62
Bảng 3.11. Tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử theo giới tính	63
Bảng 3.12. Tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử theo độ tuổi	63
Bảng 3.13. Mối liên quan đặc điểm nhân khẩu với rối loạn cảm xúc	64
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với rối loạn cảm xúc	65
Bảng 3.15. Mô hình hồi quy logistic đa biến ảnh hưởng đến rối loạn cảm xúc	66
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa giới tính học sinh với rối loạn cư xử	67
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với rối loạn cư xử	68
Bảng 3.18. Mô hình hồi quy logistic đa biến ảnh hưởng đến rối loạn cư xử	69
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với tăng động giảm chú ý	70
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất, tâm thần với tăng động giảm chú ý	71
Bảng 3.21. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan một số yếu tố với ADHD	72
Bảng 3.22. Mối liên quan giữa giới tính với có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh	72
Bảng 3.23. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với có vấn đề quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh	73
Bảng 3.24. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh	74
Bảng 3.25. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với bị tác động khó khăn ở học sinh	74

Bảng 3.26. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất, tâm thần với bị tác động khó khăn ở học sinh	75
Bảng 3.27. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến bị tác động khó khăn ở học sinh	76
Bảng 3.28. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với hành vi tự gây thương tích/ tự làm đau ở học sinh	77
Bảng 3.29. Mối liên quan giữa một số bệnh với hành vi tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh	78
Bảng 3.30. Mối liên quan một số rối loạn tâm thần với tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh	79
Bảng 3.31. Mối liên quan giữa một số hành vi với tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh	80
Bảng 3.32. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh	81
Bảng 3.33. Mối liên quan một số đặc điểm nhân khẩu học với ý nghĩ tự tử ở học sinh	82
Bảng 3.34. Mối liên quan giữa một số bệnh, rối loạn thực thể với ý nghĩ tự tử ở học sinh	82
Bảng 3.35. Mối liên quan giữa một số rối loạn tâm thần với có ý nghĩ tự tử ở học sinh	83
Bảng 3.36. Mối liên quan giữa một số hành vi với có ý nghĩ tự tử ở học sinh	84
Bảng 3.37. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến có ý nghĩ tự tử học sinh	85
Bảng 3.38. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	86
Bảng 3.39. Tỷ lệ một số rối loạn tâm thần phối hợp trước can thiệp	86
Bảng 3.40. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng giảm chú ý	87
Bảng 3.41. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng tăng động	88
Bảng 3.42. Hiệu quả giảm tỷ lệ tăng động giảm chú ý sau can thiệp	89
Bảng 3.43. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng chống đối thách thức	90
Bảng 3.44. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn cư xử	91
Bảng 3.45. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn lo âu, trầm cảm	92

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Đánh giá chung học sinh có vấn đề rối loạn tâm thần	57
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn về cảm xúc, hành vi	59
Biểu đồ 3.3. Những khó khăn học sinh gặp phải gây ảnh hưởng đến người xung quanh	60
Biểu đồ 3.4. Lý do học sinh tự gây thương tích	62
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý trước can thiệp	86
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ % rối loạn giảm chú ý sau can thiệp	88
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ % rối loạn tăng động sau can thiệp	89
Biểu đồ 3.8. Tỷ lệ % rối loạn chống đối thách thức sau can thiệp	90
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ % rối loạn cư xử sau can thiệp	92
Biểu đồ 3.10. Tỷ lệ % rối loạn lo âu, trầm cảm sau can thiệp	93

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 2.1. Lược đồ thành phố Hà Nội và vị trí các trường nghiên cứu	34
Hình 2.2. Sơ đồ nghiên cứu	37
Hình 2.3. Sơ đồ chọn mẫu	40
Hình 2.4. Khung lý thuyết đánh giá tăng động giảm chú ý và can thiệp hành vi	48

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay các rối loạn tâm thần và hành vi trở nên rất phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 20,0% trẻ em và thanh thiếu niên [1]. Theo Hội đồng Y khoa Mỹ 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 [2]. Tại Việt Nam, khoảng 10 - 25% học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần [3], [4], [5]. Nghiên cứu tại An Giang tỉ lệ trẻ trầm cảm chiếm 16,14% và lo âu 16,5% [6]. Nghiên cứu tại Hải Phòng, học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần trong biểu hiện với bạn bè là 24,2% [7]. Tại Vũng Tàu ở hai trường trung học cơ sở kết quả 19,2% học sinh có biểu hiện về vấn đề sức khỏe tâm thần; 13,2% học sinh có biểu hiện trầm cảm; 13,0% học sinh biểu hiện rối loạn lo âu [8]. Nghiên cứu ở học sinh trung học cơ sở tại thành phố Huế có 29,0% học sinh bị bạo hành học đường [9].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần học đường, gồm các yếu tố thuộc về sinh học: Gen di truyền [10], giải phẫu thần kinh [11], dẫn truyền thần kinh [12], hoá thần kinh [13], kích thích thần kinh thực vật [14], tiền sử và chu sinh [15], độc chất thần kinh [16]; yếu tố tâm lý như: tính khí [17], khả năng gắn kết [18], chức năng tâm thần kinh [16], trí tuệ và vấn đề học tập [19], nhận thức xã hội [20], đạo đức xã hội [21]; yếu tố về gia đình - xã hội như: cha, mẹ trẻ [22], người sống cùng và chăm sóc sức khỏe sinh sản [23], lạm dụng trẻ em [24], tác động đồng lứa [25], hàng xóm và điều kiện kinh tế xã hội [26], yếu tố trường học [22].

Các vấn đề sức khỏe tâm thần đang là gánh nặng đáng kể đối với trẻ vị thành niên. Thực tế, ngay cả tại những nước đang phát triển, dịch vụ tiếp cận sức khỏe tâm thần vẫn còn hạn chế. Ở Mỹ và Anh, có khoảng 78 - 80% trẻ em và thanh thiếu niên có vấn đề sức khỏe tâm thần không nhận được dịch vụ y tế thích hợp [27]. Nghiên cứu ở Anh, Mỹ, Úc và Canada về chăm sóc sức khỏe tâm thần thì thời gian chờ đợi, giấy giới thiệu hay chi phí dịch vụ và

nhận thức của cha mẹ đối với các dịch vụ là những rào cản thường gặp trong tiếp cận dịch vụ y tế [28]. 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. Trên thế giới nhiều nghiên cứu về can thiệp đối với trẻ tăng động, giảm chú ý bằng can thiệp y tế [29], can thiệp hành vi [30], [31], [32]; can thiệp tâm thần xã hội và giáo dục [33], [34]. Trong đó can thiệp hành vi được nghiên cứu là can thiệp dễ thực hiện hơn và mang lại hiệu quả [30], [31], [32].

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 [35]. Nằm trong hoàn cảnh chung của Việt Nam, vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh 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 được tiến hành với 03 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 năm 2020.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm

1.1.1. Khái niệm tuổi học đường, vị thành niên

Tuổi học đường là độ tuổi hay khoảng thời gian khi một trẻ bình thường đi học, gồm hai giai đoạn: giai đoạn học sinh tiểu học từ 7 - 11 tuổi và giai đoạn tiền dậy thì từ 12 - 15 tuổi [36].

Tuổi vị thành niên là những người trong độ tuổi 10 - 19, bắt đầu bởi hiện tượng “lớn lên” về thể chất, đúng nghĩa được gọi là hiện tượng “dậy thì”. Tuổi vị thành niên nằm trong khoảng thời gian từ lúc dậy thì đến lúc trưởng thành. Lứa tuổi này còn gọi là lứa tuổi thiếu niên và nó có một vị trí đặc biệt trong thời kỳ phát triển của trẻ em [36], [37].

Vị trí đặc biệt này được phản ánh bằng những tên gọi khác nhau như: "thời kỳ quá độ", "tuổi khó bảo", "tuổi bất trị", "tuổi khủng hoảng"... Những tên gọi đó nói lên tính phức tạp và tầm quan trọng của lứa tuổi này trong quá trình phát triển của trẻ em. Các vấn đề về SKTT thường xuất hiện lần đầu tiên từ giai đoạn vị thành niên.

Về xã hội, đây là thời kỳ hình thành nhân cách có nhiều sự thay đổi về thể chất và tinh thần, là giai đoạn chuyển tiếp từ lứa tuổi trẻ em thành người trưởng thành. Tuổi vị thành niên đôi khi cũng được phân định thành: vị thành niên sớm (10 - 14 tuổi), vị thành niên trung bình (15 - 17 tuổi) và vị thành niên muộn (18 - 19 tuổi) [38].

1.1.2. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): “Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không đơn thuần là không có bệnh hay thương tật”. “Sức khỏe tâm thần không chỉ là không có bệnh tâm

thần mà còn có thể được hiểu là một trạng thái hoàn toàn thoải mái mà trong đó mỗi cá nhân nhận thức được năng lực của mình, có thể đối phó với các tình huống căng thẳng thông thường của cuộc sống, có thể lao động sản xuất và có ích, có khả năng đóng góp cho cộng đồng”. Sức khỏe tâm thần tốt không đơn giản là không có bệnh tâm thần mà còn là tập hợp các kỹ năng cần thiết để đối phó với những thách thức của cuộc sống [37]. Vậy có thể thấy SKTT là một phần không thể tách rời của sức khỏe nói chung; SKTT có mối liên quan mật thiết với sức khỏe thể chất và hành vi.

Như vậy, định nghĩa về SKTT không dễ dàng có được sự thống nhất do những khác biệt về giá trị và văn hóa giữa các quốc gia. Năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra khái niệm: *“Sức khỏe khỏe tâm thần là trạng thái khỏe mạnh của mỗi cá nhân để họ nhận biết được các khả năng của bản thân, có thể đương đầu với những căng thẳng thông thường trong cuộc sống, có thể học tập và làm việc một cách hiệu quả và có thể tham gia, góp phần vào các hoạt động của cộng đồng”* [37].

1.1.3. Các khái niệm về rối loạn sức khỏe tâm thần

* *Rối loạn tâm thần và hành vi*: là những bệnh lý tâm thần đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Rối loạn tâm thần và hành vi gây ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng nhận thức, cảm xúc hoặc xã hội. Rối loạn tâm thần bao gồm các loại và mức độ khác nhau của một số rối loạn tâm thần chủ yếu như: trầm cảm, lo âu, nghiện chất, rối loạn tâm thần và sa sút trí tuệ.

* *Vấn đề sức khỏe tâm thần*: là những phiền nân khó chịu thường xuyên hơn mức bình thường và nó bao gồm các rối loạn nhất thời như phản ứng của cơ thể đối với các sang chấn tâm lý. Vấn đề SKTT thường nhẹ hơn và ít kéo dài như các RLTT nhưng nó có thể dễ dàng phát triển thành các RLTT. Việc phân biệt nhiều khi không rõ và chủ yếu dựa vào mức độ và thời gian kéo dài của các triệu chứng [35], [39].

* *Tăng động giảm chú ý (ADHD)*: là một rối loạn phát triển phổ biến nhất ở trẻ, đặc trưng bởi sự giảm duy trì chú ý và tăng hoạt động ở trẻ em hoặc vị thành niên so với trẻ cùng lứa tuổi và mức độ phát triển. ADHD thường được chẩn đoán ban đầu ở trẻ nhỏ và kết thúc khi trưởng thành. Trẻ ADHD có thể gặp vấn đề về tập trung, kiểm soát hành vi bùng bột (hành động không suy nghĩ về hậu quả sẽ xảy ra), hoặc hoạt động quá mức [40].

* *Rối loạn cư xử (RLCX)*: là một rối loạn tâm thần phổ biến và rất nguy hiểm và thường xuất hiện ở thời thơ ấu hoặc thanh thiếu niên được đặc trưng bởi hành vi hung hăng và chống đối xã hội nghiêm trọng. Rối loạn này thường xảy ra đồng thời với rối loạn tăng động giảm chú ý và thường dẫn tới rối loạn nhân cách chống đối xã hội ở tuổi trưởng thành. Trẻ mắc RLCX có xu hướng gây tổn thương và có thể khó khăn để hòa nhập với bạn bè [41], [42].

* *Rối loạn cảm xúc*: bao gồm các rối loạn mà trong đó sự xáo trộn cơ bản là một sự thay đổi về cảm xúc hay khí sắc sang trạng thái trầm cảm (có hoặc không kèm theo lo âu) hoặc trạng thái hưng phấn. Sự thay đổi về khí sắc thường kèm theo một sự thay đổi về toàn bộ mức độ hoạt động. Phần lớn các rối loạn này có khuynh hướng tái phát và khởi phát từng giai đoạn riêng biệt, thường liên quan tới các sự kiện hoặc các tình huống gây stress [42].

* *Rối loạn chống đối thách thức (RLCĐTT)*: biểu hiện là rối loạn cư xử, thường xảy ra ở trẻ nhỏ đặc trưng chủ yếu ở hành vi phá phách, không vâng lời, thách thức một cách rõ rệt, không bao gồm các hành vi phạm pháp hoặc các dạng nặng hơn của hành vi chống đối và gây hấn [19].

* *Rối loạn lo âu (RLLA)*: là một rối loạn cảm xúc đặc trưng bởi cảm giác lo sợ lan tỏa, khó chịu, mơ hồ kèm theo các triệu chứng thần kinh tự chủ như: Đau đầu, vã mồ hôi, hồi hộp, cảm giác siết chặt ở ngực, khô miệng, khó chịu ở thượng vị và bứt rứt, không thể ngồi hoặc đứng yên một chỗ. Người bình thường lo âu là tín hiệu báo động báo trước một nguy hiểm sắp xảy ra [42].

1.2. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường

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

Trên thế giới, khoảng 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) tỷ lệ mắc là 3 - 5%; rối loạn cảm xúc (những rối loạn hướng nội) tỷ lệ gặp là 2 - 5%; những trở ngại tâm lý và rối loạn dạng cơ thể chiếm 1 - 3%; hiếm gặp hơn là các rối loạn tâm thần trẻ em và rối loạn sự phát triển nói chung (rối loạn phổ tự kỷ) gặp 0,1% [43]. 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, rối loạn phổ 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. Những rối loạn hành vi gây rối và chống đối xã hội thường gặp ở trẻ trai nhiều gấp 2 đến 3 lần trẻ gái. Tỷ lệ giữa nam và nữ tương đồng hơn với các rối loạn cảm xúc. Trẻ gái lại hay gặp trầm cảm và chứng biếng ăn nhiều hơn so với trẻ trai. Chỉ có 10 - 22% trẻ em trong số này được phát hiện bởi các cán bộ y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu. Còn lại đa số không được phát hiện sớm và không nhận được sự chăm sóc thích hợp về mặt y tế [27], [44].

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra mức độ đáng quan tâm về SKTT ở trẻ em. Nghiên cứu Sayal và cộng sự (2018) cho thấy RLTT & HV trẻ em và thanh thiếu niên 17% [45]. Nghiên cứu Murray và cộng sự (2019) trẻ từ 9 - 13 tuổi: tỷ lệ trung bình 3 tháng của bất kỳ rối loạn nào là 13,3% (95% CI: 11,7-15), tỷ lệ 31% trẻ gái và 42% trẻ trai có ít nhất một RLTT [46]. Trẻ bị rối loạn tâm thần tại Mỹ lên tới 20,9% trong đó rối loạn lo âu cao nhất với 13%, rối

loạn hành vi 10,3%. Các nghiên cứu trước đây, ước tính 13 - 20% trẻ em sống ở Mỹ (1/5 trẻ em) gặp một rối loạn tâm thần trong một năm và khoảng 247 tỷ đô la Mỹ mỗi năm dành cho vấn đề RLTT của trẻ em [47]. Nghiên cứu của John David và cộng sự (2007) mắc ADHD ở trẻ 5 đến 15 tuổi là 2,23%; RLCX hoặc RLCĐTT dao động từ 5% đến 14% [48]. Nghiên cứu của Meltzer (2007) trẻ từ 5 - 15 tuổi tại Anh có 9,5% trẻ có ít nhất một RLTT đặc thù theo ICD-10 [25]. Theo Trung tâm Thông tin Chăm sóc Xã hội và Sức khỏe nước Anh, ở giai đoạn bắt đầu tuổi vị thành niên 18% trẻ 7 - 16 tuổi và 22% độ tuổi 17 - 24 có thể RLTT [49]. Cowie và cộng sự (2013) nghiên cứu trên 1829 trẻ 11 - 14 tuổi tại 51 trường THCS của Anh về tình trạng bắt nạt; 27,6% học sinh nam và 33,4% học sinh nữ xác nhận đã từng bị bắt nạt tại trường [50]. Tại Na Uy, Einar Heiervang (2007) nghiên cứu trên 9.430 trẻ 8 - 10 tuổi thấy tỷ lệ trẻ có RLTT & HV đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-IV là 7% [51]. Theo nghiên cứu về sức khỏe tâm thần học đường ở 8 nước Châu Âu có 22% trẻ được xác định có ít nhất một RLTT, dao động từ 16,4% ở Hà Lan đến 27,9% ở Bulgaria [52]. Demir (2011) nghiên cứu về trầm cảm trên 1482 học sinh từ lớp 4 đến lớp 8 của 3 trường học ở Thổ Nhĩ Kỳ cho biết tỷ lệ trầm cảm là 4,2% [53]. Tại Đức theo Marc Schmid (2008) nghiên cứu ở trẻ em trong cô nhi viện Đức thấy tỷ lệ các RLTT đáp ứng các tiêu chuẩn của ICD-10 là 59,9% trong đó chủ yếu là các rối loạn hành vi ứng xử [54]. Tại Úc, theo Gudrun Wagner và cộng sự (2017) nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn DSM-5 cho kết quả tỷ lệ hiện mắc của ít nhất một RLTT trong 3615 thanh thiếu niên từ 10 đến 18 tuổi là 23,9% [55]. Nghiên cứu của Liang H ở học sinh 14 - 17 tuổi ở Nam Phi cho kết quả 36,3% học sinh có liên quan đến hành vi bắt nạt trong trường và nhóm này cũng có nguy cơ và bạo lực cao hơn nhóm còn lại [56].

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 một nghiên cứu 2 giai đoạn ở trẻ em Bangladesh cho thấy tỷ lệ bệnh tâm thần trẻ em có các tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 là 15% [29]. Hossain và cộng sự (2020) tổng hợp các bằng chứng hiện tại về tỷ lệ RLTT ở Nam Á cho thấy RLTT 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 [57]. Rối loạn cảm xúc tại Iran theo SDQ do cha mẹ đánh giá là 8,4% mắc; 6,3% là nghi ngờ [58].

Như vậy qua các số liệu nghiên cứu của các khu vực khác nhau trên thế giới cho thấy trẻ em có các RLTT & HV chiếm tỷ lệ khá cao khoảng từ 10 - 20%. Các rối loạn hàng đầu ở trẻ bao gồm: các rối loạn lo âu, rối loạn khí sắc và rối loạn hành vi. Tỷ lệ của RLTT & HV ở trẻ em đã được nghiên cứu trên cả các nước phát triển và đang phát triển có sự khác nhau đáng kể giữa các nước và biểu hiện ở trẻ có thể một hoặc nhiều vấn đề về tâm thần hoặc hành vi. Các số liệu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ VTN có biểu hiện RLTT tại một số nước phát triển cao hơn nguyên nhân có thể do chính áp lực học tập, sự phát triển kinh tế - xã hội khiến cho trẻ em không kịp thời thích ứng. Tuy nhiên, ở các nước phát triển có hệ thống cơ sở hỗ trợ tâm lý và chăm sóc sức khỏe thể chất và tâm thần lâu đời và phong phú, nhưng hầu hết các trẻ em có nhu cầu hỗ trợ SKTT đều không được đáp ứng thỏa đáng.

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

Ước tính của cuộc điều tra cả nước có trên 18,3 triệu trẻ em từ 5 - 17 tuổi (dân số trẻ em), trong đó 52,3% là trẻ em trai và 47,7% là trẻ em gái, chiếm 20,7% tổng dân số. Theo kết quả tổng điều tra dân số năm 2012 ở Việt Nam trẻ VTN có khoảng 23.165.631 trẻ, khoảng 26,2% dân số cả nước [59]. Hiện nay ở nước ta đã bắt đầu có những công trình nghiên cứu về rối nhiễu tâm thần ở tuổi VTN. Kết quả cho thấy tình trạng đã ở mức đáng lo ngại. Các

rối loạn tâm thần thường được biểu hiện dưới dạng: trầm cảm, lo âu, hoảng loạn, rối loạn hành vi... Các nghiên cứu học đường cho thấy khoảng 10 - 25% học sinh có vấn đề về SKTT. Các rối loạn thường gặp như: trầm cảm, lo âu, rối loạn tăng động, rối loạn liên quan đến học tập, rối loạn ứng xử, gây gổ đánh nhau, nghiện chất, nghiện trò chơi điện tử và game online...

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. Trong nhà trường luôn luôn có một tỷ lệ học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm lý tâm thần. Theo đó 15,9% trẻ em có rối nhiễu về tâm lý trong tổng số học sinh các cấp học, lạm dụng chất gây nghiện đang tăng nhanh chóng, đa số đối với thanh thiếu niên. Trong số các ca tự sát, 10% gặp ở độ tuổi 10 - 17 [60].

Kết quả nghiên cứu của Hoàng Quỳnh Liên và cộng sự (2016) cho thấy tỷ lệ có vấn đề về SKTT chung của học sinh THCS tại huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc qua đánh giá bằng thang đo SDQ là 19,9%; trong các học sinh có vấn đề về SKTT thì rối loạn hành vi gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 16,5%; có vấn đề về quan hệ bạn bè là 16,4% [61]. Đàm Bảo Hoa nghiên cứu các vấn đề SKTT ở trẻ 11 - 15 tuổi bằng thang điểm SDQ 25 tại Thái Nguyên có tỷ lệ RLSKTT là 15,6% [62]. Tác giả Đàm Bảo Hoa tiến hành nghiên cứu nhóm học sinh tiểu học trường tiểu học Hoàng Văn Thụ thành phố Thái Nguyên cho kết quả tổng số trẻ có RLTT là 5,24%, trong đó trầm cảm là 4,7%, rối loạn lo âu 2,28%. Trong số trẻ có rối loạn trầm cảm: trầm cảm đơn thuần chỉ chiếm 28,57%, trầm cảm phối hợp với các rối loạn khác chiếm 71,43%. Trong số trẻ có rối loạn lo âu: lo âu ám ảnh sợ đơn thuần là 5,88%, lo âu kết hợp xấp xỉ

94%. Trong 39 trẻ có rối loạn trầm cảm, lo âu thì chỉ có 10 trẻ có rối loạn trầm cảm đơn thuần (25,64%), 01 trẻ có rối loạn lo âu ám ảnh sợ (2,56%) còn lại chủ yếu là các rối loạn kết hợp (71,77%) trong đó trầm cảm kết hợp với lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (25,64%).

Bên cạnh trẻ vị thành niên có vấn đề SKTT cao thì tỷ lệ sử dụng rượu bia ở thanh thiếu niên Việt Nam nói chung cũng có xu hướng tăng lên. Năm 2010 có 60% thanh thiếu niên đã từng uống hết một cốc/vại bia hay một chén/ly rượu và tỷ lệ này tăng lên thành 75% khi xem xét đến hành vi đã từng uống. So với năm 2005, tỷ lệ sử dụng rượu bia trong thanh thiếu niên đã tăng lên đáng kể và tại thời điểm đó, tỷ lệ thanh thiếu niên đã từng uống hết một cốc/vại bia hay một chén/ly rượu và tỷ lệ thanh thiếu niên đã từng uống rượu bia chỉ lần lượt là 51% và 64% [23].

Có sự khác biệt khá lớn trong tỷ lệ đã từng say rượu bia giữa các nhóm tuổi. Trong nhóm nam còn ở độ tuổi vị thành niên (14 - 17 tuổi), đã có tới gần một nửa (44%) số họ đã từng say rượu bia. Tỷ lệ này ở nhóm nam 18 - 21 tuổi và 22 - 25 tuổi lên tới 72% và 82%. Tỷ lệ thanh thiếu niên đã từng say bia rượu cũng tương đối cao và tỷ lệ đã từng say trong nam giới cao gần gấp 3 lần nữ giới. Có 60% thanh thiếu niên nam đã từng uống bia rượu và đã từng bị say trong khi tỷ lệ này trong thanh thiếu niên nữ là 22% [23].

Cùng với sự phát triển kinh tế và xã hội, học sinh trong các thành phố lớn đặc biệt tại thủ đô 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 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [63].

Nghiên cứu của Ngô Thanh Hôi và cộng sự cũng lưu ý, trong lĩnh vực tâm lý trẻ em, sự phân biệt đối xử của ông bà, cha mẹ thậm chí định kiến bất bình đẳng về giới cũng có tác động đến ứng xử của trẻ [63]. Nguyễn Thanh Hương và cộng sự (2006) nghiên cứu trên 2591 học sinh 12 - 18 tuổi ở Hà Nội và Hải Dương nhận thấy các rối loạn hành vi, cảm xúc ở trẻ VTN cao và có liên quan đến việc trẻ bị đối xử không đúng ở nhà cũng như ở trường [64].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Linh và cộng sự (2022) ở học sinh trung học phổ thông tại Hải Phòng cho thấy học sinh có stress là 42,3%, tỷ lệ học sinh có dấu hiệu lo âu là 56%, tỷ lệ học sinh có dấu hiệu trầm cảm là 30%. Về mức độ của từng vấn đề sức khỏe tâm thần: căng thẳng mức độ nhẹ là 20,7%, mức độ vừa là 12,7%, mức độ nặng là 7,7%, mức độ rất nặng là 1,3%; lo âu mức độ nhẹ là 23,7%, mức độ vừa là 17,3%, mức độ nặng là 8,7% và rất nặng là 6,3%; trầm cảm mức độ nhẹ là 16%, trầm cảm vừa 11%, mức độ nặng là 2,3%, mức độ rất nặng 0,7% [65].

Tác giả 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 sức khỏe tâm thần chung là 38,1%; tỷ lệ có vấn đề về quan hệ bạn bè và giao tiếp xã hội cao, lần lượt là 55,6% và 92,4% [66].

Nghiên cứu của tác giả Đặng Hoàng Minh và cộng sự cho thấy 25,76% số học sinh THCS Hà Nội có vấn đề về hành vi và cảm xúc. Khi nhóm tác giả sử dụng công cụ YSR thực hiện khảo sát trên 1727 học sinh lứa tuổi từ 11 - 15 tại hai trường THCS ở Hà Nội thu được kết quả: tỷ lệ trẻ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần là 10,94% [67].

Trong thời kỳ dịch COVID-19, nhìn chung tỷ lệ rối loạn tâm thần không có sự gia tăng. Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Thương và cộng

sự năm 2020 tỷ lệ học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần của trường THPT Kim Liên và trường THPT Đông Anh lần lượt là 6,8% và 17,3%, sự khác biệt về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [68].

Các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước đã cho thấy các RLTT & HV 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.

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

Quá trình lớn và phát triển thể chất bình thường ở trẻ em chỉ xảy ra trong một cơ thể khỏe mạnh và phụ thuộc vào các yếu tố như: yếu tố bên trong cơ thể (gen di truyền, nội tiết, tình trạng bệnh tật...); yếu tố bên ngoài cơ thể (môi trường tự nhiên, môi trường xã hội...). Theo Park.L.E, sự tương tác giữa các yếu tố sinh học với yếu tố tâm lý và xã hội sẽ dẫn đến các rối loạn SKTT trên đối tượng trẻ vị thành niên và những yếu tố này thúc đẩy những thay đổi tâm sinh lý cũng như các biểu hiện ra ngoài của trẻ [40].

1.3.1. Yếu tố sinh học

1.3.1.1. Gen di truyền

ADN của một số trẻ mắc chứng tăng động giảm chú ý có thể có những đoạn bị thiếu hoặc nhân đôi. Chính vì thế, yếu tố di truyền được coi như một nguyên nhân gây ra hội chứng tăng động giảm chú ý ở trẻ [69]. Bằng chứng cơ bản về gen của ADHD qua nghiên cứu ở trẻ sinh đôi thì tỷ lệ ADHD gặp ở 92% ở các cặp sinh đôi cùng trứng và 33% ở các cặp sinh đôi khác trứng [70]. Price và cộng sự cũng chỉ ra rằng 91% sự khác biệt cùng loại trong triệu chứng học ADHD là do ảnh hưởng về gen [10].

1.3.1.2. Giải phẫu thần kinh

Chức năng thùy trước, bao gồm giảm sự chuyển hóa glucose, có mối liên quan lặp lại với bạo lực. Tổn thương thùy trán còn có mối liên quan đến tính hung hăng, đặc biệt tổn thương phần trước ổ mắt liên quan với hung hăng

bộc đồng [71]. Davidson (2000) chỉ ra bằng chứng về thiếu hụt chức năng của hạch hạnh nhân có liên quan với thiếu kỹ năng giao tiếp bằng cử chỉ như là nét mặt. Đó là sự kết nối giữa hạch hạnh nhân và đáp ứng phần vỏ trước trán tới sự hỗ trợ trong việc ngăn chặn các cảm xúc tiêu cực [11].

1.3.1.3. Dẫn truyền thần kinh

Các nghiên cứu lâm sàng đo lường nồng độ các chất chuyển hóa của serotonin trong dịch não tủy (như 5-hydroxyindoleacetic acid) ở các bệnh nhân ám ảnh cưỡng chế cho thấy các kết quả khác nhau. Khi kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ của chất này trong dịch não tủy giảm sau khi điều trị với clomipramine đã hướng sự chú ý vào hệ serotonergic. Các nghiên cứu cho thấy mức độ chuyển hóa serotonin thấp (5-hydroxy-indoleacetic acid) trong dịch não tủy đã có mối liên quan tới biểu hiện tính hung hăng hiện tại ở trẻ [12].

1.3.1.4. Hóa thần kinh khác

Mức độ cortisol trong nước bọt thấp có mối liên quan tới rối loạn chống đối thách thức (RLCĐTT) và biểu hiện hung hăng dai dẳng ở quần thể lâm sàng là trẻ nam. Cortisol trong nước bọt có mối liên quan nghịch với cả trẻ mắc rối loạn cư xử và cha mẹ mắc rối loạn chống đối xã hội (RLCĐXH). Hơn nữa, mức độ cortisol thấp ở những trẻ trai mà bố có tiền sử thời thơ ấu mắc RLCX tiến triển thành RLCĐXH cao hơn những trường hợp không có tiền sử [13].

1.3.1.5. Kích thích hệ thống thần kinh thực vật

Nghiên cứu đã đưa ra kết quả là khi trẻ mắc rối loạn hành vi phá vỡ (RLHVPV) sẽ có biểu hiện nhịp tim thấp hơn [14]. Nhịp tim thấp hơn có mối liên quan với hành vi chống đối xã hội ở vị thành niên và dự báo về phạm tội về sau. Mức độ thấp hơn về tần số tim lúc nghỉ được tìm thấy ở trẻ nam mắc RLCĐTT [14].

1.3.1.6. Yếu tố tiền sử và chu sinh

Yếu tố trong khi sinh được ghi nhận liên quan với ADHD là nhẹ cân, sinh non và trong thời kỳ mang thai bà mẹ bị stress, hút thuốc lá, uống rượu, uống thuốc tây (như paracetamol) và sử dụng chất gây nghiện trái phép [72], [73]. Nghiên cứu của Dương Minh Đức và Lê Thị Vui năm 2021 ở 17.277 trẻ 18 - 30 tháng tuổi tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam năm 2017 cho thấy khoảng 2% trẻ có kết quả sàng lọc âm tính với MCHAT 23. Tỷ lệ hiện mắc RLPTK ở trẻ 18 - 30 tháng tuổi tại địa bàn nghiên cứu là 0,75%. Tỷ lệ RLPTK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở trẻ có người thân mắc rối loạn tâm thần hoặc khuyết tật bẩm sinh; mẹ từng sảy thai, thai chết lưu hoặc nạo hút thai trước khi sinh trẻ; trẻ đẻ có can thiệp sản khoa, sinh thiếu tháng, đẻ nhẹ cân và ngạt sau sinh [15].

Chất độc môi trường, đặc biệt là khi mang thai hoặc khi còn nhỏ phơi nhiễm với chì, thuốc trừ sâu chứa photpho hữu cơ (organophosphate và polychlorinated biphenyls) là yếu tố nguy cơ với ADHD. Có nhiều công trình nghiên cứu chứng minh mối quan hệ giữa kẽm và bệnh ADHD và cho rằng kẽm có thể giữ vai trò trong sinh bệnh học của ADHD. Nghiên cứu cũng cho rằng sắt trong huyết thanh thấp có liên quan đến rối loạn về học tập và nhận thức, rối loạn vận chuyển bất thường Dopaminergic [74], [75].

1.3.1.7. Độc chất thần kinh

Độc chất như bisphenol (BPA) là một trong yếu tố nguy cơ gây hại chức năng của tế bào. Nghiên cứu chỉ ra rằng thời kỳ mang thai người mẹ tiếp xúc nhiều bisphenol có liên quan đến vấn đề hành vi của trẻ sau này [76], [16].

1.3.2. Yếu tố tâm lý

1.3.2.1. Tính khí

Tính khí là nói đến khía cạnh thể chất của sự phát triển mà có thể quan sát từ rất sớm trong giai đoạn trẻ nhỏ. Khi trẻ có rối loạn nội tiết có thể làm xấu đi quan hệ với cha mẹ và có thể dễ dàng tiến triển từ vấn đề rối loạn hành vi phá vỡ (RLHVPV) tới RLCX. Theo Sanson và Prior kết luận rằng tính khí khi còn nhỏ (đặc biệt là cảm xúc tiêu cực, mãnh liệt, đáp ứng quá mức và cứng nhắc) là điều dự đoán cho các vấn đề hành vi hướng ngoại sau này ở trẻ. Hơn nữa, tính khí bị ức chế hoặc lãnh cảm có mối liên quan đến một vài vấn đề hành vi hướng ngoại ở trẻ. Việc tiến hành nghiên cứu sâu về tác động của giới về tính khí lên RLHVPV là cần thiết từ khi có bằng chứng chứng minh rằng có sự khác biệt giữa trẻ nam và nữ về tính khí [17].

1.3.2.2. Khả năng gắn kết

Một số nghiên cứu ghi nhận mối liên quan đặc biệt giữa phá hoại tổ chức, sự xa lánh sợ hãi hoặc sự gắn kết ép buộc không chắc chắn và hành vi phá vỡ, trong khi nghiên cứu khác lại không có mối liên quan được dự báo với RLHVPV mức độ nặng.

Mặc dù vấn đề gắn kết có thể áp dụng cho nhóm nhỏ của RLHVPV ở giai đoạn sau thời thơ ấu hoặc vị thành niên, tuy nhiên cần đưa ra giải pháp cho vấn đề này và xác định yếu tố nguy cơ khác như: tính khí, cha mẹ hoặc căng thẳng gia đình, chống đối khi còn nhỏ và hành vi thách thức trẻ nhỏ để làm sáng tỏ hơn những dự báo từ gắn kết khi còn nhỏ đến hành vi có vấn đề sau này [77]. Nghiên cứu của Ruchika Gajwani 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 [18].

1.3.2.3. Chức năng tâm thần kinh

Một số nghiên cứu cho rằng hồ sơ bệnh học tâm thần kinh có thể phân biệt giữa những người phạm lỗi ở vị thành niên ngay từ lúc nhỏ hoặc quá trình bệnh dai dẳng mặc dù những bằng chứng này cho thấy yếu tố tâm thần

xã hội có thể giải thích cho những điều tìm ra sớm hơn sự thiếu hụt tâm thần kinh [16].

1.3.2.4. Trí tuệ và vấn đề học tập

Với 27 nghiên cứu về mối liên quan thuận giữa RLCX và IQ, 80% trong số đó thất bại kiểm soát với ADHD. Khi ADHD được kiểm soát, mối liên quan CD-IQ thường làm giảm tới mức không có ý nghĩa thống kê. IQ xuất hiện trong mối liên quan với kết quả học tập và sai sót tại trường, điều đó có mối liên quan đến hành vi chống đối xã hội về sau [19].

Trí tuệ cao không ngăn ngừa được vấn đề cư xử, IQ cao qua giao tiếp có liên quan đến việc giảm dấu hiệu RLCX qua thời gian ở trẻ nam với cha mẹ không mắc. Hơn nữa, trẻ nam có đặc điểm mắc bệnh tâm thần, cha mẹ mắc RLCĐXH và vấn đề cư xử được tìm thấy tương đương IQ với những trường hợp được kiểm soát và cao hơn những trẻ nam có vấn đề cư xử nhưng không mắc tâm thần và cha mẹ mắc RLCĐXH [18].

Các rối loạn phát triển đặc hiệu về khả năng đọc thường theo sau một tiền sử có rối loạn trong phát triển lời nói và ngôn ngữ. Việc khó học đọc thường kết hợp với khó học chính tả, chỉ chẩn đoán rối loạn đọc ở trẻ có trí tuệ phát triển bình thường và trên 7 tuổi vì trước độ tuổi này, hiện tượng đọc nhầm rất thường gặp [78].

1.3.2.5. Nhận thức xã hội

Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Erin Hoare và cộng sự đã tiến hành đánh giá chất lượng các nghiên cứu định lượng nhằm xác định những bằng chứng tốt nhất để chỉ ra rằng tình trạng SKTT ở các trẻ VTN có thời gian ngồi trước màn hình máy tính trên 2 giờ/ngày kém hơn so với các học sinh khác và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này như một cảnh báo về mối quan tâm sức khỏe cộng đồng đối với những bệnh tật do lối sống, cụ thể ở đây là các vấn đề SKTT của trẻ VTN [20].

1.3.2.6. Lý lẽ đạo đức xã hội

Đạo đức là những tiêu chuẩn được xã hội thừa nhận, quy định hành vi của con người đối với nhau và đối với xã hội, còn pháp luật là hệ thống quy tắc xử sự mang tính bắt buộc chung do Nhà nước ban hành hoặc thừa nhận nhằm điều chỉnh các quan hệ xã hội. Khi trẻ bị rối loạn nhân cách chống đối xã hội (RLCĐXH) biểu hiện trạng thái không bình thường của nhân cách, trẻ khó hoặc không thích ứng thường xuyên với các quy tắc đạo đức xã hội và pháp luật. Đây là một dạng trong nhóm bệnh rối loạn nhân cách. Dấu hiệu khởi phát của nhân cách chống đối xã hội bắt đầu từ trước tuổi 15, thường xuất hiện ở trẻ em gái ở giai đoạn dậy thì và trẻ em trai ngay từ thời thơ ấu, tỷ lệ cao ở nhóm có điều kiện kinh tế - xã hội thấp.

Theo DSM-IV, rối loạn nhân cách chống đối xã hội xuất hiện ở 3% nam giới và 1% nữ giới. Ngoài ra những trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý và rối loạn cư xử là các đối tượng có nguy cơ cao [21].

1.3.2.7. Tuổi dậy thì và phát triển vị thành niên

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. Mặt khác những trẻ cùng độ tuổi lại có sự khác biệt về mức độ phát triển các khía cạnh khác nhau của tính người lớn [22].

1.3.3. Yếu tố gia đình - xã hội

1.3.3.1. Cha mẹ của trẻ

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. Điều quan trọng là trẻ phải được hướng dẫn với lòng yêu thương và tế nhị. Thường thì cha mẹ không chủ tâm độc ác khi bông đùa về cách ứng xử và diện mạo của con cái họ. Đôi khi cha mẹ than phiền gánh nặng tài chính đối với đứa con về giá thực phẩm, áo quần, học phí, giải trí... khiến trẻ cảm thấy tội lỗi, nghĩ mình là kẻ không ai mong muốn [22].

Quan hệ tình cảm giữa cha mẹ với nhau cũng ảnh hưởng đến tình cảm của người vị thành niên về bản thân và về người khác. Nếu cha mẹ thương yêu và chăm sóc lẫn nhau thì người vị thành niên cũng học được cách suy nghĩ và ứng xử như vậy. Phong cách đối phó với cảm xúc, nhiệm vụ hay hạnh phúc của cha, mẹ có mối tương quan với trẻ vị thành niên [22].

Nghiên cứu của Vera và cộng sự (2019) ở 2531 trẻ trên 14 tuổi ở Đức cũng chỉ ra có sự tác động không hề nhỏ giữa các việc trẻ em sống có hoàn cảnh bố mẹ ly dị, không sống cùng nhau hay bị ngược đãi tác động đến SKTT [79]. Nghiên cứu của các tác giả Debowska, Dominic T Planter đều cho rằng khi trẻ trải qua nhiều nghịch cảnh thời thơ ấu hay bị ngược đãi sẽ dẫn đến nguy cơ cao về vấn đề sức khỏe tâm thần sau này [80].

Sử dụng thuốc lá, thuốc lắc, rượu, ma túy... là một trong những nguy cơ dẫn đến các rối loạn tâm thần và thường xảy ra trong thời kỳ thanh thiếu niên.

Nhìn chung, trẻ VTN khi ở những hoàn cảnh bất ổn về gia đình thường có khả năng sử dụng các chất gây nghiện nhiều hơn. Nghiên cứu của Ngô Thành Phong tại Bà Rịa, Vũng Tàu cho thấy số học sinh có hoàn cảnh kinh tế gia đình nghèo có vấn đề SKTT cao hơn so với học sinh có hoàn cảnh kinh tế gia đình giàu có và trung bình (nghèo: 25,8%, giàu có: 19,8%, trung bình: 18,6% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$) [8].

Theo Hawton và cs (2012) các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự gây thương tích, tự tử gồm nhân khẩu học (giới tính, tình trạng kinh tế xã hội thấp, thói quen tình dục, học vấn), các yếu tố thuộc về bản thân và gia đình gồm cha mẹ ly hôn, cha mẹ chết, nghịch cảnh thời thơ ấu, tiền sử bị lạm dụng tình dục, rối loạn tâm thần ở cha mẹ, gia đình có tiền sử tự tử, hôn nhân và gia đình bất hòa, bạo lực, khó khăn trong giao tiếp [81].

Trong 10 năm (1990 - 2000) các nhà khoa học đã thấy sự tăng tính linh động trong các mô hình tương tác trẻ - cha mẹ và nhận biết sự quan trọng của việc cân nhắc toàn bộ các đặc điểm hành vi của cha mẹ và yếu tố di truyền trong bối cảnh cùng nhau tác động hình thành lên mối quan hệ giữa nuôi dạy và hành vi của trẻ. Chứng kiến cảnh bạo lực gia đình nghiêm trọng gần như tăng gấp ba lần khả năng của trẻ em có các rối loạn hành vi [1].

Nghiên cứu của Park L.E. và cộng sự cũng đã chứng minh mối nguy cơ và bảo vệ về vấn đề trầm cảm, lo âu của học sinh tại Mỹ, sự gắn kết gia đình và nhà trường là yếu tố bảo vệ làm giảm lo âu trầm cảm ở trẻ em. Bên cạnh đó khi học sinh có sự gắn kết với nhà trường có sức khỏe tâm thần khỏe mạnh hơn [40].

1.3.3.2. Người sống cùng và vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản

Đối với vị thành niên đặc biệt là nữ giới, việc xung đột với cha mẹ và với xã hội về việc sống chung thường là bột phát. Đôi khi nó là một cố gắng, trong các quan hệ tình dục, để đạt điều mà người vị thành niên đã không thể

đạt được trong các quan hệ xã hội - ở một mức độ nào đó về tình yêu và sự gần gũi. Cũng có khi đó là biểu hiện của sự phản kháng, thù địch chống đối lại ảnh hưởng quá cứng nhắc và gây ức chế từ phía cha mẹ hoặc xã hội hoặc cũng là một cố gắng tìm kiếm bản thân mình trong mối quan hệ với người khác. Mặt khác còn biểu hiện là triệu chứng của các xáo trộn cảm xúc ngầm ngầm nghiêm trọng hơn như: Trầm cảm hoặc tâm thần phân liệt.

Ở Việt Nam, theo điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên (SAVY) năm 2003 lần đầu tiên được thực hiện với 7.584 thanh thiếu niên trong độ tuổi 14 - 25 ở 42 tỉnh, thành phố từ những vùng thành thị lớn nhất cho tới vùng nông thôn xa xôi nhận thấy: Nhóm thanh niên nam 22 - 25 tuổi thường nhận được thông tin về sức khỏe sinh sản từ bạn bè. Thanh thiếu niên nữ thường tìm kiếm nguồn thông tin từ gia đình đặc biệt từ cha mẹ nhiều hơn thanh thiếu niên nam. Nhóm tuổi từ 14 - 17 kể hoặc hỏi người khác về hiện tượng dậy thì của mình nhiều hơn các chị lớn đã từng kể [23].

1.3.3.3. Lạm dụng trẻ em

Hành vi lạm dụng tình dục đối với trẻ không chỉ gây tổn thương cơ thể và những hậu quả nhất thời mà còn có thể ảnh hưởng lâu dài về sau này. Những hậu quả lâu dài của lạm dụng tình dục ở trẻ em biểu hiện từ nhẹ cho đến những rối loạn rất nặng nề không chỉ liên quan đến sức khỏe sinh sản mà còn liên quan đến khả năng học tập, khả năng hòa nhập gia đình và xã hội cũng như đối với sức khỏe tâm thần trẻ.

Trên thế giới, theo thống kê của Hiệp hội Quốc gia Phòng chống Bạo hành trẻ em (NSPCC), độ tuổi trung bình của trẻ em bị xâm hại tình dục là 9 tuổi. Cứ 4 bé gái thì có 1 bé bị xâm hại tình dục, 6 bé trai thì có 1 bé bị xâm hại tình dục. Vấn nạn này có xu hướng gia tăng đối với trẻ em nam. Tại Việt Nam, trước đây trẻ bị xâm hại thường là 13 - 18 tuổi thì nay xuất hiện nhiều vụ việc ở lứa tuổi 5 - 13 [35].

Nghiên cứu về hành vi tàn nhẫn hoặc ngược đãi như: lạm dụng tình dục và thể xác, cho thấy hành vi có sự tăng lên có ý nghĩa thống kê với nguy cơ RLCX ở trẻ. Theo nghiên cứu tiền cứu của Charlotte Heleniak trong 5 năm tại cộng đồng cho thấy việc ngược đãi trẻ em, lạm dụng thể chất, tình dục hay tình cảm là yếu tố nguy cơ cao với việc hình thành bệnh lý tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên [24].

1.3.3.4. Tác động đồng lứa

Mối quan hệ của trẻ vị thành niên với bạn bè đồng lứa phức tạp và đa dạng, nó vượt ra ngoài phạm vi học tập, phạm vi nhà trường đôi khi mở rộng trong những hứng thú mới, những việc làm và quan hệ mới. Ở lứa tuổi này trẻ rất khao khát được giao tiếp và hoạt động chung với nhau, có nguyện vọng được sống tập thể, có những bạn bè thân thiết. Tuổi vị thành niên coi quan hệ bạn bè cùng tuổi là quan hệ riêng của mỗi cá nhân nên các em có quyền hành động độc lập trong quan hệ này và bảo vệ quyền đó của mình. Nếu có sự can thiệp thô bạo của người lớn khiến trẻ cảm thấy bị xúc phạm và trẻ sẽ chống đối lại. Nếu quan hệ giữa trẻ với người lớn càng không thuận hòa thì sự giao tiếp với bạn bè đồng lứa của trẻ càng tăng và ảnh hưởng của bạn bè đến với trẻ càng trở nên mạnh mẽ. Sự bất hòa trong quan hệ bạn bè, thiếu bạn thân hay tình cảm bị phá vỡ đều có thể sinh ra những cảm xúc nặng nề được coi như là bị kích của cá nhân; đặc biệt khi bạn bè tẩy chay, không muốn chơi.

Theo nghiên cứu của tác giả Đào Thị Tuyết trên học sinh THCS Tam Khương đã xác định bạo lực học đường là yếu tố liên quan với SKTT học sinh, khi bạo lực học đường tăng lên thì nguy cơ có vấn đề SKTT tăng lên. Khi phân tích đơn biến ở nhóm đã từng đánh nhau và bị bạn bè bắt nạt có nguy cơ có vấn đề SKTT cao hơn gấp từ 1,65 đến 2,39 lần so với nhóm còn lại; tuy nhiên khi phân tích đa biến thì sự khác biệt này giảm xuống và chưa rõ ràng [82]. Trong một nghiên cứu trên đối tượng học sinh từ 13 đến 16 tuổi

ở Anh cũng cho kết quả ở những em không bị bắt nạt hay không đi bắt nạt thường có điểm số SDQ thấp hơn so với các nhóm bị bắt nạt hoặc đi bắt nạt; vấn đề SKTT của các em ở đây nổi bật lên là mối quan hệ đồng đẳng [25].

1.3.3.5. Hàng xóm và điều kiện kinh tế xã hội

Sibley M.H. (2020) tìm ra tác động của cuộc sống trong nhà tập thể chống lại tác động của bất kỳ yếu tố bảo vệ cá nhân nào. Kết quả cho thấy mặc dù phần lớn thanh thiếu niên có tiền sử chẩn đoán ADHD trong thời thơ ấu vẫn tiếp tục gặp các triệu chứng ADHD (75%) và suy giảm đáng kể (60%), chỉ có 9,6% - 19,7% trong số nhóm này tiếp tục đáp ứng các tiêu chuẩn ADHD ở độ tuổi thanh niên. Báo cáo của cha mẹ nhạy cảm hơn so với báo cáo của chính bản thân. Thanh thiếu niên có ADHD có xu hướng báo cáo ít triệu chứng hiện tại, trong khi thanh niên không có ADHD có xu hướng báo cáo quá nhiều triệu chứng [26].

Theo UNICEF (2018) điều tra tại một số tỉnh, thành phố tại Việt Nam cho thấy gia đình nghèo hoặc đang trong tình trạng kinh tế - xã hội giảm sút có thể làm hạn chế các cơ hội kết giao với bạn bè đồng trang lứa, hạn chế thành tích học tập do trẻ không có thời gian làm bài tập và ít có điều kiện tham gia các lớp học thêm, hoặc buộc trẻ phải nghỉ học hoàn toàn [35]. Điều này dẫn đến những căng thẳng ở mức độ cao do trẻ biết không thể hiện thực hóa những nguyện vọng tương lai của mình. Cha mẹ di cư do nguyên nhân tài chính, cũng có thể để lại những hậu quả tiêu cực đối với sức khỏe tâm thần của trẻ, do trẻ ở lại nhà phải đối mặt với nỗi buồn và trầm cảm.

Ngoài ra, kết hôn sớm, cũng đồng nghĩa với việc học sinh nữ phải thôi học, điều đó cũng được xem như một trong những nguyên nhân dẫn đến nỗi buồn và trầm cảm cho các em [38].

1.3.3.6. 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. Bên cạnh đó, yếu tố bạn bè cũng có tác động đến SKTT của học sinh. Học sinh cần có bạn thân để chia sẻ, cùng học tập và vui chơi. Nếu không hòa đồng, không chơi với bạn nào thì rất dễ dẫn đến việc học sinh bị cô lập, bị bắt nạt. Nhiều học sinh thường xuyên bị bắt nạt tại trường học nhưng lại không dám nói với ai vì sợ bạn là một nguyên nhân gây ra tâm lý lo lắng, căng thẳng mỗi khi đến trường. Điều này dẫn đến những hành vi bất thường, tác hại lâu dài đến tư duy sáng tạo học hỏi của trẻ [22].

Sức khỏe tâm thần học đường có mối liên quan chặt chẽ với bạo lực học đường. Theo kết quả nghiên cứu của Mohseny và cộng sự (2019) trong đó tất cả các rối loạn theo thang đo SDQ bao gồm vấn đề trong quan hệ đồng lứa, rối loạn cư xử, vấn đề tăng động, vấn đề xã hội, vấn đề cảm xúc và sử dụng thuốc lá, ma túy đều có mối liên quan đến sức khỏe tâm thần ở trẻ [83]. Nghiên cứu của UNICEF (2018) cho thấy có ba nhóm yếu tố nguy cơ: căng thẳng do học tập, thiếu sự hỗ trợ và/hoặc môi trường học đường bất ổn và gặp trở ngại trong các mối quan hệ tình cảm [38]. Học sinh tham gia nghiên cứu khẳng định áp lực học tập là một trong những điều khiến các em lo lắng, phần lớn liên quan đến thành tích học tập mà do chính các em tự đặt kỳ vọng cao đối với bản thân, phải vượt trội so với bạn bè và do áp lực của gia đình muốn các em đạt thành tích tốt. Những bất ổn trong môi trường học đường biểu hiện thông qua hành vi bắt nạt và mâu thuẫn giữa bạn bè đồng trang lứa. Xa gia

đình và ở nội trú trong trường cũng là tác nhân gây căng thẳng, tương tự như việc thiếu các hoạt động giải trí hoặc sự động viên khích lệ thường xuyên của thầy cô giáo [22].

Như vậy SKTT trẻ em có liên quan cả ba yếu tố là gia đình, xã hội và trường học. Khi đối mặt với những căng thẳng của gia đình, trường học hay tình huống khó khăn trong cuộc sống, trẻ không kiểm soát được cảm xúc và thích nghi kịp sẽ dễ dàng rơi vào những hành vi nguy cơ có thể tổn hại tới bản thân hoặc người khác. Đặc biệt hành vi tự tử và tự gây tổn thương ở trẻ vị thành niên đang có chiều hướng gia tăng và chịu tác động của nhiều yếu tố nguy cơ.

Nghiên cứu tại Kabul của tác giả Mohammad và cộng sự (2019) cho thấy xung đột gia đình, bạo lực, bất hoà và gia đình có nhiều thế hệ sống chung là yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự gây thương tích [84]. Phân tích tổng hợp của Poorolajal và Darvishi (2016) cho thấy hút thuốc lá có nguy cơ gây ra ý định tự tử, kế hoạch tự tử và thực hiện hành vi tự tử trong đó nguy cơ ý định tự tử ở những học sinh hút thuốc lá cao gấp 2,05 lần so với học sinh không hút thuốc lá (95%CI: 1,53 - 2,58), nguy cơ có kế hoạch tự tử nhóm hút thuốc cao gấp 2,84 lần so với nhóm không hút thuốc (95%CI: 1,49 - 4,19), nguy cơ tự tử nhóm hút thuốc cao gấp 1,83 lần so với nhóm không hút thuốc (95%CI: 1,64 - 2,02) [85]. Sử dụng cần sa và các loại thuốc bất hợp pháp, ngủ không đủ, rối loạn ngủ cũng là nguyên nhân gây tự tử ở trẻ vị thành niên theo nghiên cứu của Kayleigh và cộng sự (2019) [86]. Thói quen ngủ muộn quá 1 giờ 30 là yếu tố nguy cơ của ý nghĩ tự tử và kế hoạch tự tử ở cả trẻ vị thành niên nam và nữ theo nghiên cứu tại Hàn Quốc của tác giả Jeong và cộng sự [87]. Bất nạt truyền thống và bất nạt qua mạng là yếu tố ảnh hưởng đến ý nghĩ tự tử, cố gắng tự tử và tự gây tổn thương ở trẻ em theo nghiên cứu tại Trung Quốc của tác giả Peng và cộng sự (2019) [88]. Theo Shain và cộng sự (2019)

cũng đề cập đến nhiều yếu tố gây hành vi cố gắng tự tử ở trẻ vị thành niên, trong đó việc lướt website có nội dung liên quan đến tự tử là một trong những yếu tố nguy cơ [89].

Theo báo cáo của UNICEF (2018) tại Việt Nam cho thấy nữ giới, người sống ở đô thị, người nhập cư và trẻ tuổi đều là những yếu tố nguy cơ đối với hành vi tự tử [35]. Trong một số nghiên cứu, nữ giới có ý định tự tử cao gần gấp đôi nam giới. Nhóm tuổi 18 - 21 báo cáo có ý nghĩ tự tử cao nhất (4,4% trong tổng số thanh niên tuổi từ 18 - 21), tiếp đó là nhóm tuổi trẻ nhất (4,1% trong tổng số trẻ 14 - 17 tuổi), rồi đến nhóm tuổi lớn nhất (3,8% số thanh niên tuổi từ 22 - 25) [35]. Theo Võ Thị Hương và cộng sự nghiên cứu những yếu tố tác động đến việc cấu thành suy nghĩ tự tử của vị thành niên tại Thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả 46,8% số trẻ vị thành niên có suy nghĩ lựa chọn và đã lựa chọn cách giải quyết tiêu cực trong đó có ý định tự tử là 2,3% [90]. Liên quan đến nhóm người nhập cư, một nghiên cứu chỉ ra rằng người nhập cư tại Hà Nội có nguy cơ đặc biệt về ý nghĩ tự tử; những người di cư từ nông thôn lên thành thị có ý nghĩ tự tử cao gần gấp đôi so với người thành thị gốc và nguy cơ này ở nhóm người di cư từ thành thị đến thành thị cao gấp 6,45 lần so với người thành thị gốc [60]. Cũng theo UNICEF (2018) ý nghĩ về tự tử cũng liên quan đến các rối loạn cảm xúc và lạm dụng chất. Các nghiên cứu đã chỉ ra trầm cảm, lo âu, các cảm xúc buồn bã và vô vọng trong nhóm trẻ em và thanh thiếu niên có liên quan đến ý định tự tử và thực hiện hành vi tự tử [35]. Tương tự các nghiên cứu cho thấy việc sử dụng rượu bia và thuốc lá cũng là các yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử; những người nói có sử dụng các chất này cũng có khả năng nghĩ đến tự tử nhiều hơn [35].

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

1.4.1. Can thiệp y tế

Lịch sử sử dụng thuốc kích thích hoạt động tâm thần từ năm 1937 khi Charles Bradley, một nhà tâm thần học, sử dụng để điều trị trẻ em mắc chấn thương não và bắt đầu chú ý những cải thiện trước mắt một số lĩnh vực như: Tự kiểm soát bản thân tốt hơn, cải thiện kết quả học tập, cải thiện sự chú ý vào nhiệm vụ và giảm các hành vi rối loạn.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng “... *tính hiệu quả của chất kích thích trong cải thiện các dấu hiệu của ADHD và tăng chức năng về hành vi, học tập và xã hội khoảng từ 50 đến 95% số trẻ được điều trị*” [91].

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.

Một số rào cản khác như là tiếp cận với các dịch vụ của chuyên gia, giá thành và sự chấp nhận với kết hợp điều trị. Trong kế hoạch điều trị sử dụng liệu pháp hóa dược thường bao giờ cũng phối hợp các liệu pháp như: can thiệp tâm lý giáo dục và xã hội, môi trường... để đạt được hiệu quả điều trị tốt hơn mang lại lợi ích lâu dài trong chức năng học tập của trẻ và vị thành niên mắc ADHD [29].

1.4.2. 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.

Những năm tuổi vị thành niên là một thử thách đối với hầu hết trẻ. Với trẻ bị ADHD những năm này khó khăn tăng lên gấp đôi. Tất cả những vấn đề của vị thành niên: áp lực cao, lo sợ sự thất bại ở trường và ở xã hội, giảm tự trọng - rất khó để trẻ ADHD đối phó. Ước muốn được tự lập, thử những điều muốn và cấm: uống rượu, hút thuốc lá, ma túy và hoạt động tình dục, có thể dẫn đến hậu quả không mong muốn.

Khi đó các qui định càng phải chặt chẽ hơn và cha mẹ có thể không đồng ý với nhau trong xử lý hành vi trẻ như thế nào. Chính vì thế các qui định phải hết sức rõ ràng và dễ hiểu. Sự giao tiếp giữa vị thành niên với cha mẹ có thể giúp trẻ hiểu các lý do cho mỗi qui định. Khi qui định đưa ra nó phải có lý do rõ ràng là tại sao phải có qui định này.

Các qui định được viết lên bảng, để ở một nơi dễ và hay thấy, ghi tất cả các nội dung, qui định cho các công việc tại nhà hoặc các hoạt động khác ngoài xã hội, trường học. Bên cạnh các qui định để sẵn các ô trống để đánh dấu đã hoàn thành và chưa hoàn thành [92].

Khi các qui định bị phá vỡ, không tuân thủ, trẻ phản ứng thì cha mẹ hãy bình tĩnh và hết sức nhẫn nại, thân thiện và có hình thức thưởng phạt. Ví dụ: phạt để trẻ ngồi một mình có thể giúp trẻ bình tĩnh hơn, lắng nghe, đối thoại, đàm phán, thỏa hiệp là một trong những phương pháp hữu hiệu trong trị liệu tâm lý vị thành niên ADHD [93].

Khi trẻ vắng mặt ở nhà nhiều, cha mẹ sẽ có đòi hỏi sự giới nghiêm và lắng nghe yêu cầu trẻ, đưa ra lý do để góp ý, nghe ý kiến của chúng và thương lượng. Việc giao tiếp, thương lượng và dàn xếp này sẽ có tác dụng [94].

Nghiên cứu của tác giả Morrow và cộng sự (2022) cho thấy giáo viên tăng nhận thức lợi ích qua việc can thiệp hành vi bằng thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN) ở trẻ mắc ADHD [30]. Đặc điểm của trẻ mắc ADHD (giảm chú ý, tăng động, bồn chồn) là thường thích nghi không tốt về phát triển của môi

quan hệ trong gia đình và thiết lập xã hội tại trường. Chúng thường còn đặt nhiều áp lực lên những gia đình dẫn đến việc cha mẹ khó phát triển chiến lược nuôi dưỡng, không duy trì chú ý hoặc làm trầm trọng những hành vi có vấn đề. Tập huấn cha mẹ trong quản lý hành vi là một quá trình lâu dài để thành công với trẻ mắc ADHD và có thể giúp cải thiện trong những lĩnh vực khác như chấp nhận hành vi xã hội [30].

Những tập trung chủ yếu vào tập huấn hành vi cha mẹ là dạy cho các bậc cha mẹ thực hiện những kỹ thuật thay đổi hành vi, bao gồm:

“Nhận biết và uốn nắn những biểu hiện trước mắt và hậu quả của hành vi của trẻ, nhắm tới mục tiêu và theo dõi những hành vi có vấn đề, cổ vũ hành vi xã hội qua việc tán dương, chú ý tích cực, những phần thưởng và giảm hành vi không mong muốn qua việc từ chối có kế hoạch, ngoài thời gian và những kỹ thuật rèn luyện tinh thần khác”

Các biện pháp tư vấn cho gia đình theo dõi, quan tâm, hỗ trợ trẻ cần được chú trọng. Cha mẹ là những người gần gũi tiếp xúc hàng ngày với trẻ cần dành thời gian quan tâm, lắng nghe, thấu hiểu trẻ để giải thích những lo lắng, băn khoăn của trẻ. Các mâu thuẫn, bất hòa trong gia đình đã tạo áp lực và ảnh hưởng lớn đến trẻ, vì vậy cha mẹ cần tạo môi trường vui tươi, hạnh phúc, an toàn trong gia đình sẽ là yếu tố giảm thiểu nguy cơ hỗ trợ trẻ mắc bệnh có thể tham gia các hoạt động tập thể [30].

Theo Houghton và cộng sự (2017) trị liệu bằng nhận thức hành vi trong 8 tuần cho thấy hiệu quả giảm các biểu hiện về lo âu, lo âu xã hội, lo âu phân ly, rối loạn tránh né và lo âu chung [31]. Can thiệp hành vi tập trung vào sự vận động, sự thay đổi môi trường nhằm cải thiện kết quả hành vi. Những can thiệp này được hình thành từ sự vận động quyền ưu tiên (địa điểm, thiết lập, cấu trúc), kết quả tích cực (tán dương, phần thưởng cụ thể...) và kết quả tiêu cực (quá thời gian, mất quyền lợi...).

Mặc dù can thiệp hành vi có hiệu quả dựa trên nhiều bằng chứng song vẫn còn một số giới hạn.

Thứ nhất, đây là một can thiệp sâu, yêu cầu sự hợp tác và truyền thông với tất cả các bên liên quan được tham gia, do đó có thể gặp rào cản khi triển khai.

Thứ hai, hầu hết các nghiên cứu về sử dụng can thiệp hành vi tập trung vào hành vi lớp học và không bao gồm đo lường kết quả học thuật. Chính điều đó làm cho việc có hay không vấn đề tác động lên kết quả học tập không rõ ràng.

Thứ ba, hiệu quả của những tiếp cận hành vi có thể thiếu hụt nghiêm trọng nếu chúng không được triển khai một cách liên tục và qua một sự cân nhắc lâu dài. Do vậy sự chấp thuận trong quá trình thực hành về tính thiết thực có thể bị ảnh hưởng [31].

Một số nghiên cứu đã tìm thấy rằng sự phối hợp của những bậc cha mẹ trong quy trình điều trị có ý nghĩa thống kê với việc cải thiện kết quả. Một can thiệp như vậy là sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN) và trẻ được thưởng tại nhà dựa trên sự đạt được những mục tiêu hành vi đề ra. Chiến lược này cho thấy có sự cải thiện qua những đo lường quan sát được [32].

Can thiệp bằng TBCHN là can thiệp hành vi tại trường học và tại gia đình. Có bằng chứng về tính hiệu quả của can thiệp hành vi tại trường học với trẻ mắc ADHD, nhưng thiếu sự rõ ràng về hiệu quả trong can thiệp. So sánh với can thiệp như: phản hồi thần kinh thì can thiệp TBCHN rẻ hơn và dễ thực hiện hơn [32].

Quá trình can thiệp TBCHN giữa giáo viên và cha mẹ có thể có những xung đột khác biệt thường tăng lên khi giao tiếp kém và có sự kỳ thị. TBCHN nhằm mục đích khuyến khích kết hợp giữa gia đình - nhà trường bởi nó thúc đẩy giao tiếp giữa cha mẹ và giáo viên với sự tập trung vào sự tăng cường và sự cải thiện tích cực. TBCHN mang đến sự phù hợp với mỗi nhu cầu cá nhân trẻ, các mục tiêu và các hành vi có mục đích đặc biệt để thay đổi [32].

Nhìn chung các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy can thiệp trẻ mắc ADHD bằng TBCHN mang lại hiệu quả cao. Nghiên cứu của Richardson (2015) chỉ ra rằng chỉ có can thiệp một cách nhất quán có thái độ tích cực về giáo dục là TBCHN [95].

Nghiên cứu của Pfiffner và các cộng sự (2013) cũng dựa trên việc can thiệp bằng thẻ báo cáo hàng ngày ở gia đình và cho thấy can thiệp hành vi mang lại hiệu quả cao, trong đó các dấu hiệu nặng về ADHD do cha mẹ đánh giá giảm trung bình điểm theo CSI từ $1,76 \pm 0,54$ xuống còn $1,19 \pm 0,42$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($Z = 6,74$; $p < 0,001$); các dấu hiệu về ADHD do giáo viên đánh giá theo CSI trung bình giảm từ $1,74 \pm 0,55$ xuống còn $1,14 \pm 0,52$ [96].

Nghiên cứu tổng quan về hệ thống ADHD của Sonuga-Barke và cộng sự (2021) cho kết quả: giáo viên đánh giá có sự thay đổi với mức thay đổi trung bình trước can thiệp là 70 ± 15 sau can thiệp là 66 ± 13 [97]. Nghiên cứu can thiệp của Gaastra và các cộng sự cho thấy tỷ lệ này thay đổi dấu hiệu tăng động là $SMD = 1,97$ (95%CI: 0,60 - 3,34) [33]. Tương tự Nichole Jurbergs (2010) ở người Mỹ gốc Phi cũng cho thấy hiệu quả của việc can thiệp hành vi bằng TBCHN ở trẻ [98].

Tác giả 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; $p < 0,005$) [99]. Nghiên cứu 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 [100].

Nghiên cứu của Pyle và cộng sự (2017) cũng cho thấy hiệu quả giảm triệu chứng ADHD sau can thiệp bằng TBCHN [101]. Nghiên cứu của Owens và

cộng sự (2020) cho thấy hiệu quả chi phí trong việc thực hiện TBCHN bằng hình thức online ở những học sinh có nguy cơ mắc ADHD [102].

Các rối loạn kèm theo như RLCĐTT, RLCX và lo âu trầm cảm có thể là do sự tác động của ADHD. Can thiệp ADHD có thể làm giảm các rối loạn tâm thần kèm theo. Nghiên cứu của Fabiano và các cộng sự (2010) cho thấy can thiệp bằng 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 [103].

Nghiên cứu của Holdaway và cộng sự (2020) cho thấy can thiệp bằng TBCHN mang lại hiệu quả ở trẻ rối loạn hành vi trong các tháng đầu, tháng thứ 2, thứ 3 và thứ 4 sau can thiệp [34].

Theo 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 36,0% khi can thiệp bằng tự quản lý trên lớp học [33].

1.4.3. 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.

Nghiên cứu về sự phát triển cơ thể ở trẻ mắc ADHD nhận thấy kết quả học tập kém về viết, đọc và toán học và nghiên cứu 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 [33]. Cũng như “những gì được dạy” (môn học), “cách được dạy” (hướng dẫn) áp dụng chủ yếu cho trẻ mắc ADHD, khi chiến lược dạy hiệu quả sẽ mang lợi

ích cho trẻ mắc ADHD cũng như bạn đồng lứa của trẻ không mắc ADHD trong những lớp học chính thức. Những chiến lược này bao gồm: Duyệt trước bài giảng, cung cấp hướng dẫn trực tiếp; kết nối thông tin với sự hiểu biết của học sinh trước đó và kinh nghiệm cá nhân; kiểm tra sự hiểu biết và chuẩn bị học sinh cho sự chuyển tiếp các hoạt động .

Nghiên cứu đã cho thấy rằng mặc dù những bài luyện tập có hiệu quả, nhưng không đơn giản để coi nó là “mô hình tốt nhất” cho tất cả trẻ mắc ADHD trong lớp học. Bất cứ chiến lược hoặc tiếp cận dạy học nào cũng đều phải có thích nghi phù hợp với điểm mạnh và điểm yếu của mỗi cá nhân trẻ mắc hoặc không mắc ADHD [34].

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, đại diện cho 2 khu vực nội thành và ngoại thành Hà Nội cụ thể như sau:

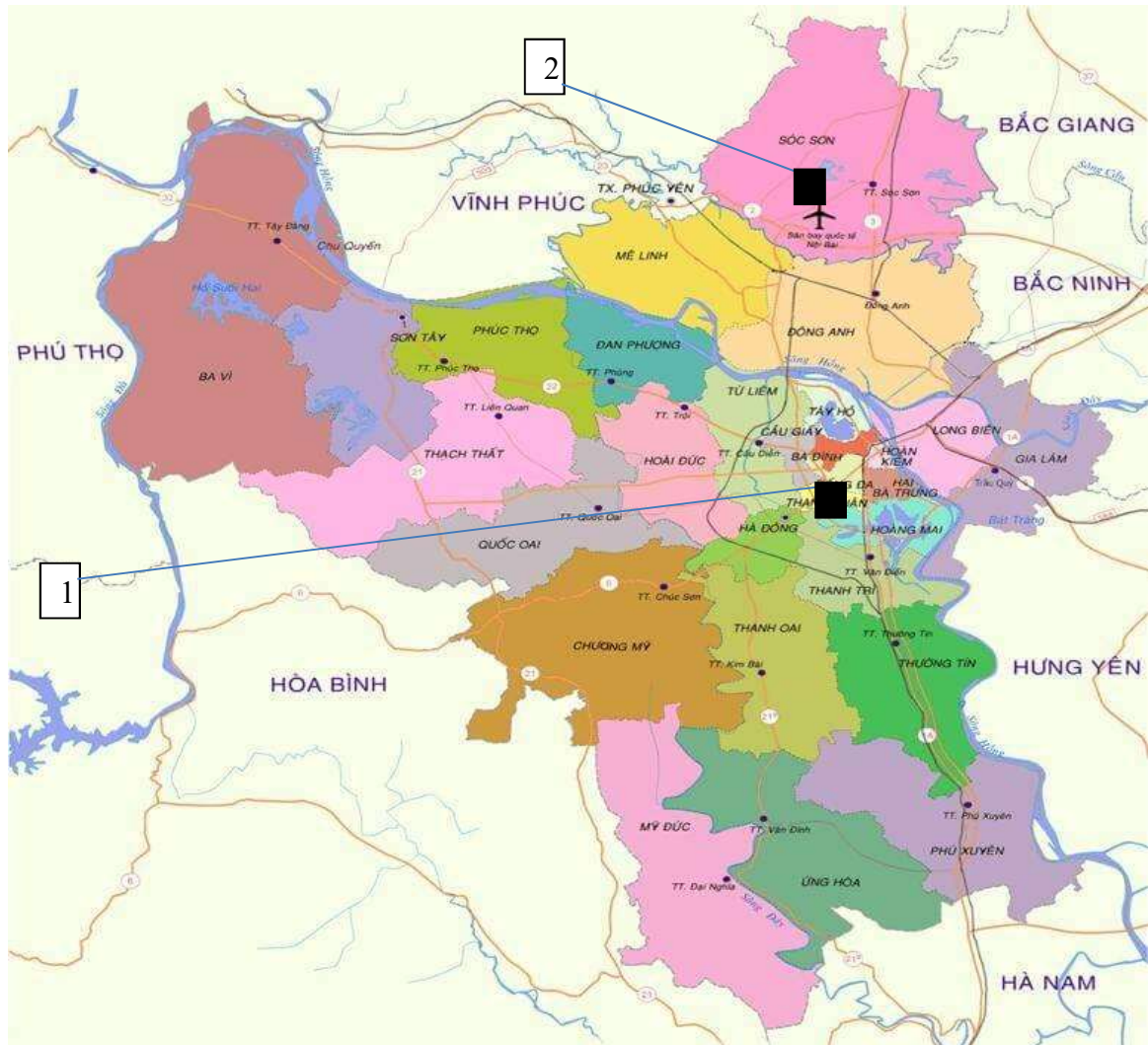
- Trường Trung học cơ sở Cát Linh, Quận Đống Đa, Hà Nội đại diện cho học sinh các trường thuộc khu vực đô thị Hà Nội.
- Trường Trung học cơ sở Hồng Kỳ, Huyện Sóc Sơn, Hà Nội đại diện khu vực ngoại thành Hà Nội.

Một số đặc điểm chung về địa bàn nghiên cứu

+ Trường Trung học cơ sở Cát Linh: Là một trong những trường đạt tiêu chuẩn trường chuẩn quốc gia của ngành giáo dục Thủ đô với quy mô 28 lớp với khoảng 1200 học sinh tất cả các khối lớp 6, lớp 7, lớp 8 và lớp 9. Trường THCS Cát Linh tọa lạc ngay trên một đường phố lớn của thủ đô Hà Nội, phố Cát Linh với phố xá sầm uất, đầu và cuối phố đều có những ngã tư tập nập thuộc địa bàn quận Đống Đa, đối diện trường là khách sạn Pullman 5 sao sang trọng, bề thế. Cổng trường hướng ra mặt phố Cát Linh, con phố chạy thẳng ra khu di tích Văn Miếu Quốc Tử Giám, trường đại học đầu tiên của nước ta; đồng thời cắt ngang ngã ba Trịnh Hoài Đức, nơi có sân vận động Hàng Đẫy. Đa số học sinh của trường sống tại quận Đống Đa.

+ Trường Trung học cơ sở Hồng Kỳ: Nằm ở khu vực phía Bắc của huyện Sóc Sơn đây là khu vực ngoại thành Hà Nội, cách trung tâm Hà Nội khoảng 40km, với nghề nghiệp chính của các bậc cha mẹ là nông nghiệp. Trường có

1250 học sinh, trường đóng tại thôn 4, xã Hồng Kỳ, huyện Sóc Sơn, Hà Nội. Học sinh của trường chủ yếu sống tại xã Hồng Kỳ và một số là ở các khu vực lân cận.



Hình 2.1. Lược đồ thành phố Hà Nội và vị trí các trường nghiên cứu

1. Trường THCS Cát Linh
2. Trường THCS Hồng Kỳ

2.1.1.2. Nghiên cứu tại bệnh viện (Nghiên cứu can thiệp)

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

Bệnh viện 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 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 bị khuyết tật thể chất: 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 đi 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 học sinh tham gia nghiên cứu, bố mẹ không thực hiện trực tiếp vào nghiên cứu.

- Các trường hợp học sinh mắc các chứng bệnh về điếc, bị bại não, 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; 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 11/2015 đến tháng 5/2020 được chia thành 2 giai đoạn:

- Giai đoạn điều tra tại cộng đồng: tại trường THCS Cát Linh và trường THCS Hồng Kỳ thực hiện cho mục tiêu 1 và mục tiêu 2: *đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội, năm 2015; tìm hiểu 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.*

- Giai đoạn nghiên cứu can thiệp tại bệnh viện thực hiện cho mục tiêu 3: *đánh giá hiệu quả điều trị tăng động giảm chú ý bằng can thiệp hành vi ở trẻ tại bệnh viện Nhi Trung ương.*

+ *Thời gian từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 4 năm 2018: vừa khám lựa chọn đối tượng đủ tiêu chuẩn, vừa can thiệp bằng liệu pháp hành vi sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN).*

+ *Sau thời gian can thiệp học sinh tiếp tục được theo dõi và đánh giá cho đến tháng 5 năm 2020 (đánh giá tại 3 thời điểm: sau 12 tháng, sau 24 tháng và sau 36 tháng can thiệp) .*

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

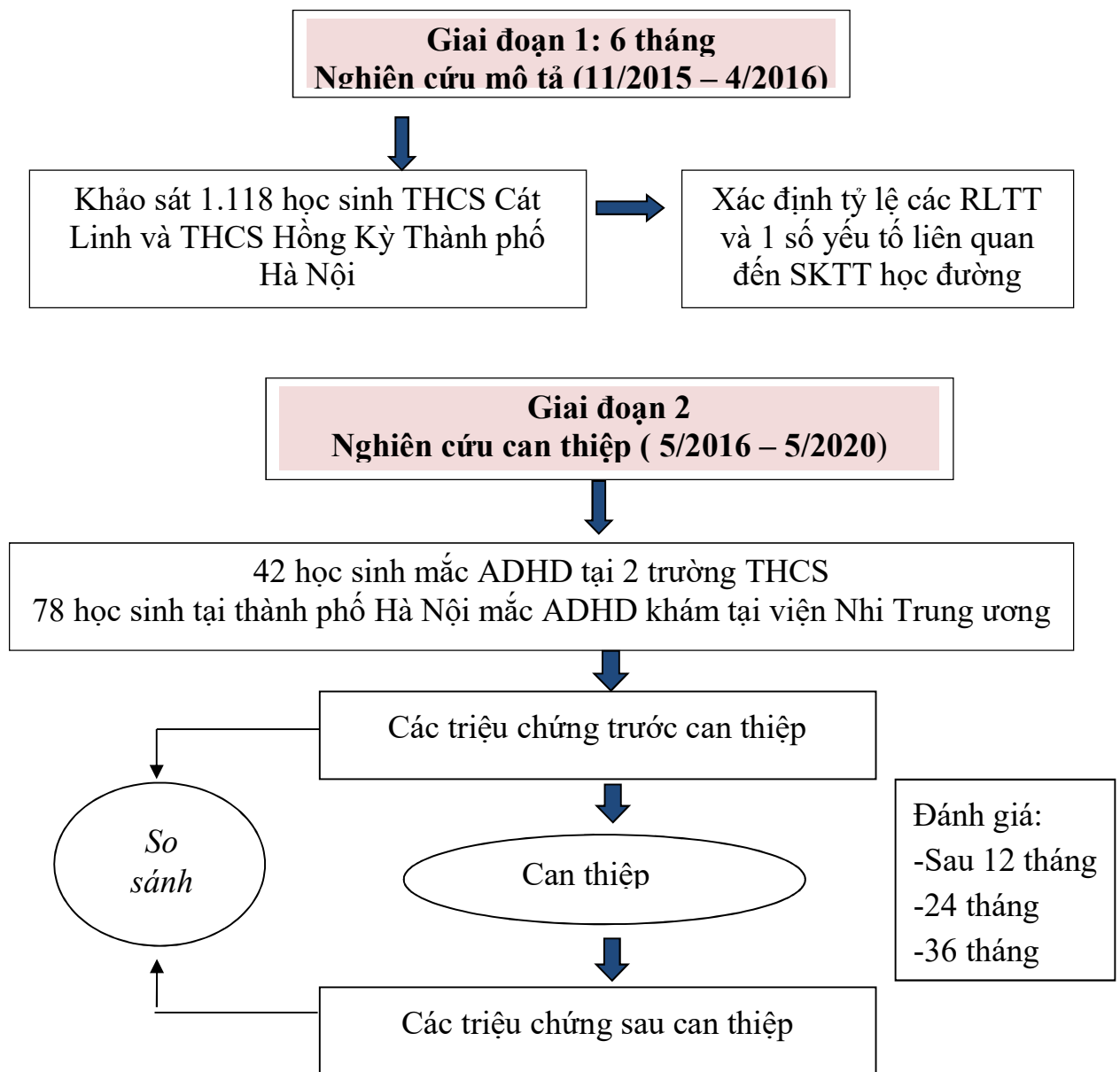
Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích và thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, so sánh trước - sau can thiệp.

Nghiên cứu được tiến hành theo 02 giai đoạn:

Giai đoạn 1: sử dụng thiết kế nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích 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. 2 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 học sinh 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 học sinh mắc ADHD để can thiệp).

p_2 : là tỷ lệ học sinh 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

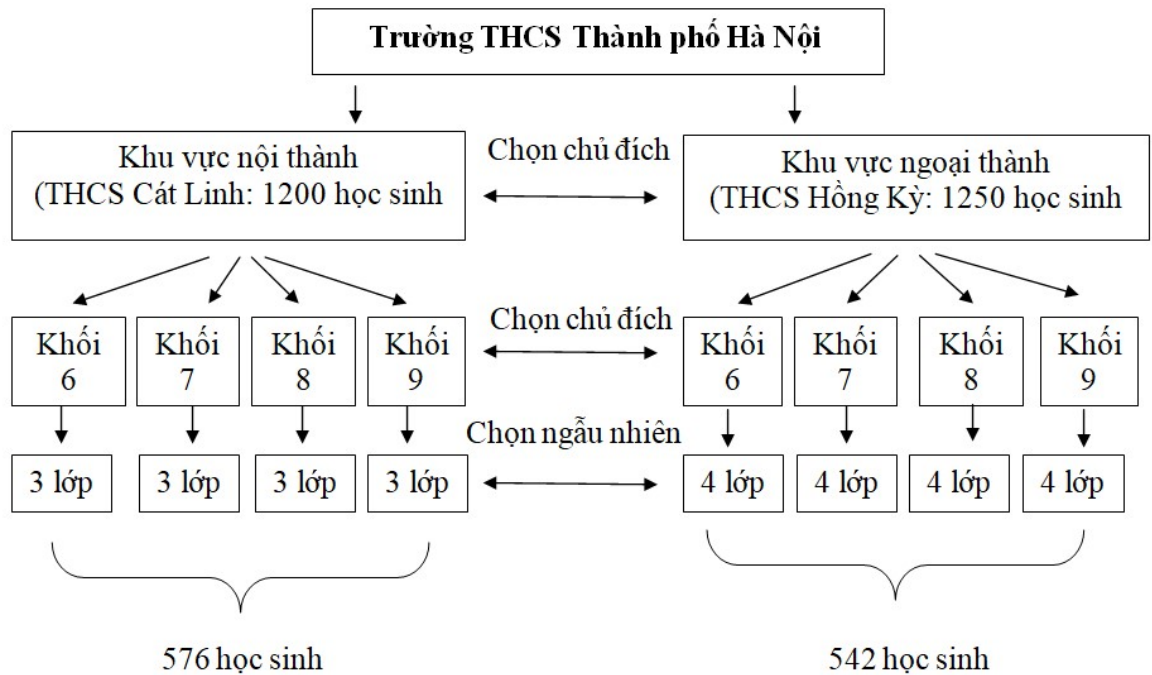
Cách chọn mẫu đối tượng học sinh (1.118 học sinh)

Chọn học sinh 2 trường THCS để phỏng vấn

Để 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.



Hình 2.3. Sơ đồ chọn mẫu

- 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 120 trẻ trong đó 42 trẻ tại 02 trường THCS Hồng Kỳ và Cát Linh được điều trị tại bệnh viện và chúng tôi lựa chọn thêm 78 trẻ sống tại thành phố Hà Nội đến khám tại bệnh viện Nhi Trung ương đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.2.3. Nội dung và biến số trong nghiên cứu

2.2.3.1. Nội dung và biến số 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 RLTT; 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.

2.2.3.2. 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 rối loạn và triệu chứng rối loạn tâm thần kèm theo

2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

2.2.4.1. Công cụ thu thập thông tin

* Công cụ thu thập thông tin 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 (phục vụ cho mục tiêu 1 và mục tiêu 2) gồm:

- Phiếu điều tra về thực trạng SKTT học đường bao gồm: Bảng hỏi về gia đình; sức khỏe thể chất; nhu cầu được giúp đỡ từ bên ngoài; những trải nghiệm với các khó khăn; bảng câu hỏi về điểm mạnh và những khó khăn; vấn đề về các cơn đau và giấc ngủ, ý nghĩ về cơ thể, vấn đề rượu và thuốc lá; trải nghiệm về bị bắt nạt, bắt nạt qua mạng (phụ lục 1).

- Bảng hỏi SDQ để đánh giá sàng lọc sức khỏe tâm thần ở học sinh đã được các chuyên gia dịch ra tiếng Việt và chuẩn hóa với độ nhạy, độ đặc hiệu xác định từ công trình nghiên cứu khoa học cấp Bộ [104] và bảng hỏi về vấn đề bắt nạt (phụ lục 1).

Nội dung các bảng hỏi bao gồm:

- *Một số rối loạn tâm thần học đường theo thang đo sàng lọc SDQ gồm:*

- + 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.
- + Tác động.
- + Tổng điểm rối loạn tâm thần.

- *Hành vi tự gây thương tích, ý nghĩ tự tử*

- + Trong 6 tháng qua học sinh có thường tự gây thương tích hoặc tự làm đau cho bản thân.

+ Trong 6 tháng qua học sinh có thường nghĩ rằng cái chết sẽ giải thoát thực tại.

- Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến rối loạn tâm thần học đường bao gồm:

Đặc điểm nhân khẩu học:

- + Tuổi, giới tính của học sinh.
- + Tuổi, giới tính, nghề nghiệp của bố.
- + Tuổi, giới tính, nghề nghiệp của mẹ.

Sức khỏe học sinh:

- + Mặc hen hay không.
- + Mặc động kinh hay không.
- + Mặc bệnh dị ứng hay không.
- + Mặc tiểu đường hay không.
- + Mặc chàm cơ địa hay không.
- + Các bệnh khác.

Rối loạn thực thể:

- + Những cơn đau đầu ≥ 1 lần/tháng.
- + Đau bụng tái diễn ≥ 1 lần/tháng.
- + Rối loạn giấc ngủ.

Sử dụng chất gây nghiện:

- + Mức độ sử dụng rượu.
- + Mức độ say rượu.
- + Mức độ hút thuốc lá.

Bạo lực học đường:

- + Học sinh bị bắt nạt ở trường trong 6 tháng qua.
- + Học sinh bị bắt nạt ở ngoài khu vực trường trong 6 tháng qua.
- + Học sinh bắt nạt người khác ở trường trong 6 tháng qua.
- + Học sinh bắt nạt người khác ở bên ngoài trường trong 6 tháng qua.

* Công cụ thu thập thông tin đánh giá hiệu quả điều trị ADHD bằng can thiệp hành vi ở trẻ (phục vụ cho mục tiêu 3) (phụ lục 2) gồm:

- Mẫu phiếu đánh giá trước can thiệp – bố mẹ là người cung cấp thông tin (NICHQ Vanderbilt Assessment Scale - PARENT Informant).
- Mẫu phiếu đánh giá sau can thiệp – bố mẹ là người cung cấp thông tin (NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-up-PARENT Informant).

Nội dung chính của quá trình can thiệp hành vi bằng TBCHN (phụ lục 3):

Quá trình gồm tập huấn và truyền thông giáo dục sức khỏe cho bố mẹ có con mắc ADHD, mục đích quá trình can thiệp nhằm đạt được các mục tiêu:

1. Quy định rõ ràng và xúc tích. Trẻ cần hiểu đúng những gì cha/mẹ mong đợi ở con mình.
2. Giao cho trẻ những việc vặt nhằm mang đến cho trẻ ý thức về sự đáp ứng công việc và tăng lòng tự trọng.
3. Liệt kê những nhiệm vụ xuất sắc để giúp trẻ nhớ lại.
4. Tạo thói quen rất quan trọng cho trẻ mắc ADHD. Sắp xếp thời gian cho bữa ăn, công việc, xem ti vi, ngủ dậy và lên giường đi ngủ. Cần làm theo đúng lịch trình.
5. Xác định những gì trẻ đang làm tốt (như vẽ, học toán, kỹ năng máy tính) và xây dựng trên hoạt động đó.
6. Nói với trẻ rằng bố/mẹ yêu và hỗ trợ con không điều kiện.
7. Bắt gặp trẻ đang làm việc tốt và có những phản hồi tích cực.

Quy trình can thiệp giảm ADHD ở trẻ gồm các bước sau:

Bước 1	Bố/mẹ quan sát kỹ hành vi của trẻ tại nhà
Bước 2	Giáo viên quan sát kỹ hành vi của trẻ tại trường
Bước 3	Bố/mẹ và giáo viên của trẻ cùng gặp nhau và thảo luận về vấn đề của trẻ
Bước 4	Bố/mẹ sắp xếp cùng trẻ gặp bác sĩ.
Bước 5	Bác sĩ khai thác tiền sử, hoàn thành khám toàn thân và phỏng vấn trẻ. Bác sĩ giải thích cho bố/mẹ và cùng bố/mẹ phát triển kế hoạch theo dõi theo thang đo.
Bước 6	Bố/mẹ được cung cấp thông tin về ADHD, bao gồm bộ câu hỏi hành vi cho bố mẹ và giáo viên cần điền cho lần gặp tiếp theo
Bước 7	Giáo viên gửi lại bộ câu hỏi qua email hoặc trực tiếp cho bố/mẹ
Bước 8	Lần gặp thứ 2 với bác sĩ, bác sĩ khái quát về kết quả của bộ câu hỏi do bố/mẹ và giáo viên đã điền và xác định nếu bất cứ test nào cần thiết để chẩn đoán ADHD hoặc các điều kiện khác.
Bước 9	Bác sĩ chẩn đoán ADHD và giải thích cho bố mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu. BS đưa ra kế hoạch tổng quát cho sự cải thiện hành vi của trẻ với bố/mẹ. Bố/mẹ và bác sĩ cùng phát triển kế hoạch can thiệp.
Bước 10	Bố mẹ can thiệp bằng thẻ TBCHN. Bố/ mẹ và giáo viên có thể sẽ được hỏi để cung cấp biểu hiện hành vi của trẻ trong quy trình này.
Bước 11	Bố/mẹ và trẻ thường xuyên đến bác sĩ khám đánh giá và thảo luận về kế hoạch can thiệp đối với trẻ cho đến khi trẻ cải thiện hành vi.

2.2.4.2. 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 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 học sinh 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 can thiệp hành vi ở trẻ:

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.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 5 năm 2020 (Can thiệp 24 tháng và tiếp tục theo dõi tại gia đình cho đến 36 tháng).

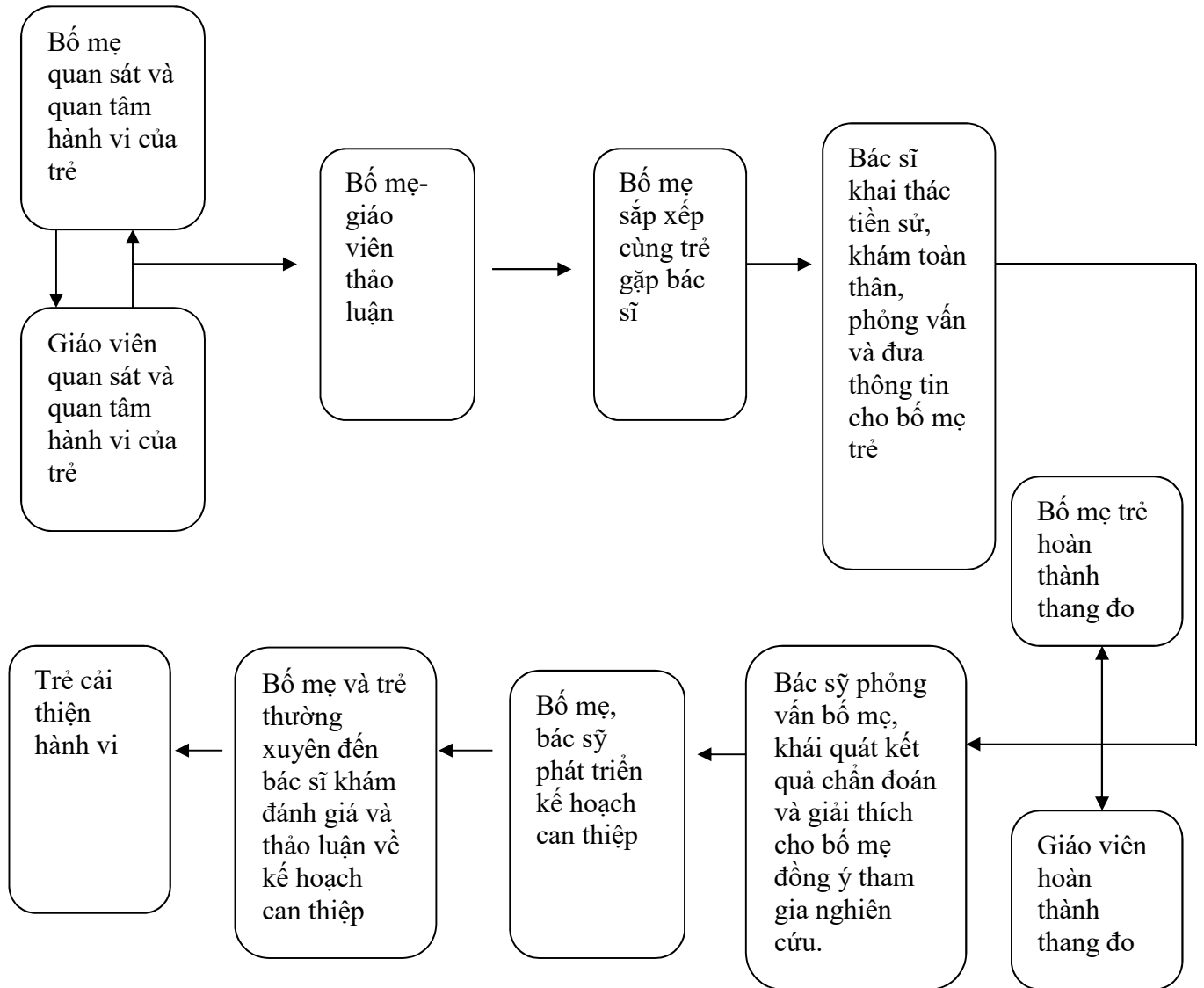
- Địa điểm nghiên cứu: phòng khám ngoại trú - Khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Cách thức thu thập số liệu: hướng dẫn bố/mẹ trẻ điền phiếu.

- Phân hành chính: tên, năm sinh, số tuổi, địa chỉ, thông tin về gia đình (tên, nghề nghiệp và trình độ văn hoá của bố mẹ).

- Bảng đánh giá ADHD và các rối loạn tâm thần khác kèm theo thang đo Vanderbilt mẫu đánh giá dành cho bố, mẹ của trẻ. Thang đánh giá gồm 55 câu.

- Cách đánh giá: mỗi dấu hiệu được chia thành các mức độ: không bao giờ, đôi khi, thường xuyên, rất thường xuyên. Ứng với mỗi mức độ được tính điểm từ 0 - 3. Riêng các rối loạn trong quan hệ và kết quả học tập được tính điểm từ 1 - 5 tương ứng với tốt, khá, trung bình, hơi kém và kém.



Hình 2.4. Khung lý thuyết đánh giá tăng động giảm chú ý và can thiệp hành vi

2.2.5. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

2.2.5.1. Tiêu chuẩn sàng lọc sức khỏe tâm thần học đường theo SDQ

Thang đo SDQ là thang đo sàng lọc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng của nhóm tác giả Park L.E và các cộng sự [40]. Thang đo SDQ được sử dụng sàng lọc sức khỏe tâm thần phục vụ Mục tiêu 1 và Mục tiêu 2.

- Thang đo rối loạn cảm xúc gồm các biểu hiện:

- + Mục 3: thường phàn nàn về đau đầu.
- + Mục 8: có nhiều lo lắng.
- + Mục 13: thường không hạnh phúc.
- + Mục 24: nhiều sợ hãi.

Điểm được tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”, “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”.

- Thang đo rối loạn cư xử gồm các biểu hiện:

- + Mục 5: thường nóng nảy.
- + Mục 7: vâng lời.
- + Mục 12: thường đánh nhau với trẻ khác.
- + Mục 18: thường nói dối.
- + Mục 22: thường ăn trộm từ nhà, ở trường hoặc nơi khác.

Điểm được tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”, “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”. Riêng mục số 7 thì mức độ “không”: 2 điểm, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”: 1 điểm và “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”: 0 điểm.

- Thang đo ADHD gồm các biểu hiện:

- + Mục 2: không ngừng nghỉ, hoạt động quá mức.
- + Mục 10: bồn chồn hoặc bất rút.
- + Mục 15: dễ xao nhãng và khó tập trung chú ý.

+ Mục 21: nghĩ trước khi hành động.

+ Mục 25: nhiều nhiệm vụ nghĩ đến kết quả.

Mục 2, 10, 15 điểm được tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”, “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”. Mục 21 và 25 thì mức độ “không”: 2 điểm, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”: 1 điểm và “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”: 0 điểm.

- Thang đo vấn đề trong quan hệ đồng lứa gồm các biểu hiện:

+ Mục 6: có xu hướng chơi một mình.

+ Mục 11: có ít nhất 1 bạn tốt.

+ Mục 14: được thích bởi bạn khác.

+ Mục 19: bị bắt nạt hoặc chế nhạo.

+ Mục 23: thích chơi với người lớn tuổi.

Mục 6, 19, 23 điểm được tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”, “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”. Mục 11 và 14 thì mức độ “không”: 2 điểm, “đôi khi đúng”/“thỉnh thoảng”: 1 điểm và “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”: 0 điểm.

- Thang đo hành vi tiền xã hội gồm các biểu hiện:

+ Mục 1: quan tâm đến cảm xúc người khác.

+ Mục 4: chia sẻ với người khác.

+ Mục 9: giúp đỡ nếu người khác tổn thương.

+ Mục 17: tốt với trẻ ít tuổi hơn.

+ Mục 20: thường tình nguyện giúp đỡ người khác.

Điểm tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “đôi khi đúng” “thỉnh thoảng”, “hoàn toàn đúng”/“thường xuyên”.

- Tổng điểm rối loạn tâm thần:

Được tạo bằng cộng tất cả các điểm các thang đo ngoại trừ thang đo hành vi tiền xã hội. Kết quả tổng điểm dao động từ 0 - 40 điểm.

- *Điểm rối loạn hướng nội và rối loạn hướng ngoại*

+ Điểm rối loạn hướng ngoại bằng tổng điểm từ 0 - 20 và là tổng điểm của thang đo rối loạn cư xử và tăng động giảm chú ý.

+ Điểm rối loạn hướng nội: có tổng điểm từ 0 - 20 và là tổng điểm của thang đo rối loạn cảm xúc và vấn đề với bạn đồng lứa.

- *Tác động khó khăn ở học sinh*

+ Thường xuyên “gặp khó khăn”.

+ Gặp khó khăn tại nhà.

+ Gặp khó khăn với bạn bè.

+ Gặp khó khăn ở lớp học.

+ Gặp khó khăn với các hoạt động vui chơi giải trí.

Điểm tính từ 0 - 2 theo các mức độ “không”, “chỉ chút ít”/“thỉnh thoảng”, “thường xuyên”/“nhiều”, “rất nhiều”.

Bảng 2.1. Điểm đánh giá rối loạn tâm thần theo SDQ bản tự điền

Rối loạn tâm thần	Mức độ		
	Bình thường	Nghi ngờ	Mắc
Tổng điểm rối loạn tâm thần	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Rối loạn cảm xúc	0 - 5	6	7 - 10
Rối loạn cư xử	0 - 3	4	5 - 10
ADHD	0 - 5	6	7 - 10
Quan hệ đồng lứa	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Tiền xã hội	6 - 10	5	0 - 4
Tác động khó khăn	0	1	2 - 10

2.2.5.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán và sàng lọc ADHD

Nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD theo thang đo Vanderbilt mẫu đánh giá dành cho cha mẹ (*phụ lục 2*).

- *Xác định mắc ADHD*: Trẻ được xác định mắc ADHD khi đảm bảo có các dấu hiệu ADHD như tiêu chuẩn DSM-IV, ngoài ra trẻ cần có thêm ít nhất 1 dấu hiệu về rối loạn quan hệ xã hội và kết quả học tập (câu 48 - 55) với mức độ là hơi kém và kém (thang điểm 4 - 5).

- *ADHD trội về giảm chú ý*:

- + Phải có điểm 2 hoặc 3 ở ít nhất 6 trong 9 câu hỏi ADHD từ câu 1 - 9.
- + Điểm 4 hoặc 5 của bất cứ bất cứ điểm về học tập và mối quan hệ câu 48 - 55.

- *ADHD trội về tăng động*:

- + Phải có điểm 2 hoặc 3 ở ít nhất 6 trong 9 câu hỏi ADHD từ câu 10 - 18.
- + Điểm 4 hoặc 5 của bất cứ bất cứ điểm về học tập và mối quan hệ câu 48 - 55.

- *ADHD dạng kết hợp*:

- + Nếu mắc cả 2 dạng giảm chú ý mà tăng động/bồng bột.

- *Chống đối thách thức*:

- + Điểm 2 - 3 ở ít nhất 4 trên 8 hành vi từ câu 19 - 26.
- + Điểm 4 hoặc 5 của bất cứ điểm học tập và mối quan hệ câu 48 - 55.

- *Điểm rối loạn cư xử*:

- + Điểm 2 - 3 ở ít nhất 3 trong số 14 hành vi ở câu hỏi từ 27 - 40.
- + Điểm 4 hoặc 5 của bất cứ điểm học tập và mối quan hệ câu 48 - 55.

- *Điểm lo âu/trầm cảm*

- + Điểm 2 hoặc 3 ở ít nhất 3 trong 7 câu hỏi về hành vi từ 41 - 47.
- + Điểm 4 hoặc 5 của bất cứ điểm học tập và mối quan hệ câu 48 - 55.

2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Làm sạch số liệu trước khi nhập số liệu.
- Nhập liệu bằng phần mềm epidata 3.1.
- Xử lý số liệu bằng chương trình STATA 12.0

Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu bao gồm:

- Các số liệu được tính ra trị số trung bình hay tỷ lệ %.
 - So sánh các trị số trung bình bằng thuật toán T-student.
 - So sánh 2 hay nhiều tỷ lệ % bằng thuật toán khi bình phương (χ^2), kiểm định tỷ lệ (t test).
 - Tỷ suất chênh (viết tắt là OR), khoảng tin cậy (viết tắt là CI) của tỷ suất chênh OR. Khoảng tin cậy 95% đối với OR nói lên rằng nhà nghiên cứu có thể tin đến 95% là khoảng tin cậy tính được có chứa giá trị thật của OR trong quần thể nghiên cứu từ đó đã rút mẫu ra. Khoảng tin cậy 95% CI có nghĩa là nếu tiến hành nghiên cứu 100 lần thì 95 lần kết quả OR sẽ nằm trong khoảng này, nếu 95%CI có chứa giá trị 1 thì không có ý nghĩa.
- Độ rộng của khoảng tin cậy cũng cho phép đánh giá mức độ biến thiên của kết hợp với giá trị của ngưỡng mẫu:
- + Nếu khoảng tin cậy càng hẹp thì cỡ mẫu càng lớn và mức độ biến thiên của kết hợp càng ổn định.
 - + Nếu khoảng tin cậy càng rộng thì cỡ mẫu càng nhỏ và mức độ dao động của kết hợp càng lớn.
- Mô hình hồi quy logistic đơn biến/đa biến để xác định mối liên quan đa biến giữa rối loạn tâm thần và các yếu tố liên quan.
 - Mức độ thay đổi (MĐTĐ): để đánh giá sự thay đổi về tỷ lệ các triệu chứng của ADHD sau can thiệp so với trước can thiệp theo công thức sau:

$$\text{MĐTD (\%)} = \frac{|P1 - P2|}{P1} \times 100$$

Trong đó: - MĐTD: mức độ thay đổi.

- P1: tỷ lệ tại thời điểm bắt đầu can thiệp.

- P2: tỷ lệ tại thời điểm sau can thiệp.

2.2.7. Sai số và cách hạn chế sai số

- Tránh sai số thu thập thông tin: khai thác kỹ các thông tin liên quan đến SKTT học sinh, cán bộ rà soát câu hỏi và kiểm tra mỗi khi phỏng vấn.
- Tránh mắc sai số hệ thống: mọi thuật ngữ chuyên môn về SKTT phải thống nhất, các chỉ số phải thống nhất giữa các cán bộ tham gia nghiên cứu.
- Sai số trong quá trình nhập liệu: trong quá trình nhập liệu có thể xảy ra sai số do người nhập. Để tránh sai số chúng tôi sử dụng 2 người nhập sau đó so sánh kết quả của 2 người, khi 2 bộ số liệu như nhau, lúc đó mới đưa vào phân tích số liệu.

2.2.8. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu sinh đã cố gắng thiết kế để đảm bảo tính khoa học, tính thực tiễn của nghiên cứu, tuy nhiên trong nghiên gặp một số hạn chế như sau:

- Sức khỏe tâm thần là lĩnh vực nhạy cảm, khi nghiên cứu tại trường học dễ ảnh hưởng đến các trường, do vậy, quá trình khảo sát và xin ý kiến các trường chỉ có 02 trường đại diện cho khu vực đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích chỉ xác định được tỷ số chênh mà không xác định được mối quan hệ nhân quả theo thời gian.
- Rối loạn tâm thần khi can thiệp là rất khó, đòi hỏi các chuyên gia đầu ngành, do vậy quá trình can thiệp chúng tôi phải thiết kế nghiên cứu tại bệnh viện, để đảm bảo việc can thiệp đạt hiệu quả. Mặt khác, rối loạn tâm thần có nhiều bệnh khác nhau, nhưng phổ biến ở học sinh là ADHD và các rối loạn kèm

theo. Do vậy trong nghiên cứu chúng tôi chỉ can thiệp ADHD và các rối loạn kèm theo.

2.2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi hội đồng xét duyệt đề cương do trường Đại học Y Dược Thái Bình thành lập phê duyệt và được sự đồng ý tham gia của bệnh viện Nhi Trung ương, trường THCS Cát Linh, quận Đống Đa, trường THCS Hồng Kỳ, huyện Sóc Sơn Hà Nội cũng như sự tự nguyện tham gia của đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương chấp thuận khi tiến hành nghiên cứu trên các học sinh mắc ADHD tại bệnh viện.

Quá trình thu thập số liệu, quá trình công bố kết quả nghiên cứu sẽ giữ kín bí mật đối với người tham gia nghiên cứu, đảm bảo an toàn và đảm bảo tính tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Người tham gia nghiên cứu được giải thích, cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu. Khi có sự tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu thì mới tiến hành phỏng vấn theo quy định.

Đối với các học sinh có ý định tự gây thương tích, làm đau bản thân cần có giải pháp bí mật gặp gỡ giáo viên, gia đình để tư vấn và có buổi tư vấn tìm hiểu các vấn đề học sinh đang gặp phải để có phương pháp xử trí kịp thời.

Các học sinh trong nhóm can thiệp có thể dừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội

3.1.1. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần học đường ở học sinh trung học cơ sở

Bảng 3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	550	49,2
	Nữ	568	50,8
Độ tuổi	11 tuổi	134	12,0
	12 tuổi	89	8,0
	13 tuổi	366	32,7
	14 tuổi	361	32,3
	15 tuổi	168	15,0
Tổng		1118	100,0

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, học sinh nam 49,2%, học sinh nữ 50,8%; học sinh 13 tuổi chiếm cao nhất 32,7%; học sinh 12 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8,0%.

Bảng 3.2. Điểm SDQ của các rối loạn tâm thần học đường (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

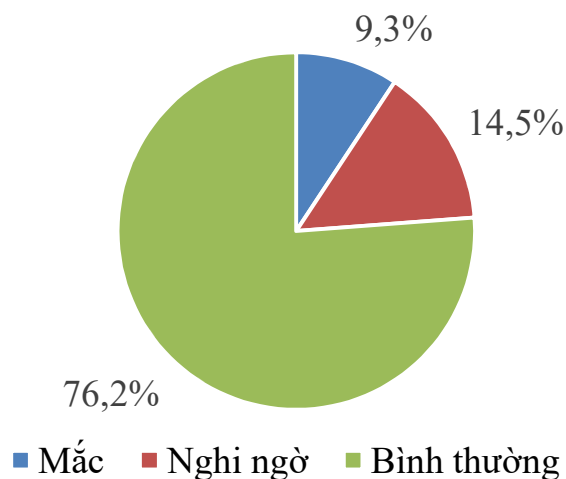
Điểm SDQ rối loạn cảm xúc là 3,9 \pm 2,3; vấn đề rối loạn cư xử là 2,0 \pm 1,7;

tăng động giảm chú ý $3,3 \pm 1,8$; 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 3.3. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo thang đo SDQ ($n = 1118$)

Chẩn đoán Rối loạn	Mắc		Nghĩ ngờ		Bình thường	
	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
Vấn đề về quan hệ đồng lứa	85	7,6	243	21,7	790	70,7
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

Kết quả bảng 3.3, học sinh bị tác động khó khăn chiếm cao nhất với 17,4%; tiếp đến vấn đề hành vi tiền xã hội 15,9% và rối loạn cảm xúc 13,7%.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá chung học sinh có vấn đề rối loạn tâm thần

Qua biểu đồ 3.1 thấy theo thang đo SDQ thì tỷ lệ học sinh có tổng điểm khó khăn đánh giá ở mức mắc rối loạn tâm thần là 104 học sinh chiếm 9,3% và 162 học sinh đánh giá ở mức nghi ngờ chiếm 14,5%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo giới tính (n = 1118)

Các loại rối loạn	Giới tính	Nam (n = 550)		Nữ (n = 568)		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn cảm xúc		58	10,5	95	16,7	< 0,05
Rối loạn cư xử		61	11,1	39	6,9	< 0,05
Tăng động, giảm chú ý		28	5,1	14	2,5	< 0,05
Có vấn đề về quan hệ đồng lứa		57	10,4	28	4,9	< 0,05
Có vấn đề hành vi tiền xã hội		102	18,5	76	13,4	< 0,05
Bị tác động khó khăn		118	21,5	76	13,4	< 0,05

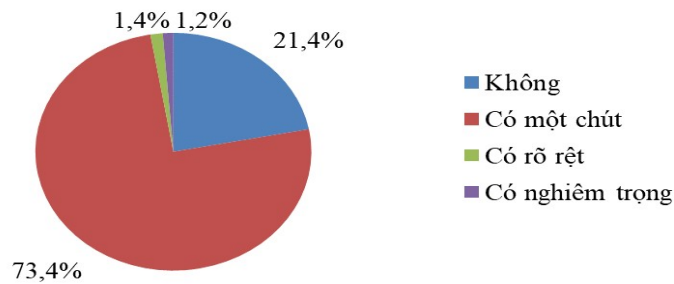
Bảng 3.4, rối loạn cư xử, tăng động giảm chú ý, quan hệ đồng lứa, hành vi tiền xã hội và bị tác động khó khăn ở học sinh nam cao hơn nữ; trong khi rối loạn cảm xúc ở nữ cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ rối loạn tâm thần học đường theo 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
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
RLCX	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
Vấn đề quan hệ đồng lứa	12	9,0	3	3,4	28	7,7	25	6,9	17	10,1	<0,05
Vấn đề 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 3.5, học sinh rối loạn cảm xúc; tăng động, giảm chú ý; bị tác động khó khăn tăng lên theo độ tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.1.2. Những khó khăn về cảm xúc và hành vi ở học sinh



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn về cảm xúc, hành vi (n=1118)

Biểu đồ cho thấy, có 78,6% học sinh gặp khó khăn; trong đó gặp khó khăn ở mức nghiêm trọng: 1,2%, khó khăn rõ rệt: 4,0% và khó khăn 1 chút 73,4%.

Bảng 3.6. Trải nghiệm khó khăn về cảm xúc, hành vi ở học sinh

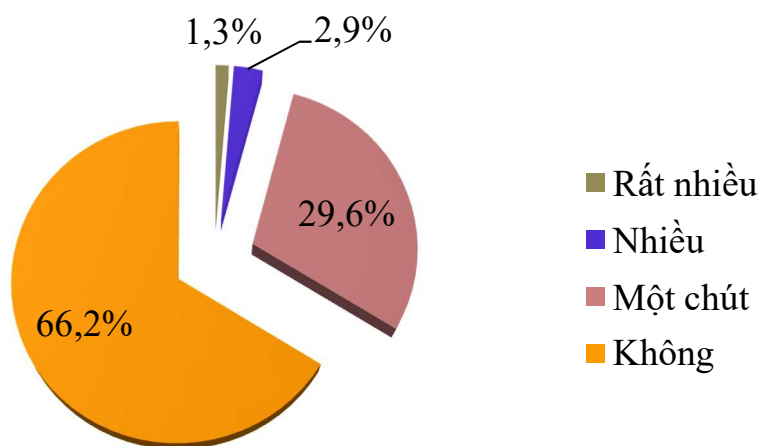
Khó khăn			Số lượng (n = 1118)	Tỷ lệ (%)
Thời gian học sinh trải nghiệm những khó khăn	Không gặp khó khăn		239	21,4
	Gặp khó khăn	< 1 tháng	687	61,5
		1 - 5 tháng	110	9,8
		6 - 12 tháng	25	2,2
		< 12 tháng	57	5,1
		Tổng	879	78,6
Khó khăn gặp phải gây bối rối hay muộn phiền	Không gặp khó khăn		239	21,4
	Gặp khó khăn	Không gây bối rối	178	15,9
		Một chút	548	49,0
		Nhiều	115	10,3
		Rất nhiều	38	3,4
		Tổng	879	78,6

Kết quả bảng 3.6, học sinh phải trải nghiệm khó khăn về cảm xúc, hành vi chiếm 78,6%; trong đó thời gian học sinh trải nghiệm những khó khăn về cảm xúc hành vi phần lớn ít hơn 1 tháng với tỷ lệ 61,5%. Khó khăn mà học sinh gặp phải gây bối rối hay muộn phiền ở mức một chút chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,0%; mức nhiều và rất nhiều chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,3% và 3,4%.

Bảng 3.7. Lĩnh vực học sinh gặp phải khó khăn về cảm xúc và hành vi

Mức độ khó khăn	Lĩnh vực học sinh gặp phải khó khăn							
	Sinh hoạt ở nhà		Quan hệ bạn bè		Học tập ở lớp		Hoạt động giải trí	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không khi nào	691	61,8	559	50,0	550	49,2	756	67,6
Một chút	345	30,9	404	36,1	381	34,1	236	21,1
Nhiều	59	5,3	120	10,7	132	11,8	71	6,4
Rất nhiều	23	2,1	35	3,1	55	4,9	55	4,9

Kết quả bảng 3.7 cho thấy, học sinh gặp khó khăn về cảm xúc hành vi khi học tập ở lớp chiếm tỷ lệ cao hơn so với các hoạt động khác; trong đó có 16,7% học sinh gặp khó khăn ở mức độ nhiều và rất nhiều.

**Biểu đồ 3.3. Những khó khăn học sinh gặp phải gây ảnh hưởng đến người xung quanh (n=879)**

Có tới 33,8% học sinh có gặp khó khăn, trong đó khó khăn rất nhiều 1,3%, khó khăn nhiều 2,9%.

3.1.3. Học sinh có hành vi tự gây thương tích/tự làm đau bản thân

Bảng 3.8. 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 3.8 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 3.9. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau theo giới tính

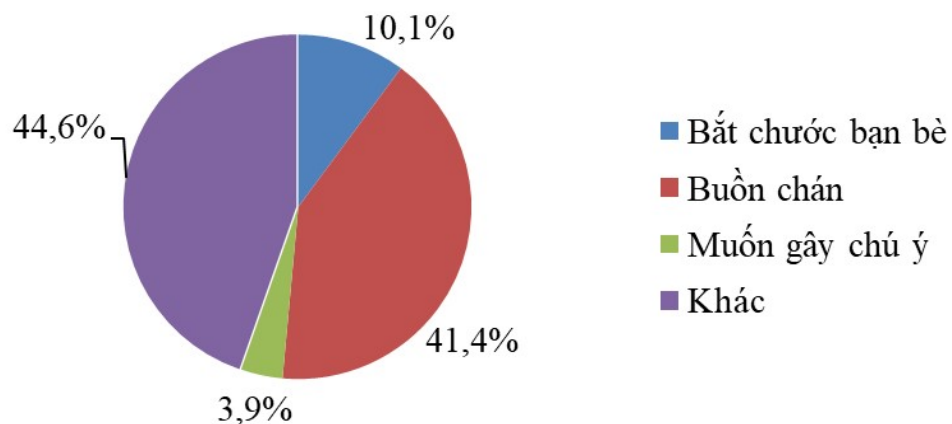
Mức độ \ Giới tính	Nam (n = 550)		Nữ (n = 568)		Tổng (n = 1.118)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ	243	44,2	292	51,4	535	47,8
Thỉnh thoảng	284	51,6	267	47,0	551	49,3
Thường xuyên	14	2,6	6	1,1	20	1,8
Rất thường xuyên	9	1,6	3	0,5	12	1,1
p < 0,05						

Qua kết quả bảng 3.9 cho thấy: học sinh nam chưa bao giờ tự gây thương tích/tự làm đau bản thân là 44,2% (như vậy có tới 55,8% học sinh nam tự gây thương tích/tự làm đau); tỷ lệ này cao hơn ở học sinh nữ ở tất cả các mức độ. Học sinh với mức độ thỉnh thoảng tự gây thương tích là cao nhất; ở nam chiếm tỷ lệ 51,6%; nữ là 47,0%. Có sự khác biệt về mức độ tự gây thương tích/tự làm đau bản thân giữa học sinh nam và nữ, với $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Tỷ lệ học sinh tự gây thương tích/tự làm đau theo tuổi (n = 1118)

Tự gây tích 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)	51	38,1	81	60,4	0	0	2	1,5
12 tuổi (n=89)	45	50,6	41	46,1	2	2,2	1	1,1
13 tuổi (n=366)	168	45,9	186	50,8	9	2,5	3	0,8
14 tuổi (n=361)	190	52,6	162	44,9	5	1,4	4	1,1
15 tuổi (n=168)	81	48,2	81	48,2	4	2,4	2	1,2
Tổng	535	47,8	551	49,3	20	1,8	12	1,1
p > 0,05								

Kết quả bảng 3.10 cho biết: học sinh ở độ tuổi 11 chưa bao giờ tự gây thương tích chiếm 38,1% (như vậy tỷ lệ tự gây thương tích là cao nhất 61,9%), trong đó chủ yếu ở mức độ thỉnh thoảng: 60,4%. Độ tuổi 14 tự gây thương tích thấp nhất với tỷ lệ 47,4%. Mặc dù vậy tỷ lệ tự gây thương tích không có sự khác biệt giữa các độ tuổi ($p > 0,05$).

**Biểu đồ 3.4. Lý do học sinh tự gây thương tích (n=583)**

Trong số 583 học sinh có ý định tự gây thương tích hay tự làm đau cho bản thân thì nguyên nhân do buồn chán chiếm 41,4%; do bạn bè 10,1%; muốn gây chú ý 3,9%.

Bảng 3.11. Tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử theo giới tính (n = 1118)

Mức độ 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 3.11 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 3.12. 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

Kết quả bảng 3.12, có 82,3% học sinh chưa bao giờ có ý nghĩ tự tử (như vậy tỷ lệ học sinh có ý nghĩ tự tử là 16,8%); 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 ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hà Nội

3.2.1. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc ở học sinh

Bảng 3.13. 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
	Nam	58	10,6	492	89,4	(1,20 - 2,42)
Đang sống cùng	Khác*	24	25,3	71	74,7	2,34
	Cả bố mẹ đẻ	129	12,6	894	87,4	(1,42 - 3,86)
Anh, chị, em ruột	Có	11	25,0	33	75,0	2,19
	Không	142	13,2	932	86,8	(1,08 - 4,43)

Kết quả bảng 3.13 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.

Học sinh nữ có rối loạn cảm xúc cao gấp 1,7 lần so với giới nam; học sinh không sống cùng với bố mẹ đẻ rối loạn cảm xúc cao gấp 2,34 lần học sinh sống cùng cả bố mẹ đẻ; học sinh có anh chị em ruột cao gấp 2,19 lần so với không có anh chị em ruột.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với rối loạn cảm xúc

<div> <div>Rối loạn cảm xúc</div> <div>Đặc điểm</div> </div>		Mắc (n= 153)		Không (n=965)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Động kinh	Mắc	3	60,0	2	40,0	9,63 (1,60-58,11)
	Không	150	13,5	963	86,5	
Đau đầu	≥1 lần/tháng	74	22,4	256	77,6	2,59 (1,83-3,67)
	Hiếm khi	79	10,0	709	90,0	
Đau bụng	≥1 lần/tháng	63	21,1	235	78,9	2,17 (1,53-3,10)
	Hiếm khi	90	11,0	730	89,0	
Rối loạn giấc ngủ	Có	29	32,6	60	67,4	3,53 (2,18-5,71)
	Không	124	12,0	905	88,0	
Hút thuốc lá	Có	15	31,3	33	68,7	3,07 (1,63-5,80)
	Không	138	12,9	932	87,1	
Bị bắt nạt trong trường	Có	60	21,5	219	78,5	2,20 (1,54-3,14)
	Không	93	11,1	746	88,9	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	38	26,8	104	73,2	2,74 (1,80-4,16)
	Không	115	11,8	861	88,2	
Bắt nạt người trong trường	Có	45	18,0	205	82,0	1,54 (1,06-2,26)
	Không	108	12,4	760	87,6	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	31	19,4	129	80,6	1,65 (1,06-2,56)
	Không	122	12,7	836	87,3	

Kết quả bảng 3.14 cho thấy, học sinh mắc động kinh, đau đầu ≥ 1 lần/tháng, đau bụng tái diễn ≥ 1 lần/tháng, có rối loạn giấc ngủ, có hút thuốc lá, bị bắt nạt trong trường, bị bắt nạt ngoài trường, bắt nạt người khác trong trường, bắt nạt người khác ngoài trường có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn cảm xúc.

Bảng 3.15. Mô hình hồi quy logistic đa biến ảnh hưởng đến rối loạn cảm xúc

Yếu tố liên quan	So sánh	OR	(95%CI)
<i>Giới tính</i>	<i>Nữ</i>	2,22	1,50 - 3,29
<i>Sống cùng bố mẹ đẻ</i>	<i>Không</i>	1,85	1,08 - 3,17
<i>Anh chị em ruột</i>	<i>Có</i>	2,04	0,93 - 4,48
<i>Động kinh</i>	<i>Mắc</i>	7,88	1,18 - 52,44
<i>Đau đầu</i>	≥ 1 lần/tháng	1,86	1,24 - 2,80
<i>Đau bụng</i>	≥ 1 lần/tháng	1,24	0,82 - 1,88
<i>Rối loạn giấc ngủ</i>	<i>Có</i>	2,64	1,57 - 4,43
<i>Hút thuốc lá</i>	<i>Có</i>	2,28	1,06 - 4,88
<i>Bị bắt nạt trong trường học</i>	<i>Có</i>	1,53	0,99 - 2,35
<i>Bị bắt nạt ngoài trường học</i>	<i>Có</i>	1,81	1,08 - 3,04
<i>Bắt nạt người khác trong trường</i>	<i>Có</i>	1,14	0,70 - 1,85
<i>Bắt nạt người khác ngoài trường</i>	<i>Có</i>	1,24	0,70 - 2,19

Kết quả phân tích ở bảng 3.15 cho thấy: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học sinh giới tính nữ, không sống cùng bố mẹ đẻ, mắc động kinh, đau đầu ≥ 1 lần/tháng, có rối loạn giấc ngủ, có hút thuốc lá, bị bắt nạt ngoài trường học với rối loạn cảm xúc.

3.2.2. Mối liên quan của một số yếu tố đến rối loạn cư xử

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa giới tính học sinh với rối loạn cư xử

Rối loạn cư xử	Mắc (n = 100)		Không (n = 1018)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính					
Nam	61	11,1	489	88,9	1,69 (1,11 - 2,58)
Nữ	39	6,9	529	93,1	

Kết quả cho thấy học sinh nam mắc rối loạn cư xử cao gấp 1,69 lần so với học sinh nữ với ($1,1 < OR < 2,58$).

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với rối loạn cư xử

Đặc điểm Rối loạn cư xử		Mắc (n = 100)		Không (n = 1080)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đau đầu	≥1 lần/tháng	40	12,1	290	87,9	1,67 (1,10 - 2,55)
	Hiếm khi	60	7,6	728	92,0	
Đau bụng tái diễn	≥1 lần/tháng	41	13,8	257	86,2	2,06 (1,35 - 3,14)
	Hiếm khi	59	7,2	761	92,8	
Rối loạn giấc ngủ	Có	17	19,1	72	80,9	2,69 (1,52 - 4,78)
	Không	83	8,1	946	91,9	
Uống rượu, bia	≥1 lần/tháng	40	19,4	166	80,6	3,42 (2,22 - 5,28)
	Hiếm khi	60	6,6	852	93,4	
Say rượu, bia	≥1 lần/tháng	19	43,2	25	56,8	9,32 (4,92 - 17,64)
	Hiếm khi	81	7,5	993	92,5	
Hút thuốc lá	Có	19	39,6	29	60,4	8,00 (4,30 - 14,89)
	Không	81	7,6	989	92,4	
Bị bắt nạt trong trường	Có	35	12,5	244	87,5	1,71 (1,11 - 2,64)
	Không	65	7,7	774	92,3	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	27	19,0	115	81,0	2,90 (1,79 - 4,70)
	Không	73	7,5	903	92,5	
Bắt nạt người trong trường	Có	47	18,8	203	81,2	3,56 (2,34 - 5,43)
	Không	53	6,1	815	93,9	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	41	25,6	119	74,4	5,25 (3,37 - 8,17)
	Không	59	6,2	899	93,8	

Kết quả bảng 3.17 cho thấy: học sinh mắc đau đầu ≥ 1 lần/tháng; đau bụng tái diễn ≥ 1 lần/tháng; có rối loạn giấc ngủ; uống rượu, bia ≥ 1 lần/tháng, có hút thuốc, bị bắt nạt trong trường, ngoài trường, bắt nạt người khác trong và ngoài trường học có mối liên quan với rối loạn cư xử.

Bảng 3.18. Mô hình hồi quy logistic đa biến ảnh hưởng đến rối loạn cư xử

Yếu tố liên quan	So sánh	OR	(95%CI)
Giới tính	Nam	1,18	0,74 - 1,90
Đau đầu	≥ 1 lần/tháng	0,98	0,58 - 1,65
Đau bụng	≥ 1 lần/tháng	1,82	1,09 - 3,05
Rối loạn giấc ngủ	Có	2,33	1,24 - 4,39
Uống rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	1,55	0,91 - 2,65
Say rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	3,07	1,30 - 7,25
Hút thuốc lá	Có	1,83	0,78 - 4,27
Bị bắt nạt trong trường học	Có	0,96	0,56 - 1,65
Bị bắt nạt ngoài trường học	Có	1,30	0,69 - 2,44
Bắt nạt người trong trường	Có	1,77	1,03 - 3,05
Bắt nạt người ngoài trường	Có	2,49	1,39 - 4,46

Kiểm định hồi quy logistic đa biến kết quả các yếu tố liên quan đến rối loạn cư xử ở học sinh là: đau bụng ≥ 1 lần/tháng, có rối loạn giấc ngủ, say rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có bắt nạt người trong trường và có bắt nạt người ngoài trường.

3.2.3. Mỗi liên quan một số yếu tố đến tăng động, giảm chú ý

Bảng 3.19. Mỗi liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với tăng động, giảm chú ý

Đặc điểm		Tăng động, giảm chú ý		Mắc (n = 42)		Không (n = 1076)		OR (95%CI)
				Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam			28	5,1	522	94,9	2,12 (1,1 - 4,08)
	Nữ			14	2,5	554	97,5	
Nghề bố	Nông nghiệp			11	2,2	479	97,8	0,44 (0,22 - 0,89)
	Khác			31	4,9	597	95,1	
Nghề mẹ	Nông nghiệp			14	2,5	545	97,5	0,49 (0,25 - 0,94)
	Khác			28	5,0	531	95,0	

Phân tích bảng 3.19 cho thấy: học sinh nam mắc ADHD gấp 2,12 lần học sinh nữ ($1,11 < OR < 4,08$). Học sinh có nghề bố, nghề mẹ làm nông nghiệp tỉ lệ mắc ADHD thấp hơn so với bố mẹ làm nghề khác là 0,44 lần và 0,49 lần.

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất, tâm thần với tăng động, giảm chú ý

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Đặc điểm</div> <div>Tăng động, giảm chú ý</div> </div>		Mắc (n = 42)		Không (n = 1076)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bệnh dị ứng	Mắc	11	7,7	132	92,3	2,54 (1,24 - 5,17)
	Không	31	3,2	944	96,8	
Uống rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	16	7,8	190	92,2	2,87 (1,51 - 5,45)
	Hiếm khi	26	2,9	886	97,1	
Hút thuốc lá	Có	7	14,6	41	85,4	5,05 (2,12 - 12,04)
	Không	35	3,3	1035	96,7	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	10	7,0	132	93,0	2,23 (1,07 - 4,65)
	Không	32	3,3	944	96,7	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	12	7,5	148	92,5	2,51 (1,26 - 5,01)
	Không	30	3,1	928	96,9	

Bảng 3.20 cho thấy có mối liên quan giữa một số đặc điểm của học sinh: mắc bệnh dị ứng, có uống rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có hút thuốc lá, bị bắt nạt ngoài trường và bắt nạt người ngoài trường với mắc ADHD. Học sinh có hút thuốc lá mắc ADHD cao gấp 5,05 lần học sinh không hút thuốc ($2,12 < OR < 12,04$); học sinh có uống rượu bia ≥ 1 lần/tháng cao hơn 2,87 lần và mắc bệnh dị ứng, bị bắt nạt ngoài trường và đi bắt nạt người ngoài trường đều mắc ADHD cao hơn 2,23 lần và 2,51 lần học sinh khác

Bảng 3.21. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan một số yếu tố với ADHD

Đặc điểm	So sánh	OR	(95%CI)
Giới tính	Nam	1,60	0,81 - 3,16
Bố làm nông nghiệp	Không	1,68	0,69 - 4,08
Mẹ làm nông nghiệp	Không	1,52	0,66 - 3,49
Bệnh dị ứng	Mắc	2,25	1,08 - 4,69
Uống rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	1,71	0,82 - 3,58
Hút thuốc lá	Có	2,15	0,75 - 6,11
Bị bắt nạt ngoài trường học	Có	1,57	0,70 - 3,51
Bắt nạt người khác ngoài trường	Có	1,48	0,66 - 3,31

Kết quả bảng 3.21 cho thấy, kiểm định mô hình hồi quy chỉ có yếu tố mắc bệnh dị ứng là có liên quan đến ADHD ở học sinh với $1,08 < OR < 4,69$.

3.2.4. Mối liên quan một số yếu tố với có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa giới tính với có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh

Giới tính \ Quan hệ đồng lứa	Có (n = 217)		Không (n = 901)		OR (95%CI)
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nữ	126	22,2	442	77,8	1,44 (1,07 - 1,94)
Nam	91	16,5	459	83,5	

Kết quả bảng 3.22 cho thấy, giới tính có mối liên quan với có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi. Học sinh nữ có vấn đề về quan hệ đồng lứa khả năng cao gấp 1,44 lần học sinh nam ($1,07 < OR < 1,94$).

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất với có vấn đề quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh

Quan hệ đồng lứa Đặc điểm		Có (n = 217)		Không (n = 901)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Say rượu, bia	≥1 lần/tháng	3	6,8	41	93,2	0,29 (0,09-0,96)
	Hiếm khi	214	19,9	860	80,1	
Hút thuốc lá	Có	3	6,3	45	93,7	0,27 (0,08-0,87)
	Không	214	20,0	856	80,0	
Bị bắt nạt trong trường học	Có	27	9,7	252	90,3	0,37 (0,24-0,56)
	Không	190	22,7	649	77,3	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	13	9,1	129	90,9	0,38 (0,21-0,69)
	Không	204	20,9	772	79,1	
Bắt nạt người trong trường	Có	36	14,4	214	85,6	0,64 (0,43-0,94)
	Không	181	20,8	687	79,2	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	20	12,5	140	87,5	0,55 (0,34-0,90)
	Không	197	20,6	761	79,4	

Các đặc điểm ở học sinh gồm: say rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có hút thuốc lá; bị bắt nạt trong trường học, bị bắt nạt ngoài trường học, bắt nạt người khác trong trường và bắt nạt người khác ngoài trường có mối liên quan đến vấn đề quan hệ đồng lứa tuổi.

Bảng 3.24. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi ở học sinh

Đặc điểm	So sánh	OR	(95%CI)
Giới tính	Nữ	1,29	0,95 - 1,75
Say rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	0,60	0,17 - 2,16
Hút thuốc lá	Có	0,45	0,12 - 1,62
Bị bắt nạt trong trường	Có	0,43	0,27 - 0,68
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	0,71	0,37 - 1,36
Bắt nạt người trong trường	Có	0,93	0,60 - 1,46
Bắt nạt người ngoài trường	Có	0,79	0,44 - 1,40

Hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ có đặc điểm học sinh bị bắt nạt trong trường học có liên quan đến học sinh có vấn đề về quan hệ đồng lứa tuổi ($0,27 < OR < 0,68$)

3.2.5. Mối liên quan của một số yếu tố đến bị tác động khó khăn

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với bị tác động khó khăn ở học sinh

Đặc điểm		Tác động khó khăn		CÓ (n = 194)		KHÔNG (n = 924)		OR (95%CI)
				Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam			118	21,5	432	78,5	1,77 (1,29 - 2,42)
	Nữ			76	13,4	492	86,6	
Tuổi	≥ 14 tuổi			105	19,8	424	80,2	1,39 (1,02 - 1,90)
	< 14 tuổi			89	15,1	500	84,9	

Học sinh nam có bị tác động khó khăn cao hơn học sinh nữ 1,77 lần ($1,29 < OR < 2,42$) và học sinh từ 14 tuổi trở lên cao hơn 1,39 lần học sinh dưới 14 tuổi ($1,02 < OR < 1,90$).

Bảng 3.26. *Mối liên quan giữa đặc điểm thể chất, tâm thần với bị tác động khó khăn ở học sinh*

<div>Tác động khó khăn</div> <div>Đặc điểm</div>		Có (n = 194)		Không (n = 924)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Động kinh	Mắc	4	80,0	1	20,0	19,43 (2,16-174,82)
	Không	190	17,1	923	82,9	
Chàm cơ địa	Mắc	8	57,14	6	42,9	6,58 (2,26-19,19)
	Không	186	16,9	918	83,1	
Đau đầu	≥1 lần/tháng	74	22,4	256	77,6	1,61 (1,16-2,22)
	Hiếm khi	120	15,2	668	84,8	
Đau bụng tái diễn	≥1 lần/tháng	67	22,5	231	77,5	1,58 (1,14-2,20)
	Hiếm khi	127	15,5	693	84,5	
Uống rượu, bia	≥1 lần/tháng	51	24,8	155	75,2	1,77 (1,23-2,54)
	Hiếm khi	143	15,7	769	84,3	
Say rượu bia	≥1 lần/tháng	15	34,1	29	65,9	2,59 (1,36-4,92)
	Hiếm khi	179	16,7	895	83,3	
Hút thuốc lá	Có	18	37,5	30	62,5	3,05 (1,66-5,59)
	Không	176	16,4	894	83,6	
Bị bắt nạt trong trường	Có	69	24,7	210	75,3	1,88 (1,35-2,62)
	Không	125	14,9	714	85,1	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	46	32,4	96	67,6	2,68 (1,81-3,97)
	Không	148	15,2	828	84,8	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	39	24,4	121	75,6	1,67 (1,12-2,49)
	Không	155	16,2	803	83,8	

Kết quả bảng 3.26 cho thấy, học sinh mắc động kinh có mối liên quan đến tác động khó khăn. Bị tác động khó khăn ở học sinh mắc động kinh cao gấp 19,43 lần học sinh không mắc động kinh ($2,16 < OR < 174,82$); Học sinh mắc chàm cơ địa bị tác động khó khăn gấp 6,58 lần học sinh không mắc chàm cơ địa ($2,26 < OR < 19,19$); các dấu hiệu khác như: có đau đầu ít nhất 1

lần/tháng, đau bụng tái diễn ít nhất 1 lần/tháng; uống rượu ít nhất 1 lần/tháng, say rượu ít nhất 1 lần/tháng, có hút thuốc lá, học sinh bị bắt nạt trong trường học, bị bắt nạt ngoài trường học, học sinh bắt nạt người khác ngoài trường đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với bị tác động khó khăn.

Bảng 3.27. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến bị tác động khó khăn ở học sinh (n=1118)

Đặc điểm	So sánh	OR	95% CI
Giới tính	Nam	1,58	1,13 - 2,22
Tuổi	≥ 14	1,35	0,97 - 1,88
Động kinh	Mắc	5,61	0,44 - 71,69
Chàm cơ địa	Mắc	5,21	1,56 - 17,46
Đau đầu	≥ 1 lần/tháng	1,23	0,84 - 1,80
Đau bụng tái diễn	≥ 1 lần/tháng	1,36	0,92 - 2,01
Uống rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	1,13	0,73 - 1,73
Say rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	1,00	0,43 - 2,34
Hút thuốc	Có	1,60	0,70 - 3,63
Bị bắt nạt trong trường	Có	1,39	0,95 - 2,05
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	1,84	1,15 - 2,96
Bắt nạt người khác ngoài trường	Có	1,11	0,70 - 1,75

Phân tích logistic đa biến cho thấy, chỉ có đặc điểm giới tính nam, mắc chàm cơ địa, bị bắt nạt ngoài trường có liên quan đến bị tác động khó khăn ở học sinh.

3.2.6. Mối liên quan một số yếu tố đến tự gây thương tích/tự làm đau

Bảng 3.28. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với hành vi tự gây thương tích/ tự làm đau ở học sinh

Tự gây thương tích Đặc điểm		Có (n = 583)		Không (n = 535)		OR 95%CI
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	307	55,8	243	44,2	1,34 (1,06-1,69)
	Nữ	276	48,6	292	51,4	
Tuổi	< 14	325	55,2	264	44,8	1,29 (1,02-1,64)
	≥ 14	258	48,8	271	51,2	
Tuổi bố lúc con sinh	> 33	164	44,7	203	55,3	0,64 (0,50-0,82)
	≤ 33	419	55,8	332	44,2	
Trình độ của bố	< THPT	446	55,5	358	44,5	1,61 (1,24-2,09)
	≥ THPT	137	43,6	177	56,4	
Nghề nghiệp của bố	Nông nghiệp	274	55,9	216	44,1	1,31 (1,03-1,66)
	Khác	309	49,2	319	50,8	
Tuổi mẹ khi sinh	> 33	33	38,4	53	61,6	0,55 (0,35-0,86)
	≤ 33	550	53,3	482	46,7	
Trình độ của mẹ	< THPT	440	55,3	356	44,7	1,55 (1,19-2,01)
	≥ THPT	143	44,4	179	55,6	
Nghề nghiệp của mẹ	Nông nghiệp	311	55,6	248	44,4	1,32 (1,05-1,67)
	Khác	272	48,7	287	51,3	

Các đặc điểm gồm: giới tính, độ tuổi, trình độ bố, nghề nghiệp của bố, trình độ mẹ, nghề nghiệp của mẹ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh. Tự gây thương tích/tự làm đau ở độ tuổi dưới 14 cao gấp 1,29 lần so với học sinh trên 14 tuổi.

Bảng 3.29. Mối liên quan giữa một số bệnh với hành vi tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Đặc điểm</div> <div>Tự gây thương tích</div> </div>		Có (n = 583)		Không (n = 535)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Dị ứng	Mắc	92	64,3	51	35,7	1,78 (1,24 - 2,56)
	Không	491	50,4	484	49,6	
Đau đầu	≥ 1lần/tháng	203	61,5	127	38,5	1,72 (1,32 - 2,23)
	Hiếm khi	380	48,2	408	51,8	
Đau bụng tái diễn	≥ 1lần/tháng	178	59,7	120	40,3	1,52 (1,16 - 1,99)
	Hiếm khi	405	49,4	415	50,6	

Kết quả bảng 3.29 cho thấy học sinh có hành vi tự gây thương tích khi mắc dị ứng cao gấp 1,78 lần học sinh không mắc ($1,24 < OR < 2,56$); tiếp đến là học sinh có biểu hiện đau đầu ít nhất 1lần/tháng cao hơn 1,72 lần ($1,32 < OR < 2,23$) và đau bụng tái diễn ít nhất 1 lần/tháng cao hơn 1,52 lần ($1,16 < OR < 1,99$) học sinh không bị.

Bảng 3.30. Mối liên quan một số rối loạn tâm thần với tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rối loạn tâm thần</div> <div>Tự gây thương tích</div> </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 3.31. Mối liên quan giữa một số hành vi với tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh ($n = 1118$)

<div>Tự gây thương tích</div> <div>Hành vi</div>		Có ($n = 583$)		Không ($n = 535$)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Uống rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	125	60,7	81	39,3	1,53 (1,12-2,08)
	Hiếm khi	458	50,2	454	49,8	
Say rượu, bia	≥ 1 lần/tháng	30	68,2	14	31,8	2,02 (1,06-3,85)
	Hiếm khi	553	51,5	521	48,5	
Hút thuốc lá	Có	32	66,7	16	33,3	1,88 (1,02-3,47)
	Không	551	51,5	519	48,5	
Bị bắt nạt trong trường	Có	166	59,5	113	40,5	1,49 (1,13-1,96)
	Không	417	49,7	422	50,3	
Bị bắt nạt ngoài trường	Có	103	72,5	39	27,5	2,73 (1,85-4,03)
	Không	480	49,2	496	50,8	
Bắt nạt người trong trường	Có	146	58,4	104	41,6	1,38 (1,04-1,84)
	Không	437	50,3	431	49,7	
Bắt nạt người ngoài trường	Có	96	60,0	64	40,0	1,45 (1,03-2,04)
	Không	487	50,8	471	49,2	

Kết quả bảng 3.31 cho thấy, các hành vi gồm học sinh đã từng uống rượu bia ≥ 1 lần/tháng, say rượu bia ≥ 1 lần/tháng, có hút thuốc lá; học sinh bị bắt nạt trong trường học và ngoài trường học, học sinh bắt nạt người khác trong trường học và ngoài trường học có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tự gây tổn thương/tự làm đau.

Bảng 3.32. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến tự gây thương tích/tự làm đau ở học sinh ($n = 1118$)

Đặc điểm	So sánh	OR	(95%CI)
<i>Giới tính</i>	<i>Nam</i>	<i>1,37</i>	<i>1,05 - 1,79</i>
<i>Tuổi</i>	<i><14</i>	<i>1,41</i>	<i>1,09 - 1,82</i>
<i>Tuổi bố khi con sinh</i>	<i><33</i>	<i>1,63</i>	<i>1,21 - 2,19</i>
<i>Trình độ bố</i>	<i><THPT</i>	<i>1,47</i>	<i>0,97 - 2,21</i>
<i>Nghề bố</i>	<i>Nông nghiệp</i>	<i>1,05</i>	<i>0,75 - 1,46</i>
<i>Tuổi mẹ khi sinh con</i>	<i><33</i>	<i>1,39</i>	<i>0,82 - 2,34</i>
<i>Nghề mẹ</i>	<i>Nông nghiệp</i>	<i>1,24</i>	<i>0,88 - 1,73</i>
<i>Trình độ mẹ</i>	<i><THPT</i>	<i>1,02</i>	<i>0,67 - 1,53</i>
<i>Dị ứng</i>	<i>Mắc</i>	<i>1,48</i>	<i>1,00 - 2,20</i>
<i>Bệnh khác</i>	<i>Mắc</i>	<i>1,36</i>	<i>0,97 - 1,92</i>
<i>Đau đầu</i>	<i>≥ 1 lần/tháng</i>	<i>0,94</i>	<i>0,83 - 1,06</i>
<i>Đau bụng tái diễn</i>	<i>≥ 1 lần/tháng</i>	<i>0,91</i>	<i>0,80 - 1,04</i>
<i>Rối loạn cảm xúc</i>	<i>Mắc</i>	<i>1,61</i>	<i>1,07 - 2,42</i>
<i>Rối loạn cư xử</i>	<i>Mắc</i>	<i>1,89</i>	<i>1,13 - 3,18</i>
<i>ADHD</i>	<i>Mắc</i>	<i>1,73</i>	<i>0,78 - 3,84</i>
<i>Vấn đề quan hệ đồng lứa</i>	<i>Có</i>	<i>0,83</i>	<i>0,60 - 1,15</i>
<i>Bị tác động khó khăn</i>	<i>Có</i>	<i>2,10</i>	<i>1,45 - 3,03</i>
<i>Uống rượu, bia</i>	<i>≥ 1 lần/tháng</i>	<i>1,18</i>	<i>0,82 - 1,70</i>
<i>Say rượu, bia</i>	<i>≥ 1 lần/tháng</i>	<i>0,98</i>	<i>0,43 - 2,23</i>
<i>Hút thuốc</i>	<i>Có</i>	<i>1,18</i>	<i>0,53 - 2,62</i>
<i>Bị bắt nạt trong trường</i>	<i>Có</i>	<i>0,91</i>	<i>0,73 - 1,13</i>
<i>Bị bắt nạt ngoài trường</i>	<i>Có</i>	<i>1,48</i>	<i>1,03 - 2,11</i>
<i>Bắt nạt người trong trường</i>	<i>Có</i>	<i>1,08</i>	<i>0,85 - 1,37</i>
<i>Bắt nạt người ngoài trường</i>	<i>Có</i>	<i>0,85</i>	<i>0,62 - 1,17</i>

Các yếu tố có liên quan đến tự gây tổn thương trong mô hình hồi quy là: giới tính nam, tuổi học sinh tuổi dưới 14, tuổi bố khi con sinh < 33, tiền sử có mắc dị ứng, rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, bị tác động khó khăn, bị bắt nạt ngoài trường học.

3.2.7. Mối liên quan của một số yếu tố với có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Bảng 3.33. Mối liên quan một số đặc điểm nhân khẩu học với ý nghĩ tự tử ở học sinh

Ý nghĩ tự tử Đặc điểm		Có (n = 188)		Không (n = 930)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nữ	111	19,54	457	80,46	1,49 (1,09 - 2,05)
	Nam	77	14,00	473	86,00	
Tuổi	≥14	104	19,66	425	80,34	1,47 (1,07 - 2,02)
	<14	84	14,26	505	85,74	

Bảng 3.33 cho thấy: giới tính, độ tuổi có mối liên quan với có ý nghĩ tự tử ở học sinh. Học sinh nữ có ý nghĩ tự tử cao hơn học sinh nam 1,49 lần. Độ tuổi ≥ 14 có ý nghĩ tự tử cao hơn 1,47 lần học sinh < 14 tuổi.

Bảng 3.34. Mối liên quan giữa một số bệnh, rối loạn thực thể với ý nghĩ tự tử ở học sinh

Ý nghĩ tự tử Bệnh		Có (n = 188)		Không (n = 930)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Động kinh	Mắc	3	60,00	2	40,00	7,51 (1,25 - 45,25)
	Không	185	16,62	928	83,38	
Dị ứng	Mắc	37	25,87	106	74,13	1,90 (1,29 - 2,94)
	Không	151	15,49	824	84,51	
Đau bụng tái diễn	≥1 lần/tháng	62	20,81	236	79,19	1,45 (1,03 - 2,03)
	Hiếm khi	126	15,37	694	84,63	
Rối loạn giấc ngủ	Có	28	31,46	61	68,54	2,49 (1,55 - 4,02)
	Không	160	15,55	869	84,45	

Kết quả bảng 3.34 cho thấy, có ý nghĩ tự tử ở học sinh mắc động kinh cao gấp 7,51 lần học sinh không mắc động kinh ($1,25 < OR < 45,25$); dị ứng, đau bụng tái diễn ≥ 1 lần/tháng, rối loạn giấc ngủ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với có ý nghĩ tự tử ở học sinh. Học sinh có rối loạn giấc ngủ có ý nghĩ tự tử cao gấp 2,49 lần học sinh không mất ngủ ($1,55 < OR < 4,02$).

Bảng 3.35. Mối liên quan giữa một số rối loạn tâm thần với có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Ý nghĩ tự tử RLTT		Có (n= 188)		Không (n=930)		OR (95%CI)
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn cảm xúc	Mắc	48	31,37	105	68,63	2,69 (1,83 - 3,96)
	Không	140	14,51	825	85,49	
Rối loạn cư xử	Mắc	38	38,00	62	62,00	3,55 (2,29 - 5,50)
	Không	150	14,73	868	85,27	
ADHD	Mắc	18	42,86	24	57,14	4,00 (2,12 - 7,53)
	Không	170	15,81	906	84,28	
Bị tác động khó khăn	Có	61	31,44	133	68,56	2,88 (2,02 - 4,11)
	Không	127	13,74	797	86,26	

Kết quả bảng 3.35 cho thấy rối loạn cảm xúc, rối loạn cư xử, tăng động giảm chú ý, có bị tác động khó khăn đều liên quan có ý nghĩa thống kê với việc học sinh có ý nghĩ tự tử. Có ý nghĩ tự tử ở học sinh mắc ADHD cao gấp 4,0 lần học sinh không mắc ($2,12 < OR < 7,53$). Học sinh mắc rối loạn cư xử cũng cao gấp 3,55 lần học sinh không mắc rối loạn cư xử ($2,29 < OR < 5,50$).

Bảng 3.36. Mối liên quan giữa một số hành vi với có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Ý nghĩ tự tử Hành vi		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	

Qua phân tích bảng 3.36 cho thấy 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. Có ý nghĩ tự tử ở học sinh say rượu, bia ≥ 1 lần/tháng cao hơn 3,32 lần học sinh không bị say rượu, bia ($1,77 < OR < 6,23$).

Bảng 3.37. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan giữa một số yếu tố đến có ý nghĩ tự tử học sinh

Đặc điểm	So sánh	OR	(95%CI)
Giới tính	Nữ	2,52	1,72 - 3,71
Tuổi	≥ 14	1,41	1,00 - 2,00
Động kinh	Mắc	4,81	0,53 - 43,56
Dị ứng	Mắc	1,40	0,87 - 2,24
Đau bụng	≥ 1 lần/tháng	0,86	0,58 - 1,28
Rối loạn giấc ngủ	Mắc	1,76	1,02 - 3,04
Rối loạn cảm xúc	Mắc	1,35	0,85 - 2,14
Rối loạn cư xử	Mắc	2,19	1,26 - 3,81
ADHD	Mắc	1,75	0,83 - 3,71
Tác động khó khăn	Có	2,32	1,53 - 3,52
Uống rượu, bia	Có	1,97	1,26 - 3,06
Say rượu, bia	Có	1,38	0,57 - 3,38
Hút thuốc	Có	0,96	0,39 - 2,36
Bị bắt nạt trong trường học	Có	2,29	1,53 - 3,42
Bị bắt nạt ngoài trường học	Có	0,93	0,55 - 1,59
Bắt nạt người khác trong trường	Có	1,01	0,64 - 1,61
Bắt nạt người khác ngoài trường	Có	1,30	0,76 - 2,23

Mô hình hồi quy cho thấy các yếu tố có liên quan đến ý nghĩ tự tử là: học sinh giới tính nữ, rối loạn giấc ngủ, rối loạn cư xử, tác động khó khăn, uống rượu và bị bắt nạt trong trường.

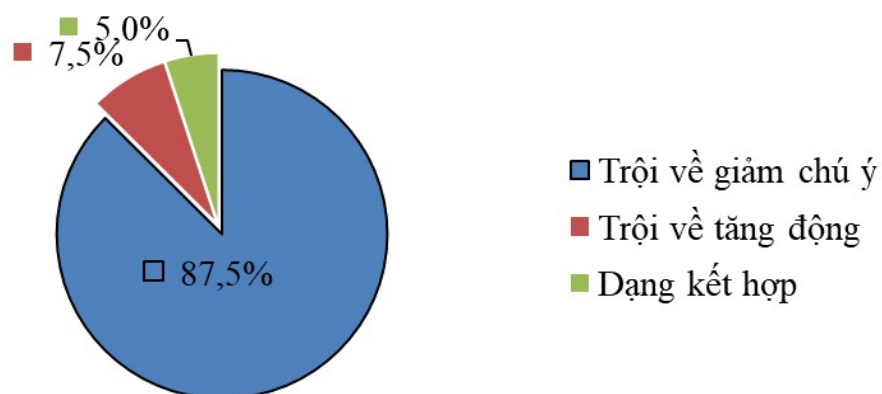
3.3. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị ADHD và các rối loạn tâm thần kèm theo từ năm 2016 đến 2020

3.3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.38. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
11 tuổi	40	33,3	1	0,8	41	34,1
12 tuổi	29	24,2	3	2,5	32	26,7
13 tuổi	29	24,2	1	0,9	30	25,1
14 tuổi	14	11,7	0	0,0	14	11,7
15 tuổi	2	1,6	1	0,8	3	2,4
Tổng	114	95,0	6	5,0	120	100,0

Bảng 3.38 cho thấy, trong 120 đối tượng mắc tăng động giảm chú ý can thiệp tại bệnh viện thì trẻ nam gặp chủ yếu (95,0%); tuổi gặp nhiều nhất 11 tuổi (34,1%).



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ trẻ rối loạn ADHD trước can thiệp (n =120)

Kết quả biểu đồ 3.5 thấy: trẻ mắc cả về giảm chú ý và tăng động chiếm hầu hết với 87,5%; tỷ lệ trội về giảm chú ý 7,5% và trội về tăng động 5,0%.

Bảng 3.39. Tỷ lệ một số rối loạn tâm thần phối hợp trước can thiệp

Rối loạn tâm thần	Số lượng (n = 120)	Tỷ lệ (%)
Tăng động giảm chú ý	120	100,0
Rối loạn chống đối thách thức	88	73,3
Rối loạn cư xử	17	14,2
Rối loạn lo âu, trầm cảm	56	46,7

Bảng 3.39 cho thấy, trước can thiệp 100% trẻ ADHD; 73,3% trẻ có kèm theo rối loạn chống đối thách thức; 14,2% có kèm rối loạn cư xử và 46,7% có kèm rối loạn lo âu, trầm cảm.

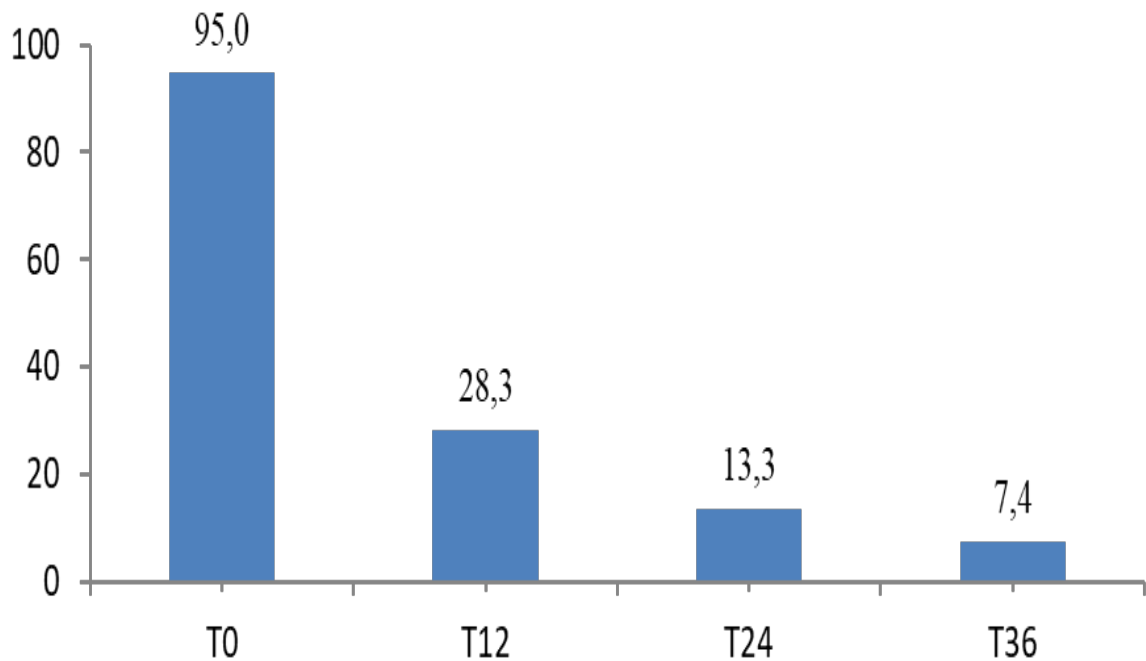
3.3.2. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị ADHD

Bảng 3.40. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng giảm chú ý

Thời điểm can thiệp Triệu chứng	Tỷ lệ % theo thời điểm				p (*)	MD TB (%)
	T0 (n=120)	T12 (n=120)	T24 (n=120)	T36 (n=81)		
Không chú ý vào chi tiết/mắc lỗi cầu thả	85,1	38,0	33,9	17,3	<0,05	79,7
Khó khăn duy trì chú ý	91,7	55,4	41,3	23,5	<0,05	74,4
Không chú ý nghe khi hội thoại	76,9	47,9	31,4	23,5	<0,05	69,5
Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ	82,6	54,5	32,2	19,8	<0,05	76,1
Khó khăn trong tổ chức	94,2	47,1	28,9	24,7	<0,05	73,8
Né tránh/ miễn cưỡng tham gia công việc đòi hỏi sự nỗ lực trí tuệ.	74,4	33,9	27,3	25,9	<0,05	65,1
Mất những đồ dùng cần thiết	62,8	25,6	21,5	19,8	<0,05	68,6
Dễ bị xao nhãng bởi kích thích bên ngoài	95,9	75,2	56,2	42,0	<0,05	56,2
Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày	88,4	43,8	30,6	19,8	<0,05	77,7

p()*: test thống kê so sánh tỷ lệ T0 và T36

Kết quả bảng 3.40 cho thấy, sau can thiệp có sự giảm dần tất cả các triệu chứng giảm chú ý theo thời gian tại các thời điểm: trước can thiệp, sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ % rối loạn giảm chú ý sau can thiệp

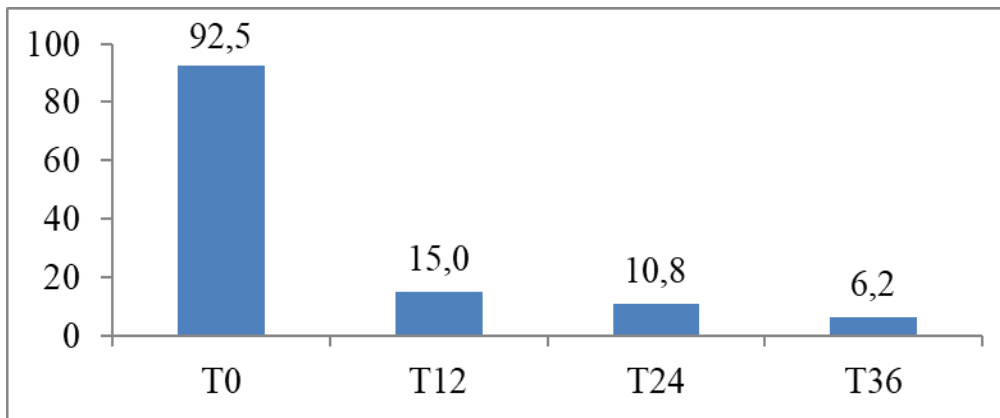
Tỷ lệ rối loạn giảm chú ý trước can thiệp 95,0%, giảm dần qua thời gian can thiệp và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ còn 7,4%, mức độ thay đổi giảm 92,2% ($p < 0,05$).

Bảng 3.41. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng tăng động

Triệu chứng	Tỷ lệ % theo thời điểm				p	MĐ TĐ (%)
	T0 n=120	T12 n=120	T24 n=120	T36 n=81		
Cựa quậy chân, tay, ngồi không yên	90,1	61,2	47,1	39,5	<0,05	56,1
Ra khỏi chỗ ngồi ở nơi cần ngồi yên	90,1	48,8	30,6	24,7	<0,05	72,6
Chạy, leo trèo quá mức	52,9	22,3	21,5	19,8	<0,05	62,7
Khó khăn khi tham gia hoạt động tĩnh	99,2	39,7	27,3	27,2	<0,05	72,6
Hoạt động luôn chân, tay	97,5	50,4	31,4	25,9	<0,05	73,4
Nói quá nhiều	92,6	34,7	24,8	21	<0,05	77,3
Bộ phát trả lời khi chưa hỏi	83,5	23,1	16,5	11,1	<0,05	86,7
Khó khăn khi chờ đợi đến lượt	31,4	13,2	13,2	11,1	<0,05	64,6
Ngắt quãng/chen ngang công việc/hội thoại người khác	90,1	29,8	19,8	14,8	<0,05	83,6

p()*: test thống kê so sánh tỷ lệ T0 và T36

Bảng 3.41 cho thấy, sau can thiệp có sự giảm dần tất cả các triệu chứng tăng động theo thời gian tại các thời điểm: trước can thiệp, sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ % rối loạn tăng động sau can thiệp

(Ghi chú T0, n=120, T12, n=120; T24, n=120; T36, n=81)

Biểu đồ 3.7 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 ($p < 0,05$).

Bảng 3.42. 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	
MỆTĐ	17,3%		2,0%		98,5%		87,7%	

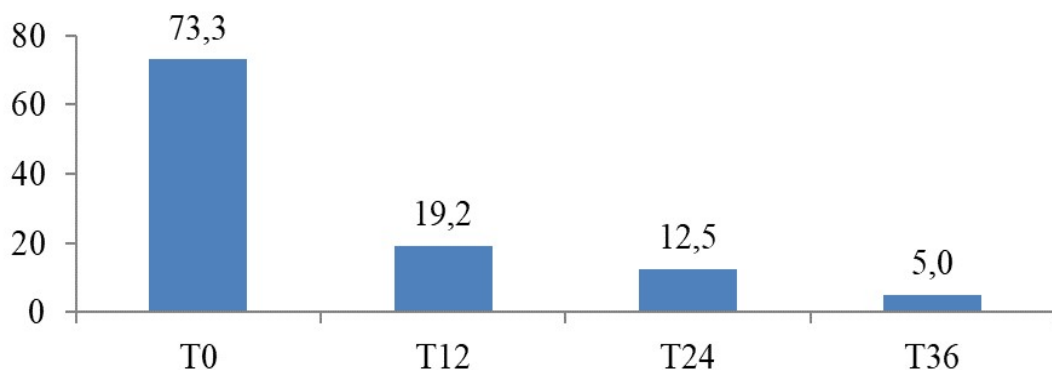
Đánh giá chung cho thấy ADHD giảm đều qua thời gian can thiệp, trong đó trước can thiệp 100% trẻ mắc ADHD, sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ giảm còn 12,3%, mức độ thay đổi giảm 87,7% ($p < 0,05$); trong đó ADHD loại kết hợp giảm nhiều nhất với mức độ thay đổi giảm 98,5% ($p < 0,05$).

3.3.2. Kết quả can thiệp hành vi điều trị các rối loạn tâm thần kèm theo

Bảng 3.43. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng chống đối thách thức

Thời điểm Triệu chứng	Tỷ lệ % theo thời điểm				p	MĐTĐ (%)
	T0 n=120	T12 n=120	T24 n=120	T36 n=81		
Cãi lại người lớn	55,4	15,7	12,4	6,2	<0,05	88,9
Khó kiềm chế	71,1	26,4	22,3	19,8	<0,05	72,2
Không tuân theo lời/từ chối yêu cầu, quy định	86,0	39,7	28,1	21,0	<0,05	75,6
Quấy rầy làm, phiền người khác	70,2	30,6	18,2	12,3	<0,05	82,4
Đổ lỗi cho người khác	66,1	30,6	20,7	18,5	<0,05	72,0
Dễ nổi giận hoặc bức tức với người khác	61,2	27,3	19,0	7,4	<0,05	87,9
Giận giữ/ bức bội	63,6	25,6	15,7	8,6	<0,05	86,4
Hằn học, muốn trả thù	38,8	18,2	10,7	3,7	<0,05	90,5

Bảng 3.43 cho thấy, sau can thiệp có sự giảm dần tất cả các triệu chứng chống đối theo thời gian tại các thời điểm: trước can thiệp, sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$).



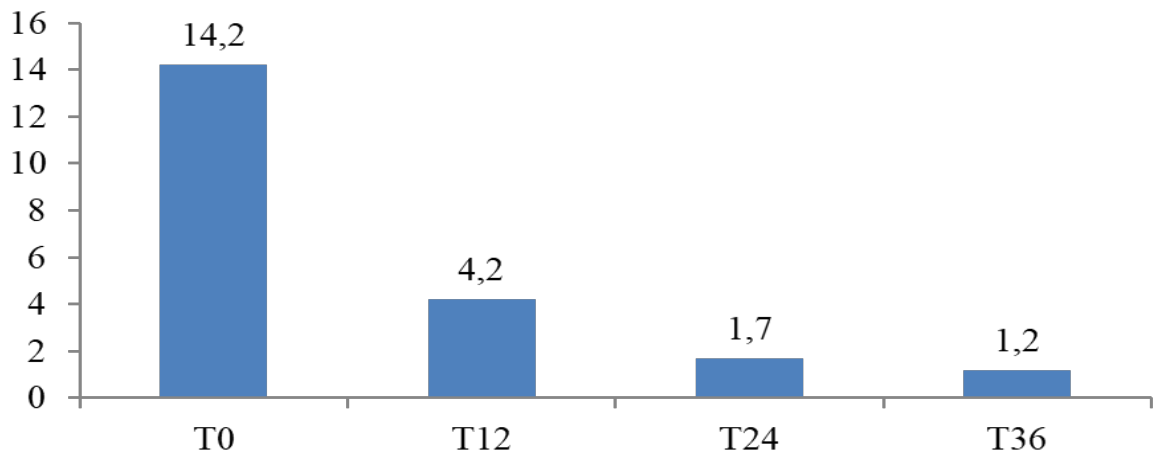
Biểu đồ 3.8. Tỷ lệ % rối loạn chống đối thách thức sau can thiệp

Rối loạn chống đối thách thức trước can thiệp 73,3%; tỷ lệ giảm dần và sau 36 tháng còn 5,0%, mức độ thay đổi giảm 93,2% ($p < 0,05$).

Bảng 3.44. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn cư xử

Thời điểm Triệu chứng	Tỷ lệ % theo thời điểm				p	MDTD (%)
	T0 (n = 120)	T12 (n = 120)	T24 (n = 120)	T36 (n = 81)		
Chửi tục, hăm dọa/đe dọa người khác	26,4	8,3	2,5	0	<0,05	100
Đánh nhau	20,7	9,1	6,6	4,9	<0,05	76,1
Nói dối kiếm lợi/ trốn tránh nhiệm vụ	23,1	7,4	5,0	1,2	<0,05	94,7
Trốn hoặc nghỉ học không lý do	4,1	1,7	1,7	1,2	<0,05	70,1
Độc ác với người khác	3,3	0	0	0	-	100
Lấy trộm những đồ vật có giá trị	5,8	1,7	1,7	1,2	<0,05	78,7
Cố ý phá hủy tài sản của người khác	8,3	5,0	2,5	1,2	<0,05	85,1
Sử dụng vật gây nguy hiểm người khác	4,1	0,8	0,8	1,2	<0,05	70,1
Độc ác với súc vật	6,6	3,3	0,8	1,2	<0,05	81,3
Nghịch lừa gây nguy hiểm	9,9	2,5	0,8	0	-	100,0
Phá hủy tài sản của người khác	8,3	0,8	0	0	-	100,0
Có vấn đề về tình dục với người khác	1,7	0,0	0	0	-	100,0

Sau can thiệp có sự giảm dần tất cả các triệu chứng: trước can thiệp, sau 12 tháng, sau 24 tháng và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$).



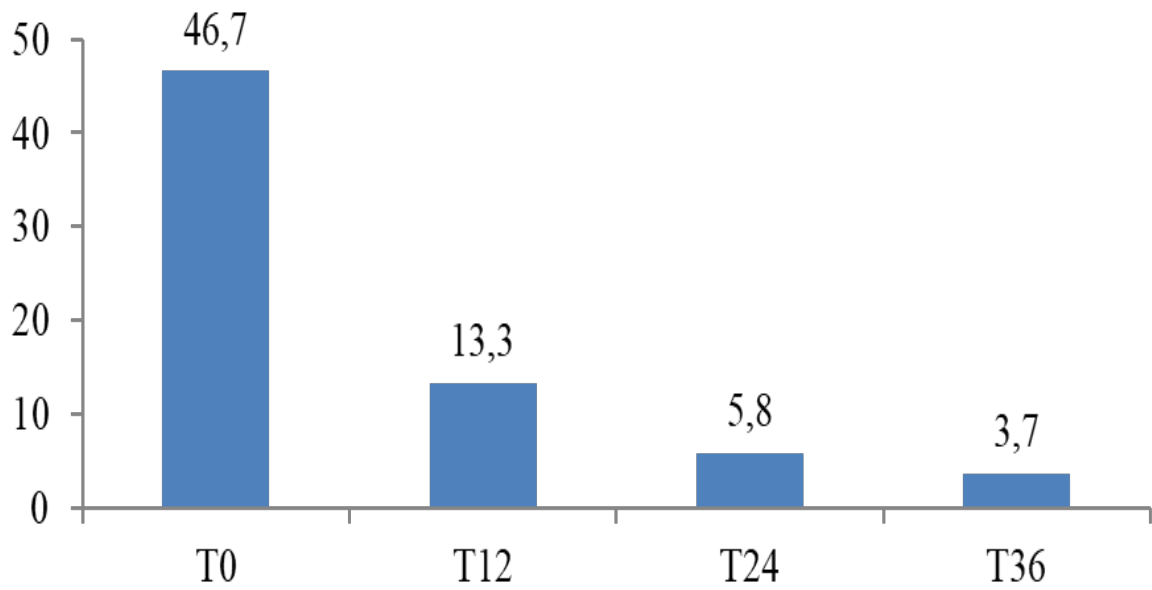
Biểu đồ 3.9. Tỷ lệ % rối loạn cư xử sau can thiệp

RLCX trước can thiệp 14,2%; tỷ lệ giảm dần qua thời gian can thiệp và sau 36 tháng can thiệp tỷ lệ còn 1,2%, mức độ thay đổi giảm 91,5% ($p < 0,05$).

Bảng 3.45. Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn lo âu, trầm cảm

Triệu chứng \ Thời điểm	Tỷ lệ % theo thời điểm				p	MD TB (%)
	T0 n=120	T12 n=120	T24 n=120	T36 n=81		
Sợ hãi, lo âu hoặc lo lắng	50,4	18,2	10,7	4,9	<0,05	90,2
Sợ thử điều mới vì lo sợ mắc lỗi	49,6	24,8	13,2	6,2	<0,05	87,6
Cảm thấy vô dụng kém cỏi	35,5	16,5	8,3	4,9	<0,05	86,1
Tự trách bản thân, cảm thấy có lỗi	24,8	8,3	3,3	1,2	<0,05	95,0
Cảm thấy cô đơn, vô tích sự, không được yêu quý	35,5	14,0	5,8	1,2	<0,05	96,5
Buồn rầu u sầu hoặc trầm cảm	20,7	9,9	4,1	1,2	<0,05	94,0
Kém tự tin, dễ bối rối	43,8	24,8	19,8	16,0	<0,05	63,4

Sau can thiệp có sự giảm dần tất cả các triệu chứng lo âu, trầm cảm theo thời gian tại các thời điểm: trước can thiệp, sau 12 tháng can thiệp, sau 24 tháng can thiệp và sau 36 tháng can thiệp ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.10. 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

Điểm rối loạn cảm xúc: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SDQ về dấu hiệu cảm xúc là $3,9 \pm 2,3$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn nhiều khi so sánh với tác giả Giannakopoulos và các cộng sự (2009) nghiên cứu ở học sinh tại Hy Lạp cho thấy điểm dấu hiệu cảm xúc là $3,0 \pm 2,1$ [105]. Theo Giannakopoulos và các cộng sự (2009) thì học sinh nam có điểm cảm xúc là thấp hơn học sinh nữ, trong đó học sinh độ tuổi 11 - 14 tuổi điểm cảm xúc ở nam $2,3 \pm 2,2$, nữ là $3,1 \pm 2,0$, học sinh độ tuổi 15 - 17: nam $2,5 \pm 2,0$, nữ $3,7 \pm 2,1$.

Điểm rối loạn cư xử: về rối loạn cư xử, theo DSM là dạng rối loạn có đặc điểm cơ bản là một khuôn mẫu lặp đi lặp lại và dai dẳng về hành vi trong quyền cơ bản của những người khác và các quy tắc chủ yếu phù hợp với độ tuổi hoặc luật bị xâm phạm. Điểm rối loạn cư xử theo SDQ gồm các biểu hiện nóng nảy, không vâng lời, đánh nhau, nói dối và trộm cắp, đây là những hành vi gây nguy hiểm cho bản thân mỗi học sinh và cho xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm rối loạn cư xử là $2,0 \pm 1,7$. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh với tác giả Giannakopoulos và cộng sự (2009) điểm về vấn đề cư xử là $2,0 \pm 1,5$, cũng theo tác giả Giannakopoulos và các cộng sự thì độ tuổi 11 - 14 tuổi học sinh nam có điểm rối loạn cư xử là $3,0 \pm 1,7$; còn học sinh nữ thấp hơn với điểm là $2,8 \pm 1,4$; độ tuổi 15 - 17 học sinh nam $3,0 \pm 1,5$; nữ $3,1 \pm 1,5$ [105].

Điểm tăng động giảm chú ý: tăng động, giảm chú ý khi mắc có thể có các vấn đề về tập trung, kiểm soát hành vi bắt buộc (có thể hành động mà không suy

ngữ về những gì kết quả sẽ mang lại), hoặc là tích cực quá mức. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm ADHD theo SDQ là $3,3 \pm 1,8$. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với tác giả Giannakopoulos và các cộng sự (2009) nghiên cứu ở học sinh tại Hy Lạp điểm về tăng động giảm chú ý theo SDQ là $3,6 \pm 2,2$ [105]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với Giannakopoulos và cộng sự (2009) điểm SDQ ở học sinh 11 - 14 tuổi nam là $3,1 \pm 2,2$, tương đương với nữ là $3,1 \pm 2,1$; độ tuổi 15 - 17 học sinh nam $3,9 \pm 2,2$, nữ là $4,1 \pm 2,2$.

Điểm mối quan hệ đồng lứa: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SDQ trong mối quan hệ đồng lứa là $2,7 \pm 1,7$. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với tác giả Giannakopoulos và cộng sự (2009) điểm về vấn đề quan hệ đồng lứa là $1,8 \pm 1,7$; trong đó độ tuổi 11 - 14; học sinh nam là $1,9 \pm 2,0$, cao hơn nữ $1,7 \pm 1,6$; độ tuổi 15 - 17 tuổi học sinh nam là $1,9 \pm 1,8$, học sinh nữ là $2,0 \pm 1,6$ [105].

Điểm hành vi tiền xã hội: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm hành vi tiền xã hội theo SDQ là $6,6 \pm 2,1$. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với tác giả Giannakopoulos và cộng sự (2009), hành vi tiền xã hội $8,1 \pm 1,8$ [105].

Điểm tác động những khó khăn: điểm tác động trải nghiệm những khó khăn về cảm xúc ở trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi điểm khó khăn theo thang đo SDQ là $0,7 \pm 1,4$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với Bevaart và Mieloo (2014), nghiên cứu học sinh độ tuổi 5 - 8 tuổi, cho thấy điểm SDQ về tác động do cha mẹ đánh giá là $0,82 \pm 1,54$, do giáo viên đánh giá là $1,2 \pm 1,4$ [106].

Tổng điểm RLTT theo SDQ được tính bằng điểm biểu hiện 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: rối loạn cảm xúc trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn cảm xúc tỷ lệ mắc là 13,7%, nghi ngờ 9,5%. Kết quả 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 [107]. Thấp hơn của tác giả Cury và Golfeto (2003) nghiên cứu ở học sinh, ở thang đo SDQ phiên bản dành cho cha mẹ học sinh 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 [108]. Thấp hơn Thabet và cộng sự (2000), trong đó sử dụng SDQ cho thấy biểu hiện về cảm xúc là 34,9% [109]. Thấp hơn Arman và các cộng sự (2012) tỷ lệ rối loạn cảm xúc theo SDQ lứa tuổi 6 - 18 là 24,5% [110].

Mặc dù vậy nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của nghiên cứu của Seyf Hashemi và các cộng sự (2015) nghiên cứu tại Iran cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm xúc theo SDQ do cha mẹ đánh giá là 8,4% mắc và 6,3% nghi ngờ [58]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thị Thuỳ Linh và cộng sự (2022) ở học sinh trung học phổ thông tại Hải Phòng cho thấy học sinh lo âu là 56%, trầm cảm là 30% [65].

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% [66]. 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% [107], thấp hơn Arman và các cộng sự (2012) [110], 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 [108].

Tương tự với Hashemi và các cộng sự nghiên cứu tại Iran cho thấy tỷ lệ rối loạn cư xử theo SDQ do cha mẹ đánh giá là 10,6 mắc và 10,4 nghi ngờ [58]. Theo DuPaul và cộng sự (2021) khi nghiên cứu các bài báo đăng tải trên thế giới trong 10 năm cho thấy tỷ lệ RLCX từ 1,8% cho đến 16,0% [111]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều khi so sánh với Thabet và cộng sự (2000), sử dụng SDQ, rối loạn cư xử là 22,7% [109]. Đàm Thị Bảo Hoa và cộng sự (2013) sử dụng thang đo SDQ thì tỷ lệ rối loạn hành vi ứng xử là 8,9% [112]. Tỷ lệ rối loạn tăng động giảm chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ là 3,8; nghi ngờ 6,0%.

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Cury và Golfeto (2003) sử dụng thang đo SDQ thì có 16,8% ADHD, với bộ câu hỏi được trả lời bởi giáo viên theo SDQ có 8,25% ADHD [108]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn khi so sánh với Thabet và cộng sự (2000), sử dụng SDQ cho thấy tỷ lệ ADHD là 8,5% [109]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với S. Arman và các cộng sự (2012), lứa tuổi 6 - 18 tuổi tỷ lệ ADHD theo SDQ là 23% [110].

Nghiên cứu chúng tôi thấp hơn Glazebrook và các cộng sự (2003), tỷ lệ ADHD ngoài cộng đồng theo SDQ ở nam là 19,5% mắc và 9,1% nghi ngờ; Ở nữ là 9,9% mắc và 5,7% nghi ngờ [107]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn Hashemi (2015) và cộng sự tại Iran cho thấy ADHD theo SDQ do cha mẹ đánh giá là 15,04% mắc và 11,03% nghi ngờ [58].

Mặc dù vậy nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhận định của DSM, theo DSM-5 hiện có 5% số trẻ mắc ADHD [21]. Tại Mỹ theo CDC tỷ lệ ADHD liên tục tăng từ 7,8% năm 2003 đến 9,5% năm 2007 và 11% năm 2011 [113].

Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Đàm Thị Bảo Hoa và Nguyễn Văn Tư (2013) ở học sinh ở Thành phố Thái Nguyên cho thấy tăng động, giảm chú ý gặp ở 32,2% số học sinh [112].

Vấn đề quan hệ đồng lứa tuổi: nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc là 7,6%, tỷ lệ nghi ngờ 21,7%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Cury và Golfeto (2003) nghiên cứu ở học sinh, ở thang đo SDQ phiên bản dành cho cha mẹ học sinh 14,0% có vấn đề trong tương tác các mối quan hệ [108]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với Arman và các cộng sự (2012), lứa tuổi 6 - 18 tuổi tỷ lệ ADHD theo SDQ là 23,0%; nghiên cứu tại Iran độ tuổi 6 - 18 tuổi tỷ lệ vấn đề trong quan hệ đồng lứa theo SDQ là 25,4% [110]. Thấp hơn khi so sánh với Glazebrook và các cộng sự (2003), tỷ lệ quan hệ đồng lứa ngoài cộng đồng theo SDQ ở nam là 13,4% mắc và 10,4% nghi ngờ; ở nữ là 10,1% mắc và 10,2% nghi ngờ [107]. Thấp hơn khi so sánh với Hashemi và cộng sự (2015) cho thấy tỷ lệ vấn đề quan hệ đồng lứa theo SDQ là 16,1% mắc và 19,4% nghi ngờ [58].

Tỷ lệ vấn đề hành vi tiền xã hội: học sinh có vấn đề hành vi tiền xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc là 15,9%, nghi ngờ 13,%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Arman và các cộng sự (2012), nghiên cứu tại Iran độ tuổi 6 - 18 tuổi sử dụng thang đo SDQ cho thấy tỷ lệ học sinh có vấn đề hành vi tiền xã hội là 5,7% [110]. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với Hashemi và các cộng sự (2015) nghiên cứu tại Iran đánh giá theo thang đo SDQ tỷ lệ vấn đề hành vi tiền xã hội mắc là 3,1% nghi ngờ là 4,4% [58].

Bị tác động bởi khó khăn: kết quả nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tỷ lệ bị sự tác động ở trẻ theo thang đo SDQ có 17,4% mắc và 12,0% nghi ngờ. So sánh với nghiên cứu của tác giả Cury và Golfeto (2003) nghiên cứu học sinh độ tuổi 6 - 11 tuổi có tỷ lệ bị tác động theo thang đo SDQ với việc cha mẹ

đánh giá là 10,2%, do giáo viên đánh giá là 4,58% [108]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Arman và các cộng sự (2012), nghiên cứu tại Iran độ tuổi 6 - 18 tuổi sử dụng thang đo SDQ cho thấy tỷ lệ học sinh bị tác động khó khăn là 5,7% [110]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều khi so sánh với Seyf Hashemi và các cộng sự (2015) nghiên cứu tại Iran cho thấy đánh giá theo SDQ do cha mẹ đánh giá tỷ lệ bị tác động khó khăn lên tới 68,4% mắc và 3,5% nghi ngờ [58].

Đánh giá chung về Tổng điểm khó khăn về cảm xúc hành vi: trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc là 9,3%, tỷ lệ nghi ngờ là 14,5%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của 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 sức khỏe tâm thần chung là 38,1% [66].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với Đặng Thị Thương và cộng sự (2020) tỷ lệ học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần của trường THPT Kim Liên và trường THPT Đông Anh trong thời kỳ dịch COVID-19 lần lượt là 6,8% và 17,3% ($p < 0,001$) [68]. Kết quả của chúng tôi cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Cury và Golfeto (2003) nghiên cứu ở học sinh, ở thang đo SDQ phiên bản dành cho cha mẹ học sinh 8,25% có vấn đề khi đánh giá chung về tổng điểm [108].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với Gao và các cộng sự (2013) trong đó sử dụng SDQ cho thấy tại Nhật là 10%, Anh 10%, Trung Quốc 11% [114]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Arman và các cộng sự (2012), nghiên cứu tại Iran độ tuổi 6 - 18 tuổi sử dụng thang đo SDQ cho thấy tỷ lệ học sinh mắc là 26% [110]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với đánh giá của Hashemi và cộng sự (2015) theo thang đo SDQ do cha mẹ đánh giá tỷ lệ này là 9,6% mắc và 9,7% nghi ngờ [58]. Như vậy, khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác cùng sử dụng thang đo

có sự khác biệt ở những quần thể khác nhau ở các quốc gia khác nhau. Điều này cũng có thể là do sự khác biệt các điều kiện kinh tế, xã hội, các chuẩn mực xã hội và lối sống của học sinh.

Tỷ lệ rối loạn tâm thần theo giới tính: về rối loạn cảm xúc trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam là 10,5% thấp hơn ở nữ 16,7%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Giannakopoulos và các cộng sự (2009) thì học sinh nam có điểm cảm xúc là thấp hơn học sinh nữ, trong khi điểm về rối loạn cư xử, tăng động giảm chú ý, vấn đề quan hệ đồng lứa, vấn đề hành vi tiền xã hội và bị tác động khó khăn ở nam là cao hơn ở nữ [105].

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 ($p < 0,05$). 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 [105]. 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. Những khó khăn về cảm xúc và hành vi ở học sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21,4% học sinh không gặp khó khăn về cảm xúc hành vi, trong khi tỷ lệ gặp khó khăn chiếm 78,6%, đa số gặp khó khăn một chút với 73,4%, khó khăn rõ rệt chiếm 4,0% và mức độ nghiêm trọng chiếm 1,2%. Nhìn chung thời gian trải nghiệm những khó khăn dưới 1 tháng chiếm đa số với 61,5% số học sinh, khó khăn từ 1 - 5 tháng chiếm 9,8%, khó khăn từ 6 - 12 tháng chiếm 2,2%, khó khăn từ trên 12 tháng chiếm

5,1%. Các học sinh gặp khó khăn gây bối rối, muộn phiền chiếm đến 62,7%, trong đó mức độ nhiều và rất nhiều chiếm 13,7%. Những khó khăn của học sinh kéo dài dai dẳng thường làm cho trẻ rối loạn tâm thần, lâu dần có thể gây ra các ảnh hưởng nặng nề như rối loạn chống đối xã hội, phụ thuộc chất gây nghiện... Mặt khác, đây cũng là căn nguyên có thể dẫn tới các hành vi tự làm đau, có ý nghĩ tự tử.

Các khía cạnh học sinh gặp khó khăn về cảm xúc hành vi cao nhất ở khía cạnh ở lớp học 51,8%, ở mức độ rất nhiều 4,9%, mức độ nhiều 11,8%, mức độ một chút 34,1%. Điều này phản ánh thực tế hiện nay, học sinh phải học thêm nhiều, mặt khác áp lực thi và áp lực điểm cao cũng là một trong những nguyên nhân chính gây khó khăn ở học sinh THCS.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khó khăn với bạn bè chiếm 50,0%, trong đó mức độ rất nhiều chiếm 3,1%, mức độ nhiều chiếm 10,7%, mức độ một chút chiếm 36,1%. Học sinh độ tuổi 11 - 15 tuổi là độ tuổi bắt đầu có những thay đổi về tâm lý, sinh lý. Đây là độ tuổi có thể gặp những trở ngại, khó khăn trong các mối quan hệ về giới tính. Kết quả này cho thấy, cần có sự hướng dẫn và giúp học sinh phát triển các mối quan hệ bạn bè.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khó khăn gặp phải ở học sinh trong sinh hoạt tại nhà chiếm 38,2%; trong đó khó khăn mức độ rất nhiều chiếm 2,1%, mức độ nhiều 5,3%, mức độ một chút chiếm 30,9%. Học sinh bắt đầu ở độ tuổi dậy thì, phát triển cảm xúc và hành vi bắt đầu có những thay đổi. Do vậy mối quan hệ tại gia đình có những thay đổi, do đó học sinh gặp khó khăn trong sinh hoạt và mối quan hệ với các thành viên trong gia đình.

Hoạt động giải trí, học sinh gặp khó khăn chiếm tỷ lệ 33,4%, trong đó mức độ rất nhiều chiếm 4,9%, mức độ nhiều chiếm 6,4%, mức độ một chút chiếm 21,1%. Các hoạt động giải trí ở trẻ có những thay đổi đi kèm với sự phát triển thể chất và tâm lý của trẻ. Khi trẻ không đảm bảo thể chất có thể gặp khó

khăn, hoặc mối quan hệ với bạn bè không tốt cũng có thể là nguyên nhân khiến trẻ gặp khó khăn trong các hoạt động giải trí.

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

Kết quả của chúng tôi cho thấy 52,2% số học sinh đã từng tự gây tổn thương bản thân trong 6 tháng qua. 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 [81]. Theo tác giả Hawton và cộng sự (2012) thì tự làm đau thường lặp đi lặp lại ở người trẻ biểu hiện tới bệnh viện do tự làm đau khoảng một nửa có tiền sử tự làm đau và 18,0% lặp lại trong khoảng một năm trở lại [81]. Tự làm đau có mối liên quan chặt chẽ với tự tử thành công với khoảng từ 40 - 60% các trường hợp chết do tự tử có tiền sử tự làm đau, dường như đó là một dự đoán lâu dài về tự tử. Theo Hawton và cộng sự thì một chuỗi các nghiên cứu trường hợp cho thấy 80% trẻ chết do tự tử đã tự làm đau trong một năm trước đó [81].

Trong nghiên cứu tỷ lệ tự gây tổn thương cao nhất ở độ tuổi 11 với 61,9%. Độ tuổi 14 có tỷ lệ tự gây tổn thương thấp nhất với tỷ lệ 47,4%; tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tự tổn thương có sự khác biệt theo độ tuổi là do ở mỗi độ tuổi có những thay đổi khác nhau về vấn đề sinh lý, các vấn đề về quan hệ với các thành viên trong gia đình, bạn bè, trong học tập và các hoạt động vui chơi, giải trí.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tự gây tổn thương có sự khác biệt theo giới tính, trong đó tự gây tổn thương ở học sinh nam (55,8%) cao hơn so với học sinh nữ (48,6%) ở tất cả các mức độ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tự gây thương tích cho bản thân là hành động chán nản, thất vọng, hoặc cao hơn nữa là tuyệt vọng, là khi học sinh không có kỹ năng đương đầu với

những khó khăn, thách thức mà lứa tuổi học sinh gặp phải. Điều này cho thấy vấn đề hỗ trợ tâm lý ở lứa tuổi này là rất quan trọng.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chuyên biệt về hành vi tự gây tổn thương lứa tuổi vị thành niên. Báo cáo điều tra quốc gia về thanh niên và vị thành niên với bản lần thứ nhất (2003) cho tỷ lệ 2,7% thanh niên và vị thành niên có các hành vi tự hại bản thân và bản lần thứ hai (2008) là 7,5%. Con số tương đối thấp so với nghiên cứu trên thế giới và nghiên cứu của chúng tôi. Có lẽ lý do ở việc chọn mẫu [22], [24].

Có nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng tự gây tổn thương, bao gồm buồn chán chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,3%, bất chước bạn bè 10,1% và muốn gây chú ý 3,9%. Học sinh gặp những chuyện buồn chán có thể do nhiều nguyên nhân như thành tích học tập thấp, thiếu sự quan tâm cha mẹ đều có thể gây ra tình trạng tự gây thương tích.

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 $p < 0,05$.

Tỷ lệ có ý định tự tử trong nghiên cứu chúng tôi tương tự của Scott và cộng sự (2012) nghiên cứu trên độ tuổi 12 - 30 tuổi cho thấy 16,0% (77/494) ghi nhận là cuộc sống không còn giá trị sống và hơn 16,0% (81/494) nghĩ đến cái chết hoặc có ý định tự tử [115]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Beautrais và cộng sự (2006) tại New Zealand độ tuổi từ 16 tuổi cho

thấy 15,7% số trẻ đã từng có ý nghĩ tự tử, 3,2% số trẻ có ý nghĩ tự tử trong 12 tháng qua [116]. So sánh với nghiên cứu của tác giả Shoval và các cộng sự (2012) tại Israel ở trẻ vị thành niên cho thấy ý định tự tử trong vòng 4 tuần là 4,1% [117].

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

4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc ở học sinh

Yếu tố nhân khẩu học

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 [114].

Một số đặc điểm thể chất

Kết quả nghiên cứu cho thấy các đặc điểm về thể chất bao gồm động kinh, đau đầu, đau bụng tái diễn, hút thuốc lá, bị bắt nạt trong trường học, bị bắt nạt ngoài trường học, bắt nạt người khác trong trường học, bắt nạt người khác ngoài trường học có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn cảm xúc ở học sinh ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Egger và cộng sự (1999) nghiên cứu quần thể 3.733 trẻ từ 9 - 16 tuổi tại Great Smoky

Mountains, Mỹ qua việc khám các dấu hiệu thực thể (đặc biệt là các dấu hiệu đau dạ dày, đau đầu và đau cơ) và mối liên quan đến rối loạn lo âu xã hội và rối loạn lo âu lan tỏa, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng ở các học sinh nữ các dấu hiệu rối loạn thực thể có mối liên quan với các rối loạn lo âu và có 60,0% học sinh nữ có ít nhất một rối loạn lo âu có dấu hiệu rối loạn thực thể so với 12,0% không mắc rối loạn lo âu [118].

Theo nghiên cứu của Kovács và Borcsa (2017) đã tìm ra mối liên quan giữa các dấu hiệu rối loạn thực thể với các dấu hiệu lo âu [16]. Kovács và Borcsa cho thấy các dấu hiệu rối loạn thực thể là biểu hiện chiếm chủ yếu ở rối loạn lo âu và nghiên cứu chỉ ra rằng các dấu hiệu thực thể đóng một vai trò quan trọng ở trạng thái lo âu.

Liên quan của hút thuốc lá

Trong nghiên cứu của chúng tôi học sinh hút thuốc lá có rối loạn cảm xúc là 31,3% cao gấp 3,1 lần (95%CI: 1,63 - 5,80) so với học sinh không hút thuốc lá với tỷ lệ 12,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu phân tích tổng hợp của Theo DuPaul và cộng sự (2021) cho thấy mối liên hệ giữa rối loạn lo âu, trầm cảm và lạm dụng chất kích thích và ma túy [111].

Liên quan của bạo lực học đường

Trong nghiên cứu của chúng tôi bạo lực học đường có mối liên quan đến rối loạn cảm xúc. Trong đó, rối loạn cảm xúc ở học sinh bị bắt nạt trong trường học là 21,5% cao gấp 2,2 lần (95%CI: 1,54 - 3,14) học sinh không bị bắt nạt với tỷ lệ rối loạn cảm xúc là 11,1%. Rối loạn cảm xúc ở học sinh bị bắt nạt ngoài trường học là 26,8% cao gấp 2,7 lần (95%CI: 1,80 - 4,16) học sinh không bị bắt nạt với tỷ lệ rối loạn cảm xúc là 11,8%. Ở học sinh bắt nạt người khác trong trường cao gấp 1,54 lần học sinh không bắt nạt người khác

(95%CI: 1,06 - 2,26); ở học sinh bắt nạt người khác ngoài trường học cao gấp 1,65 học sinh không bắt nạt người khác (95%CI: 1,06 - 2,56).

Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy các yếu tố giới tính nữ, không sống cùng cha mẹ đẻ, mắc động kinh, đau đầu, rối loạn giấc ngủ, hút thuốc, bị bắt nạt ngoài trường học ảnh hưởng đến rối loạn cảm xúc. So sánh 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 thì các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn cảm xúc gồm tuổi, giới tính nữ, không có bố hoặc mẹ, khu vực sinh sống, điều kiện kinh tế [114].

4.2.2. Mối liên quan của một số yếu tố đến rối loạn cư xử ở học sinh

Yếu tố nhân khẩu học

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 cho thấy nam 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%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự khi so sánh với tác giả Arman và các cộng sự (2012) trong đó tác giả sử dụng thang đo SDQ, trong đó tỷ lệ rối loạn cư xử ở độ tuổi 6 - 10, 11 - 13 và 14 - 18 tuổi ở học sinh nam lần lượt là 42,3%, 42,8% và 39,2% cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ lần lượt là 29,9%, 28,6% và 30,6% [110].

Một số đặc điểm thể chất

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố về thể chất bao gồm đau đầu, đau bụng tái diễn, rối loạn giấc ngủ, uống rượu, bia, say rượu, bia, hút thuốc, bị bắt nạt trong trường học, bị bắt nạt ngoài trường học, bắt nạt người khác trong trường, bắt nạt người khác ngoài trường có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn cư xử ($p < 0,05$). Ảnh hưởng các rối loạn thực thể đến rối loạn cư xử, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn cư xử ở nhóm đau đầu ít nhất một tháng/lần cao gấp 1,7 lần so với nhóm hiếm khi

(95%CI: 1,10 - 2,55); rối loạn cư xử ở nhóm đau bụng tái diễn ít nhất một tháng/lần cao gấp 2,1 lần so với nhóm hiếm khi bị (95%CI: 1,35 - 3,14); rối loạn cư xử ở nhóm rối loạn giấc ngủ cao gấp 2,7 lần so với nhóm không bị rối loạn (95%CI: 1,52 - 4,78).

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả phân tích tổng hợp của tác giả Rolf Loeber và các cộng sự (2000), các rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn chống đối thách thức, rối loạn cư xử, lo âu, trầm cảm là các rối loạn có biểu có tác động đi kèm lẫn nhau và tác động qua lại lẫn nhau [119]. Các rối loạn tăng động, giảm chú ý, rối loạn chống đối thách thức, rối loạn cư xử, rối loạn thực thể nếu không được điều trị sớm, trẻ khó khăn trong việc thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, khó khăn trong việc học tập, giao tiếp và phát triển các kỹ năng xã hội.

Liên quan của uống, rượu bia, hút thuốc: 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 [111]. Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố đau bụng, rối loạn giấc ngủ, say rượu, bắt nạt người khác trong trường và bắt nạt người ngoài trường học có ảnh hưởng đến rối loạn cư xử ở học sinh. Kết quả nghiên cứu của Gao và các cộng sự cũng sử dụng thang đo SDQ, phân tích đa biến cho thấy các yếu tố giới tính nữ làm giảm rối loạn cư xử, độ tuổi làm giảm rối loạn cư xử; Các yếu tố gồm không có bố

hoặc mẹ, khu vực sinh sống, điều kiện kinh tế kém làm tăng rối loạn cư xử [114].

4.2.3. Mỗi liên quan một số yếu tố đến tăng động, giảm chú ý ở học sinh

Các yếu tố nhân khẩu học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nhân khẩu học gồm giới tính, nghề nghiệp bố, nghề nghiệp mẹ có mỗi liên quan đến ADHD ở học sinh. Tăng động, giảm chú ý là rối loạn thường thấy ở học sinh nam hơn học sinh nữ.

Theo Arman và các cộng sự (2012) trong đó tác giả sử dụng thang đo SDQ, trong đó lứa tuổi 6 - 10, 11 - 13 và 14 - 18 tuổi tỷ lệ ADHD ở trẻ nam lần lượt là 32,1%; 30,2% và 23,3%, cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ lần lượt là 23,9%; 17,2% và 15,3% [110]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2018), trong đó trẻ mắc ADHD đa phần ở trẻ nam (87,5%) và trẻ nữ chiếm tỷ lệ thấp (12,5%) [120].

4.2.4. Mỗi liên quan một số yếu tố với quan hệ đồng lứa tuổi

Trong các yếu tố nhân khẩu học thì giới tính có mỗi liên quan với vấn đề quan hệ đồng lứa, trong đó học sinh nữ có vấn đề quan hệ đồng lứa cao gấp 1,44 lần so với học sinh nam (95%CI: 1,07 - 1,94). Tương tự theo Arman và các cộng sự (2012) trong đó tác giả sử dụng thang đo SDQ, trong đó lứa tuổi 6 - 10, 11 - 13 và 14 - 18 tuổi cho thấy vấn đề trong quan hệ đồng lứa ở trẻ nam lần lượt là 29,1%, 27,5% và 22,5% thấp hơn so với trẻ nữ với tỷ lệ lần lượt tương ứng là 30,0%, 28,9%, 21,5% [110].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh say rượu ít nhất 1 lần/tháng có vấn đề trong quan hệ với bạn đồng lứa chỉ bằng 0,29 lần so với học sinh không say rượu (95%CI: 0,09 - 0,96); Học sinh hút thuốc lá có vấn đề trong quan hệ với bạn bè chỉ bằng 0,27 lần so với học không hút thuốc (95%CI: 0,08 - 0,87).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bắt nạt học đường có mối liên quan với vấn đề trong quan hệ đồng lứa. Trong đó học sinh bị bắt nạt trong trường học có có vấn đề quan hệ đồng lứa cao chỉ bằng 0,37 lần so với học sinh không bị bắt nạt (95%CI: 0,24 - 0,56), học sinh bị bắt nạt ngoài trường học có vấn đề quan hệ đồng lứa cao chỉ bằng 0,38 lần so với học sinh không bị bắt nạt (95%CI: 0,21 - 0,69); Học sinh bắt nạt người khác trong trường học có có vấn đề trong quan hệ đồng lứa cao gấp 0,64 lần so với học sinh không bắt nạt (95%CI: 0,43 - 0,94); Học sinh bắt nạt người khác ngoài trường học có vấn đề trong quan hệ đồng lứa cao 0,55 lần so với học sinh không bắt nạt (95%CI: 0,34 - 0,90).

Đối với vấn đề quan hệ đồng lứa theo thang đo của chúng tôi có vấn đề khi học sinh có xu hướng chơi một mình, không có nhiều bạn tốt, không được bạn khác thích, bị bắt nạt, thích chơi với người lớn tuổi hơn là bằng tuổi. Chính vì thế những học sinh có sử dụng chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá và tham gia các bạo lực học đường thường có xu thế hoạt động nhóm và giao lưu nhiều với các nhóm bạn, chơi đông bạn và ở lứa tuổi này chưa xác định được bạn như nào là tốt.

4.2.5. Mối liên quan của một số yếu tố đến học sinh bị tác động khó khăn

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh nam bị tác động khó khăn cao gấp 1,77 lần học sinh nữ (95%CI: 1,29 - 2,42). Học sinh có độ tuổi từ trên 14 tuổi bị tác động bởi khó khăn cao gấp 1,39 lần học sinh dưới 14 tuổi (95%CI: 1,02 - 1,90). So sánh với Arman và các cộng sự (2012) trong đó tác giả sử dụng thang đo SDQ, trong đó lứa tuổi 6 - 10, 11 - 13 và 14 - 18 tuổi có vấn đề quan hệ đồng lứa ở học sinh nam lần lượt là 25,5%, 42,4% và 41,5%, trong khi học sinh nữ lần lượt là 21,6%, 28,6% và 43,2% [110].

4.2.6. Mối liên quan một số yếu tố đến hành vi tự gây thương tích/tự làm đau bản thân ở học sinh

Các yếu tố nhân khẩu học

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh nam tự gây thương tích hay làm đau cao gấp 1,34 lần học sinh nữ (95%CI: 1,06 - 1,69). Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với Hawton và cộng sự (2012) cho thấy tỷ lệ tự làm tổn thương được điều trị tại bệnh viện ở trẻ nữ vị thành niên cao hơn trẻ nam vị thành niên [81]. Điều này có thể giải thích do quần thể khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi là quần thể cộng đồng, còn Hawton và cộng sự (2012) thì đó là quần thể tại bệnh viện những trường hợp tự gây thương tích. Độ tuổi dưới 14 cao gấp 1,29 lần so với từ trên 14 tuổi (95%CI: 1,02 - 1,64); kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt nếu so sánh với tác giả Hawton và cộng sự (2012) ở các trường hợp nhập viện do tự gây thương tích trong đó có sự tăng lên tỷ lệ tự gây thương tích từ độ tuổi 12, đặc biệt trẻ nữ trong độ tuổi 12 - 15 tỷ lệ nữ/nam tự gây thương tích là 5 hoặc 6 [81].

Các yếu tố bao gồm trình độ, độ tuổi, nghề nghiệp của bố, mẹ có ảnh hưởng đến khả năng kiếm tiền, khả năng chăm sóc trẻ tốt hơn. Theo Hawton và cộng sự (2012) thì các yếu tố ảnh hưởng đến tự gây tổn thương trong đó có điều kiện kinh tế, xã hội thấp. Trẻ và nghịch cảnh gia đình, không tương thích với cha mẹ hay cha mẹ ly dị có mối liên quan với tự gây tổn thương. Học sinh và vị thành niên bị lạm dụng về thể chất còn có mối liên quan với tự gây tổn thương trong giai đoạn vị thành niên [81].

Liên quan tình trạng bệnh, tật, rối loạn tâm thần với tự gây thương tích/tự làm đau

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các rối loạn tâm thần học đường có ảnh hưởng đến tự gây thương tích ở học sinh. Theo Townsend (2014) thì các lý thuyết hiện nay đều nhấn mạnh đến cơ chế tâm thần như là sự bất chức và chức năng điều chỉnh cảm xúc có mối liên quan đến tự làm đau. Một số lý thuyết cho biết vai trò phức tạp của các yếu tố tâm thần, sinh học và

xã hội và sự “chạy trốn” chức năng hành vi [121]. Thực tế, tự báo cáo động cơ ở người trẻ tuổi chỉ ra rằng mong muốn chạy trốn hoặc giảm nhẹ cảm giác khó chịu hoặc tình trạng khó chịu của tâm trí/thể trạng thường được ghi nhận là động cơ của việc tự gây tổn thương như là một kết quả của hành động.

Theo Hawton và cộng sự (2012) tập hợp một số nghiên cứu các trường hợp tự gây tổn thương tại bệnh viện cho thấy tỷ lệ rối loạn tâm thần là rất cao với tỷ lệ khoảng từ 48% đến 87% số trường hợp [81].

Liên quan của rượu, bia, thuốc lá, bạo lực đến tự gây thương tích/tự làm đau
Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh có uống rượu, bia ít nhất 1 lần/tháng tự gây thương tích cao gấp 1,53 lần so với học sinh không uống (95%CI: 1,12 - 2,08); học sinh say rượu, bia ít nhất 1 lần/tháng tự gây thương tích cao gấp 2,02 lần so với học sinh không say (95%CI: 1,06 - 3,85); học sinh hút thuốc lá tự gây thương tích cao gấp 1,88 lần học sinh không hút (95%CI: 1,02 - 3,47).

Theo Hawton và cộng sự (2012) từ số liệu phân tích tại bệnh viện cho thấy sự gia tăng mạnh về tần suất tự gây thương tích xuất hiện những năm 1960 đến 1970 và ở vị thành niên nữ những năm 1990 tại Anh, sự gia tăng mạnh này là điều không rõ ràng nhưng đồng thời giai đoạn này sự tăng lên sẵn có của dược chất, tăng stress ở vị thành niên, sử dụng nhiều hơn rượu và sự chuyển đổi hành vi có thể là những yếu tố góp phần nên điều này [81]. Cũng theo Hawton và cộng sự (2012), thuốc lá có mối liên quan với tự gây tổn thương ở vị thành niên. Vị thành niên hút thuốc có nhiều hơn trong tự gây thương tích [81].

Theo Hawton và cộng sự (2012) sử dụng ma túy ở vị thành niên có liên quan đến tự gây thương tích. Nghiên cứu chỉ ra 14,0% trong số 1331 vị thành niên ở bệnh viện sau khi tự gây thương tích được báo cáo là có sử dụng ma túy, tỷ lệ gặp ở nam cao hơn là ở nữ vị thành niên. Vị thành niên là một giai đoạn cả

hành vi tự tử và lạm dụng ma túy tăng lên. Việc thiếu sự kiểm soát có thể là nguy cơ cho cả hai hành vi này [81].

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. Điều này phù hợp với Townsend (2014) nghiên cứu ở người trẻ tuổi trải qua cuộc sống và các vấn đề tiêu cực, đặc biệt với mối quan hệ cha mẹ, gia đình và bạn bè. Mặt khác nếu một người nào đó (bạn bè hoặc thành viên trong gia đình) đã từng tự làm đau thì khả năng sẽ làm tăng tự làm đau với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [121].

4.2.7. Mối liên quan của một số yếu tố đến có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Yếu tố nhân khẩu học

Trong nghiên cứu của chúng tôi 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].

Tương tự tác giả Peng và cộng sự (2019) trong đó nữ có ý nghĩ 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 [88]. Nghiên cứu của Shoval và cộng sự (2012) cho thấy ở trẻ vị thành niên 14 - 17 tuổi sử dụng thang đo SDQ tự điền cho thấy điểm rối loạn cảm xúc ở nhóm có ý định tự tử trung bình là $4,5 \pm 2,6$, cao hơn ở nhóm không có ý nghĩ tự tử là $2,5 \pm 2,0$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm rối loạn cư xử

ở nhóm có ý nghĩ tự tử là $2,8 \pm 1,3$ cao hơn nhóm không có ý nghĩ tự tử $1,8 \pm 1,5$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [117].

Mặc dù vậy cũng theo Beautrais và cộng sự (2006) cho thấy tỷ lệ tự tử giảm dần theo độ tuổi, trong đó từ 16 - 24 tỷ lệ này là 6,6%, 25 - 44 tuổi là 3,6%, 45 - 64 là 2,1%, trên 65 tỷ lệ là 0,8% [116].

Các bệnh, rối loạn thực thể liên quan đến có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh mắc chứng động kinh có ý nghĩ tự tử cao gấp 7,51 lần học sinh không mắc (95%CI: 1,25 - 45,25); học sinh mắc bệnh dị ứng có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,90 lần so với học sinh không mắc (95%CI: 1,29 - 2,94); học sinh mắc đau bụng tái diễn trên 1 lần/tháng có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,45 lần so với học sinh không mắc (95%CI: 1,03 - 2,03); học sinh có rối loạn giấc ngủ có ý nghĩ tự tử cao gấp 2,49 lần học sinh không rối loạn (95%CI: 1,55 - 4,02). Theo Resch và cộng sự (2008) nghiên cứu thang đo SDQ bản tự điền cho thấy tỷ lệ ở nhóm các bệnh mãn tính hoặc là thất nghiệp có ý nghĩ tự tử là 5.2% (95%CI: 1,5 - 16,4) so với tỷ lệ mắc bệnh mãn tính hoặc thất nghiệp ở nhóm không có ý nghĩ tự tử là 3.9% (95%CI: 2,9 - 5,2) [122].

Liên quan của một số rối loạn tâm thần đến có ý nghĩ tự tử ở học sinh

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 điền 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 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 $p < 0,001$ [122].

Theo Hawton và cộng sự (2012), trầm cảm, rối loạn lo âu và lạm dụng chất là thường được mô tả nhất, mặc dù ADHD và rối loạn cư xử cũng là phổ biến. Một mối tương quan dường như tồn tại giữa ADHD, RLCX và hành vi tự tử, điều này được đưa ra là ADHD làm tăng hành vi tự tử ở nữ và vị thành niên qua việc nó tác động làm trầm trọng thêm rối loạn như trầm cảm, rối loạn cư xử [81].

Liên quan của rượu, bia và bạo lực học đường đến có ý nghĩ tự tử ở học sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy học sinh có uống bia, rượu ít nhất 1 lần/tháng có ý nghĩ tự tử cao gấp 2,44 lần học sinh không uống (95%CI: 1,71 - 3,47); học sinh say rượu, bia ít nhất 1 lần/ tháng có ý nghĩ tự tử cao gấp 3,32 lần so với học sinh không say (95%CI: 1,77 - 6,23); học sinh hút thuốc lá có ý nghĩ tự tử cao gấp 3,18 lần học sinh không hút (95%CI: 1,73 - 5,83). Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với Resch và cộng sự (2008) nghiên cứu thang đo SDQ bản tự điền độ tuổi từ 7 - 17 tuổi cho thấy vấn đề sử dụng rượu bia không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với có ý nghĩ tự tử, trong đó nhóm có ý nghĩ tự tử thì tỷ lệ sử dụng rượu là 18,1% (95%CI: 9,5 - 31,7) thấp hơn so với tỷ lệ vấn đề sử dụng rượu nhóm không tự tử với 20,0% (95%CI: 17,6 - 22,7) [122].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bạo lực có mối liên quan với việc có ý nghĩ tự tử ở học sinh. Kết quả cho thấy học sinh bị bắt nạt có ý nghĩ tự tử cao gấp 2,57 lần so với học sinh không có ý nghĩ tự tử (95%CI: 1,85 - 3,58); học sinh bị bắt nạt ngoài trường học có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,93 lần so với học sinh không bị bắt nạt (95%CI: 1,27 - 2,91); học sinh bắt nạt người khác trong trường học có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,61 lần học sinh không bắt nạt (95%CI:

1,13 - 2,28; học sinh bắt nạt người khác ngoài trường học có ý nghĩ tự tử cao gấp 1,90 lần so với học sinh không bắt nạt (95%CI: 1,28 - 2,82).

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Resch và cộng sự (2008) các yếu tố như có sự xung đột trong gia đình và xung đột với bố mẹ có mối liên quan với ý nghĩ tự tử ở trẻ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê lần lượt là $p = 0,006$ và $p = 0,007$. Có sự khác biệt trong xung đột trong các nhóm ở nhóm có ý nghĩ tự tử là 7,0% (95%CI: 2,8 - 16,2) thấp hơn với nhóm không có ý nghĩ tự tử với tỷ lệ 8,6% (95%CI: 7,1 - 10,3) mặc dù vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,647$ [122].

Tương tự với Peng và cộng sự (2019) cho thấy học sinh bị bạo lực học đường truyền thống có ý nghĩ tự tử cao hơn học sinh không bị bạo lực học đường OR = 1,4 (95%CI: 1,0 - 1,9), học sinh bị bạo lực qua mạng có ý nghĩ tự tử cao hơn học sinh không bị bạo lực qua mạng với OR = 2,4 (95%CI: 1,5 - 3,6) [88].

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

4.3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Các đối tượng can thiệp là những đối tượng đã được xác định mắc ADHD tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương. Trong số 120 trẻ mắc ADHD ban đầu được đánh giá theo thang đo NICHQ Vanderbilt cho thấy mắc ADHD dạng kết hợp chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,5%; tỷ lệ trội giảm chú ý 7,5% và trội tăng động thấp nhất với 5,0%. Khác biệt với các nghiên cứu của tác giả Thành Ngọc Minh (2017) trong số 105 trẻ có biểu hiện của ADHD, kết quả chẩn đoán cho thấy có 96 trẻ mắc ADHD chiếm 91,43%, trong đó ADHD trội giảm chú ý có 21 trẻ chiếm tỷ lệ 20%, 14 trẻ mắc ADHD dạng trội tăng động chiếm tỷ lệ 13,33% và 61 trẻ mắc ADHD dạng kết hợp chiếm tỷ lệ 58,1% [120].

Tương tự Xiao HZ và cộng sự (2013), trên các đối tượng là trẻ có nghi ngờ ADHD sử dụng thang đo VADRS, kết quả nghiên cứu cho thấy trong 319 trẻ khám có 196 mắc ADHD, trong đó 84 trẻ ADHD trội giảm chú ý; 35 trẻ mắc ADHD trội về tăng động bồn chồn và 77 trẻ mắc ADHD dạng kết hợp [123].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rối loạn chống đối thách thức trong nghiên cứu là 73,3%; tỷ lệ rối loạn cư xử là 14,5%; tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm là 46,7%. Theo Levy và cộng sự nghiên cứu tại Úc các cặp sinh đôi và anh chị em ruột của họ có các dấu hiệu phát triển thành ADHD; tỷ lệ trầm cảm là 0,64%; lo âu 3,16%; rối loạn lo âu nói chung là 1,12%; rối loạn chống đối 4,53%; có ít nhất 1 rối loạn tâm thần và đọc 4,53% [124].

Có thể thấy tỷ lệ các rối loạn tâm thần của chúng tôi cao hơn nhiều so với Levy, giải thích do các trẻ tại bệnh viện Nhi Trung ương thường là rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến giao tiếp và sinh hoạt hàng ngày, khi đó các bậc phụ huynh mới đưa con đi khám, chữa bệnh [120].

Nghiên cứu của chúng tôi can thiệp giảm ADHD đồng thời đánh giá RLCĐTT và RLCX, vì ADHD có mối liên quan đến RLCĐTT và RLCX. Kết quả nghiên cứu trước đây tại bệnh viện Nhi Trung ương cũng như các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy ADHD là yếu tố nguy cơ một số hành vi rối loạn nhân cách, các rối loạn hành vi nhân cách phát triển thành các rối loạn chống đối xã hội [120], [125].

Trong khi đó, một số bài báo cho rằng trẻ mắc cả ADHD và rối loạn nhân cách thì sẽ có nguy cơ phạm tội khi trưởng thành, có đến 44,0% trẻ nam mắc ADHD lẫn rối loạn nhân cách bị bắt giữ khi trưởng thành. Một số tác giả cho rằng biểu hiện lo âu ở trẻ thường làm cho khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị ADHD [112].

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

Hiệu quả cải thiện các triệu chứng tăng động, giảm chú ý

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 TBCHN 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, $p < 0,005$) [99]. 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 [100]. 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 [101].

Nghiên cứu của Pfiffner và các cộng sự (2013) cũng dựa trên việc can thiệp bằng thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN) ở gia đình và cho thấy can thiệp hành vi mang lại hiệu quả cao, trong đó các dấu hiệu nặng về ADHD do cha mẹ đánh giá giảm trung bình điểm theo CSI từ $1,76 \pm 0,54$ xuống còn $1,19 \pm 0,42$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($Z = 6,74$, $p < 0,001$), các dấu hiệu về ADHD do giáo viên đánh giá theo CSI trung bình giảm từ $1,74 \pm 0,55$ xuống còn $1,14 \pm 0,52$ [96]. Về can thiệp hành vi tác giả Fedewa và cộng sự (2011) chỉ ra rằng ADHD do giáo viên đánh giá có sự thay đổi với mức thay đổi trung bình trước can thiệp là 70 ± 15 sau can thiệp là 66 ± 13 [126].

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 [98].

4.3.3. Kết quả can thiệp hành vi điều trị các rối loạn tâm thần kèm theo

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng rối loạn ADHD là nguyên nhân của rối loạn phá vỡ bao gồm RLCX và RLCĐTT, RLCĐTT và RLCX là những hành vi mà có nguy cơ trẻ dễ bị rối loạn trầm cảm, lạm dụng ma túy và chất kích thích, chống đối xã hội [111].

Hiệu quả can thiệp giảm rối loạn chống đối thách thức

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 [103].

Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn cư xử

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 [33]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với phân tích tổng hợp của Iznardova và 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, $z = 5,25$) [99].

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 [127]. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Pelham và cộng sự (2016), trong đó việc can thiệp ở trẻ mắc ADHD bằng TBCHN giúp giảm tỷ lệ vi phạm nội quy tại lớp học và giảm hành vi chống đối, cũng theo tác giả việc can thiệp bằng TBCHN giúp giảm điều trị bằng thuốc ở cả triệu chứng ADHD và RLCĐTT cả thang đo do giáo viên đánh giá và thang đo do cha mẹ đánh giá [128]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với Holdaway và cộng sự (2020) cho thấy can thiệp bằng

TBCHN mang lại hiệu quả trẻ rối loạn hành vi ở các tháng đầu, tháng thứ 2, thứ 3 và thứ 4 sau can thiệp [34].

Hiệu quả cải thiện các triệu chứng rối loạn lo âu, trầm cảm

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.

4.4. Tính mới của nghiên cứu

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 nghĩ tự 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 các gia đình và xã hội

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu vấn đề sức khỏe tâm thần bao gồm các rối loạn tâm thần, các hành vi ý định tự tử, do vậy rất nhạy cảm. Để đảm bảo tính khách quan trong thu thập số liệu, các phiếu phỏng vấn và bảng kiểm quan sát thực hành chuyên môn đều không ghi tên đối tượng nghiên cứu. Biện pháp không chế sai số này dẫn tới việc không thể liên hệ được giữa các thông tin thu thập được về nhận thức và một số đặc điểm khác của đối tượng khi phỏng vấn, điền phiếu.

- Sức khỏe tâm thần là vấn đề dễ thay đổi theo hoàn cảnh sống, đo lường phức tạp với rất nhiều thang đo khác nhau và cách tiếp cận khác nhau. Để thu được các thông tin mang tính khách quan và chính xác, với mỗi khía cạnh có một cách đánh giá (như đánh giá bởi bố mẹ, đánh giá bởi giáo viên, tự điền, đánh giá bởi chuyên gia tâm thần). Tuy nhiên để thực hiện được điều này thì không dễ với giới hạn về kinh phí và thời gian của một đề tài tiến sĩ.

- Khi các bậc phụ huynh biết được những hành vi, cảm xúc bất thường của con mình, họ có xu hướng quan tâm hơn, giám sát nhiều hơn, đặc biệt là các bậc cha mẹ sẵn sàng tham gia nghiên cứu. Do vậy, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá trước sau. Với cách thiết kế này thì không thể tính được chỉ số hiệu quả. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ tính được mức độ thay đổi (MĐTD) giữa trước và sau khi áp dụng biện pháp can thiệp thay đổi hành vi bằng thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN).

- Bên cạnh đó trong giai đoạn can thiệp năm 2020 – năm đại dịch COVID xảy ra tại Việt Nam và thế giới, việc đánh giá trẻ cũng như việc đưa trẻ đi bệnh

viện thăm khám vô cùng khó khăn trong bối cảnh “giãn cách xã hội”, chính vì vậy những hạn chế trong việc theo dõi là điều khó tránh và giới hạn của nghiên cứu chúng tôi.

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 khó khăn 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

- Yếu tố liên quan đến rối loạn cảm xúc: Giới tính nữ (OR=2,22, 95%CI:1,50-3,29), không sống cùng bố mẹ đẻ (OR=1,85, 95%CI:1,08-3,17), động kinh (OR=7,88, 95%CI:1,18-52,44), đau đầu ≥ 1 lần/tháng (OR=1,86, 95%CI: 1,24-2,80, rối loạn giấc ngủ OR=2,64, 95%CI:1,57-4,43), hút thuốc lá (OR=2,28, 95%CI:1,06-4,88), bị bắt nạt ngoài trường học (OR=1,81, 95%CI: 1,08-3,04).

- Yếu tố liên quan đến rối loạn cư xử: Đau bụng ≥ 1 lần/tháng (OR=1,82, 95%CI: 1,09-3,05), rối loạn giấc ngủ (OR=2,33, 95%CI 1,24-4,39), say rượu bia ≥ 1 lần/tháng (OR=3,07, 95%CI: 1,30-7,25), bắt nạt người khác trong trường (OR=1,77, 95%CI: 1,03-3,05), bắt nạt người khác ngoài trường (OR=2,49, 95%CI: 1,39-4,46).

- Yếu tố liên quan đến tăng động, giảm chú ý: Bệnh dị ứng (OR=2,25, 95%CI: 1,08-4,69).

- Yếu tố liên quan đến bị tác động khó khăn: Giới tính nam (OR=1,58, 95%CI: 1,13 - 2,22), chàm cơ địa (OR=5,21, 95%CI: 1,56 - 17,46), bị bắt nạt ngoài trường học (OR=1,84, 95%CI: 1,15 - 2,96).

- Yếu tố liên quan đến tự gây thương tích/tự làm đau: Giới tính nam (OR=1,37, 95%CI: 1,05 - 1,79), độ tuổi < 14 (OR=1,41, 95%CI: 1,09-1,82), tuổi bố khi sinh con < 33 (OR=1,63, 95%CI: 1,21 - 2,19), mắc dị ứng (OR=1,48, 95%CI: 1,00 - 2,20), có mắc rối loạn cảm xúc (OR=1,61, 95%CI: 1,07 - 2,42), rối loạn cư xử (OR=1,89, 95%CI: 1,13-3,18), bị tác động khó khăn (OR=2,10, 95%CI: 1,45 - 3,03), bị bắt nạt ngoài trường học (OR=1,48, 95%CI: 1,03 - 2,11).

- Yếu tố liên quan đến có ý nghĩ tự tử: Giới tính nữ (OR=2,52, 95%CI: 1,72 - 3,71), độ tuổi \geq 14 (OR=1,41, 95%CI: 1,00 - 2,00), có rối loạn giấc ngủ (OR=1,76, 95%CI: 1,02 - 3,04), rối loạn cư xử (OR=2,19, 95%CI: 1,26 - 3,81), bị tác động khó khăn (OR=2,32, 95%CI: 1,53 - 3,52), có uống rượu bia (OR=1,97, 95%CI: 1,26 - 3,06), bị bắt nạt trong trường học (OR=2,29, 95%CI: 1,53 - 3,42).

3. Kết quả can thiệp hành vi trong điều trị tăng động giảm chú ý

- Can thiệp hành vi sử dụng thẻ báo cáo hàng ngày mang lại hiệu quả can thiệp tăng động, giảm chú ý, trong đó trước can thiệp 100%, sau 36 tháng can thiệp còn 12,3%, mức độ thay đổi giảm 87,7%, cụ thể:

+ Rối loạn giảm chú ý trước can thiệp 95%, sau can thiệp 7,4%, mức độ thay đổi giảm 92,2%.

+ Tăng động trước can thiệp 92,5%, sau can thiệp 6,2%, mức độ thay đổi giảm 93,3%.

- 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

Dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra 04 khuyến nghị sau:

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.

CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2001), *The World health report : 2001: Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization.
2. The U.S. Surgeon General's (2000), Report of the Surgeon General's, Conference on Children's Mental Health, *The U.S.SurgeonGeneral's*, Washington (DC).
3. Bùi Văn Hồng, Vũ Đức Anh, Nguyễn Quỳnh Hoa và cs. (2019), Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh hai trường Trung học cơ sở tại Thành phố Vĩnh Yên, Tỉnh Vĩnh Phúc năm 2019, *Tạp chí y học cộng đồng*, số 6 (53), tr.80 - 86.
4. Nguyễn Quốc Thái (2021), Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trung học cơ sở trường TH, THCS và THPT Chu Văn An, Trường Đại học Tây Bắc, *Tạp chí Khoa học- Khoa học và xã hội*, số 25, tr. 37 - 42.
5. UNICEF & Bộ LĐTBXH (2017), *Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh thiếu niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam*.
6. Trần Thị Huyền (2018), *Sức khỏe tâm thần của học sinh ở một số trường THCS thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang: thực trạng và giải pháp*, Kỷ yếu Hội thảo quốc tế về sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam lần thứ V, tr. 289 - 296.
7. Nguyễn Tiến Đạt và Phạm Thanh Hải (2019), Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh tại trường trung học cơ sở Hùng Vương thành phố Hải Phòng năm học 2018 - 2019, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 29, số 9.
8. Ngô Thành Phong (2014), Sức khỏe tâm lý, tâm thần của học sinh trung học cơ sở tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu thực trạng và giải pháp, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu, ứng dụng kh&cn tập IX, giai đoạn 2013 - 2015*.

9. Tôn Thất Cảnh Trí, Ngô Thị Diệu Hường và Võ Văn Thắng (2021), Thực trạng bạo hành học đường ở một trường trung học cơ sở tại thành phố Huế năm 2018, *Tạp Chí Y học Dự phòng*, số 31(3), tr. 167 - 173.
10. Price T.S., Simonoff E., Asherson P., et al. (2005), Continuity and change in preschool ADHD symptoms: longitudinal genetic analysis with contrast effects. *Behav Genet*, 35(2), pp. 121–132.
11. Davidson R.J., Putnam K.M., and Larson C.L. (2000), Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation-a possible prelude to violence, *Science*, 289(5479), pp. 591 - 594.
12. Kruesi M.J., Hibbs E.D., Zahn T.P., et al. (1992), A 2-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders. Prediction by cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures? *Arch Gen Psychiatry*, 49, pp. 429 - 435.
13. Pliszka S.R. (1999), *The Psychobiology of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder*, Chapter 17 in Handbook of Disruptive Behavior Disorders, Springer US, pp. 371- 395.
14. Posner J. & Nagel B.J. (2020), Imaging attention networks in children with ADHD, *Developmental cognitive neuroscience*, 41, 100730.
15. Dương Minh Đức và Lê Thị Vui (2021), Thực trạng rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em 18-30 tháng tuổi và một số yếu tố nguy cơ trước và trong khi sinh tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam, năm 2017, *Tạp chí Y học Dự phòng*, 31(7), tr. 82 - 89.
16. Kovács I.K. and Borcsa M. (2017), The relationship between anxiety, somatic symptoms and hardiness in adolescence, *Romanian Journal of Applied Psychology*, 19(2), pp. 42-49.

17. Sanson A. and Prior M. (1999). Temperament and Behavioral Precursors to Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder, *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. Springer US, pp. 397 - 417.
18. Gajwani R. and Minnis H. (2022), Double jeopardy: implications of neurodevelopmental conditions and adverse childhood experiences for child health, *European Child & Adolescent Psychiatry*.
19. Lahey B.B., Loeber R., Hart E.L., et al. (1995), Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence, *J Abnorm Psychol*, 104(1), pp. 83 - 93.
20. Hoare E., Milton K., Foster C., et al. (2016), The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review, *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13:108.
21. American Psychiatric Association (2013), Highlight of changes from DSM-IV to DSM-5, Somatic symptom and related disorders, *fall*, vol XI, No.4, pp. 525 - 527
22. UNICEF (2021), *Nghiên cứu toàn diện về các yếu tố liên quan đến trường học ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện của trẻ em nam và nữ vị thành niên tại Việt Nam*, Báo cáo tóm tắt nghiên cứu.
23. Bộ Y tế (2005). *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam*, Hà Nội (SAVYII).
24. Heleniak C., Jenness J.L., Stoep A.V., et al. (2016), Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing, *Cognit Ther Res.*, 40(3), pp. 394-415.
25. Meltzer H. (2007), Childhood Mental Disorders in Great Britain: An Epidemiological Perspective, *Child Care in Practice*, 13(4), pp. 313–326.

26. Sibley M.H., Pelham Jr W.E., Molina B.S.G., et al. (2020), When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(2), pp. 174-186
27. Radez J., Reardon T., Creswell C., et al. (2021), Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, pp. 183–211.
28. Reardon T., Harvey K., Baranowska M., et al. (2017), What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, pp. 623–647.
29. Mullick M.S.I. and Goodman R. (2005), The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(8), pp. 663–671.
30. Morrow A.S., Villodas M.T., Frazier S.L., et al. (2022), Mixed-Method Examination of Latinx Teachers' Perceptions of Daily Behavioral Report Card Interventions to Support Students with ADHD, *Adm Policy Ment Health*, 49(1), pp. 29–43.
31. Houghton S., Alsalmi N., Tan C., et al. (2017), Treating Comorbid Anxiety in Adolescents With ADHD Using a Cognitive Behavior Therapy Program Approach, *Journal of Attention Disorders*.
32. Moore D.A., Whittaker S., and Ford T.J. (2016), Daily report cards as a school-based intervention for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder, *Support for Learning*, 31(1), pp. 71–83.

33. Gaastra G.F., Groen Y., Tucha L., et al. (2016), The Effects of Classroom Interventions on Off-Task and Disruptive Classroom Behavior in Children with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review, *PLoS One*, 11(2).
34. Holdaway A.S., Hustus C.L., Owens J.S., et al. (2020), Incremental Benefits of a Daily Report Card Over Time for Youth with Disruptive Behavior: Replication and Extension, *School Mental Health*, 12(3), pp. 507–522.
35. UNICEF (2018), *Báo cáo Nghiên cứu về Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại Việt Nam*.
36. Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Hà Nội (2020), *Bài giảng Nhi khoa Tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
37. World Health Organization (2003), World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension, *Journal of Hypertension*, 21, pp. 1983-1992.
38. Lê Quang Sơn, Nguyễn Thị Trâm Anh và Bùi Thị Thanh Diệu (2020), *Giáo trình Tâm lý học giáo dục*, Nhà xuất bản Đà Nẵng.
39. Đặng Hoàng Minh, Nguyễn Cao Minh và Trần Hoàng Nam (2019), *Chương trình Chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học: Lý luận và Thực tiễn*, Đại học quốc gia Hà Nội.
40. Park L.E. and Anastopoulos A.D. (2018), Attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for college students, *Journal of American Colledge Health*, 66(4), pp. 256-266.
41. Fairchild G., Hawes D.J., Frick P.J., et al. (2019), Conduct disorder, *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43.
42. Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., et al. (2017), A proposed new definition of mental health, *Psychiatry*, 51(3), pp. 407–411.

43. Merikangas K.R., Nakamura E.F. and Kessler R.C. (2022), Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11:1, pp. 7-20.
44. Crenna-Jennings W. (2021), *Young people's mental and emotional health*, Education Policy Institute, Prince's Trust.
45. Sayal K., Chudal R., Hinkka-Yli-Salomäki S., et al. (2018), ADHD and future substance use disorders: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 5(4), pp. 292-303.
46. Murray M.L., Hsia Y., Glaser K., et al. (2019), Pharmacological treatments prescribed to people with ADHD in the UK: analysis of data from the Clinical Practice Research Datalink (CPRD) database, *Journal of Psychopharmacology*, 33(12), pp. 1521-1533.
47. Cortese S., Adamo N., Del Giovane C., et al. (2018), Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 5(9), pp. 727-738.
48. Eun J.D., Paksarian D., He J.P., et al. (2018), Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(1), pp. 11–20.
49. Health and Social Care information Centre (2017), Mental Health of Children and Young people in England, *NHS Digital*.
50. Cowie H. (2013), The impact of cyberbullying on young people's emotional health and well-being, *The Psychiatrist*, 37(5), pp. 167-170.
51. Heiervang E., Stormark K.M., Lundervold A.J., et al. (2007), Psychiatric disorders in Norwegian 8 to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(4), pp. 438–447.

52. US Department of Health and Human Services, US Department of Education, and US Department of Justice (2000), *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*, US Department of Health and Human Services, Washington (DC).
53. Demir T., Karacetin G., Demir D.E., et al. (2011), Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), pp. 168–176.
54. Schmid M., Goldbeck L., Nuetzel J., et al. (2008), Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 2.
55. Wagner G, Zeiler M., Waldherr K., et al. (2017), Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM5 criteria, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, pp. 1483–1499
56. Liang H., Flisher A.J., and Lombard C.J. (2007), Bullying, violence, and risk behavior in South African school students, *Child Abuse Negl*, 31(2), pp. 161–171.
57. Hossain M.M., Purohit N., Sultana A., et al. (2020), Prevalence of mental disorders in South Asia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses, *Asian journal of psychiatry*, 51, 102041.
58. Seyf Hashemi M., Yarian E., Bahadoran P., et al. (2015), Prevalence of Mental Health Problems in Children and Its Associated Socio-Familial Factors in Urban Population of Semnan, Iran (2012), *Iran J Pediatr*, 25(2).
59. Tổng Cục Thống kê - Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2012), *Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2012: các kết quả chủ yếu*.

60. ODI và UNICEF (2017), *Bản chất vấn đề tự tử ở trẻ em và thanh thiếu niên tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam*.
61. Hoàng Quỳnh Liên (2017), *Nghiên cứu sức khỏe tâm thần học sinh bằng thang đo SDQ tại hai trường trung học cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc năm học 2015 - 2016*, Luận Văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
62. Đàm Bảo Hoa (2016), *Thực trạng Sức khỏe tâm thần học sinh trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên năm 2016*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
63. Ngô Thanh Hồi (2007), Khảo sát sức khỏe tâm thần học sinh trường học thành phố Hà Nội, *Hội thảo quốc tế Phòng ngừa và can thiệp cho trẻ có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở Việt Nam*, tr. 4-7.
64. Nguyen H.T., Dunne M.P., and Le A.V. (2010), Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam, *Bull World Health Organ*, 88(1), 22–30.
65. Nguyễn Thị Thùy Linh, Tăng Đức Công Minh, Nguyễn Thị Thắm và cs. (2022), Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trường trung học phổ thông Phan Đăng Lưu, quận Kiến An, thành phố Hải Phòng năm 2021, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 32, số 1 2022.
66. Lê Minh Hoàng, Vi Thị Hương Thảo, Nguyễn Hồng Nhung và cs. (2022), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh Trường trung học phổ thông Cờ Đỏ, huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2022, *Tạp chí Y học dự phòng*, 32(3), tr. 127 - 135.
67. Đặng Hoàng Minh và Hoàng Cẩm Tú (2010), Thực trạng sức khỏe tâm thần (SKTT) của học sinh THCS ở Hà Nội và nhu cầu tham vấn SKTT học đường, *Tạp chí khoa học xã hội và nhân văn*, (Tập 25, số 1S), tr. 106 - 112.

68. Đặng Thị Thương, Trần Hoàng Mỹ Liên, Phạm Thị Thanh Duyên và cs. (2020), Thực trạng sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan trong bối cảnh dịch COVID-19 của học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội năm 2020, *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(10), tr. 53 - 61.
69. Martin J., O'Donovan M.C., Thapar A., et al. (2015), The relative contribution of common and rare genetic variants to ADHD, *Transl Psychiatry*, 5, e506.
70. Johnston C. and Mash E.J. (2001), Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research, *Clin Child Fam Psychol Rev*, 4(3), pp. 183 - 207.
71. Brower M. and Price B. (2001), Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71(6), pp. 720 - 726.
72. Gray W.N., Williams R.E., Bray M.A., et al. (2018), Improving transition from pediatric to adult cystic fibrosis care: The patient perspective, *Journal of cystic fibrosis*, 17(3), pp. 360-366.
73. Hammerness P., Petty C., Faraone S.V., et al. (2017), Do Stimulants Reduce the Risk for Alcohol and Substance Use in Youth With ADHD? A Secondary Analysis of a Prospective, 24-Month Open-Label Study of Osmotic-Release Methylphenidate, *J Atten Disord*, 21(1), pp. 71 - 77.
74. Faraone S.V., Asherson P., Banaschewski T., et al. (2020), Attention-deficit/hyperactivity disorder, *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), pp. 1 - 28.
75. Fretham S.J.B., Carlson E.S., and Georgieff M.K. (2011), The Role of Iron in Learning and Memory¹², *Adv Nutr*, 2(2), pp. 112 - 121.

76. Mustieles V. and Fernández M.F. (2020), Bisphenol A shapes children's brain and behavior: towards an integrated neurotoxicity assessment including human data, *Environmental Health*, 19(1), pp. 1-8.
77. Strander R., Herman K.C., Gorin J.S., et al. (2020), Parenting in the context of ADHD: a systematic review of qualitative research, *Journal of Attention Disorders*, 24(4), pp. 507 - 522.
78. Lohani M., Wadhwa R., and Schwartz J.H. (2021), Transcranial direct current stimulation in ADHD: A systematic review and meta-analysis, *Journal of affective disorders*, 279, pp. 445 - 452
79. Clemens V., Berthold O., Witt A., et al. (2019), Child maltreatment is mediating long-term consequences of household dysfunction in a population representative sample, *European Psychiatry*, 58, pp. 10 - 18.
80. Debowska A., Willmott D., Boduszek D., et al. (2017), What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research, *Child Abuse and Neglect*, 70, pp. 100 - 111.
81. Hawton K., Saunders K.E., and O'Connor R.C. (2012), Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), pp. 2373 - 2382.
82. Đào Thị Tuyết (2014), *Thực trạng SKTT và một số yếu tố liên quan của học sinh trường trung học cơ sở Tam Khương, Đống Đa, Hà Nội năm 2014*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014, tr. 201 - 09.
83. Mohseny M., Zamani Z., Akhondzadeh Basti S., et al. (2019), Bullying and Victimization among Students Bears Relationship with Gender and Emotional and Behavioral Problems, *Iran J Psychiatry*. 14(3), pp. 211 - 220.

84. Mohammad (2019), Psychosocial factors of deliberate self-harm in Kabul, Afghanistan: a hospital based, matched, case-control study, *Eastern Mediterranean Health Journal*.
85. Poorolajal J. and Darvishi N. (2016), Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(7), e0156348.
86. Easey K.E., Mars B., Pearson R., et al. (2019), Association of birth order with adolescent mental health and suicide attempts: a populationbased longitudinal study, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, pp. 1079 - 1086.
87. Jeong W., Kim Y.K., Lee H.J., et al. (2019), Association of Bedtime with both Suicidal Ideation and Suicide Planning among Korean Adolescents, *Int J Environ Res Public Health*, 16(20).
88. Peng Z., Klomek A.B., Li L., et al. (2019), Associations between Chinese adolescents subjected to traditional and cyber bullying and suicidal ideation, self-harm and suicide attempts, *BMC Psychiatry*, 19(1), 324.
89. Shain B. and Adolescence C.O. (2016), Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138(1).
90. Võ Thị Hường, Đinh Công Thành, Võ Lê Thu Trang và cs. (2016), *Những yếu tố tác động đến việc cấu thành suy nghĩ tự tử của vị thành niên hiện nay tại thành phố Hồ Chí Minh*, Hội thảo khoa học sinh viên lần IX – năm 2016, Trường Đại học Văn Hiến.
91. Kollins S.H., and Greenhill L.L. (2021), Efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate for treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children aged 6-17 years, *Expert Opinion on Drug Safety*, 20(1), pp. 1-9.
92. Ferrin M., Sonuga-Barke E., Daley D., et al. (2016), Non-pharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder

(ADHD), *In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (phiên bản tiếng Việt; Phạm Minh Triết, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú, eds).

93. Solanto M.V. (2011), *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*, Guilford Press, New York, NY, US.

94. Walcott C.M., Landau S., and Norvilitis J.M. (2020), ADHD symptom severity and executive function: The role of motivation, *Journal of Attention Disorders*, 24(7), pp. 1093 - 1103.

95. Richardson M., Da M., R G.J., et al. (2015), Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technology Assessment*, 19(45).

96. Piffner L.J., Villodas M., Kaiser N., et al. (2013), Educational Outcomes of a Collaborative School–Home Behavioral Intervention for ADHD, *Sch Psychol Q*, 28(1), pp. 25 - 36.

97. Sonuga-Barke E.J., Brandeis D., Cortese S., et al. (2021), Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments, *American Journal of Psychiatry*, 178(7), pp. 597 - 614.

98. Jurbergs N., Palcic J.L., and Kelley M.L. (2010), Daily Behavior Report Cards with and without Home-Based Consequences: Improving Classroom Behavior in Low Income, African American Children with ADHD, *Child & Family Behavior Therapy*, 32, pp. 177 - 195.

99. Iznardo M., Rogers M.A., Volpe R.J., et al. (2020), The Effectiveness of Daily Behavior Report Cards for Children With ADHD: A Meta-Analysis, *J Atten Disord*, 24(12), pp. 1623 - 1636.

100. Rogers E.E., Allan C.C., Zoromski A.K., et al. (2022), Examining Benchmarks for the Daily Report Card Intervention in a Therapeutic Recreational Setting, *J Atten Disord*, 26(8), pp. 1106 - 1117.
101. Pyle K. and Fabiano G.A. (2017), Daily Report Card Intervention and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Single-Case Studies, *Exceptional Children*, 83(4), pp. 378 - 395.
102. Owens J.S., Margherio S.M., Lee M., et al. (2021), Cost-effectiveness of Consultation for a Daily Report Card Intervention: Comparing In-Person and Online Implementation Strategies, *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 31(3), pp. 382 - 409.
103. Fabiano G., Pelham W., Waschbusch D., et al. (2010), Enhancing the Effectiveness of Special Education Programming for Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using a Daily Report Card, *School psychology review*, 39, pp. 219 - 239.
104. A Cox và A Bentovim (2000), *Khung đánh giá nhu cầu của trẻ em và gia đình của trẻ: bộ câu hỏi và thang đo dành cho gia đình*, Tài liệu dịch của Trung tâm nghiên cứu và ứng dụng khoa học về giới - gia đình - phụ nữ và vị thành niên.
105. Giannakopoulos G., Tzavara C., Dimitrakaki C., et al. (2009), The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents, *Ann Gen Psychiatry*, 8, 20.
106. Bevaart F., Mieloo C.L., Wierdsma A., et al. (2014), Ethnicity, socioeconomic position and severity of problems as predictors of mental health care use in 5- to 8-year-old children with problem behaviour, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(5), pp. 733 - 742.

107. Glazebrook C., Hollis C., Heussler H., et al. (2003), Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics, *Child Care Health Dev*, 29(2), pp. 141- 149.
108. Cury C.R. and Golfeto J.H. (2003), Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto, *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(3), pp. 139 - 145.
109. Thabet A.A., Stretch D., and Vostanis P. (2000), Child mental health problems in Arab children: application of the strengths and difficulties questionnaire, *Int J Soc Psychiatry*, 46(4), pp. 266 - 280.
110. Arman S., Keypour M., Maracy M.R., et al. (2012), Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), *Iran Red Crescent Med J*, 14(6), pp. 371 - 375.
111. DuPaul G.J., Sibley M.H., and Eyberg S.M. (2021), ADHD in preschool children: Contemporary perspectives and research directions, *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(2), pp. 185 - 193.
112. Đàm Thị Bảo Hoa, Nguyễn Văn Tư và Trần Tuấn (2013), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến các rối loạn tâm thần - hành vi của học sinh thành phố Thái Nguyên, *Tạp chí y học thực hành*, 7(875), tr. 14 - 17.
113. Centers for Disease Control and Prevention (2010), Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children - United States, 2003 and 2007, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 12; 59(44), pp. 1439 - 43.
114. Gao X., Shi W., Zhai Y., et al. (2013), Results of the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire in 22,108 primary school students from 8 provinces of China, *Shanghai Arch Psychiatry*, 25(6), pp. 364 - 374.

115. Scott E.M., Hermens D.F., Naismith S.L., et al. (2012), Thoughts of death or suicidal ideation are common in young people aged 12 to 30 years presenting for mental health care, *BMC Psychiatry*, 12, p. 234.
116. Beautrais A.L., Wells J.E., McGee M.A., et al. (2006), Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey, *Aust N Z J Psychiatry*, 40(10), pp. 896 - 904.
117. Shoval G., Mansbach-Kleinfeld I., Farbstein I., et al. (2012), Self versus maternal reports of emotional and behavioral difficulties in suicidal and non-suicidal adolescents: An Israeli nationwide survey, *Eur Psychiatry*.
118. Egger H.L., Costello E.J., Erkanli A., et al. (1999), Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7), pp. 852 - 860.
119. Loeber R., Burke J.D., Lahey B.B., et al. (2000), Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(12), pp. 1468 - 1484.
120. Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2018). Đặc điểm dịch tễ học trẻ mắc tăng động giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2016. Số 5 (10-2018).
121. Townsend E. (2014), Self-harm in young people, *Evid Based Ment Health*, 17(4), pp. 97 - 99.
122. Resch F., Parzer P., Brunner R., et al. (2008), Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17, Suppl 1, pp. 92 - 98.

123. Xiao Z.H., Wang Q.H., Luo T.T., et al. (2013). Comorbidities and functional impairments in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Chinese journal of contemporary pediatrics*, 15, pp. 728 - 32.
124. Levy F., Young D.J., Bennett K.S., et al. (2013), Comorbid ADHD and mental health disorders: are these children more likely to develop reading disorders? *Atten Deficit Hyperact Disord*, 5(1), pp. 21 - 28.
125. Lê Thanh Hải và cộng sự (2014). Mối liên quan giữa điểm tăng động, giảm chú ý theo thang đo K-SADS-PL và một số hành vi nhân cách ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 926.
126. Fedewa A.L. and Erwin H.E. (2011), Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: implications for on-task and in-seat behavior, *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*, 65(4), pp. 393 - 399.
127. Merrill B.M., Morrow A.S., Altszuler A.R., et al. (2017). Improving homework performance among children with ADHD: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 85(2), pp. 111 - 122.
128. Pelham W.E., Fabiano G.A., Waxmonsky J.G., et al. (2016), Treatment Sequencing for Childhood ADHD: A Multiple-Randomization Study of Adaptive Medication and Behavioral Interventions, *J Clin Child Adolesc Psychol*, 45(4), pp. 396 - 415.

Phụ lục 1. PHIẾU ĐIỀU TRA THỰC TRẠNG SKTT HỌC ĐƯỜNG

Chào bạn!

Chúng tôi mong bạn dành vài phút để điền bảng hỏi này. Đây là một phần của dự án nghiên cứu về sức khỏe và những vấn đề tiềm ẩn ở thanh thiếu niên. Kết quả của nghiên cứu này sẽ được dùng để lập kế hoạch phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho học sinh trường phổ thông.

Việc tham dự của bạn vào nghiên cứu này là tự nguyện và không phải ghi tên mình vào bảng trả lời. Tuy nhiên, việc tất cả các bạn điền vào bảng hỏi này cực kỳ quan trọng nhằm tìm hiểu đúng tình trạng sức khỏe và các vấn đề tiềm ẩn của thanh thiếu niên.

Tất cả các thông tin trong bảng câu hỏi này sẽ được sử dụng một cách cẩn mật. Các câu trả lời chỉ có các nhà nghiên cứu được xem với mục đích nghiên cứu và sẽ không có một thông tin cá nhân nào được bộc lộ. Sau đó, các trường học sẽ nhận được một bảng tóm tắt về kết quả nghiên cứu.

Bảng câu hỏi sẽ được điền như thế nào?

Bảng câu hỏi đã được liệt kê một số vấn đề cơ bản mà hầu hết thanh thiếu niên thỉnh thoảng có thể gặp phải. Hãy trả lời các câu hỏi một cách tốt nhất về tình trạng của bạn hiện tại hoặc trong 6 tháng vừa qua. Điều quan trọng là bạn phải trả lời tất cả các câu hỏi kể cả khi bạn cảm thấy không chắc chắn hoặc một câu hỏi nào đó có vẻ ngớ ngẩn.

Sau khi hoàn thành bảng hỏi, hãy bỏ nó vào phong bì và dán kín lại. Thầy cô sẽ thu tất cả các phong bì và bỏ vào phong bì lớn và dán kín trước mặt tất cả học sinh. Phong bì này sẽ được gửi đến các nhà nghiên cứu.

Sự giúp đỡ của bạn có giá trị lớn và rất đáng trân trọng.

Xin chân thành cảm ơn bạn!

1 BẠN HÃY CỐ GẮNG TRẢ LỜI TẤT CẢ CÁC CÂU HỎI !

Giới tính của tôi:

☐ gái ☐ trai

Tôi đang học lớp

.....

Tôi.....tuổi. Con thứ mấy:../....

Dân tộc: Kinh☐ **Khác**☐

Tại trường trung học cơ

sở.....

2 GIA ĐÌNH TÔI

A Bố mẹ đang sống cùng tôi là

☐ Bố mẹ đẻ

☐ Chỉ có mẹ đẻ

☐ Bố mẹ nuôi

☐ Mẹ đẻ và bố
dưỡng (hoặc bạn đời
của mẹ)

☐ Chỉ có bố đẻ

☐ Cha mẹ kế

☐ Bố đẻ và mẹ kế
(hoặc bạn đời của bố)

☐ người khác, là ai.....

Nghề nghiệp của bố:.....Tuổi:.....

B

Trình độ văn hóa.....

Nghề nghiệp của mẹ:.....Tuổi:.....Trình độ văn hóa.....

C

Số anh, chị em ruột:.....Số người đang sống cùng gia đình:.....

D

Là những ai?.....

Bố/mẹ bạn có hay quan tâm, chia sẻ về những vấn đề trong cuộc sống

E

của bạn không?

Không bao giờ☐ Hiếm khi☐ Thỉnh thoảng☐ Thường xuyên☐

3 VỀ SỨC KHỎE CỦA TÔI

Bạn có bệnh, tật hoặc một vấn đề nào liên quan đến sức khỏe không?

Hen không ☐ có ☐ Tiểu đường không ☐ có ☐

Động kinh không ☐ có ☐ Chàm cơ địa không ☐ có ☐

Dị ứng không ☐ có ☐ Bệnh khác, cụ thể là-----

4 NHU CẦU ĐƯỢC GIÚP ĐỠ TỪ BÊN NGOÀI

A Trong vòng 6 tháng qua, có thời điểm nào bạn cảm thấy cần sự giúp đỡ từ bên ngoài (người nào đó ngoài gia đình bạn) cho những khó khăn, những rắc rối về cảm xúc, tình cảm và hành vi của bạn không?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không, tôi không cảm thấy có nhu cầu | <input type="checkbox"/> Tôi có cân nhắc tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài | <input type="checkbox"/> Tôi đã tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài |
|---|---|--|

B Nếu bạn đã tìm kiếm giúp đỡ - sự giúp đỡ đó ở đâu / của ai?

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Họ hàng | <input type="checkbox"/> Thầy cô | <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế trường |
| <input type="checkbox"/> Bác sỹ | <input type="checkbox"/> Nhà tâm lý / tư vấn trường học | <input type="checkbox"/> Người khác----- |

5 NHỮNG TRẢI NGHIỆM CỦA TÔI VỚI CÁC KHÓ KHĂN

A Nhìn chung, bạn có cho rằng bạn có khó khăn trong bất kỳ các lĩnh vực nào sau đây: cảm xúc, sự tập trung, hành vi hoặc cách hòa đồng với người khác?

- | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có – một chút ít | <input type="checkbox"/> Có - khó khăn rõ rệt | <input type="checkbox"/> Có – khó khăn Nghiêm trọng |
|--------------------------------|---|---|---|

Nếu bạn trả lời “có” hãy trả lời các câu hỏi sau đây về những khó khăn này:

B Bạn đã trải nghiệm với những khó khăn này trong bao lâu?

- | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ít hơn 1 tháng | <input type="checkbox"/> 1-5 tháng | <input type="checkbox"/> 6-12 tháng | <input type="checkbox"/> hơn 1 năm |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

C Những khó khăn này có làm cho bạn bối rối hay buồn phiền không?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không hề | <input type="checkbox"/> Chỉ một chút | <input type="checkbox"/> Nhiều | <input type="checkbox"/> Rất nhiều |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

D Những khó khăn này có cản trở cuộc sống hằng ngày của bạn trong các lĩnh vực sau đây không?

- | | Ko khi nào | Chỉ chút ít | Nhiều | Rất nhiều |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Sinh hoạt ở nhà | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2	Quan hệ bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Học tập ở lớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hoạt động giải trí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Những khó khăn này có gây khó chịu cho những người xung quanh bạn không? (gia đình, bạn bè, thầy cô giáo...)					
<input type="checkbox"/> Không hề ít <input type="checkbox"/> Chỉ chút ít <input type="checkbox"/> Nhiều <input type="checkbox"/> Rất nhiều					
F Trong 6 tháng qua bạn có thường tự gây thương tích hoặc tự làm đau cho bản thân không?					
<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Rất thường xuyên					
Nếu bạn đã từng làm như vậy, thường vì lý do gì?					
<input type="checkbox"/> Vì bất chước bạn bè <input type="checkbox"/> Vì buồn chán <input type="checkbox"/> Vì muốn gây chú ý <input type="checkbox"/> Vì những lí do khác.....					
Trong 6 tháng qua bạn có thường nghĩ rằng cái chết sẽ giải thoát bạn không?					
<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Rất thường xuyên					
Trong 6 tháng qua bạn có thường lập kế hoạch để tự tử không?					
<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Rất thường xuyên					
Trong 6 tháng qua bạn có thường thực hiện hành động tự tử không?					
<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Rất thường xuyên					

6	BẢNG CÂU HỎI VỀ ĐIỂM MẠNH VÀ NHỮNG KHÓ KHĂN: Với mỗi câu sau, bạn hãy đánh dấu (X) vào ô tương ứng với trả lời <i>không đúng</i> , <i>Đôi khi đúng</i> hoặc <i>Hoàn toàn đúng</i> . Điều chúng tôi mong muốn là tất cả các câu đều được bạn trả lời với khả năng tốt nhất có thể được, thậm chí cả khi bạn không chắc chắn một cách tuyệt đối. Bạn hãy trả lời dựa trên cơ sở những điều mà bạn đã từng trải nghiệm trong 6 tháng qua.			
		Không đúng	Đôi khi đúng	Hoàn toàn đúng
A	Tôi cố gắng đối xử tốt với mọi người, tôi quan tâm đến cảm xúc của họ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Tôi quá hiếu động, không thể ở yên được một chỗ được lâu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Tôi hay bị đau đầu, đau bụng hoặc mệt mỏi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Tôi luôn chia sẻ với người khác: VD đồ ăn, đồ chơi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Tôi hay giận dữ và mất bình tĩnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Tôi thích ở một mình hơn là chơi với bạn cùng lứa tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Tôi thường vâng lời	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Tôi hay lo lắng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	Tôi là người hay giúp đỡ nếu ai đó bị tổn thương, bị buồn rầu hoặc bị ốm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	Tôi luôn bòn chòn hoặc bứt dứt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Tôi có một hoặc nhiều người bạn tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Tôi hay đánh nhau hoặc bắt người khác làm theo ý tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	Tôi thường cảm thấy không vui, buồn hoặc dễ khóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	Nhìn chung, Tôi được các bạn yêu thích	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O	Tôi dễ bị xao nhãng và khó tập trung chú ý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	Tôi lo sợ khi gặp tình huống mới, dễ mất tự tin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q	Tôi luôn cư xử tốt với các em nhỏ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R	Tôi thường bị buộc tội là nói dối hoặc gian lận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	Tôi thường bị trẻ khác hoặc các bạn lớn bắt nạt và chế nhạo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	Tôi thường giúp đỡ người khác (như bố mẹ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	cô giáo, trẻ em...)			
U	Tôi thường suy nghĩ trước khi làm một việc gì đó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	Tôi lấy đồ của người khác ở nhà, ở trường hoặc ở nơi khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W	Tôi thích chơi với người lớn hơn là các bạn cùng tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	Tôi có nhiều nỗi sợ và dễ sợ hãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y	Tôi thường hoàn thành công việc, sự chú ý của tôi tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 CÁC CƠN ĐAU VÀ GIẤC NGỦ				
A	Trong 6 tháng qua, bạn có những cơn đau đầu làm mất tập trung không?			
	<input type="checkbox"/> Ít nhất 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/> ít nhất 1 lần/tháng	<input type="checkbox"/> Không thường xuyên	<input type="checkbox"/> Hiếm khi
B	Trong 6 tháng qua bạn có những cơn đau bụng tái diễn không?			
	<input type="checkbox"/> Ít nhất 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/> ít nhất 1 lần/tháng	<input type="checkbox"/> Không thường xuyên	<input type="checkbox"/> Hiếm khi
C	Trong 6 tháng qua bạn có vấn đề khi bắt đầu ngủ hoặc trong giấc ngủ không?			
	<input type="checkbox"/> Không bao giờ hoặc ít hơn 1 lần/tháng	<input type="checkbox"/> Ít hơn 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/> Ít hơn 1-2 lần/tuần	<input type="checkbox"/> 3-5 lần/tuần
				<input type="checkbox"/> Hàng đêm hoặc hầu như thường xuyên

8 NHỮNG Ý NGHĨ VỀ CƠ THỂ CỦA TÔI				
A	Chiều cao của tôi là.....cm	Cân nặng của tôi là.....kg		
B	Các vấn đề của tôi với thức ăn	Không đúng	Đôi khi đúng	Chắc chắn đúng
1	Tôi muốn được gầy hơn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tôi tập thể dục nhiều để tránh tăng cân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tôi đang ăn kiêng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tôi sợ béo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tôi đã từng giảm cân đáng kể trong thời gian ngắn vì không ăn uống không phù hợp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Tôi không hài lòng với cơ thể của mình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Thật tồi tệ nếu tôi tăng cân thậm chí là rất ít	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tôi không thể kiểm soát được việc ăn uống của mình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tôi ăn nhien ngẫu một lượng lớn thức ăn cùng một lúc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tôi tự gây nôn sau khi ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tôi sử dụng thuốc để kiểm soát cân nặng của mình (thuốc gây chán ăn, thuốc tẩy ruột, thuốc lợi tiểu...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Với trẻ gái: Chu kỳ kinh nguyệt của tôi				
<input type="checkbox"/> Tôi chưa có kinh nguyệt		<input type="checkbox"/> Tôi có kỳ kinh nguyệt đầu tiên lúc.....tuổi	<input type="checkbox"/> Tôi đã có kỳ kinh nguyệt đầu tiên nhưng sau đó không có nữa lúc.....tuổi	

9	RƯỢU VÀ THUỐC LÁ
A	Bạn có hay uống rượu hoặc bia không?
<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> 1 hoặc hơn 1 lần/tháng <input type="checkbox"/> 1 hoặc hơn 1 lần/tuần	
B	Bạn có hay uống rượu nhiều đến mức bị say không?
<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> 1 hoặc nhiều hơn 1 lần/tháng <input type="checkbox"/> 1 hoặc nhiều hơn 1 lần/tuần	
C	Bạn có hay hút thuốc lá?
<input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Hiếm khi trong tuần <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hằng ngày	

10	TRẢI NGHIỆM VỀ BỊ BẮT NẠT
<i>Một học sinh bị bắt nạt là khi học sinh đó bị một hoặc một nhóm học sinh khác có hành động xấu hoặc làm tổn thương lặp lại nhiều lần. Học sinh bị bắt nạt thật là khó để tự bảo vệ bản thân mình. Việc bắt nạt có thể xảy ra thường xuyên hoặc không thường xuyên. Việc bắt nạt có thể là dùng lời (vd: gọi tên bậy, dọa dẫm...), vũ lực (vd: đánh...) hoặc tâm lý (vd: tạo tin đồn, cô lập/xa lánh). Gọi là bắt nạt khi bị ai đó trêu chọc nhiều lần làm tổn thương hoặc ác ý</i>	
A	

A	Tình hình bị bắt nạt nói chung	Không khi nào	Ít hơn 1 lần/tuần	Nhiều hơn 1 lần/tuần	Hầu hết các ngày
1	Bạn bị bắt nạt ở trường bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bạn bị bắt nạt ở ngoài khu vực trường bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bạn bắt nạt người khác bao nhiêu lần ở trường trong 6 tháng qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bạn bắt nạt người khác bao nhiêu lần ở bên ngoài nhà trường trong 6 tháng qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Các loại bắt nạt				
	Bạn thường bị bắt nạt theo những cách nào sau đây:	Không khi nào	Ít hơn 1 lần/tuần	Nhiều hơn 1 lần/tuần	Hầu hết các ngày
1	Lấy tôn giáo hoặc chủng tộc để trêu chọc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Lấy vẻ bề ngoài hoặc cách nói để trêu chọc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Đánh, đấm, tát, xô đẩy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tung tin đồn hoặc bịa đặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Dựng chuyện đùa cợt, lời bình phẩm, cử chỉ liên quan đến giới tính của bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Gọi tên của bạn kiểu chế nhạo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bàn tán về bệnh tật của bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Đe dọa hoặc đánh bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Ai bắt nạt bạn (trong trường, ngoài trường)?				
1	Bạn gái	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bạn trai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Một nhóm người (vd: một nhóm bạn, một lớp...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i>Bắt nạt qua mạng là khi một người nào đó trêu chọc người khác nhiều lần qua mạng trực tuyến (online) hoặc gây sự nhiều lần qua email hoặc tin nhắn, hoặc đăng tải một thông tin của người khác lên mạng mà người đó không thích.</i>				
			Không khi nào	Ít hơn 1lần/tuần	Nhiều hơn 1 lần/tuần	Hầu hết các ngày
	A	Bạn có hay bị bắt nạt qua mạng trong 6 tháng qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B	Bạn có hay bắt nạt người khác qua mạng trong 6 tháng qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	Bạn thường bị bắt nạt qua mạng theo những cách nào sau đây:				
	1	Bị người khác lừa dối	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Bị người khác không tôn trọng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Bị người khác gọi tên chế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Bị người khác tung tin đồn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	Bị người khác đe dọa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	Bị người khác gửi email ngoài ý muốn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	Bị người khác gây sự	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	Bị người khác chê nhạo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	Bị sợ hãi vì mất an toàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	Bạn bị ai bắt nạt ?				
	1	Bạn gái	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Bạn trai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Phụ nữ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Đàn ông	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	Người lạ (không biết rõ cả tuổi và giới)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	Một nhóm người (vd: một nhóm bạn, một lớp...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F	Bạn có sợ những đe dọa trực tiếp trên internet sẽ được thực hiện ở trường (hoặc ở nhà hoặc ở nơi nào đó ngoài internet) không?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	SỰ BẮT NẠT NÓI CHUNG (ở trường, bên ngoài trường học, trên internet)				
		Không đúng	Đôi khi đúng	Chắc chắn đúng	
A	Bạn có cảm thấy hình như mình bị bắt nạt là do một số vấn đề của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	Bạn có cảm thấy dường như mình bị bắt nạt bởi người nào đó vì chính bản thân họ có một số vấn đề khiến họ làm như vậy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	Bạn đã nói với một ai đó về trải nghiệm của mình để họ giúp đỡ? Nếu có thì người đó là: Tôi đã nói với ai đó <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>				
	A. Bố mẹ <input type="checkbox"/>	Giáo viên <input type="checkbox"/>		Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
	B. Anh trai/chị gái <input type="checkbox"/>	Người lớn khác ở trường (vd: hiệu trưởng...)		Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
	C. Bạn bè <input type="checkbox"/>	Các nhà chuyên môn về sức khỏe (bác sĩ, nhà tâm lý, cán bộ XH...)		Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>
	Bạn còn nói với ai nữa <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Người đó là.....				
13	Về môi trường học đường	Không bao giờ	Đôi khi	Thường xuyên	Rất thường xuyên
A	Tôi cảm thấy an toàn ở trường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Tôi cảm thấy các giáo viên ở trường quan tâm đến tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Khi một học sinh bị bắt nạt, giáo viên hoặc nhân viên nhà trường có cố gắng ngăn cản việc đó ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Khi một học sinh bị bắt nạt, những học sinh khác trong trường có cố gắng ngăn cản ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14		Chắc chắn	Có thể	Chắc là ko	Không
	Nếu trong thời gian tới, bạn có gặp những khó khăn về hành vi, cảm xúc hoặc mối quan hệ, người mà bạn sẽ tìm tới là ai?				
A	Mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Bố	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Ông bà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Bạn cùng trường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bạn cùng sở thích	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bạn trên internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bạn khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Giáo viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Người lớn quan trọng khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Nhân viên y tế trường học	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	Nhà tâm lý trường học	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	Bác sĩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Cộng đồng internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Đường dây hỗ trợ thanh thiếu niên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	Người khác, ghi rõ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 HÃY ĐẢM BẢO CHẮC CHẮN LÀ BẠN ĐÃ TRẢ LỜI TẤT CẢ CÁC CÂU HỎI!

Bạn có thể viết vào đây những suy nghĩ và cảm xúc của bạn (vd: các câu hỏi hoặc các lĩnh vực muốn hỏi hoặc suy nghĩ). Bạn cảm nhận như thế nào về những câu hỏi này?

-
-
-

CẢM ƠN BẠN ĐÃ DÀNH THỜI GIAN!

Phụ lục 2. ĐÁNH GIÁ ADHD TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP (Dành cho cha mẹ)

Họ tên trẻ: _____ Giới tính ☐ (1. Nam 2. Nữ)

Ngày sinh: _____ Lớp: _____

Ngày thực hiện: _____

Người thực hiện: _____

Dưới đây là một số biểu hiện có thể có ở trẻ trong vòng 6 tháng qua . Các con số là mức độ hành vi của trẻ. Anh/ chị hãy khoanh tròn vào con số đó.

0: không bao giờ; 1 = Đôi khi; 2 = Thường xuyên; 3 = Rất thường xuyên					
1	Không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả với công việc được giao	0	1	2	3
2	Khó khăn khi phải duy trì chú ý vào nhiệm vụ/hoạt động	0	1	2	3
3	Dường như không chú ý nghe khi hội thoại	0	1	2	3
4	Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ /bài vở (không phải do chống đối hoặc không hiểu)	0	1	2	3
5	Khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ/hoạt động	0	1	2	3
6	Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các công việc đòi hỏi sự nỗ lực trí tuệ.	0	1	2	3
7	Mất những đồ dùng cần thiết trong công việc/ học tập	0	1	2	3
8	Dễ bị xao nhãng bởi kích thích bên ngoài	0	1	2	3
9	Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày	0	1	2	3
10	Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên	0	1	2	3
11	Ra khỏi chỗ ngồi ở những nơi cần phải ngồi yên	0	1	2	3
12	Chạy hoặc leo trèo quá mức ở những nơi cần phải ngồi yên	0	1	2	3
13	Khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh	0	1	2	3
14	Hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được “gắn động cơ”	0	1	2	3
15	Nói quá nhiều	0	1	2	3
16	Bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong	0	1	2	3
17	Khó khăn khi chờ đợi đến lượt mình	0	1	2	3
18	Ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/ cuộc hội thoại của người khác	0	1	2	3
19	Cãi lại người lớn	0	1	2	3
20	Khó kiềm chế, nóng tính	0	1	2	3

21	Không tuân theo lời hoặc từ chối những yêu cầu ,quy định của người lớn	0	1	2	3
22	Quấy rầy là phiền người khác	0	1	2	3
23	Đổ lỗi cho người khác về lỗi hoặc hành vi sai của mình	0	1	2	3
24	Để nổi giận hoặc bức tức với người khác	0	1	2	3
25	Giận giữ hoặc bức bội	0	1	2	3
26	Hằn học và muốn trả thù	0	1	2	3
27	Chửi tục, hăm dọa hoặc đe dọa người khác	0	1	2	3
28	Đánh nhau	0	1	2	3
29	Nói dối để kiếm lợi hoặc trốn tránh nhiệm vụ	0	1	2	3
30	Trốn hoặc nghỉ học không lý do	0	1	2	3
31	Độc ác với người khác	0	1	2	3
32	Lấy trộm những đồ vật có giá trị	0	1	2	3
33	Cố ý phá hủy tài sản của người khác	0	1	2	3
34	Đã sử dụng những vật có thể gây nguy hiểm cho người khác (dao, côn, gậy)	0	1	2	3
35	Độc ác với súc vật	0	1	2	3
36	Nghịch lửa gây nguy hiểm	0	1	2	3
37	Phá hủy tài sản của người khác	0	1	2	3
38	Ở bên ngoài qua đêm mà không được phép	0	1	2	3
39	Ra khỏi nhà vào ban đêm	0	1	2	3
40	Có vấn đề về tình dục với người khác	0	1	2	3
41	Sợ hãi, lo âu hoặc lo lắng	0	1	2	3
42	Sợ thử những điều mới vì lo sợ mắc lỗi	0	1	2	3
43	Cảm thấy vô dụng kém cỏi	0	1	2	3
44	Tự trách bản thân, cảm thấy có lỗi	0	1	2	3
45	Cảm thấy cô đơn, vô tích sự , không được yêu quý, phản nản không ai yêu mình	0	1	2	3
46	Buồn rầu u sầu hoặc trầm cảm	0	1	2	3
47	Kém tự tin, dễ bối rối	0	1	2	3

	Các biểu hiện khác	Tốt	khá	Trung bình	Hơi kém	Kém
48	Kết quả học tập trung	1	2	3	4	5
49	Đọc, tiếng việt	1	2	3	4	5
50	Toán	1	2	3	4	5
51	Viết	1	2	3	4	5
52	Mối quan hệ với bố mẹ	1	2	3	4	5
53	Mối quan hệ với bạn bè	1	2	3	4	5
54	Mối quan hệ với anh chị em	1	2	3	4	5
55	Tham dự vào các hoạt động nhóm	1	2	3	4	5

Phụ lục 3. NỘI DUNG CAN THIỆP CHO CHA MẸ TRẺ MẮC ADHD

Phụ lục 3.1 Chiến lược can thiệp

Mục tiêu chính

1. Quy định rõ ràng và xúc tích. Trẻ cần hiểu đúng những gì cha/mẹ mong đợi ở con mình.
2. Giao cho trẻ những việc vặt. Nó sẽ mang đến cho trẻ ý thức về sự đáp ứng công việc và tăng lòng tự trọng.
3. Liệt kê những nhiệm vụ xuất sắc để giúp trẻ nhớ lại.
4. Thói quen rất quan trọng cho trẻ mắc ADHD. Sắp xếp thời gian cho bữa ăn, công việc, xem tivi, ngủ dậy và lên giường đi ngủ. Cần làm theo đúng lịch trình.
5. Xác định những gì trẻ đang làm tốt (như vẽ, học toán, kỹ năng máy tính) và xây dựng trên hoạt động đó.
6. Nói với trẻ rằng bố/mẹ yêu và hỗ trợ con không điều kiện.
7. Có những phản hồi tích cực khi thấy trẻ đang làm việc tốt.

Các vấn đề hàng ngày thường thấy

Trẻ rất khó khăn để khiến trẻ sẵn sàng đi học vào buổi sáng

- Tạo thời khóa biểu chắc chắn và có thể đoán được việc thức dậy và sẵn sàng vào mỗi buổi sáng.
- Sắp xếp thói quen để trẻ có thể dự đoán theo tuần tự các sự kiện. Đặt các thói quen bằng viết hoặc tranh trên bảng cho trẻ. Thời khóa biểu có thể theo ví dụ sau:

Báo thức thức dậy - Đánh răng - Rửa mặt - Mặc quần áo - Ăn sáng - Đi học

- Thưởng và tán dương con mình! Đó sẽ là động lực cho con thành công. Mặc dù nếu trẻ không thành công trong tất cả các hoạt động của thói quen buổi vào sáng, sử dụng tán dương và phần thưởng cho con mình khi chúng đạt được thành công .

Trẻ rất dễ cáu vào cuối buổi chiều/bắt đầu buổi tối.

- Vào cuối buổi chiều và tối thường là một khoảng thời gian rất stress đối với tất cả trẻ trong tất cả các gia đình vì cha mẹ và trẻ khó khăn để cùng nhau sau một ngày làm việc và ở trường.
- Tạo một khoảng “thời gian chết”, khi trẻ có thể làm các việc yên tĩnh

như: nghe nhạc, tắm, đọc...

- Thay thế, cho phép trẻ “xả hơi năng lượng và căng thẳng” bằng cách thực hiện các bài tập thể dục.

Trẻ giảm cân hoặc ăn không đủ

- Động viên ăn sáng với thức ăn đủ calorie
- Cung cấp cho trẻ dinh dưỡng sau giờ học và ăn vặt nhiều protein và hợp chất carbohydrate.
- Bắt đầu ăn với thức ăn được ưa thích trước khi cho ăn các thức ăn khác.
- Cho phép trẻ ăn chút thức ăn nhẹ vào buổi tối
- Theo dõi cân nặng, đo chiều cao và nói với bác sỹ khám cho trẻ.

Các mục công việc nhà

- Thiết lập thói quen và thời khóa biểu cho bài tập về nhà (thời gian và địa điểm cụ thể). Không cho phép trẻ chờ cho đến khi tối mới bắt đầu.
- Hạn chế sự sao nhãng trong giờ làm việc ở nhà (Giảm tiếng ồn, các hoạt động, gọi điện thoại không cần thiết và tivi).
- Tán dương và khen ngợi trẻ khi trẻ nỗ lực tốt và hoàn thành nhiệm vụ. Trong khi hỗ trợ trẻ, không cư xử chỉ trích, điều đó phù hợp và hữu ích để giúp trẻ chỉ ra và sửa sai khi làm việc nhà.
- Không phải là trách nhiệm của cha/mẹ là sửa chữa lỗi của trẻ khi làm việc nhà hoặc làm giúp trẻ để hoàn thành và khiến nó trở thành một kết quả hoàn thiện.
- Nhắc trẻ làm việc nhà và trao cho trẻ sự động viên: “Nếu con làm xong việc, con có thể xem tivi hoặc chơi game”.
- Nếu trẻ khó khăn với việc đọc, giúp trẻ bằng cách đọc cùng hoặc đọc cho trẻ nghe.
- Làm việc nhà và dừng trong một thời gian nhất định.
- Nhiều cha mẹ thấy rất khó khăn để giúp trẻ làm việc ở trường, một số có thể cân nhắc việc thuê gia sư! Thông thường là sinh viên, phụ thuộc vào nhu cầu và độ tuổi ở trẻ.

Kỷ luật

- Kiên quyết. Thiết lập quy định và giữ quy định đối với trẻ.
- Chắc chắn rằng trẻ hiểu luật, trẻ không cảm thấy thiếu thông tin.

- Sử dụng việc tăng cường tích cực, biểu dương và thưởng cho trẻ có hành vi tốt.
- Thay đổi hoặc thay đổi phần thưởng thường xuyên để duy trì mức độ tập trung cao.
- Hành vi trừng phạt, không áp dụng với trẻ. Nếu trẻ có hành vi sai, cố gắng thay đổi như là theo kết quả tự nhiên, tránh bản thân cha/mẹ khỏi sự tự xung đột hoặc cho trẻ một lựa chọn.

Phụ lục 3.2. Mục tiêu bài tập tại nhà cho cha, mẹ học sinh

Thiết lập thói quen và thời khóa biểu ở nhà (thời gian và địa điểm cụ thể) và gắn vào thời khóa biểu gần nhất có thể. Đừng bắt trẻ phải chờ đến buổi tối mới bắt đầu.

Giảm thiểu sự mất tập trung ở nhà trong giờ làm bài tập về nhà (VD giảm tiếng ồn, hoạt động, điện thoại, tivi).

Hỗ trợ trẻ phân chia nhiệm vụ ra thành các phần nhỏ hoặc cắt nhỏ để dễ quản lý và ít bận rộn hơn.

Hỗ trợ trẻ bắt đầu thực hiện nhiệm vụ (VD cùng đọc chỉ dẫn, cùng làm nhiệm vụ đầu tiên, quan sát ngay khi trẻ gặp vấn đề kế tiếp/mục công việc của trẻ) sau đó đứng lên và rời đi.

Theo dõi và phản hồi nhưng không làm tất cả các việc cùng trẻ. Mong muốn trẻ cố gắng nhiều và có khả năng độc lập nhất có thể.

Tán dương và khen ngợi trẻ khi trẻ nỗ lực cố gắng và hoàn thành nhiệm vụ. Trong việc hỗ trợ, không chỉ trích chê bai, phù hợp và hữu ích để hỗ trợ trẻ trong việc chỉ ra và sửa chữa các lỗi/sai về bài tập về nhà.

Không đáp ứng với việc sửa tất cả các lỗi/sai trong bài tập về nhà của trẻ hoặc làm giúp trẻ hoàn thành và khiến nó trở thành một kết quả hoàn thiện.

Nhắc trẻ làm bài tập về nhà và khuyến khích động viên: “ Khi con làm xong bài tập về nhà, con có thể....”

Một giao ước cho một sự khuyến khích động viên lớn có thể thực hiện như là một phần của kế hoạch nhằm thúc đẩy trẻ kiên định và thực hiện hết bài tập về nhà. (“nếu con không có lỗi hoặc không trễ bài tập về nhà trong tuần này, con sẽ được....”).

Cho giáo viên biết sự thất bại của con mình và mức độ khoan dung khi

trẻ đi học. Giáo viên cần biết lượng thời gian cần cho trẻ hoàn thành nhiệm vụ và những nỗ lực bố/mẹ giúp tại nhà.

Giúp trẻ nghiên cứu để thử nghiệm: Cùng nghiên cứu, kiểm tra trẻ theo nhiều cách.

Nếu trẻ khó khăn trong việc đọc, giúp trẻ bằng đọc tài liệu cùng trẻ hoặc đọc nó cho trẻ nghe.

Làm việc và dừng lại trong một khoảng thời gian xác định. Đừng ép trẻ quá thời gian và thời gian không phù hợp để làm bài tập về nhà. Nếu bố/mẹ cảm thấy trẻ làm không đủ đối với thời gian buổi tối, viết ghi chú để gửi cho thầy/cô giáo về bài tập mang về nhà.

Thông thường trẻ mắc ADHD thất bại trong việc hoàn thành công việc. Sẽ là thất bại nếu muốn biết trẻ cố gắng để làm việc, nhưng sau đó không bao giờ trả giá để hoàn thành việc đó. Tờ giấy ghi công việc của trẻ dường như mất một cách bí ẩn! **Giám sát để đảm bảo rằng sự hoàn thành bài tập trong tờ giấy và trong sách ghi chú/trong cặp.** Bố/mẹ có thể sắp xếp với giáo viên cho việc thu thập bài tập ngay khi trẻ đến trường.

Nhiều cha mẹ cảm thấy sự khó khăn để giúp con mình ở trường. Nhờ ai đó có thể. **Thuê một gia sư!** phụ thuộc vào nhu cầu và tuổi của trẻ.

Đảm bảo rằng trẻ có số điện thoại của bạn thân – ít nhất một người bạn thân có thể trao đổi điện thoại để giải thích sự phân công bài tập về nhà.

Phụ lục 3.3. Phương pháp thiết lập thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN)

Lựa chọn khu vực để cải thiện

- Thảo luận về hành vi của trẻ với người có tiếp xúc với trẻ.
- Xác định lĩnh vực thiếu hụt lớn nhất ở trẻ.
- Xác định mục đích hướng đến lĩnh vực thiếu hụt trẻ nên làm.
- Phạm vi chủ yếu:
 - + Cải thiện mối quan hệ đồng lứa
 - + Cải thiện công việc học
 - + Cải thiện làm theo quy định của lớp và mối quan hệ với người lớn.

1. Xác định các mục đích

Nhận biết những hành vi cá biệt (“những hành vi hướng tới”) mà có thể thay đổi làm tiến bộ theo mục tiêu dễ hơn.

- Hướng tới những hành vi phải có ý nghĩa và được xác định rõ ràng/quan sát/ đếm được bởi giáo viên và trẻ.
- Ví dụ hành vi hướng tới trong một số lĩnh vực:
 - + Cải thiện mối quan hệ bạn bè: Không làm gián đoạn trẻ khác trong thời gian trẻ khác làm việc, không trêu chọc trẻ khác, khi chơi không đánh nhau trong giờ chơi.
 - + Cải thiện việc học: Có tài liệu và sự phân công cần thiết để làm nhiệm vụ, hoàn bài được phân công
 - + Cải thiện, làm theo quy định của lớp và mối quan hệ với người lớn: Vâng lời giáo viên khi mệnh lệnh được giao, không nói lại với giáo viên, làm theo quy định của lớp.
 - Những hành vi hướng tới được liệt kê thêm trên bảng đính kèm. Ví dụ tại phần bảng đính kèm.

2. **Quyết định hành vi và sàng lọc cho thẻ báo cáo hàng ngày**

- Ước lượng bao lâu trẻ thực hiện hành vi hướng tới (hành vi đích) bằng xem xét lại ghi nhận ở trường và các quan sát.
- Xác định những hành vi cần đưa vào trong báo cáo.
- Đánh giá vài lần hành vi hướng tới trong ngày.
- Thiết lập tiêu chí hợp lý cho mỗi hành vi hướng tới (một tiêu chí là một mức trẻ sẽ phải đáp ứng để chấp nhận một điểm tích cực cho hành vi đó). Thiết lập tiêu chí phù hợp cho mỗi phần trong ngày.

3. **Giải thích thẻ báo cáo hàng ngày cho trẻ**

- Gặp gỡ cha mẹ và trẻ.
- Giải thích tất cả các khía cạnh về TBCHN cho trẻ theo một hướng tích cực.

4. **Thiết lập hệ thống thưởng tại nhà**

- Các phần thưởng phải được lựa chọn bởi trẻ.
- Sắp xếp phần thưởng sao cho:
 - + Những phần thưởng ít hơn hoặc ít được thích hơn nếu ít vâng lời hơn.
 - + Những phần thưởng nhiều hơn cho thực hiện tốt hơn.
- Cho trẻ một danh sách phần thưởng (xem phần ví dụ về phần thưởng ở nhà và trường học).

- + Lựa chọn phần thưởng cho mỗi mức độ.
- + Dán nhãn cho mỗi mức độ khác nhau với tên phù hợp (chẳng hạn như 1 ngôi sao/ngày, 2 ngôi sao/ngày).
- Sử dụng biểu đồ TBCHN hàng tuần để theo dõi khả năng thực hiện hàng tuần.
- Một số trẻ cần ngay phần thưởng hơn là phần thưởng sau một ngày, có thể sử dụng phần thưởng ở trường.

5. Theo dõi và thay đổi chương trình

- Ghi nhận hàng ngày số lần vâng lời trẻ trong mỗi mục đích.
- Sau mỗi lần trẻ đáp ứng tiêu chí, làm các tiêu chí khó hơn (nếu trẻ trẻ không thực hiện được tiêu chí, làm tiêu chí dễ hơn).
- Mỗi tiêu chí cho mỗi mục tiêu ở mức độ được chấp nhận và trẻ chắc chắn đạt được, loại bỏ hành vi hướng tới (hành vi đích) ra khỏi TBCHN. (Cho trẻ hiểu lý do loại bỏ và thay thế bằng mục đích khác nếu cần thiết).
- Thay đổi hệ thống ghi nhận/phần thưởng hàng tuần sang thời gian dài hơn nếu trẻ làm tốt.
- Thẻ báo cáo có thể dừng khi trẻ trở lại bình thường trong lớp học và thiết lập lại nếu tình trạng bắt đầu trở lại.

6. Xử lý sự cố đối với một thẻ báo cáo hàng ngày (TBCHN)

Nếu hệ thống không làm thay đổi hành vi của trẻ, xem xét chương trình và thay đổi cho phù hợp (Xem phần xử lý sự cố đối với một TBCHN).

7. Cân nhắc vấn đề điều trị khác

Nếu sau xử lý sự cố và sửa chữa, TBCHN không mang lại kết quả cải thiện được toàn diện, cân nhắc các câu phân hành vi bổ sung (ví dụ nhiều sự biểu dương hơn, thời gian nghỉ ngơi)

Phụ lục 3.4. Xử lý các tình huống thẻ báo cáo hàng ngày

Vấn đề	Giải pháp
Trẻ không mang thẻ TBCHN	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo rằng trẻ có một balo hoặc tệp đựng tài liệu có thể đựng TBCHN - Có giáo viên sau cùng trong ngày thúc giục trẻ mang thẻ về nhà - Chấp nhận nếu trẻ không có TBCHN
- Hành vi hướng tới	- Định nghĩa lại hành vi đích cho trẻ

<p>(hành vi đích) có thích hợp?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hành vi đích có được định nghĩa rõ ràng cho trẻ? - Hành vi đích có hợp lý về mặt xã hội? - Hành vi đích có thể đạt được một cách hợp lý trong bối cảnh lớp học? 	<ul style="list-style-type: none"> - Sửa chữa hành vi đích - Sửa chữa hành vi đích hoặc bối cảnh lớp học (ví dụ trẻ ở lại với bạn đồng lứa lâu hơn, không nên thực hiện nếu lớp học không có cơ hội cho trẻ tác động với các bạn đồng lứa)
Trẻ có nhớ được hành vi đích trong ngày?	Triển khai một hệ thống thúc giục trẻ bằng hình ảnh (ví dụ bảng nhiệm vụ ở trên bàn học).
Tiêu chí có thực sự thành công? (ví dụ quá cao hoặc quá thấp so với giới hạn)	Sửa chữa lại tiêu chuẩn hình thành hành vi
Có cái gì đó làm ảnh hưởng trẻ đạt được các tiêu chí? (Trẻ không hoàn thành nhiệm vụ khiến trẻ lộn xộn, bàn học bừa bộn)	Làm việc để loại bỏ sự trở ngại (VD làm cải thiện kỹ năng tổ chức, sửa thời khóa biểu trên lớp)
<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ có hiểu hệ thống này ? - Trẻ có thể mô tả chính xác hành vi đích và tiêu chuẩn cho đánh giá tích cực? - Trẻ có thể mô tả chính xác mối quan hệ giữa tiêu chí và những phần thưởng? 	<ul style="list-style-type: none"> - Triển khai một hệ thống thúc giục hình ảnh, nếu cần. - Xem xét hệ thống với trẻ cho đến khi trẻ có thể mô tả chính xác hệ thống. Tăng tần số xem xét nếu trẻ tiếp tục gặp phải khó khăn. - Giải thích lại hệ thống TBCHN cho trẻ. Đơn giản hóa hệ thống TBCHN nếu cần.
<ul style="list-style-type: none"> - Việc theo dõi hoạt động hệ thống có thích hợp? - Hành vi đích có định nghĩa đủ, rõ ràng để giáo viên có thể đánh giá? - Quá trình theo dõi và ghi nhận đủ hiệu quả để giáo viên thực hiện chính xác và chắc chắn?. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sửa chữa định nghĩa về hành vi đích - Cung cấp việc thúc giục cả về hình ảnh lẫn âm thanh cho việc ghi nhận. - Đơn giản hóa quá trình theo dõi và ghi nhận
Trẻ có thể theo dõi quá trình chính xác trong ngày không?	Thiết kế và triển khai hệ thống theo dõi bao gồm mẫu ghi nhận cho trẻ (thúc giục có thể gồm hình ảnh và âm thanh)
Trẻ có nhận được phản hồi	Thay đổi các thủ tục của giáo viên cho việc

đủ để trẻ biết khi nào trẻ giữa được các tiêu chí?	cung cấp phản hồi cho trẻ (VD cung cấp sự thúc giục bằng hình ảnh, tăng sự giao tiếp, phản hồi tự nhiên thường xuyên hoặc ngẫu nhiên)
<ul style="list-style-type: none"> - Hệ thống phần thưởng tại nhà có hợp lý? - Có chắc trẻ không nhận phần thưởng một cách không ngẫu nhiên? - Cha mẹ cung cấp phần thưởng có đáng tin cậy? - Trẻ có thể trì hoãn sự vừa lòng đủ lâu cho phần thưởng tại nhà? 	<ul style="list-style-type: none"> - Thay đổi phần thưởng ở nhà (VD tăng danh sách lựa chọn, thay đổi thứ bậc các phần thưởng). - Rà soát các thủ tục thưởng và đảm bảo rằng phần thưởng được cung cấp chỉ khi trẻ đạt được nó. - Thiết kế và triển khai thủ tục phát thưởng ở trường.

Phụ lục 3.5. Mẫu thiết lập thẻ báo cáo hàng ngày

THẺ BÁO CÁO HÀNG NGÀY Ở NHÀ (Khoanh tròn có Y hoặc không N)

Tên trẻ: _____ Điều trị _____ Tuần/tháng _____

	Th2	Th3	Th4	Th5	Th6	Th7	CN
1	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
2	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
3	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
4	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
5	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
6	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
7	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Tổng số có							
Tổng số không							

Nhận xét: _____

Phụ lục 3.6. Mẫu đánh giá thẻ báo cáo hàng ngày

Hiệu quả học tập

- Hoàn thành những nhiệm vụ X trong khoảng thời gian nhất định
- Hoàn thành nhiệm vụ X với khả năng X%
- Bắt đầu làm việc với sự nhắc nhở X lần hoặc ít hơn
- Cho phép khoảng trống phù hợp giữa X% của thời gian hoặc sự phân công
- Viết rõ ràng/sử dụng 1 dòng trên 1 tờ giấy
- Hiệu chỉnh các phân công phù hợp (thường phải được xác định bởi giáo viên)
- Thay đổi các phân công phù hợp (thường phải được xác định bởi giáo viên)

Theo quy định của lớp

- Theo quy định của lớp/trường với sự vi phạm x lần hoặc ít hơn
- Làm gián đoạn lớp học X lần trong 1 khoảng thời gian/làm khá tốt với sự nhắc nhở X lần hoặc ít hơn/Làm ồn ào X lần hoặc ít hơn.
- Theo sự chỉ dẫn với sự nhắc lại X lần hoặc ít hơn
- Giữ nhiệm vụ với sự nhắc nhở X lần hoặc ít hơn.
- Ngồi đúng chỗ trong khu vực (theo quy định giáo viên) được phân công với sự nhắc nhở X lần hoặc ít hơn.
- Giơ tay để phát biểu với sự nhắc lại X lần hoặc ít hơn.
- Sử dụng tài liệu hoặc sử hữu đồ dùng phù hợp
- Ăn cắp X lần hoặc ít hơn
- Có XX hoặc ít hơn số lần chửi rủa
- Có XX hoặc ít hơn số lần phàn nàn/khóc/rên
- Có XX hoặc ít hơn số lần nằm
- Có XX hoặc ít hơn số lần phá hoại tài sản

Mối quan hệ bạn bè cùng lứa

- Chia sẻ/giúp đỡ bạn cùng lứa với X hoặc ít hơn số lần nhắc nhở
- Từ chối hành vi tiêu cực của trẻ khác/ trẻ biểu hiện không đáp ứng bằng quan sát đối với hành vi tiêu cực của trẻ khác
- Chọc ghẹo bạn bè X hoặc ít hơn số lần trong 1 khoảng thời gian

- Ít hơn X lần đánh nhau với bạn bè.
- Nó rõ ràng (ít hơn X lần thúc giục về nói lầm bầm)
- Đóng góp vào thảo luận (trả lời X câu hỏi)
- Đóng góp vào thảo luận (ít nhất X lần không phải thúc giục, có liên quan, không thừa).
- Ít hơn X lần tự nhận xét tiêu cực
- Cần XX hoặc ít hơn lần nhắc nhở để dừng làm “đại ca” bạn bè cùng lứa.
- Không làm phiền trẻ khác khi ngồi làm việc (ít hơn X lần phàn nàn từ trẻ khác).

Mối quan hệ với giáo viên

- Chấp nhận phản hồi phù hợp (không quá X lần tranh cãi/X% số lần tranh cãi) theo sự phản hồi (do giáo viên quy định)
- Hỏi người lớn phù hợp khi cần
- Duy trì giao tiếp bằng mắt khi nói với người lớn với X/ít hơn X lần thúc giục để duy trì giao tiếp bằng mắt.
- Tôn trọng người lớn (nói lại ít hơn X lần trong 1 khoảng thời gian)
- Tuân theo X% chỉ dẫn giáo viên/yêu cầu/ít hơn X không phục tùng trong 1 khoảng thời gian).

Hành vi ngoài lớp học

- Làm theo quy định giờ ăn/giờ nghỉ/ thời gian rảnh/ tập thể dục/nơi đặc biệt/ nhóm/ phòng tắm/ lối đi với X hoặc ít hơn số lần vi phạm quy định.
- Đi theo hàng phù hợp/theo quy định chuyển với X hoặc ít hơn lần vi phạm quy định.
- Làm theo quy định trên xe bus với X hoặc ít hơn số lần vi phạm.
- Cần XX hoặc ít hơn cảnh báo cho biểu hiện cử chỉ xấu (VD chơi thức ăn, nhai đầy mồm, vứt rác ra sàn nhà).
- Thay đồ thể dục/ quần áo đi học với X:XX phút.

Hành vi hết giờ học

- Đáp ứng gian hết giờ học phù hợp
- Trẻ đáp ứng thời gian hết giờ học thiếu sự chuẩn bị với hành vi không phù hợp

- Khi đáp ứng với thời gian hết giờ, trẻ biểu hiện hơn X lần hành vi tiêu cực

Đáp ứng với tài sản cá nhân

- Mang TBCHN cho giáo viên cho phản hồi trước khi rời lớp học/hoạt động tiếp theo (do giáo viên quy định).
- Đáp ứng với tài sản cá nhân (Sở hữu tài sản cá nhân phù hợp số lần theo bảng kiểm/biểu đồ).
- Mang vật dụng cần thiết đến lớp với XX hoặc ít hơn lần nhắc/ mang vật dụng cần thiết tới lớp theo bảng kiểm/biểu đồ.
- Treo áo khoác/ cặp với XX hoặc ít hơn lần nhắc.
- Có chỉ bài về nhà được giao ở trên bàn

Bài tập về nhà

- Mang bài tập hoàn thành tới lớp
- Viết bài tập về nhà trong cuốn vở phân công với X hoặc ít hơn lần nhắc nhở.
- TBCHN được thay đổi thiết kế cho ngày hôm sau bởi bố mẹ
- Có tất cả tài liệu cần thiết cho bài tập về nhà trong cặp vào cuối ngày.

Phụ lục 3.7. Mẫu phần thưởng cho trẻ

Phần thưởng hàng ngày

- Ăn vặt
- Ăn tráng miệng sau bữa tối
- Thức thêm X phút trước khi ngủ
- Có kể chuyện trước lúc ngủ/đọc với cha mẹ cho X phút.
- Cho tắm trong bồn thêm X phút
- Chơi game học tập trên máy tính X phút
- Nói chuyện điện thoại với bạn
- Xem Video trò chơi thời gian X phút
- Chơi bên ngoài với X phút
- Nghe radio/ dàn âm thanh với X phút
- Các phần thưởng khác do trẻ đề xuất

Phần thưởng hàng ngày hoặc tuần

- Đi chơi qua nhà bạn
- Có bạn tới chơi cùng
- Sự thừa nhận
- Đi xe đạp/ trượt patanh/ đi xe đẩy/ lướt ván... (ở nhà hàng xóm đối với phần thưởng hàng ngày; chuyển đi dài hơn với gia đình hoặc bằng xe đạp/ chơi ngoài sân/công viên với phần thưởng hàng tuần).
- Các hoạt động đặc biệt với bố hoặc mẹ
- Thời gian đặc biệt với bố hoặc mẹ với X phút
- Ngày nghỉ với các lựa chọn
- Lựa chọn trò chơi với bố mẹ/ gia đình
- Các phần thưởng khác được lựa chọn bởi trẻ.

Phần thưởng hàng tuần

- Gọi điện cho người thân, bạn bè ở xa
- Đi câu cá
- Đi mua sắm/ đi siêu thị
- Đi xem phim
- Đi chơi công viên/quảng trường
- Đi ăn kem
- Chơi thể thao/ lựa chọn một cái gì đó đặc biệt ở cửa hiệu.
- Làm món ăn
- Đi đến nhà bạn buổi tối
- Chọn phim gia đình
- Làm thức ăn nhanh với cha mẹ/ hoặc gia đình
- Xem đoạn TV trình diễn (thời trang, ca nhạc)
- Thời gian rảnh rỗi cho X phút
- Các phần thưởng khác do trẻ đề xuất

Mẫu phần thưởng ở trường

- Nói chuyện với bạn thân
- Đọc sách/truyện
- Giúp vệ sinh phòng học
- Làm sạch dụng cụ học tập
- Lau bảng

- Được giúp đỡ bởi giáo viên
- Thêm giờ giải lao
- Viết lên bảng
- Sử dụng bút đánh dấu
- Vẽ tranh
- Chọn sách/truyện để đọc trong lớp
- Đọc với bạn
- Chăm sóc động vật
- Chơi trò chơi giáo viên
- Đi dã ngoại cùng lớp
- Là học sinh tiêu biểu trong ngày/tháng
- Làm lãnh đạo nhóm
- Thăm bác bảo vệ
- Sử dụng máy tính
- Làm đồ ăn
- Dạy bạn học
- Nhận được nhiều tán dương
- Chơi bài
- Nhận giấy khen
- Ăn đặc biệt