



“

Em hạnh phúc nhất là khi
được ở bên các bạn.

PVS em trai, 16 tuổi, An Giang

**Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và
thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam**



Overseas Development Institute

203 Blackfriars Road
London SE1 8NJ

Tel: +44 (0) 20 7922 0300

Fax: +44 (0) 20 7922 0399

E-mail: info@odi.org.uk

www.odi.org

www.odi.org/facebook

www.odi.org/twitter



UNICEF Việt Nam

Địa chỉ: Ngôi nhà Xanh Một Liên Hợp Quốc
304 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội

Điện thoại: (+84 24) 3850 0100

Fax: (+84 24) 3726 5520

Email: hanoi.registry@unicef.org

Follow us:

- www.unicef.org/vietnam
- www.facebook.com/unicefvietnam
- www.youtube.com/unicefvietnam

Độc giả có thể sử dụng thông tin từ các báo cáo này cho các ấn phẩm của mình không vì mục đích thương mại. Là tổ chức giữ bản quyền Viện Nghiên cứu Phát triển Hải ngoại (ODI) và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF) yêu cầu dẫn nguồn và gửi một bản sao của ấn phẩm. Khi sử dụng trực tuyến, đề nghị độc giả dẫn liên kết đến nguồn tài liệu gốc trên các trang web ODI và UNICEF. Các kết quả, diễn giải và kết luận trong báo cáo này là của các tác giả UNICEF hoặc ODI.

Ảnh: UN Việt Nam\2011\Shutterstock

Xin đặc biệt cảm ơn bà Vũ Thị Hải Hà, Cán bộ Chương trình Thanh niên, UNESCO Hà Nội; Mako Kato, Trợ lý Dự án Giáo dục, UNESCO Hà Nội; và Nguyễn Nhật Linh, Cán bộ Dự án Giáo dục, UNESCO Hà Nội, vì đã đóng góp những bức ảnh minh họa trong báo cáo.

**Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của
trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và
thành phố ở Việt Nam**

Lời cảm ơn

Nghiên cứu về **‘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’** do Viện Nghiên cứu và Phát triển (ODI) tiến hành và hỗ trợ kỹ thuật là một trong những hoạt động thuộc khuôn khổ chương trình hợp tác giữa UNICEF Việt Nam và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (Bộ LĐTBXH). Nghiên cứu này nhằm mục đích cung cấp một cái nhìn tổng quan về tình hình sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh thiếu niên ở Việt Nam.

Nhóm nghiên cứu gồm có: bà Fiona Samuels, bà Nicola Jones và bà Taveeshi Gupta từ ODI, bà Đặng Bích Thủy và bà Đào Hồng Lê từ Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới Việt Nam. Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn các chuyên gia thẩm định độc lập, ông Bassam Abu Hamad và bà Martha Bragin, vì những nhận xét hữu ích và chi tiết cho các báo cáo dự thảo. Xin gửi lời cảm ơn chân thành tới những người đã tham gia và trả lời các câu hỏi phỏng vấn ở tất cả các địa bàn nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cũng đánh giá cao sự hỗ trợ của Cục Bảo trợ Xã hội của Bộ LĐTBXH trong việc tạo điều kiện tổ chức nghiên cứu cũng như các buổi tham vấn lấy ý kiến góp ý cho dự thảo nghiên cứu.

Nghiên cứu này được thực hiện thành công nhờ có sự hỗ trợ cả về tài chính và kỹ thuật của UNICEF Việt Nam. Cuối cùng, nhóm nghiên cứu đặc biệt cảm ơn sự đóng góp to lớn của Phòng Bảo vệ Trẻ em của UNICEF Việt Nam vì những nỗ lực không mệt mỏi trong việc rà soát, đóng góp ý kiến cho các bản dự thảo và hiệu đính báo cáo đầy đủ cũng như các báo cáo tóm tắt của nghiên cứu.

Các từ viết tắt

ADHD	Tăng động giảm chú ý
CTE	Cục Trẻ em
GCC	Quỹ Grand Challenges Canada
GD&ĐT	Giáo dục và Đào tạo
GSO	Tổng cục Thống kê
HTBVTEDVCĐ	Hệ thống bảo vệ trẻ em dựa vào cộng đồng
JICA	Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản
LĐTBXH	Lao động, Thương binh và Xã hội
MICS	Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ (UNICEF)
N	Nữ
PHAD	Viện Dân số, Sức khỏe và Phát triển
PV	Phỏng vấn
PVS	Phỏng vấn sâu
RTCCD	Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng
SAVY	Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên
SDGs	Các Mục tiêu Phát triển Bền vững
SDQ	Bảng hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn
SLĐTBXH	Sở Lao động Thương binh và Xã hội
SYT	Sở Y tế
THCS	Trung học Cơ sở
THPT	Trung học Phổ thông
TLN	Thảo luận nhóm
TP	Thành phố
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh
TTBTXH	Trung tâm Bảo trợ Xã hội
TTCTXH	Trung tâm Công tác Xã hội
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc
VUSTA	Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam

Mục lục

Báo cáo tóm tắt chính sách
- Tiếng Anh

Báo cáo tóm tắt chính sách
- Tiếng Việt

25

Chương 1. Tổng quan nghiên cứu

33

Chương 2. Phương pháp
nghiên cứu

41

Chương 3. Mức độ và tính
phổ biến của các vấn đề
sức khỏe tâm thần và tâm
lý xã hội ở Việt Nam

55

Chương 4. Các yếu tố nguy
cơ và yếu tố bảo vệ của các
vấn đề sức khỏe tâm thần
và tâm lý xã hội ở trẻ em và
thanh niên ở Việt Nam





Chương 5. Các hệ thống
cung ứng dịch vụ chăm
sóc sức khỏe tâm thần và
tâm lý xã hội

81

Chương 6. Các thách
thức trong cung ứng dịch vụ

97

Chương 7. Khía cạnh kinh
tế - chính trị trong hỗ trợ
sức khỏe tâm thần và tâm
lý xã hội ở Việt Nam

105

Chương 8. Các khuyến nghị

113

Tài liệu tham khảo	119
Phụ lục 1: Số liệu về tự tử ở tỉnh Điện Biên	124
Phụ lục 2: Bối cảnh tham vấn/tư vấn tâm lý học đường ở Việt Nam	126
Phụ lục 3: Kết quả phân tích số liệu theo thang đo điểm mạnh và khó khăn (SDQ) và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó	129
Phụ lục 4: Các chính sách và văn bản quy phạm luật liên quan đến sức khỏe tâm thần, bảo trợ xã hội và trẻ em	147

Bảng

Bảng 1: Hình thức và số lượng các cuộc phỏng vấn theo địa bàn	36
Bảng 2: Độ tuổi của trẻ em tham gia mẫu định tính	36

Biểu

Biểu 1: Đặc điểm nhân khẩu học của trẻ em tham gia đánh giá nhanh (N=402)	37
---	----

Hộp

Hộp 1: Một vài định nghĩa	27
Hộp 2: Kết quả phân tích số liệu theo thang đo điểm mạnh và khó khăn và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó	44
Hộp 3: Lý do/nguyên nhân dẫn đến ý định tự tử	48
Hộp 4: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần thông qua các bệnh viện công ở Hà Nội	83
Hộp 5: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần thông qua các bệnh viện công ở TPHCM	84
Hộp 6: Tư vấn hệ thống trong trường học (trường hợp trường Olympia ở Hà Nội)	92
Hộp 7: Tục cúng ma và người Hmông theo lời kể của một thầy cúng	94
Hộp 8: Các hạn chế trong chính sách	109



Tóm tắt nghiên cứu

Tổng quan nghiên cứu

Sức khỏe tâm thần được xem là một bộ phận không thể tách rời trong định nghĩa về sức khỏe (xem WHO, 2001), trong đó sức khỏe tâm thần không chỉ là không bị mắc rối loạn tâm thần, mà còn bao hàm trạng thái thoải mái, sự tự tin vào năng lực bản thân, tính tự chủ, năng lực và khả năng nhận biết những tiềm năng của bản thân.

Tranh luận được mở rộng để bao hàm khái niệm về sức khỏe tâm lý xã hội, tổng quan các nghiên cứu trong nhiều lĩnh vực khác nhau về các nguyên nhân của bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội cho thấy đây là một khái niệm đa yếu tố,

bao gồm các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội và môi trường. Nghiên cứu này xem xét nhóm nguyên nhân thứ hai, tức là nhóm các yếu tố xã hội và môi trường. Bởi vậy, một loạt các yếu tố xã hội và môi trường bao gồm biến đổi xã hội nhanh chóng, di cư, thất nghiệp, nghèo đói, và các giá trị truyền thống thay đổi được nhìn nhận là có vai trò như những căn nguyên dẫn đến bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội, đặc biệt là trong giới trẻ.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu cung cấp một cái nhìn tổng quan về thực trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh niên một số tỉnh và thành phố tại Việt Nam. Nghiên cứu không nhằm mục đích đại diện cho toàn bộ Việt Nam.

Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu cung cấp luận cứ hình thành các khuyến nghị về cách thức giải quyết các thách thức xung quanh vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên Việt Nam, đồng thời đóng góp cho các chương trình quốc gia hiện có.

Nghiên cứu định tính tập trung vào các câu hỏi nghiên cứu chính sau:

- Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử trong trẻ em, vị thành niên và thanh niên Việt Nam như thế nào?
- Những yếu tố nguy cơ và những yếu tố bảo vệ trẻ em và thanh



niên Việt Nam khỏi những vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử, là gì?

- Luật pháp và các chính sách hiện hành liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam như thế nào?
- Hiện có các chương trình và dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội nào dành cho trẻ em và thanh niên ở Việt Nam?

Cần lưu ý rằng, với thành phần của nhóm nghiên cứu và với hướng trọng tâm về các căn nguyên xã hội và môi trường của bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội đã đề cập ở trên, nghiên cứu này không tập trung vào các rối loạn tâm thần

ng nghiêm trọng. Thay vào đó, nghiên cứu tập trung vào bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội thuộc dạng nhẹ trong các rối loạn sức khỏe tâm thần, hay còn được gọi là các rối loạn tâm thần thông thường (CMDs), và thường được quốc tế định nghĩa như các vấn đề cảm xúc/nội tâm như lo âu, trầm cảm, cô đơn, buồn rầu và những tổn thương thực thể, có thể gây ra một loạt các hậu quả tiêu cực, bao gồm tự tử.

Để xác định căn cứ và trình bày các phát hiện của mình, chúng tôi áp dụng khung phân tích sinh thái - xã hội, trong đó trẻ em/thanh niên được đặt ở vị trí trung tâm, nhằm tìm hiểu các yếu tố thuộc các cấp độ khác nhau của hệ thống sinh thái xã hội – bao gồm yếu tố cá nhân, gia đình/hộ gia đình, trường học, cộng đồng, thể chế - và cách thức các yếu tố đó tương tác và đóng góp vào các căn nguyên, các yếu tố nguy cơ cũng như các yếu tố bảo vệ của tình trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội.

Nghiên cứu sử dụng hai phương pháp tiếp cận chính: nghiên cứu tài liệu có sẵn của quốc gia và khu vực, và nghiên cứu định tính. Tổng số có 110 phỏng vấn được thực hiện, người trả lời bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ, phụ huynh, trẻ em và thanh niên. Ngoài ra, nghiên cứu cũng sử dụng hai thang đo hạnh phúc có hiệu lực quốc tế đối với 402 em học sinh (trong hai độ tuổi 11-14 và 15-17): Bảng hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn (SDQ) và Thang đo Sự tự tin và Khả năng ứng phó (SE).

Nghiên cứu định tính được tiến hành tại 2 thành phố là Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh và 2 tỉnh Điện Biên (khu vực phía Bắc) và An Giang (khu vực phía Nam); ở các tỉnh, việc thu thập dữ liệu được tiến hành ở cả hai khu vực nông thôn và thành thị.

Mức độ và tính phổ biến của các vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

Kết quả từ tổng quan tài liệu có sẵn. Tổng quan các bằng chứng về sức khỏe tâm thần ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần nói chung đối với trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam dao động từ 8% đến 29% và khác nhau theo tỉnh, giới tính, đặc điểm người trả lời và tùy thuộc vào phương pháp nghiên cứu. Một khảo sát dịch tễ học gần đây trên mẫu đại diện quốc gia của 10 trong số 63 tỉnh/thành cho thấy tỷ lệ trung bình các vấn đề sức khỏe tâm thần trẻ em khoảng 12%, đồng nghĩa với việc hơn 3 triệu trẻ em có nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe tâm thần. Các loại hình vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất trong trẻ em Việt Nam là **các vấn đề hướng nội (lo âu, trầm cảm, đơn độc) và vấn đề hướng ngoại (tăng động, giảm chú ý).**

Trong khi có sự gia tăng về những lo ngại về tự tử ở thanh niên Việt Nam, tỷ lệ tự tử của Việt Nam được báo cáo là thấp đáng kể so với những ước tính toàn cầu. Trong một nghiên cứu ở 90 quốc gia, tỷ lệ của số ca tự tử trên tổng số ca tử vong ở vị thành niên là 9,1% (Wasserman và cộng sự, 2005) trong khi ở Việt Nam, tỷ lệ này là 2,3% (Blum và cộng sự, 2012). **Lạm dụng chất**, bao gồm sử dụng ma túy, uống rượu và hút thuốc, cũng có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội; việc sử dụng thuốc lá là đặc biệt phổ biến trong nam vị thành niên Việt Nam (gần 40%). Và mặc dù **mắc nhiều bệnh đồng thời** bản thân nó không phải là một yếu tố nguy cơ, một số tài liệu nghiên cứu chỉ ra rằng một bệnh tâm thần này có thể là yếu tố nguy cơ cho một loại bệnh tâm thần khác. Ngoài ra, cũng có những lo ngại cho rằng những vấn đề tâm thần này là chỉ báo bề nổi cho tăng băng chìm về những thách thức tâm lý xã hội mà

cần tiếp tục được nghiên cứu thêm nữa.

Kết quả từ nghiên cứu định tính.

Mặc dù tỷ lệ mới mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần được báo cáo trong dữ liệu thứ cấp là tương đối thấp, tất cả những người tham gia nghiên cứu đều có nhận thức chung rằng vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội là phổ biến và đang gia tăng; một số khẳng định họ cảm thấy trẻ em đối diện với gánh nặng sức khỏe tâm thần lớn hơn so với người lớn và rằng các nhóm tuổi khác nhau đương đầu với những loại hình vấn đề khác nhau. Tuy nhiên, họ cũng đề cập đến những thách thức còn tồn tại trong việc ước tính chính xác những con số, đặc biệt là những con số liên quan đến trẻ em.

Những người được hỏi đã nói về những người có khó khăn về sức khỏe tâm thần theo nhiều cách khác nhau như: “mất năng lực nhận thức”, “tiêu cực”, hoặc “bất bình thường”. Tương tự, họ tin rằng những người đó có “suy nghĩ khác lạ”, bị “một loại bệnh gì đó”, là “khác biệt”, hoặc “không ổn định”. Trong khi chia sẻ suy nghĩ cho rằng sự kỳ thị đối với người gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần đang giảm xuống, người trả

lời cũng đề cập đến việc mọi người có thể không bộc lộ ra ngoài nhưng trong thâm tâm họ vẫn có sự kỳ thị và/hoặc tỏ ra lãnh đạm đối với người có khó khăn về sức khỏe tâm thần, và kết quả là khiến mọi người có tâm lý ngại ngùng khi tiếp cận các dịch vụ. Xuất hiện nhiều trong các câu chuyện là việc các vấn đề sức khỏe tâm thần không được hiểu đầy đủ và vì thế dẫn tới sự sợ hãi bệnh nhân tâm thần. Câu chuyện của người trả lời cũng thường xoay quanh “các tệ nạn xã hội” có liên quan đến lạm dụng chất, nghiện game trực tuyến và đánh bạc, từ đó ngụ ý về sự liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cũng như các hành vi chống đối xã hội khác dự như trộm cắp.

Để tương thích với phần tổng quan tài liệu về sức khỏe tâm thần, nội dung về rối loạn tâm thần và tâm lý xã hội được trình bày theo những mảng vấn đề lớn như sau: trạng thái tâm lý của người tham gia, các rối loạn nhận thức, các rối loạn cảm xúc, các rối loạn dạng cơ thể, các rối loạn hành vi và lạm dụng chất. Rõ ràng, những rối loạn nói trên không bao gồm lẫn nhau, mà có rất nhiều rối loạn cùng tồn tại và rối loạn này thường dẫn đến một rối loạn khác. Tương tự, các biểu hiện cũng có thể

là các yếu tố nguy cơ, làm tăng nặng bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội. Như vậy, về **trạng thái tâm lý**, đối tượng nghiên cứu thể hiện hai hình thái cảm xúc chính: một mặt là **sự lạc quan** về tương lai và mặt khác là **buồn rầu** và **lo lắng**. Trẻ em ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là các nhóm tuổi nhỏ hơn, chất chứa niềm lạc quan và những khát vọng lớn lao cho tương lai. Những lo lắng, buồn bã và bi quan nhìn chung được thể hiện với tần suất cao hơn trong nhóm trẻ ở độ tuổi lớn hơn. Lý do khiến các em lo lắng và buồn phiền bao gồm việc cha mẹ đánh lộn, thành viên trong gia đình bị ốm, kết quả học tập ở trường, nỗi sợ bị thôi học, cảm giác không chắc chắn về tương lai và việc phải kết hôn sớm. Nhóm tuổi lớn hơn, cụ thể là những em gái đã bỏ học và những em gái đã kết hôn, lo lắng về an ninh tài chính cho bản thân và con cái các em cũng như những bất hòa với chồng trong hôn nhân mà các em đang phải đối mặt. Biểu hiện của sự lo lắng và buồn phiền này bao gồm căng thẳng dẫn đến bỏ bữa, đau đầu và nóng giận.

Những rối loạn cảm xúc, trong đó có trầm cảm và tự tử, xuất hiện phổ biến trong mẫu nghiên cứu. Nhìn chung, các em gái được cho là nhạy



cảm với các vấn đề cảm xúc hơn các em trai. Cách trẻ em và vị thành niên trả lời và hiểu về **tự tử** dường như thay đổi theo độ tuổi và giới: trong khi nhóm ở độ tuổi nhỏ hơn (11-14) nghe nói “nhiều” người từng cố gắng tự tử thì tới độ tuổi lớn hơn (15-17), một số đã có ý định tự tử và ở độ tuổi lớn hơn nữa, một vài em cho biết bản thân đã từng có hành vi toan tự tử/tự tử nhưng không thành. Người trả lời thống nhất quan điểm rằng những người tự tử hoặc từng cố gắng tự tử hầu hết là thanh niên và các em gái, và việc tiếp cận với nguồn “lá ngón” sẵn có khiến cho việc tự tử trở nên tương đối dễ dàng. Nguyên nhân dẫn tới ý định hoặc hành vi tự tử của nam và nữ bao gồm sự thất bại trong các mối quan hệ tình cảm, mâu thuẫn trong hôn nhân, các vấn đề trong trường học, các vấn đề trong gia đình, và do sự e dè trong chia sẻ cảm xúc. Đối với nam giới, nguyên nhân còn bao gồm việc không thể duy trì những đóng góp và hành vi nam tính như được kỳ vọng, trong đó bao hàm cả khả năng duy trì gia đình/hộ gia đình.

Những biểu hiện thực thể – đau đầu, chán ăn, ngủ kém và gặp ác mộng – được nhiều người trả lời nhắc đến. Nguyên nhân phần lớn liên quan đến những căng thẳng do áp lực học tập và riêng đối với các em gái là những căng thẳng do gánh nặng công việc gia đình. Cuối cùng, **lạm dụng chất** – rượu, thuốc lá, ma túy – cũng được nhiều người tham gia nghiên cứu đề cập đến và phần lớn liên hệ tới trẻ em trai, nam thanh niên và người chồng. Theo ý kiến của người trả lời thì lạm dụng chất là do áp lực từ nhóm bạn “*uống để quên những rắc rối*”, do buồn và do áp lực xã hội nói chung. Lạm dụng chất cũng có thể dẫn tới bạo lực và kết hôn sớm ở nhóm trẻ có cha mẹ nghiện ma túy.

Theo các phân tích ban đầu theo **thang đo điểm mạnh và khó khăn và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó**, trong số 4 vấn đề về hành vi và cảm xúc, tỷ lệ trẻ em có vấn đề

về cảm xúc ở mức bất thường cao hơn gấp 2 lần so với các vấn đề khác, cho thấy việc phát triển cảm xúc/tình cảm là vấn đề trẻ gặp khó khăn nhất trong giai đoạn vị thành niên. Tỷ lệ trẻ có vấn đề về hành vi cũng được ghi nhận khá cao trong nghiên cứu này với các biểu hiện điển hình như dễ nổi giận và mất bình tĩnh, không tự chủ. Phần đông số trẻ trong mẫu nghiên cứu báo cáo là có vấn đề hoặc có dấu hiệu tăng động. Rất ít trẻ có khả năng tập trung, phân đoán phân tích, và có kết quả công việc luôn đạt hiệu quả. **Về sự tự chủ và nhận thức của trẻ em**, phân tích cho thấy tỷ lệ trẻ em có sự tự chủ tương đối cao, thể hiện ở cả trong các tình huống bất ngờ và đặc biệt trong hoàn cảnh khó khăn, dù số **trẻ tự chủ trong việc đối phó** với tình huống bị động, bất ngờ có thấp hơn. Đặc biệt đối với các khó khăn thử thách, nhiều trẻ tin vào khả năng đương đầu của bản thân. Các em có thể giữ được thái độ bình tĩnh để giải quyết công việc và tự tin vào nỗ lực cố gắng của bản thân, vào khả năng tập trung để theo đuổi nhằm đạt được các mục tiêu một cách dễ dàng.

Điều cần lưu ý là nhìn chung, trong khi các nghiên cứu toàn cầu nhấn mạnh tầm quan trọng của nghèo đói, thiên tai, di cư và gia đình ly tán như những nguyên nhân của bệnh tâm thần, thì đó lại không phải là những chủ đề được quan tâm nhiều trong các tài liệu thứ cấp về Việt Nam. Các tài liệu hiện có về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam có chiều hướng tập trung chủ yếu vào việc điều trị bằng thuốc, chính vì vậy chúng tôi đã cố gắng hướng sự chú ý tới các yếu tố kinh tế - xã hội trong phân tích dữ liệu sơ cấp, đặc biệt ở cấp hộ gia đình (xem dưới đây). Cũng có một số các yếu tố khác có thể có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên ở Việt Nam chẳng hạn như buôn bán người, lạm dụng tình dục và bạo lực. Tuy nhiên, do bản thân các vấn đề này đã là những chủ đề chính và cần được tìm

hiểu trong một nghiên cứu riêng biệt, chúng tôi lựa chọn không tìm hiểu các vấn đề này khi tổng quan tài liệu. Việc thu thập dữ liệu sơ cấp cũng không tập trung trực tiếp vào những vấn đề này, mặc dù một số đã xuất hiện một cách gián tiếp, ví dụ như thông qua câu chuyện của những bà mẹ trẻ cô độc trong sự kiểm soát của chồng.

Các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ của các vấn đề sức khỏe tâm thần

Báo cáo tìm hiểu cả các yếu tố nguy cơ và các yếu tố bảo vệ (bao gồm các chiến lược ứng phó) của trẻ em và thanh niên ở 4 cấp độ: cá nhân, hộ gia đình, nhà trường và cộng đồng.

Cấp độ cá nhân

Các yếu tố nguy cơ. Ở cấp độ cá nhân, xuất hiện ba yếu tố nguy cơ chính đối với thanh thiếu niên, với một số khác biệt giữa các nhóm tuổi và giới tính. Thứ nhất, **sự cô lập/tự cô lập về cảm xúc** là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong nhóm trẻ lựa chọn không chia sẻ cảm xúc với ai, thường do trẻ muốn bảo vệ cha mẹ khỏi những lo âu. Với trẻ vị thành niên lớn hơn, đặc biệt là các em gái, cảm giác cô lập xã hội đến từ hậu quả của kết hôn sớm. Với những em gái khác trong cùng độ tuổi thì sự cô lập xã hội đến từ việc nghỉ học ngoài ý muốn và/hoặc do gánh nặng công việc gia đình. Yếu tố nguy cơ thứ hai của các vấn đề tâm lý liên quan tới **việc tiếp cận các công nghệ hiện đại và những nguy cơ của các hành vi nghiện trực tuyến** đối với những trẻ có xu hướng “sử dụng quá nhiều”. Trẻ em trai có xu hướng dành nhiều thời gian hơn cho các trò chơi điện tử trực tuyến và nỗi buồn của các em đến từ việc bị thua cuộc. Theo thời gian, việc chơi các trò chơi trực tuyến cho thấy những ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả học tập. Theo những

người tham gia nghiên cứu thì các em trai chơi trò chơi điện tử nhiều hơn các em gái, nhưng các em gái có nguy cơ bị rình rập và bắt nạt trên mạng nhiều hơn. Yếu tố nguy cơ thứ ba liên quan đến **những quan niệm tiêu cực về đặc điểm thể chất vị thành niên**. Những lo ngại bắt đầu xuất hiện trong giai đoạn đầu của lứa tuổi vị thành niên, đặc biệt ở những em gái có lo lắng về chu kỳ kinh nguyệt hoặc những em bị coi là thừa cân. Những mối lo khác xoay quanh hình thể thấp bé, dẫn đến việc bị chọc ghẹo, gọi tên và phân biệt đối xử trong các hoạt động thể thao tại trường học.

Các chiến lược ứng phó. Rất nhiều các chiến lược ứng phó cả tích cực và tiêu cực đã được đưa ra nhằm giải quyết các vấn đề tâm thần và tâm lý xã hội. Yếu tố bảo vệ được đề cập đến đầu tiên là **việc tham gia vào các hoạt động giải trí** (ví dụ các bộ môn thể thao, võ thuật, đọc sách, xem phim, tham gia các câu lạc bộ hoặc các chuyến dã ngoại do trường tổ chức, học trực tuyến). Yếu tố bảo vệ quan trọng thứ hai là **có hoặc tham gia vào những mạng lưới xã hội gắn bó**. Tầm quan trọng của việc có bạn được ghi nhận trong tất cả các cuộc phỏng vấn, bất kể với giới tính nào. Cũng có một vài ví dụ cho thấy trẻ có **một tấm gương tốt** để noi theo, mặc dù điều này phổ biến hơn ở các em trai. Đó thường là những người lớn mà các em biết – anh trai, thầy cô giáo, chú bác – người có các phẩm chất mà các em ngưỡng mộ và đối xử tốt với các em.

Các chiến lược ứng phó tiêu cực bao gồm khóc một mình, lạm dụng chất (đặc biệt là uống rượu), **đập phá** và **có ý định tự tử** — được nhắc đến nhiều nhất ở Điện Biên và có liên quan tới những áp lực do thôi học và kết hôn sớm. Tất cả các cách ứng phó này ngược lại có thể khiến nhen nhóm thêm các tổn thương tâm thần và tâm lý xã hội.

Cấp hộ gia đình

Các yếu tố nguy cơ/yếu tố khởi phát.

Ở cấp hộ gia đình, có ba nhóm yếu tố nguy cơ sau: nguyên tắc gia đình quá nghiêm ngặt (đặc biệt liên quan đến thành tích học tập và kết hôn), gia đình nghèo hoặc đang trong tình trạng kinh tế - xã hội giảm sút, và những căng thẳng trong hộ gia đình. Xét về **các nguyên tắc gia đình**, trẻ ở lứa tuổi nhỏ hơn nhấn mạnh đến những kỳ vọng từ phía cha mẹ đối với các em trong thực hiện việc nhà và chăm sóc em, và lo sợ bị cha mẹ “la mắng” do không thực hiện đầy đủ. Tương tự, trẻ cũng sợ cha mẹ chỉ trích do bị điểm kém ở trường, và đã có những trường hợp tự tử do bị la mắng về kết quả học tập. Đối với những em thuộc giai đoạn giữa của lứa tuổi vị thành niên (trong khoảng từ 14-16 tuổi), lứa tuổi đang cố gắng khẳng định tính độc lập, “sự kiểm soát” của cha mẹ ví dụ như hạn chế trẻ ra ngoài với bạn, không chấp thuận các mối quan hệ tình cảm, kiểm soát việc sử dụng điện thoại di động, bắt trẻ ở nhà làm việc nhà, v.v. được xem như là một căn nguyên chính dẫn đến tình trạng căng thẳng ở trẻ.

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. 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, cũng bởi 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 phải thôi học ở các em gái, cũng được xem như một trong những nguyên nhân dẫn đến nỗi buồn và trầm cảm cho các em.

Những căng thẳng trong hộ gia đình xuất phát từ một số nguyên nhân sau: áp lực gia đình muốn trẻ phải thể hiện xuất sắc ở trường, cảm giác chung về việc cha mẹ không hiểu con cái, những xung đột trong hôn nhân (thường có tác động tiêu cực đến trẻ), cha mẹ ly hôn, bạo lực gia đình từ phía người chồng, và thiếu giao tiếp giữa cha mẹ và do ảnh hưởng của những biến đổi trong cấu trúc gia đình và áp lực cạnh tranh của thị trường lao động đối với cha mẹ, khiến họ sao nhãng con cái.

Các yếu tố bảo vệ/đáp ứng. Xác định được 2 nhóm yếu tố bảo vệ sau: **Địa vị kinh tế-xã hội** của gia đình giúp giảm nhẹ các căn nguyên dẫn đến căng thẳng ở thanh thiếu niên, và bởi vậy trẻ thuộc các gia đình khá giả có xu hướng hoàn thành cả 3 cấp học. **Gia đình có mối quan hệ tình cảm bền chặt hoặc gia đình gắn kết** cũng là một yếu tố bảo vệ quan trọng giúp trẻ tránh khỏi những căng thẳng và tổn thương tâm lý xã hội - trẻ cảm thấy được cha mẹ và ông bà yêu thương và có cảm giác hạnh phúc khi có thể chia sẻ cảm xúc và những lo ngại với cha mẹ và ông bà.

Cấp trường học

Các yếu tố nguy cơ. Có ba nhóm yếu tố nguy cơ sau: 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. Các 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, 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. Trong khi những tài liệu khác đặt trọng tâm vào chi phí học thêm, cho rằng những chi phí này gây thêm những áp lực cho vị thành niên (xem thêm Ko và Xing, 2009), thì trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tương tự như nghèo cùng cực và

tách biệt xã hội, yếu tố này dường như không gây ra lo lắng đáng kể cho các em. **Những bất ổn trong môi trường học đường** hiện diện thông qua tệ 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. **Các mối quan hệ tình cảm**, thường bắt đầu trong môi trường học đường, gây cho trẻ những căng thẳng bởi một mặt trẻ phải giấu giếm cha mẹ và thầy cô giáo – những người sẽ ngăn cấm trẻ, và mặt khác, những đổ vỡ và tình yêu đơn phương mang đến cho trẻ nỗi buồn, trầm cảm và thậm chí đôi khi là ý định và hành vi tự tử.

Các đáp ứng và chiến lược ứng phó.

Một số trường, phần lớn ở khu vực đô thị, có **phòng tư vấn/tham vấn tâm lý học đường**, và nhiều em gái tới đó hơn là em trai. Phòng tư vấn/tham vấn cũng bộc lộ nhiều nhược điểm, bao gồm việc học sinh không biết tới sự hiện diện của phòng trong trường và do đó hiếm khi bước vào, tới sự chênh lệch về năng lực của nhà tư vấn, đôi khi là do phòng được đặt trong khuôn viên chung thiếu đi sự riêng tư, hay phòng chỉ có nhà tư vấn/tham vấn nam – khiến các em gái ngại ngùng khi cần chia sẻ cảm xúc. Giống như các câu lạc bộ, các hoạt động ngoại khóa và mạng internet, môn học **kỹ năng sống và giáo dục công dân** mà trẻ được học ở trường có tác dụng giúp trẻ đối phó với những căng thẳng. **Giáo viên** cũng là một phần quan trọng trong các chiến lược ứng phó của trẻ, đặc biệt liên quan tới học tập và đôi khi là các vấn đề gia đình.

Cấp cộng đồng

Các yếu tố nguy cơ: Có ba nhóm chính: dễ dàng tiếp cận các chất độc hại, sự hạn chế trong tiếp cận các cơ hội kinh tế, và phải đương đầu với những chuẩn mực có hại. Ở Điện Biên, việc tiếp cận **độc chất** như



© UNICEF Việt Nam\2017\Trương Việt Hùng

thuốc phiện và lá ngón đặc biệt dễ dàng và phổ biến. Lạm dụng rượu cũng là việc thường thấy. Lý do là bởi người ta muốn sử dụng, bởi bạn bè xúi giục, bởi giá rẻ và dễ tìm. Những **hạn chế về cơ hội (xét về việc làm/nghề nghiệp tương lai và các hoạt động giải trí)** cùng những hạn chế trong hiểu biết về các lựa chọn nghề nghiệp cũng gây ra tình trạng căng thẳng cho trẻ em và thanh thiếu niên ở khu vực nông thôn, do những khác biệt giữa thực tế cuộc sống và kỳ vọng nghề nghiệp. **Các chuẩn mực có hại** dường như phổ biến hơn ở khu vực nông thôn và đặc biệt là khu vực miền núi nghèo khó ở phía Bắc. Đó là những chuẩn mực về kết hôn

sớm – khiến các em gái buộc phải thôi học khi còn ít tuổi, về những gì em gái nên làm, về cách các em nên cư xử, về trang phục các em nên mặc và về những vai trò trong gia đình mà các em cần phải đảm nhiệm. Những chuẩn mực kể trên đều có thể ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của các em gái.

Các yếu tố bảo vệ và ứng phó. Bằng chứng nghiên cứu cho thấy sự có mặt của các cơ hội hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội có kết quả tích cực lên trẻ em và thanh thiếu niên. Người trả lời cũng ghi nhận tầm quan trọng của



© UNICEF Việt Nam\2017\Trương Việt Hùng

việc duy trì **thái độ tích cực và niềm tin**, và phần lớn những điều này có thể được dạy ở trường.

Cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần

Việc cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thuộc quản lý của các Bộ, ngành liên quan, bao gồm: Bộ Y tế, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội và Bộ Giáo dục và Đào tạo. Mỗi Bộ đều có mô hình quản lý khác nhau theo từng ngành, lĩnh vực, chức năng, nhiệm vụ riêng và có các chương trình, đề án, mô hình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội khác nhau. Chẳng hạn như Bộ Y tế quản lý về lĩnh vực y tế, các bệnh viện, trung tâm y tế. Các trung tâm y tế và bệnh viện đưa ra chẩn đoán và điều trị ban đầu đối với các bệnh tâm thần nặng và kéo dài có căn nguyên từ các bệnh lý về thần kinh và phát triển. Trong khi đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, thông qua hệ thống ngành dọc Sở Lao động-Thương binh và Xã hội tại 63 tỉnh, thành phố, các cơ sở trợ giúp xã hội, giải quyết các chính sách cho đối tượng bảo trợ xã hội và cung cấp các dịch vụ cho các trường hợp

nặng. Bộ Giáo dục và Đào tạo chịu trách nhiệm thiết lập phòng tư vấn tâm lý xã hội trong các trường học và đào tạo kỹ năng sống. Số lượng các tổ chức phi chính phủ cung cấp các dịch vụ liên quan đến tâm lý xã hội và sức khỏe tâm thần cũng đang dần gia tăng.

Cung ứng dịch vụ thuộc Bộ Y tế

Ở **Hà Nội**, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung ứng tại một số bệnh viện, bao gồm Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương. Ở **TP.HCM**, các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần cũng được cung ứng tại một số bệnh viện, trong đó có **Bệnh viện Nhi đồng 1**.

Tại **Điện Biên**, Chính phủ cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại hai bệnh viện đặt tại TP. Điện Biên Phủ: bệnh viện đa khoa tỉnh (có khoa tâm thần) và **bệnh viện tâm thần tỉnh**. Những người tham gia nghiên cứu cho biết mặc dù có một số lượng lớn các phòng khám và đơn vị cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân đặt tại TP. Điện

Biên, không có nơi nào trong số đó cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. **An Giang**, mặc dù không có bệnh viện tâm thần, Sở Lao động, Thương binh và Xã hội hỗ trợ tài chính để các khoa thuộc bệnh viện và các trung tâm y tế tiếp nhận các bệnh nhân tâm thần nặng được chuyển tuyến từ các cơ sở bảo trợ xã hội. Chương trình Quốc gia Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng và Trẻ em cũng được triển khai tại An Giang, và Hội Phụ nữ cũng có những hoạt động trợ giúp các gia đình hội viên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản là nơi đầu tiên tiếp nhận các cuộc gọi trong xã và những vùng sâu vùng xa khi có bất kỳ lo ngại nào liên quan đến vấn đề sức khỏe. Mặc dù vấn đề sức khỏe tâm thần không thuộc phần việc của y tế thôn bản, một nhóm nhỏ các nhân viên y tế thôn bản ở xã Keo Lôm (Điện Biên) đã từng tham gia khóa đào tạo về cách nhận diện các vấn đề sức khỏe tâm thần và được tiếp cận nguồn thuốc dành cho bệnh nhân tại bệnh viện tâm thần đặt tại TP. Điện Biên. **Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Cộng đồng** được triển khai ở tỉnh Điện Biên trong vòng 10 năm trở lại

đây, theo đó, thuốc thuộc Chương trình được chuyển từ bệnh viện tâm thần xuống các huyện và các cán bộ có trách nhiệm thuộc cấp huyện phát thuốc tới tay các bệnh nhân thuộc địa bàn quản lý của họ.

Tuy nhiên, nhìn chung, việc cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần bị giới hạn trong khu vực y tế công và có tính chất đơn lẻ – cụ thể chỉ ở bệnh viện tuyến tỉnh.

Cung ứng dịch vụ thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội

Các cơ quan cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội bao gồm các trung tâm bảo trợ xã hội, trung tâm công tác xã hội, Trung tâm chăm sóc và phục hồi chức năng (CS&PHCN) cho người tâm thần và các đường dây nóng. Năm 2011, Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 (Quyết định 1215). Mục tiêu của Đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa rối nhiễu tâm trí bị tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội.

Các cơ sở trợ giúp xã hội (bao gồm, Cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc người cao tuổi; Cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt; Cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc người khuyết tật; Cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí; Cơ sở bảo trợ xã hội tổng hợp thực hiện việc chăm sóc nhiều đối tượng bảo trợ xã hội hoặc đối tượng cần trợ giúp xã hội; Trung tâm công tác xã hội thực hiện việc tư vấn, chăm sóc khẩn cấp hoặc hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho đối tượng cần trợ giúp xã hội; Cơ sở trợ giúp xã hội khác theo quy định của pháp

luật. Các cơ sở trợ giúp xã hội có nhiệm vụ (i) Cung cấp các dịch vụ khẩn cấp (tiếp nhận đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp; đánh giá các nhu cầu của đối tượng; sàng lọc và phân loại đối tượng. Trường hợp cần thiết thì chuyển gửi đối tượng tới các cơ sở y tế, giáo dục, cơ quan công an, tư pháp hoặc các cơ quan, tổ chức phù hợp khác; bảo đảm sự an toàn và đáp ứng các nhu cầu khẩn cấp của đối tượng như: nơi cư trú tạm thời, thức ăn, quần áo và đi lại); (ii) Tham vấn, trị liệu rối nhiễu tâm trí, khủng hoảng tâm lý và phục hồi thể chất cho đối tượng. (iii) Tư vấn và trợ giúp đối tượng thụ hưởng các chính sách trợ giúp xã hội; phối hợp với các cơ quan, tổ chức phù hợp khác để bảo vệ, trợ giúp đối tượng; tìm kiếm, sắp xếp các hình thức chăm sóc. (iv) Xây dựng kế hoạch can thiệp và trợ giúp đối tượng; giám sát và rà soát lại các hoạt động can thiệp, trợ giúp và điều chỉnh kế hoạch. (v) Tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng bảo trợ xã hội thuộc diện đặc biệt khó khăn, không tự lo được cuộc sống và không có điều kiện sinh sống tại gia đình, cộng đồng. (vi) Cung cấp dịch vụ điều trị y tế ban đầu. (vii) Tổ chức hoạt động phục hồi chức năng, lao động sản xuất; trợ giúp các đối tượng trong các hoạt động tự quản, văn hoá, thể thao và các hoạt động khác phù hợp với lứa tuổi và sức khoẻ của từng nhóm đối tượng. (viii) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị, tổ chức để dạy văn hoá, dạy nghề, giáo dục hướng nghiệp nhằm giúp đối tượng phát triển toàn diện về thể chất, trí tuệ và nhân cách. (ix) Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội và nâng cao năng lực (Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội để giúp đối tượng phát triển khả năng tự giải quyết các vấn đề, bao gồm cả giáo dục kỹ năng làm cha mẹ cho những đối tượng có nhu cầu; đào tạo kỹ năng sống cho trẻ em và người chưa thành niên; Hợp tác với các cơ sở đào tạo tổ chức đào tạo, tập huấn về công tác xã hội cho đội ngũ nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội hoặc làm việc tại các cơ sở cung cấp dịch vụ công tác xã hội; Tổ chức các

khóa tập huấn, hội thảo cung cấp kiến thức, kỹ năng cho các nhóm đối tượng có nhu cầu. (xi) Quản lý đối tượng được cung cấp dịch vụ công tác xã hội.... cho tất cả các đối tượng bảo trợ xã hội và đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp.

Đến nay, có 45 cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng người tâm thần và các Trung tâm Công tác xã hội hỗ trợ đã tổ chức quản lý trường hợp đối với 60.000 đối tượng là người tâm thần tại cộng đồng. Các trung tâm này cung cấp dịch vụ công tác xã hội như tổ chức lao động sản xuất, phục hồi chức năng cho đối tượng. Phần lớn các cơ sở liên kết với tiểu thương, tổ chức, cá nhân, tổ chức lao động sản xuất, hướng nghiệp và dạy nghề, tạo việc làm cho người tâm thần thông qua các nghề như chăn nuôi gia súc, gia cầm, trồng nấm, sản xuất hương, vàng mã, giấy bản, trồng cây cảnh... tạo thu nhập, góp phần nâng cao chất lượng đời sống và tinh thần cho đối tượng

Một số **đường dây nóng** hiện đang được vận hành ở Việt Nam, trong đó hoạt động lâu năm (từ 2004) và nổi bật nhất phải kể đến đường dây nóng “Phím số diệu kỳ - 18001567”, kết nối với thanh thiếu niên về các vấn đề sức khỏe tâm thần. Đường dây nóng chuyển sang số 111 từ tháng 10 năm 2017. Văn phòng của đường dây nóng đặt tại trụ sở của Cục Trẻ em (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội), bao gồm 20 cán bộ và 10 cộng tác viên/trợ lý có chuyên môn về tâm lý học và giáo dục đặc biệt, hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đường dây nóng cũng có một hội đồng tư vấn bao gồm các bác sỹ và học giả có chuyên môn sâu về tâm lý và pháp luật nhằm trợ giúp trong những ca khó. Trong hai năm từ 2014-2015, đường dây nóng nhận được hơn 2 triệu cuộc gọi từ trẻ em và người lớn trên toàn quốc.

Cung ứng dịch vụ thuộc Bộ Giáo dục và Đào tạo và các trường học

Trong trường học, chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho học sinh được thực hiện thông qua i) **đào tạo kỹ năng sống** và ii) **các phòng tư vấn tâm lý**. Ngoài ra, một số trường, đặc biệt là ở Hà Nội, tổ chức các khóa tập huấn về kỹ năng làm cha mẹ cho các bậc phụ huynh học sinh. Ngày 18/12/2017, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban thành Thông tư hướng dẫn thực hiện công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông; mục đích của công tác tư vấn tâm lý cho học sinh: (i) Phòng ngừa, hỗ trợ và can thiệp (khi cần thiết) đối với học sinh đang gặp phải khó khăn về tâm lý trong học tập và cuộc sống để tìm hướng giải quyết phù hợp, giảm thiểu tác động tiêu cực có thể xảy ra; góp phần xây dựng môi trường giáo dục an toàn, lành mạnh, thân thiện và phòng, chống bạo lực học đường. (ii) Hỗ trợ học sinh rèn luyện kỹ năng sống; tăng cường ý chí, niềm tin, bản lĩnh, thái độ ứng xử phù hợp trong các mối quan hệ xã hội; rèn luyện sức khỏe thể chất và tinh thần, góp phần xây dựng và hoàn thiện nhân cách.

Có sự chênh lệch về chất lượng dịch vụ cũng như trình độ và cam kết của các nhà tư vấn. Ở khu vực nông thôn, phòng tư vấn thuộc các trường công lập và phòng tư vấn thuộc các trường ở khu vực ngoại thành Hà Nội và TP.HCM nhìn chung có chất lượng thấp hơn và học sinh hiếm khi sử dụng dịch vụ. Theo các chuyên gia tâm lý học đường, có một số cách để học sinh biết và đến với phòng tư vấn. Đó là: giới thiệu về phòng tư vấn trong các hoạt động học đường, giáo viên chủ nhiệm xác định những học sinh có hoàn cảnh khó khăn, và bản thân nhà tư vấn tự xác định bằng cách đi lại và quan sát trong trường. Ở một trường thuộc địa bàn nghiên cứu, trang mạng xã hội Facebook đã được thiết lập nhằm tư vấn cho học sinh trong trường.

Cung ứng dịch vụ bởi những nhà cung cấp không chính thức

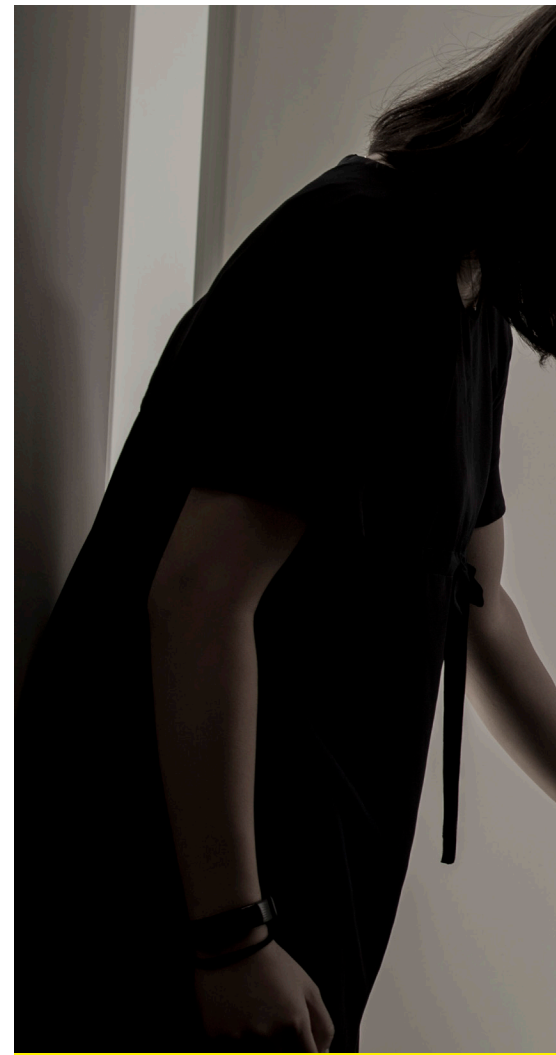
Việc sử dụng **thảo dược** cũng như thực hành **cúng lễ** dường như vẫn còn tồn tại ở một số khu vực. Do một loạt các yếu tố có quan hệ tương hỗ, bao gồm khoảng cách tới cơ sở cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần xa xôi, hạn chế trong hiểu biết và việc tuân thủ các tục lệ dân tộc trong cộng đồng, người dân vẫn thường sử dụng các liệu pháp thảo dược và thực hành nghi lễ cúng bái trước khi đi tới các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính thức – điều này là đúng với vấn đề sức khỏe tâm thần và một số vấn đề liên quan nhưng có lẽ phổ biến hơn với các vấn đề sức khỏe tâm thần.

Gia đình dường như giữ một vai trò quan trọng trong chăm sóc các bệnh nhân tâm thần và họ hoàn toàn có thể chăm sóc tốt hơn nếu được đào tạo. Ở các thành phố, nổi lên phong trào đào tạo về kỹ năng làm cha mẹ và chăm sóc trẻ gặp trở ngại về sức khỏe tâm thần cho các thành viên gia đình. Chẳng hạn, một số phụ huynh từng tham gia các khóa học về kỹ năng làm cha mẹ do một trường học ở Hà Nội tổ chức. Bên cạnh đó, cha mẹ cũng là đối tượng tập huấn của một số bệnh viện trong thành phố. Một nhân viên công tác xã hội của Bệnh viện Nhi Trung ương Hà Nội có đề cập đến các khóa đào tạo dành cho cha mẹ có con tự kỷ và tăng động.

Các thách thức trong cung ứng dịch vụ

Thách thức từ phía cung ứng

Nhìn chung, việc cung ứng dịch vụ chủ yếu nhắm tới nhóm có các rối loạn tâm thần nặng, ít quan tâm tới trẻ em và thanh niên có các rối loạn tâm thần cũng như các vấn đề tâm lý xã hội phổ biến hơn. Tóm tắt các



thách thức từ phía cung ứng như sau:

Những hạn chế trong phối hợp liên ngành. Kết quả nghiên cứu cho thấy đã có sự phối hợp với mức độ khác nhau giữa các bộ ngành. Mặc dù đã có ví dụ tốt về phối hợp liên ngành, vẫn còn nhiều điều cần được cải thiện. Tương tự, trong khi vai trò của ngành Y tế được xem là quan trọng trong công tác phối hợp giữa các bộ ngành, thì ngành Y tế vẫn cho thấy những điểm còn thiếu hoặc cần điều chỉnh. Theo những người tham gia nghiên cứu, để việc thực hiện các chính sách và chương trình đạt hiệu quả, cần tăng cường hơn nữa sự phối hợp liên ngành.

Thiếu nguồn nhân lực có trình độ và phù hợp (về giới). Người trả lời



để cập đến thách thức về hạn chế số lượng cán bộ có trình độ chuyên môn về tâm thần nhi và công tác xã hội, đặc biệt ở cấp tỉnh và cấp huyện. Ngoài ra, có tương đối ít cán bộ có đủ năng lực giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh niên. Tương tự, đa số các cán bộ làm việc tại các trung tâm bảo trợ xã hội chưa qua đào tạo về công tác xã hội hoặc tốt nghiệp các chuyên ngành khác. Thêm vào đó, con số các nhân viên công tác xã hội cũng rất hạn chế, đặc biệt là những người làm việc trực tiếp với bệnh nhân. Tự học và vừa học vừa làm trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần dường như trở thành một cơ chế ứng phó với những khuyết thiếu về đào tạo. Ngay cả ở các thành phố lớn có các cán bộ đủ năng lực chuyên môn, nhiều người trong số họ cũng

thường xuyên vắng mặt do tham gia vào các khóa học nâng cao hoặc các lớp tập huấn ngắn hạn, hoặc chuyển đổi công tác thậm chí sau khi đã được đào tạo. Người trả lời cũng nhấn mạnh rằng hiện tại ở Việt Nam, số lượng sinh viên theo học trong các chuyên khoa có liên quan nói trên là khá hạn chế. Thiếu cán bộ đã qua đào tạo cũng là vấn đề trong củng cố các dịch vụ tư vấn và hỗ trợ tâm lý tại các trường học. Đặc biệt, so với giáo viên các trường dân lập, giáo viên các trường công lập ít có mong muốn đảm nhiệm và cung ứng dịch vụ tư vấn cho học sinh bởi khối lượng công việc và sĩ số học sinh mỗi lớp trong các trường này là quá lớn (50-55 so với 25-30 học sinh/lớp trong các trường dân lập). Thêm vào đó, mỗi trường cần có những chuyên gia tâm lý hoặc chuyên gia tư

vấn có chuyên môn và làm việc toàn thời gian, lý tưởng nhất là có đại diện của cả hai giới nhằm giúp học sinh tự tin hơn.

Căng thẳng cho chính người cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần.

Có thể nói người cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần phải đối mặt với một gánh nặng căng thẳng gấp đôi. Trước hết, có rất ít các đơn vị cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần, nên các đơn vị hiện hành phải gánh một khối lượng lớn các công việc và do đó, không tránh khỏi những căng thẳng nghiêm trọng. Thứ hai, tình trạng căng thẳng dường như đến từ chính bản chất của vấn đề sức khỏe tâm thần. Xét về thù lao, các chuyên gia tâm lý cho biết họ cảm thấy mức lương của họ là chưa hợp lý so với các bác sĩ khác do họ phải dành rất

nhiều thời gian hơn cho mỗi bệnh nhân.

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bị đánh giá thấp/bị kỳ thị. Những kỳ thị gắn với bệnh lý tâm thần không chỉ khiến người sử dụng ngại tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần mà chính các nhà cung ứng dịch vụ cũng chia sẻ cảm giác cho rằng lĩnh vực sức khỏe tâm thần bị đánh giá thấp so với các lĩnh vực y tế khác. Lý do là những thách thức về sức khỏe tâm thần không dễ nhận biết như những tổn thương về thể chất, do đó việc điều trị ít khi được người bệnh thực hiện một cách nghiêm túc. Tương tự, các vấn đề sức khỏe tâm thần không thể được điều trị một cách nhanh chóng hoặc rõ ràng như thường thấy với các chấn thương thể chất khác khi mà việc điều trị thường cụ thể và mang lại những kết quả thay đổi rõ rệt. Các bác sỹ tâm thần cho rằng địa vị của họ không được như các bác sỹ trong bệnh viện đa khoa. Một bác sỹ trả lời rằng làm việc trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần là lựa chọn cuối cùng, và theo một bác sỹ khác thì “bác sỹ tâm thần chịu đựng những mặc cảm thấp kém”.

Cơ sở hạ tầng. Những thách thức liên quan đến cơ sở hạ tầng được đề cập đến thường xuyên hơn ở các địa bàn nghiên cứu ngoài Hà Nội và TP.HCM, từ việc không có bệnh viện tâm thần tỉnh, tới việc cơ sở hạ tầng và trang thiết bị nghèo nàn, thiếu không gian để mở rộng dịch vụ cho người sử dụng. Với các dịch vụ trong trường học, phòng tư vấn đôi khi không đảm bảo tính riêng tư, khiến học sinh không muốn tiếp cận.

Quả thực, tương đồng với các ý kiến của những người tham gia nghiên cứu, một báo cáo của Cục Bảo trợ Xã hội (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội) cho thấy những hạn chế của các trung tâm bảo trợ xã hội, bao gồm số lượng dịch vụ hạn chế, chất lượng dịch vụ yếu kém, tách biệt người thụ hưởng chính sách khỏi gia đình họ, cơ sở hạ tầng nghèo nàn, và nguồn

kinh phí cho đổi mới trang thiết bị và đào tạo nguồn nhân lực giới hạn; bởi vậy không đáp ứng được với các nhu cầu về chăm sóc, giáo dục, phục hồi chức năng và tâm lý xã hội của người thụ hưởng chính sách.

Thách thức từ phía cầu

Theo những người tham gia nghiên cứu, các bậc phụ huynh: i) **không biết về các vấn đề sức khỏe tâm thần**; ii) ngay cả khi biết con mình có thể phải đối diện với những khó khăn, họ **nghĩ là không quan trọng đến mức phải tìm kiếm trợ giúp**; iii) ngay cả khi cần đến sự trợ giúp, họ **không biết tìm kiếm ở đâu**; và iv) **sẽ chỉ tiếp cận dịch vụ, thay vì chăm sóc trẻ tại nhà, khi trẻ “có vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng”**. Điều này đặc biệt đúng đối với những nơi dịch vụ không sẵn có hoặc hạn chế về lựa chọn, nhưng ngay cả ở những nơi có đầy đủ các dịch vụ phù hợp, việc tiếp cận vẫn là miễn cưỡng, thường là do sợ kỳ thị. Và ngay cả khi đã tiếp cận, cha mẹ vẫn không ý thức đầy đủ tầm quan trọng của các dịch vụ đó hoặc dễ dàng nản chí khi tình trạng của con họ không có tiến triển.

Ở các vùng sâu vùng xa, người dân trước hết tìm đến các phương thuốc bằng thảo dược và thực hành cúng lễ khi có những biểu hiện bất thường về sức khỏe hoặc sức khỏe tâm thần. Điều này dẫn đến những chậm trễ trong tiếp nhận điều trị hiệu quả, khiến quá trình phục hồi bị kéo dài. Giới tính của người cung cấp dịch vụ cũng tạo nên những thách thức trong sử dụng dịch vụ; và kỳ thị vẫn là một rào cản khiến người dân ngại tiếp cận các dịch vụ.

Khía cạnh kinh tế - chính trị trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

Hiện tại, Việt Nam chưa có luật về sức khỏe tâm thần nói chung và bộ luật cụ thể về chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em nói riêng. Chính phủ chưa có chính sách cụ thể về chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em, mặc dù chăm sóc sức khỏe cho trẻ em đã được luật hóa một cách hiệu quả trong hệ thống pháp lý với những chính sách và chương trình liên quan đến chăm sóc sức khỏe cho trẻ em.

Trong thời gian gần đây để tăng cường hệ thống trợ giúp xã hội nhiều văn bản quy phạm pháp luật đã được phê duyệt như Luật Trẻ em, Luật Người khuyết tật, Luật Người cao tuổi, Nghị định số 136/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 2013 của Chính phủ quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội; Nghị định số 103/2017/NĐ-CP ngày 12/9/2017 của Chính phủ quy định về thành lập, tổ chức, hoạt động, giải thể và quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội; Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người khuyết tật; Quyết định số 1215/2011/QĐ-TTg ngày 22 tháng 7 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 đã quy định về việc chăm sóc, trợ giúp và phục hồi chức năng cho trẻ em khuyết tật nói chung và trẻ em có vấn đề về sức khỏe tâm thần nói riêng.

Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần bắt đầu được triển khai từ năm 1998 khi Thủ tướng Chính phủ ký bổ sung Dự án Bảo vệ Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng vào Chương trình Mục tiêu Quốc gia

phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS, nay thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia về y tế. Từ khi đi vào hoạt động Dự án đã xây dựng mô hình về quản lý, điều trị và chăm sóc người bệnh Tâm thần phân liệt và Động kinh tại cộng đồng. Từ năm 2001 đến nay, Dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng đã trải qua 3 giai đoạn với mỗi giai đoạn có những tên gọi khác nhau. Giai đoạn 2001-2005 là dự án “Chăm sóc, bảo vệ sức khỏe Tâm thần tại cộng đồng” (thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia “Phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS”). Giai đoạn 2011-2015 có tên gọi là dự án “Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em” thuộc chương trình Mục tiêu Quốc gia về Y tế. Mục tiêu chung của dự án là xây dựng mạng lưới, triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần với các nội dung chăm sóc sức khỏe khác của trạm y tế xã, phường cùng với phát hiện, quản lý và điều trị người bệnh kịp thời để họ sớm trở về sống hoà nhập với cộng đồng.

Ngoài ra, năm 2006, Bộ Y tế ban hành “Kế hoạch tổng thể quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ vị thành niên và thanh niên Việt Nam giai đoạn 2006 - 2010, định hướng đến 2020”. Trong số các vấn đề khác “sang chấn tinh thần và các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần” được nhìn nhận như là một trong những nguy cơ chính đối với sức khoẻ vị thành niên và thanh niên Việt Nam. Chính phủ cũng thúc đẩy phát triển nghề công tác xã hội với Quyết định 32 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020. Từ đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội đã ban hành Thông tư 07/2013/TT-BLĐTBXH ngày 24/5/2013 cung cấp các chỉ dẫn nhằm nâng cao nghiệp vụ công tác viên công tác xã hội cấp xã/phường/thị trấn.

Khi được hỏi ý kiến về chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc

biệt là đối với trẻ em và thanh niên, nhìn chung cho rằng còn có những thiếu hụt và cần quan tâm hơn nữa đến lĩnh vực y tế cũng như trường học. Các ý kiến cho rằng chính sách về sức khỏe tâm thần tuy có nhưng không dành cho trẻ em, đồng thời có rất ít hoặc không có các chính sách cho tư vấn tâm lý.

Việc cung ứng các dịch vụ tâm lý thường được thực hiện trong khu vực tư nhân và chưa có quy định nào cho lĩnh vực này. Cần lưu ý rằng các chính sách liên quan đến sức khỏe tâm thần hiện tại thường nằm rải rác trong các văn bản pháp luật khác nhau và vấn đề sức khỏe tâm thần cũng được đề cập đến ở nhiều mức độ khác nhau. Nhìn chung, sức khỏe tâm thần thường không được xem là vấn đề chính trong các văn bản này. Thậm chí trong Luật Chăm sóc Sức khỏe Nhân dân, một văn bản pháp luật quan trọng trong lĩnh vực y tế, các vấn đề sức khỏe tâm thần chỉ được đề cập một cách khiêm tốn.

Nhìn về tương lai, Dự thảo Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2018-2025, tầm nhìn đến 2030 thể hiện cam kết cung cấp chăm sóc y tế toàn dân, ưu tiên cho các vùng nghèo, những người có hoàn cảnh khó khăn, đồng bào dân tộc thiểu số và các nhóm dễ bị tổn thương khác. Dự thảo áp dụng cách tiếp cận vòng đời trong đó các chính sách, kế hoạch và dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết kế cho phù hợp với các nhu cầu cụ thể phát sinh trong từng giai đoạn cuộc sống (từ trẻ sơ sinh, trẻ em, vị thành niên, người lớn và người già). Đáng chú ý, Dự thảo có một mục tiêu liên quan đến bảo vệ sức khỏe tâm thần cho trẻ em và vị thành niên nhằm phòng ngừa và phát hiện sớm lên đến 50% các rối loạn tâm thần vào năm 2025.

Những người tham gia nghiên cứu cho biết nhiều đề xuất chính sách đã được đưa ra để cải thiện chương trình sức khỏe tâm thần quốc gia nhưng hiện đang trong giai đoạn

dự thảo lấy ý kiến đóng góp. Ở cấp địa phương, kết quả khảo sát cho thấy đã có một vài kế hoạch cụ thể cho việc triển khai cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả việc bố trí thêm cơ sở dành cho những người đang gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần. Ở những nơi khác, dường như đã đi đến thống nhất về chính sách và chương trình và chỉ còn chờ nguồn đầu tư, trong đó có đầu tư cho nguồn nhân lực.

Các khuyến nghị

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu, báo cáo đề xuất một số khuyến nghị sau:

1. Tăng cường các chính sách phối hợp trong tư vấn tâm lý và sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên

Cần xem xét **hoàn thiện luật pháp và chính sách** liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần trong hệ thống trợ giúp xã hội và an sinh xã hội tại Việt Nam, nhằm mục tiêu: 1) tăng cường nguồn nhân lực; 2) cải thiện chất lượng dịch vụ tại các cơ sở trợ giúp xã hội và cộng đồng; và 3) có những chính sách đặc thù dành cho đối tượng trẻ em và thanh niên. Quá trình này cần sự chỉ đạo của Bộ LĐTBXH, Bộ Y tế và sự phối hợp của các bộ ngành chủ chốt khác.

Các chương trình y tế trường học cũng cần có những nội dung cụ thể hơn về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội cho học sinh.

Chính phủ Việt Nam cần sớm thông qua **Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2018-2025**, hướng trọng tâm vào việc cung ứng bảo hiểm y tế toàn dân, ưu tiên cho các vùng nghèo, những người có hoàn cảnh khó khăn, đồng bào dân tộc thiểu số và các nhóm dễ bị tổn thương khác. Do vậy, Bộ Y tế,

Bộ Giáo dục và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cần có những phân bổ ngân sách đầy đủ nhằm không chỉ gia tăng số lượng các nhân viên công tác xã hội, các cán bộ chuyên khoa sâu về y tế, nhà tư vấn ở trường học và cộng đồng, mà còn để thiết lập các tiêu chuẩn và hướng dẫn đào tạo chuyên biệt và đào tạo bổ sung định kỳ. Ngoài ra, cũng cần đẩy mạnh sự phối hợp thông qua việc triển khai Đề án Đổi mới và Phát triển Trợ giúp Xã hội giai đoạn 2017-2025, tầm nhìn 2030, trong đó chú trọng đến những trợ giúp xã hội dành cho các nhóm dễ bị tổn thương, gồm cả những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Theo đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cần đảm trách vai trò chủ chốt trong việc đảm bảo thực hiện chương trình và chính sách tổng thể.

Việc thực hiện chính sách cũng sẽ cần đến những **hướng dẫn và quy định rõ ràng về trách nhiệm của tất cả các cơ quan liên quan** – Bộ Y tế, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội – nhằm đảm bảo các mục tiêu được phản ánh đầy đủ trong các chương trình và chính sách tương ứng của từng cơ quan. Cần tính đến việc nâng cao liên kết với các cơ quan như Vụ Công tác Học sinh Sinh viên (Bộ GD&ĐT), Ủy ban Dân tộc và Hội Liên hiệp Phụ nữ nhằm đảm bảo phương pháp tiếp cận toàn diện trong trợ giúp sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên.

Do nhu cầu về dịch vụ hỗ trợ và điều trị ở trẻ em và thanh niên là rất lớn và chưa thể đáp ứng ngay được, việc **huy động các tổ chức phi chính phủ và các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân hiện có thông qua việc chuyển tuyến** và hướng dẫn rõ ràng về tiêu chuẩn hành nghề sẽ là một bước đi quan trọng trong ngắn hạn.

2. Tăng cường số lượng và chất lượng nguồn nhân lực

Một nhu cầu cấp bách là **cần tăng cường đào tạo để phát triển đội ngũ cán bộ y tế**, từ điều dưỡng đến bác sĩ, cũng như các đào tạo chuyên khoa. Cần quan tâm phát triển công tác **đào tạo để có thêm các nhà tư vấn, bác sĩ tâm thần và chuyên gia tâm lý** có thể xử lý tốt những vấn đề tâm thần và biểu hiện rối loạn tâm thần ít nghiêm trọng hơn. Thêm vào đó, **cần có những đào tạo được thiết kế riêng cho từng lĩnh vực nhằm đáp ứng các nhu cầu của trẻ em và thanh niên**.

Vai trò của ngành giáo dục nói chung và trường học nói riêng cũng rất quan trọng. **Cần tăng cường đào tạo nhằm thiết lập một đội ngũ các nhà tư vấn và chuyên viên tâm lý học đường chuyên nghiệp và làm toàn bộ thời gian, và một cơ sở hạ tầng tương thích (phòng/trung tâm tư vấn)**.

Cũng cần **phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp**. Ngoài ra, **tăng cường hiểu biết và năng lực của cán bộ tại các Trung tâm Bảo trợ Xã hội** cũng là một nhu cầu cấp thiết. Cuối cùng, cần có ngân sách **phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội bán chuyên nghiệp (cộng tác viên cấp xã)**.

Những thành công dù trong phạm vi hẹp của **mô hình y tế cộng đồng** gợi ra rằng cần xem xét các đóng góp và hỗ trợ đào tạo nhắc lại cho đội ngũ nhân viên y tế tuyến cộng đồng.

Nội dung các chương trình/giáo trình đào tạo, tập huấn cần được xây dựng bởi các chuyên gia sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, trên cơ sở những bài học thực tiễn trên thế giới, nhưng cũng đảm bảo phù hợp với thực tế và bối cảnh cụ thể của Việt Nam.

Đối với các cán bộ và nhân viên làm việc trong lĩnh vực này, cần có **cơ chế phù hợp** để khuyến khích họ tới làm việc tại các địa bàn ngoài khu vực đô thị lớn. Ngoài ra, cũng cần **hướng dẫn và giám sát** một cách đầy đủ và có chất lượng cho đội ngũ cán bộ này.

3. Nâng cao nhận thức về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của thanh thiếu niên cũng như các dịch vụ hỗ trợ hiện có

Hàng năm, Bộ LĐTBXH tổ chức đào tạo, tập huấn nâng cao nhận thức cho cán bộ, nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội và gia đình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, cần tập trung đẩy mạnh các hoạt động nhằm **nâng cao nhận thức công chúng về các nhu cầu sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thể nhẹ của trẻ em và thanh niên**. Cụ thể, cần nâng cao nhận thức về mối liên hệ giữa các chuẩn mực xã hội có tính phân biệt đối xử với các bệnh tâm thần.

Việc nâng cao nhận thức có thể được thực hiện thông qua: **thiết kế chương trình đào tạo** cho các cán bộ hoặc nhân viên trong các lĩnh vực liên quan (ví dụ y tế, giáo dục); đẩy mạnh **hoạt động truyền thông** nhằm vào cộng đồng; và thông qua **cung cấp thông tin** (tờ rơi, v.v.) tại các điểm dịch vụ.

Việc **nâng cao nhận thức có thể được thực hiện ở nhiều cấp**, nhưng đặc biệt cần bắt đầu ở xã/phường, bằng cách cung cấp tới cộng đồng thông tin về vai trò của các nhân viên công tác xã hội cũng như các đường dây nóng. Hội Phụ nữ cũng như các tổ chức chính trị xã hội cơ sở khác ở cấp phường xã có thể giữ trách nhiệm nâng cao nhận thức cho các thành viên và cộng đồng.

Cũng liên quan đến chủ đề này, **việc hỗ trợ và đào tạo cho các bậc phụ huynh về các kỹ năng làm cha**

mẹ, chăm sóc và giao tiếp, thường xuyên theo dõi nhằm hướng tới thay đổi chuẩn mực hành vi, sẽ đem lại những lợi ích không nhỏ.

Điều quan trọng là phải đảm bảo áp dụng phương pháp **tiếp cận liên ngành**, ở cấp xã, phải làm việc với giáo viên đồng thời có những đào tạo thích hợp để họ có thể phát hiện sớm các dấu hiệu và sau đó giới thiệu học sinh tới với các giáo viên tư vấn tâm lý học đường, các chuyên gia y tế liên quan, các cán bộ xã và cán bộ công tác xã hội.

4. Cải thiện số lượng và chất lượng dịch vụ phối hợp trên toàn quốc

Thông qua hệ thống các cơ sở y tế và cơ sở trợ giúp xã hội, Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội cần tập trung:

(i) **Tăng số lượng và chất lượng dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội** trên toàn quốc, đồng thời cần thiết lập một hệ thống hạ tầng cơ sở phù hợp với việc cung ứng các hỗ trợ chuyên biệt liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội.

(ii) **Xây dựng và hoàn thiện các tiêu chuẩn và công cụ chẩn đoán lâm sàng cho trẻ em và thanh niên**, nhằm cho phép phát hiện và điều trị sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội. Điều này đòi hỏi những hỗ trợ tích cực cũng như nguồn ngân sách từ Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội.

(iii) Đồng thời, cần xây dựng các mối quan hệ hợp tác và đối tác giữa các bộ ngành trong cung ứng dịch vụ nhằm đảm bảo bổ sung và sử dụng hiệu quả các nguồn lực. Một nhóm công tác liên bộ và quy chế phối hợp liên ngành có thể được thiết lập nhằm tạo điều kiện cho hoạt động này ở cấp quốc gia và triển khai nhân rộng ở cấp tỉnh và cấp xã.

(iv) Cần đầu tư hơn nữa cho việc gắn kết thanh thiếu niên với nhau và đảm bảo những nguồn thông tin và trợ giúp trực tuyến dồi dào cho phép truy cập trên máy tính hoặc điện thoại di động. Đồng thời, cần trang bị đầy đủ và sẵn sàng các biện pháp bảo vệ trẻ em khỏi những chiều cạnh tiêu cực của truyền thông xã hội.

(v) Cần đẩy mạnh hoạt động của các nhóm tương trợ phụ huynh, đặc biệt là với những phụ huynh có con được chẩn đoán mắc những rối loạn tâm thần. Ngoài ra, đầu tư cho tư vấn gia đình là một việc cần tính đến, ví dụ làm việc chặt chẽ với gia đình để họ quan tâm và chăm sóc đầy đủ cho con họ.

Để có thể thực hiện những khuyến nghị nói trên, **cần có một cơ quan Chính phủ đi tiên phong** ở cấp quốc gia và liên ngành nhằm thúc đẩy mối quan tâm về những nhu cầu đặc biệt của trẻ em và thanh niên trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

5. Bộ Giáo dục và Đào tạo là cơ quan chủ chốt trong hỗ trợ nâng cao sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho trẻ em và thanh niên

Thông qua hệ thống các trường tiểu học và trung học, Bộ Giáo dục và Đào tạo có vai trò chủ chốt nhằm: i) hướng trọng tâm vào công tác **phòng ngừa** thông qua việc trang bị cho trẻ những kỹ năng cần thiết để ứng phó với những khó khăn tâm lý và tình cảm trong mối quan hệ với cha mẹ, thầy cô, bạn bè và những người xung quanh; ii) **Giảm áp lực** học tập thông qua việc đánh giá lại khối lượng kiến thức kỳ vọng trẻ tiếp nhận; iii) **Đầu tư** phát triển tư vấn tâm lý ở tất cả các trường, đặc biệt là cho trẻ em dân tộc thiểu số; và iv) **Trang bị cho phụ huynh những kỹ năng** để họ có thể giúp làm dịu các vấn đề con em họ gặp phải ở trường và trong gia đình.

6. Tiếp tục nghiên cứu và cải thiện công tác thu thập dữ liệu

Cần có thêm những nghiên cứu tiếp theo với địa bàn nghiên cứu được mở rộng về mặt địa lý nhằm bao quát được một loạt các khu vực và các dân tộc khác nhau. Những nghiên cứu nhằm giải quyết những thiếu hụt về dữ liệu liên quan đến lĩnh vực này bao gồm:

- Lập bản đồ dịch vụ cấp địa phương để thông báo cho địa phương và cộng đồng về các dịch vụ sẵn có. Trước đó, cần đánh giá số lượng, chất lượng, tính đa dạng và mật độ các cơ sở cung cấp dịch vụ;
- Thu thập dữ liệu quốc gia về các biểu hiện và mức độ phổ biến của bệnh tâm thần và các vấn đề tâm lý xã hội;
- Cải thiện cơ chế báo cáo giám sát và đánh giá ở tất cả các cấp, từ cấp xã cho đến cấp trung ương, liên quan đến việc cung ứng dịch vụ cho trẻ em và thanh niên;
- Cải thiện việc thu thập dữ liệu và hệ thống cơ sở dữ liệu về chuyển tuyến và theo dõi;
- Phân tích sâu hơn về các mối liên quan mạnh với các chuẩn mực xã hội có đặc thù tiềm ẩn về giới ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ vị thành niên;
- Nghiên cứu trên quy mô lớn đối với các nhóm đặc thù, như nhóm trẻ em và thanh niên có hoàn cảnh đặc biệt, nhóm dân tộc thiểu số.



CHƯƠNG 1

Giới thiệu và bối cảnh nghiên cứu



© UNICEF Việt Nam\2017\Trương Việt Hùng

Sức khỏe tâm thần được xem là một phần cơ bản không thể tách rời trong các định nghĩa về sức khỏe (xem WHO, 2001), trong đó sức khỏe tâm thần không chỉ là không bị mắc rối loạn tâm thần, mà còn bao hàm trạng thái thoải mái, sự tự tin vào năng lực bản thân, tính tự chủ, năng lực và khả năng nhận biết những tiềm năng của bản thân.

Tranh luận được mở rộng để bao hàm khái niệm về sức khỏe tâm lý xã hội, tổng quan các nghiên cứu trong nhiều lĩnh vực khác nhau, mà phần lớn là lĩnh vực tâm lý học, khảo sát các nguyên nhân của cả sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho thấy đây là một khái niệm đa yếu tố, bao gồm các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội và môi trường (xem Chesney và cộng sự, năm 2015, WHO 2001, Tổ chức Y tế Thế giới và Calouste Gulbenkian, 2014). Nghiên cứu này xem xét nhóm nguyên nhân có yếu tố xã hội và môi trường. Một loạt

các yếu tố xã hội và môi trường bao gồm biến đổi xã hội nhanh chóng, di cư, cô lập xã hội, môi trường xung đột/hậu xung đột, thất nghiệp và đói nghèo, khủng hoảng gia đình và cá nhân, thay đổi các giá trị truyền thống và mâu thuẫn với cha mẹ, được nhìn nhận là có vai trò như những căn nguyên dẫn đến bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội, đặc biệt là trong giới trẻ (Patel và cộng sự, 2007; Stavropoulou và Samuels, 2015; WHO, 2010).

Cần lưu ý rằng, với thành phần của nhóm nghiên cứu và với hướng trọng tâm về các căn nguyên xã hội và môi trường của bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội đã đề cập ở trên, nghiên cứu này không tập trung vào các rối loạn tâm thần nghiêm trọng. Thay vào đó, nghiên cứu tập trung vào bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội thuộc dạng nhẹ trong các rối loạn sức khỏe tâm thần, còn được gọi là các rối loạn

tâm thần thông thường (CMDs), và thường được quốc tế định nghĩa như các vấn đề cảm xúc/nội tâm như lo âu, trầm cảm, cô đơn, buồn rầu và những tổn thương thực thể, có thể gây ra một loạt các hậu quả tiêu cực, bao gồm tự tử. Xem thêm Hộp 1 để biết các định nghĩa về rối loạn tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội.

Theo đó, nghiên cứu này, do UNICEF Việt Nam và hỗ trợ thực hiện, Viện Nghiên cứu Phát triển Hải ngoại (ODI) và Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới đảm trách chuyên môn nghiên cứu và kỹ thuật, nhằm mục đích cung cấp một cái nhìn tổng quan về thực trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam.

Nghiên cứu được định hướng bởi bốn câu hỏi nghiên cứu phổ quát sau:

- Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử trong trẻ em, vị thành niên và thanh niên Việt Nam như thế nào?
- Những yếu tố nguy cơ và những yếu tố bảo vệ trẻ em và thanh niên Việt Nam khỏi những vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử, là gì?
- Luật pháp và các chính sách hiện hành liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam như thế nào?
- Hiện có các chương trình và dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội nào dành cho trẻ em và thanh niên ở Việt Nam?

Các phát hiện từ nghiên cứu này mặc dù không có ý nghĩa đại diện cho toàn bộ Việt Nam; chúng đại diện cho tình hình ở một số địa bàn của đất nước. Mẫu nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 11-24 được lựa chọn một mặt bởi đây là nhóm đối tượng tâm điểm của UNICEF, mặt khác bởi đây là nhóm đang phải đối

mặt với những thách thức đặc biệt về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cả trên toàn cầu và ở Việt Nam. Các kết quả nghiên cứu sẽ giúp đưa ra những khuyến nghị về làm thế nào giải quyết các thách thức xung quanh vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội và đóng góp cho các chương trình quốc gia hiện có, trong đó có Đề án quốc gia về trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần cũng như Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Đối tượng chính của các kết quả nghiên cứu, do đó, sẽ bao gồm Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, các cơ quan chủ chốt có liên quan và các bên cung ứng dịch vụ cho trẻ em và thanh niên, bao gồm các nhân viên công tác xã hội, giáo viên, nhân viên y tế và các bậc phụ huynh.

Nghiên cứu này được xây dựng dựa trên kết quả, đồng thời cũng bổ sung cho, các nghiên cứu do ODI cộng tác với Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới thực hiện về quá trình biến đổi của các chuẩn mực xã hội về giới (chẳng hạn xoay quanh giá trị việc học của em gái; phân công lao động theo giới và ra quyết định trong hộ gia đình, hôn nhân, bạo lực trên cơ sở giới) với những thanh thiếu niên mà chúng tôi tin rằng những nghiên cứu này là cần thiết đóng góp cho việc xem xét bối cảnh của sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội (Jones và

Hộp 1: Một vài định nghĩa

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa các rối loạn tâm thần là “sự kết hợp của những bất thường trong suy nghĩ, tri giác, cảm xúc, hành vi và mối quan hệ với người khác”, trong đó các rối loạn liên quan đến sinh học có thể bao gồm trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tâm thần phân liệt và các bệnh loạn thần khác, sa sút trí tuệ, thiếu năng lực trí tuệ và rối loạn phát triển trong đó có tự kỷ (WHO, 2016). Bên cạnh các rối loạn có liên quan đến sinh học, sức khỏe tâm thần cũng có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý xã hội. Theo Quy tắc Capetown, “các tác động tâm lý” được định nghĩa là những trải nghiệm ảnh hưởng đến cảm xúc, hành vi, suy nghĩ, trí nhớ, khả năng học tập, tri giác và hiểu biết trong một tình huống cụ thể” (Capetown Principles, UNICEF 1997). Những điều này bao gồm các tác động xã hội bắt nguồn từ một loạt các yếu tố chẳng hạn như nghèo, chiến tranh, di cư, nạn đói, biến đổi khí hậu, v.v.

cộng sự, 2013; 2014; 2015)¹. Những chuẩn mực phân biệt đối xử thường chịu ảnh hưởng bởi nhiều ngữ cảnh (các thảo luận chính thức toàn cầu và các khuôn khổ quốc tế, hệ tư tưởng chính trị và quỹ đạo phát triển của quốc gia, bối cảnh địa phương), nhưng cũng được định hình qua các kinh nghiệm và nhận thức của cá nhân và cộng đồng (xem thêm Munoz Boudet và cộng sự, 2012; Mackie and LeJeune, 2009; Petesch, 2012).

Đoạn sau của phần 1, chúng tôi trình bày tổng quan các nghiên cứu toàn cầu và khu vực về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, đồng thời cung cấp một khung khái niệm vắn tắt để thông qua đó có thể hiểu được cách thức chúng tôi trình bày và phân tích các kết quả từ nghiên cứu².

Trong phần 2, chúng tôi trình bày về phương pháp nghiên cứu và mô tả

các địa điểm nghiên cứu. Phần 3-7 trình bày các phát hiện chính trong nghiên cứu thực địa và dẫn chiếu tới các kết quả từ tổng quan nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó, trong phần 3, chúng tôi khám phá những biểu hiện và mức độ phổ biến của những thách thức về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội mà trẻ em và thanh niên đang phải đối mặt; trong phần 4, chúng tôi xem xét các yếu tố nguy cơ và các yếu tố bảo vệ ở các cấp độ khác nhau; trong phần 5, chúng tôi mô tả môi trường dịch vụ sức khỏe tâm thần; và trong phần 6, chúng tôi tìm hiểu về những thách thức trong cung ứng dịch vụ. Trong phần 7, chúng tôi thảo luận về môi trường kinh tế chính trị bao hàm các chương trình và dịch vụ sức khỏe tâm thần. Chúng tôi kết thúc tại phần 8 với các kết luận và kiến nghị.

1.1. Cơ sở lý thuyết của sức khỏe tâm thần

Một số mô hình lý thuyết đặt nền tảng cho những hiểu biết về các bệnh tâm thần, và những lý thuyết được trích dẫn nhiều nhất thuộc ba trường phái: lý thuyết hành vi, lý thuyết nhận thức, và lý thuyết tâm động học/phát triển. Các phương pháp tiếp cận hành vi (ví dụ Skinner, 1938; Pavlov, 1902; và Watson, 1913) cho rằng tất cả các hành vi có được thông qua điều kiện hóa, ví dụ việc học diễn ra thông qua sự lặp lại của hành vi. Lý thuyết nhận thức cho rằng cách người ta nghĩ, tri giác, ghi nhớ và học làm trung tâm của sự hiểu biết về các bệnh tâm thần. Theo đó, việc sống cùng nhà với người chăm sóc có bệnh tâm thần có thể đặt đứa trẻ vào nguy cơ bị bệnh tâm thần do trẻ học theo các hành vi kém thích nghi của người chăm sóc và kết quả là sẽ cảm nhận thế giới theo cách thức kém thích nghi đó. Cuối cùng, lý thuyết tâm động học nhấn mạnh mối tương quan động giữa các chiều cạnh sinh học, tâm lý học và

xã hội học cuộc sống, và sự tác động giữa chúng (Capetown Principles, UNICEF, 1997). Các chiều cạnh sinh học bao gồm các yếu tố di truyền và thể chất từ lúc sinh ra; các chiều cạnh tâm lý bao gồm cảm xúc, hành vi, suy nghĩ, trí nhớ và khả năng học tập, cũng như khả năng nhận thức và hiểu được các tình huống hàng ngày. Các chiều cạnh xã hội đề cập đến mối quan hệ của con người với nhau, cộng đồng của họ và thế giới xung quanh họ từ hệ thống văn hóa, niềm tin tới hệ thống kinh tế.

1.2. Sức khỏe tâm thần toàn cầu

Các vấn đề sức khỏe tâm thần có ảnh hưởng đến hơn một phần tư dân số thế giới, với các rối loạn như trầm cảm tác động đến 350 triệu người trên toàn cầu (WHO, 2015a). Thực sự thì các rối loạn tâm thần phổ biến, là vấn đề trọng tâm của nghiên cứu này, trong đó có lo âu và trầm cảm, là những bệnh lý tâm thần phổ biến nhất trong vị thành niên và thanh niên trên khắp thế giới (WHO, 2001a). Thêm vào đó, tự tử, có mối liên hệ chặt chẽ với trầm cảm ở các nước có thu nhập cao, lấy đi mạng sống của trên 800.000 người mỗi năm (WHO, 2015b). Trong giai đoạn 1990 - 2010, gánh nặng các rối loạn tâm thần và nghiện chất tăng tới 37,6% trên toàn cầu (Whiteford và cộng sự, 2013). Gánh nặng này có ảnh hưởng rõ rệt lên mỗi cá nhân cũng như để lại những hậu quả kinh tế, nhân quyền và xã hội cơ bản trên bình diện quốc gia (Bloom và cộng sự, 2011; Levinson và cộng sự, 2010; WHO, 2015a). Dự đoán trong khoảng hai thập kỷ tới, bệnh tâm thần sẽ chiếm tỷ trọng cao nhất (35%) trong các tổn thất kinh tế toàn cầu từ các bệnh không lây nhiễm (Bloom và cộng sự, 2011), với thâm hụt tích lũy toàn cầu về sản lượng kinh tế ước tính lên đến 16,3 triệu đô la trong giai đoạn 2011 - 2030 (World Economic Forum, 2011).

1. Có nhiều định nghĩa khác nhau về chuẩn mực xã hội, nhưng tất cả đều nhấn mạnh tầm quan trọng của những kỳ vọng chung hoặc các quy tắc không chính thức trong một tập hợp người (một nhóm tham khảo) về cách mà mọi người nên cư xử. Hầu hết cũng cho rằng các chuẩn mực được đặt ra thông qua các phần thưởng xã hội cho những người thực hiện (ví dụ sự chấp thuận của mọi người, vị thế trong cộng đồng) và các chế tài xã hội đối với những người không thực hiện (ví dụ như tin đồn, tẩy chay hoặc bạo lực). Harper và Marcus (2015) định nghĩa các chuẩn mực phi chính thức điều chỉnh hành vi, phân biệt chúng với những giá trị nền tảng và thực tiễn - khuôn mẫu hành vi thường gặp - được coi là biểu hiện của các chuẩn mực, giá trị và các yếu tố khác. Để hiểu rõ cách thức đóng góp của các yếu tố khác nhau, Harper và Marcus cho rằng cần phân biệt ba yếu tố có liên kết chặt chẽ nhưng rất khác biệt, đó là: i) Giá trị nền tảng - chẳng hạn như các hệ tư tưởng về sự thống trị của nam giới, về quyền của nam giới đối với cơ thể của phụ nữ, và về việc phụ nữ và trẻ em gái được đặt trong khuôn khổ gia đình; ii) Chuẩn mực hành vi - chẳng hạn như chấp nhận việc nam giới liếc mắt đưa tình, huýt sáo bông đùa, có các nhận xét tính dục hoặc động chạm vào phụ nữ (mà không cần sự đồng ý của họ); và iii) Thực hành (hoặc khuôn mẫu hành vi thường gặp) - biểu hiện của các chuẩn mực và các nguyên nhân khác - và trong trường hợp này là quấy rối tình dục.
2. Xem thêm Samuels, et. al. 2016 để có tổng quan nghiên cứu đầy đủ.

1.3. Ảnh hưởng của sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội đến trẻ em và thanh niên

Bệnh tâm thần nặng mãn tính và chậm phát triển ảnh hưởng đến toàn bộ dân số và khoảng 20% trẻ em và vị thành niên toàn cầu (WHO, 2016). Tổn thương tâm lý xã hội - có thể dẫn đến tự tử, lạm dụng chất gây nghiện và kết quả học tập yếu kém - có tác động không đồng đều đến các nhóm dân số dễ tổn thương, bao gồm “thành viên các hộ gia đình nghèo, người có bệnh mãn tính, trẻ sơ sinh và trẻ em bị ngược đãi và sao nhãng, vị thành niên lần đầu sử dụng các chất gây nghiện, các nhóm thiểu số, dân cư bản địa, người cao tuổi, người bị phân biệt đối xử và vi phạm nhân quyền, người đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính và chuyển giới, tù nhân, người tiếp xúc với xung đột, thảm họa thiên nhiên hoặc các tình trạng khẩn cấp nhân đạo khác” (WHO, 2015c: 7). Trẻ em và vị thành niên đặc biệt dễ tổn thương - từ 10% đến 20% trẻ em và vị thành niên từng trải qua các vấn đề tâm lý xã hội (Kieling et al., 2011). Thật vậy, tỷ lệ tự tử đang gia tăng; thanh thiếu niên đang là nhóm có nguy cơ tự tử cao nhất ở một phần ba tổng số các quốc gia phát triển và đang phát triển (WHO, 2007). Thực tế, tự tử đang là nguyên nhân hàng đầu của tử vong ở thanh niên ở Trung Quốc và Ấn Độ (Patel et al., 2007). Bên cạnh đó, các vấn đề sức khỏe tâm thần cũng để lại những hậu quả tiêu cực khác lên thanh niên, chẳng hạn như thành tích học tập kém hơn, lạm dụng chất, bạo lực, sức khỏe sinh sản và tình dục yếu.

Căn nguyên của bệnh tâm thần và vấn đề tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh thiếu niên đến từ nhiều yếu tố, bao gồm yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội. Các yếu tố sinh học được biết đến như là gốc rễ của các bệnh tâm thần nặng (chẳng hạn như tâm

thần phân liệt, chậm phát triển, và bệnh tự kỷ) và các bệnh tâm thần mãn tính (nhạy cảm với trầm cảm, lo âu và hoang tưởng) có thể bao gồm nền tảng di truyền và não bất thường. Não bất thường có thể là do sự phát triển bất thường của não và khiếm khuyết kết nối giữa các vùng não, tổn thương não (trước hoặc sau sinh), và tiếp xúc với các chất độc như chì. Các yếu tố xã hội bao gồm biến đổi xã hội nhanh chóng, di cư, cô lập xã hội, thất nghiệp, nghèo, gia tăng các áp lực xã hội, áp lực bạn bè, khủng hoảng cá nhân và gia đình, thay đổi các giá trị truyền thống và mâu thuẫn với cha mẹ (Patel et al., 2007; WHO, 2010). Sức khỏe thể chất và các vấn đề dinh dưỡng, trầm cảm ở mẹ và thiếu sự khuyến khích về tâm lý xã hội, mất người chăm sóc, các khiếm khuyết trong môi trường tâm lý xã hội, tiếp xúc với các chất độc hại, bạo lực và xung đột, di cư hoặc bị buộc phải di dời, bất bình đẳng giới, lạm dụng và sao nhãng cũng được xác định là các nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe tâm thần (Kieling et al., 2011).

1.4 Điều trị sức khỏe tâm thần và các đáp ứng hỗ trợ tâm lý xã hội

Trong vòng 25 năm trở lại đây, việc điều trị các rối loạn tâm thần ở thanh thiếu niên đã được cải thiện. Các cách thức can thiệp tâm lý xã hội tập trung vào cá nhân, gia đình hoặc nhóm cũng cho những kết quả đáng khích lệ (Patel và cộng sự, 2007). Chẳng hạn, nhiều chương trình đặt tại trường học nhằm ngăn ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần phát sinh từ các nguyên nhân tâm lý xã hội đã có những kết quả khả quan (Kieling và cộng sự, 2011). Tương tự, đã có thêm nhiều các dịch vụ hỗ trợ tâm lý ở cộng đồng bổ sung cho các dịch vụ tâm thần, bao gồm trị liệu bằng thuốc (Bragin, 2014).

Tuy nhiên, các tiến bộ nói trên tập trung chủ yếu ở các quốc gia phát triển, còn tại nhiều nước đang phát triển, các bệnh tâm thần phần lớn bị sao nhãng, thậm chí bị phớt lờ (WHO, 2001b). Không những thế, các vấn đề về bệnh lý sức khỏe tâm thần không có trong các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG) và các chương trình nghị sự có liên quan đến phát triển khác (Samman & Rodriguez-Takeuchi, 2013). Ở các nước đang phát triển, nhu cầu về sức khỏe tâm thần của vị thành niên bị sao nhãng và không được đáp ứng do chính sách sức khỏe tâm thần nghèo nàn, nguồn ngân sách eo hẹp, thiếu hụt các chuyên gia, năng lực nhân viên y tế thấp, và sự kỳ thị đối với bệnh tâm thần (Patel et al., 2007; Kieling et al., 2011). Trung bình ở các nước thu nhập thấp, chính phủ chi ít hơn 0,25 đô la một người cho chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm cả điều trị y tế và chăm sóc tâm lý xã hội, và phần lớn nguồn ngân sách này được phân bổ tới các bệnh viện tâm thần và khu vực chăm sóc chính thức (Whiteford et al., 2013; WHO, 2011). Kết quả là, WHO ước tính có trên 75% gánh nặng tàn tật toàn cầu là những rối loạn trầm cảm xuất hiện ở các nước đang phát triển (WHO, 2008). Tuy nhiên có một khoảng trống đáng kể về những kiến thức cơ bản liên quan đến sức khỏe tâm thần trẻ em, mặc dù trên thực tế cứ trong 10 trẻ em thì có 9 trẻ sống ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp (Kieling and Rohde, 2012).

Cùng với những thay đổi kinh tế nhanh chóng, các yếu tố tâm lý xã hội đang dẫn đến những gánh nặng to lớn về bệnh tật và rối loạn tâm thần (Dzator, 2013), do vậy yêu cầu hướng trọng tâm vào sức khỏe tâm thần đã trở nên cấp bách hơn. Do đó, Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) tuyên bố cần tăng cường sức khỏe tâm thần bằng cách nâng cao “sức khỏe thể chất và tâm thần và hạnh phúc... cho tất cả mọi người”

(đoạn 26) với các mục tiêu cụ thể về sức khỏe tâm thần 3.4, 3.5, và 3.8³. Ở Đông Nam Á, mặc dù Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã bắt đầu thu thập dữ liệu về sức khỏe tâm thần trẻ em - đặc biệt là hệ quả của các yếu tố tâm lý xã hội - ở các nước như Thái Lan, Sri Lanka và Ấn Độ (WHO, 2005), có khá ít thông tin về sức khỏe tâm thần trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam. Hơn nữa, mặc dù ở một số nước như Kazakhstan, Liên bang Nga, Belarus, Estonia, Ukraina, tỷ lệ tự tử ở nhóm tuổi 15-19 nam giới cao hơn so với nữ giới, thì trường hợp ở Trung Quốc và Sri Lanka lại có sự khác biệt (Wasserman et al., 2005), cho thấy cần xem xét thêm nữa bối cảnh của các quốc gia Đông Nam Á.

1.5 Bối cảnh biến đổi nhanh chóng của Việt Nam

Từ những năm 1980, Đông Nam Á trải qua những biến đổi to lớn về kinh tế và Việt Nam chuyển đổi từ nền kinh tế xã hội chủ nghĩa kéo dài suốt 40 năm sang nền kinh tế thị trường, đưa đến tăng trưởng tổng sản phẩm quốc nội hàng năm (GDP) lên xấp xỉ 7,4% giữa năm 1991 và 2009 (Giang, 2010). Thế giới cũng chứng kiến sự giảm nhanh chóng tỷ lệ dân số nghèo ở Việt Nam; các chỉ số hiện tại cho thấy chỉ có khoảng 11,3% dân số ở dưới ngưỡng nghèo và tỷ lệ nhập học tiểu học là 100% (Databank, 2016). Tuy nhiên, cũng giống như các nước thu nhập trung bình thấp đang phát triển nhanh chóng khác, quá trình chuyển đổi của Việt Nam dường như bị hạn

chế phần lớn bởi cơ sở hạ tầng vật chất có liên quan trực tiếp tới phát triển kinh tế trong khi những ngành hướng đến phát triển xã hội ví dụ như y tế ít được quan tâm (Stern, 1998). Ngoài ra, cải cách kinh tế đi kèm với biến đổi xã hội sâu rộng đã làm gia tăng áp lực lên các gia đình, góp phần đưa đến những tổn thương về cảm xúc trong bối cảnh thiếu hụt các hỗ trợ hạ tầng xã hội. Điều này khá tương đồng với những quốc gia phát triển nhanh chóng khác, ví dụ như Trung Quốc, khi mà “biến đổi kinh tế xã hội nhanh chóng đi kèm với mất ổn định xã hội, dẫn đến gia tăng trầm cảm và tự tử (Blum et al., 2012, pp. s37). Tương tự, sự thiếu quan tâm trong tổng thể ngành y tế bao gồm cả những thiếu hụt trong chăm sóc trẻ em và vị thành niên gặp các rối loạn tâm thần, thần kinh và chậm phát triển.

Cuối cùng, với áp lực ngày càng tăng của đô thị hóa không kiểm soát được trên một đất nước nông thôn rộng lớn và những hỗ trợ không đầy đủ đối với những người có nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe tâm thần, các vấn đề về sức khỏe tâm thần có chiều hướng gia tăng.

Ngoài ra, bất chấp tiến bộ về kinh tế và xã hội do kết quả của quá trình Đổi mới⁴, còn đó những khoảng cách lớn trong tiếp cận các dịch vụ y tế và xã hội giữa các vùng địa lý và các nhóm thu nhập khác nhau (Dang, 2010; Vuong et al., 2011). Chẳng hạn, Dang (2010) lưu ý rằng do tác động của thương mại hóa lĩnh vực y tế, việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng của các nhóm nghèo và nhóm dân tộc thiểu số bị hạn chế. Trẻ em và vị thành niên Việt Nam cũng là một nhóm dễ tổn thương khác và với tỷ lệ 23% dân số Việt Nam dưới 15 tuổi (World Bank 2013), thiết nghĩ cần có hành động cấp bách nhằm tìm hiểu các nhu cầu

hỗ trợ sức khỏe tâm lý xã hội của nhóm dân số này.

1.6 Các khung khái niệm

Để xác định căn cứ và trình bày các phát hiện của mình, chúng tôi áp dụng khung phân tích sinh thái-xã hội nhằm tìm hiểu các yếu tố thuộc các cấp độ khác nhau của hệ thống sinh thái xã hội – bao gồm yếu tố cá nhân, gia đình/hộ gia đình, trường học, cộng đồng, thể chế - và cách thức các yếu tố đó tương tác và đóng góp cho các căn nguyên, yếu tố nguy cơ cũng như yếu tố bảo vệ của tình trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. Là trọng tâm nghiên cứu, trẻ em và thanh niên được đặt ở trung tâm của khung phân tích và bao quanh nó là một loạt các yếu tố tác động đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tình trạng giáo dục, mối quan hệ của các em với cha mẹ và bạn bè, hình ảnh cơ thể, khả năng tiếp cận với công nghệ hiện đại và phương tiện truyền thông xã hội, phạm vi của các mạng lưới hỗ trợ cũng như các chiến lược đối phó khác (cả tích cực và tiêu cực). Sức khỏe tinh thần và tâm lý xã hội cá nhân cũng bị tác động bởi tính năng động và vị thế của gia đình hoặc hộ gia đình, cấp độ tiếp theo của khung phân tích sinh thái - xã hội. Các biến số ở đây có thể bao gồm tình trạng kinh tế của hộ gia đình, mức độ kiểm soát của cha mẹ, các mối quan hệ giữa cha mẹ, các động lực và những căng thẳng bên trong hộ gia đình. Do các cơ sở giáo dục đóng vai trò trung tâm trong cuộc sống của trẻ em và thanh niên, nên đây sẽ là cấp độ tiếp theo khi khảo sát các yếu tố nguy cơ và bảo vệ cho sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên. Các biến tố có tác động đến trẻ em và thanh niên bao gồm môi trường học đường, các mối quan hệ với giáo viên và bạn học, và áp lực học tập. Tiếp theo là một cấp độ rộng hơn – cấp cộng đồng; ở cấp độ này các yếu tố như các chuẩn mực xã hội có liên quan ví dụ như kết hôn sớm, cũng như các cơ hội tạo

3. Từ Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG), đoạn 26: “3.4 – Tới năm 2030, giảm một phần ba tỷ lệ tử vong sớm từ các bệnh không lây nhiễm thông qua phòng ngừa, điều trị và tăng cường sức khỏe tâm thần và phúc lợi. 3.5 - Tăng cường phòng ngừa và điều trị lạm dụng chất, bao gồm lạm dụng thuốc gây nghiện và sử dụng đồ uống có cồn gây hại cho sức khỏe. 3.8 - Đạt được độ bao phủ sức khỏe toàn cầu, bao gồm cả bảo hiểm rủi ro tài chính, tất cả mọi người có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu có chất lượng, các loại thuốc và vắc-xin an toàn, hiệu quả, chất lượng với giá cả hợp lý.

4. Tên của cuộc cải cách kinh tế được khởi xướng ở Việt Nam năm 1986 với mục tiêu tạo ra một nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa.



© UNICEF Viet Nam\2017\Truong Viet Hung

thu nhập cho nam và nữ và một môi trường rộng lớn hơn có thể có ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên (chương 4).

Cấp tiếp theo được khái niệm hóa như cấp độ thể chế bao gồm cả môi trường và cung ứng dịch vụ (chương 5 và 6) cũng như khuôn khổ và môi trường pháp lý và chính sách (chương 7). Đây cũng có thể được xem như là các thể chế, cấu trúc hoặc tuyến đường điều chỉnh các nguồn lực và các ưu tiên cấp quốc gia nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần và phúc lợi tâm lý xã hội. Do đó các thể chế chính thức bao gồm các khuôn khổ chính sách, pháp lý và công lý để giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cũng như cung cấp dịch vụ chính thức thông qua các tổ chức chính phủ và phi chính phủ. Các nhà cung cấp dịch vụ không chính thức hoặc các

tổ chức có thể bao gồm hỗ trợ gia đình, chữa bệnh bằng tâm linh hoặc chữa bệnh theo phương thức truyền thống. Tất cả các tổ chức này cũng sẽ có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên.

Cuối cùng, tất cả các cấp này đều được đặt trong bối cảnh quốc gia và toàn cầu rộng lớn hơn. Ở cấp quốc gia, các ưu tiên của quốc gia, phân bổ nguồn lực cấp quốc gia, cũng như các yếu tố bối cảnh cấp quốc gia và khu vực (ví dụ tính năng động dân số, di cư, biến đổi khí hậu, v.v.) đều có thể tác động đến việc quốc gia có dành những ưu tiên cho luật pháp và các chính sách liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội và tiếp đó là triển khai chúng trong các chương trình nghị sự của quốc gia. Các công ước và chính sách toàn cầu cũng như thái độ và các khoản đầu tư của các nhà tài trợ nhằm đáp ứng

vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cũng giữ một vai trò quan trọng trong việc kiến tạo một môi trường thuận lợi. Tuy nhiên, vấn đề này chưa được tìm hiểu trong nghiên cứu này và sẽ rất thú vị nếu được khảo sát trong một nghiên cứu riêng biệt.



CHƯƠNG 2

Phương pháp nghiên cứu



Nghiên cứu gồm hai giai đoạn: thứ nhất là tổng quan các tài liệu có sẵn và thứ hai là thu thập dữ liệu sơ cấp tại một số địa bàn ở Việt Nam.

2.1 Tổng quan tài liệu có sẵn

Tổng quan tài liệu nhằm hai mục tiêu: i) cung cấp một bức tranh tổng thể về thực trạng và nguyên nhân dẫn đến các vấn đề về sức khỏe tâm thần, trong đó có tự tử, tập trung vào trẻ em và thanh niên ở Việt Nam và ii) chuẩn bị cho giai đoạn thu thập và phân tích dữ liệu sơ cấp, trong đó có xác định các khoảng trống thông tin. Có thể tìm hiểu chi tiết về phương pháp nghiên cứu được sử dụng cho tổng quan tài liệu trong Samuels et al, 2018. Giai đoạn đầu của tổng quan tài liệu được tiến hành trong khoảng từ tháng Giêng đến tháng Hai năm 2016 với việc phát triển khung nghiên cứu rõ ràng với các câu hỏi nghiên cứu, các tiêu chí loại trừ/bao hàm, các cơ sở dữ liệu phù hợp, sự kết hợp thu thập thông tin từ các bài tạp chí, và phỏng vấn người cung cấp thông tin. Việc kết hợp các từ khóa về các chủ đề liên quan trong tổng quan nghiên cứu thông qua các từ nối VÀ/HOẶC/KHÔNG trong chức năng tìm kiếm cơ sở dữ liệu cũng được phác thảo trong giai đoạn này. Các từ khóa bao gồm: tâm thần học, sức khỏe tâm thần, bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần, sức khỏe/rối loạn tâm lý xã hội, rối loạn tâm thần ấu thơ, chậm phát triển tâm thần, tăng động giảm chú ý (ADHD), rối loạn lo âu, rối loạn sau sinh, rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD), trầm cảm, rối loạn cảm xúc, tự tử, lạm dụng chất, rối loạn nhân cách, căng thẳng, trầm cảm ở mẹ, trầm cảm ở bố, bắt nạt, áp lực đồng trang lứa, các dịch vụ, phòng khám bệnh, các chương trình, các can thiệp, các thử nghiệm.

Các câu hỏi nghiên cứu cụ thể, cũng là các câu hỏi được rút ra từ đề xuất nghiên cứu, bao gồm:

- Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử trong trẻ em, vị thành niên và thanh niên Việt Nam như thế nào?
- Những yếu tố nguy cơ và những yếu tố bảo vệ trẻ em, vị thành niên và thanh niên Việt Nam khỏi những vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, bao gồm tự tử, là gì?
- Luật pháp và các chính sách hiện hành liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam như thế nào?
- Hiện có các chương trình và dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội nào dành cho trẻ em, vị thành niên và thanh niên ở Việt Nam?

Các cơ sở dữ liệu được tìm kiếm bao gồm: EBSCO, MEDLINE, PubMed, psycINFO, Social Sciences Index, Proquest, và JSTOR. Các nguồn tài liệu phục vụ tổng quan bao gồm các bài tạp chí được bình duyệt/phản biện và sách, các văn bản chính sách của chính phủ và các tổ chức quốc tế, các tài liệu không công bố (bao gồm báo cáo và đánh giá của chính phủ và các tổ chức phi chính phủ). Đối với các bài tạp chí được bình duyệt, chúng tôi triển khai tìm kiếm trong các tạp chí được các chuyên gia trong lĩnh vực đánh giá là đáng tin cậy và có liên quan nhất đến chủ đề nghiên cứu. Ngoài ra, việc tìm kiếm cũng được thực hiện trên các website có liên quan đến chủ đề nghiên cứu. Cuối cùng, chúng tôi tiến hành phỏng vấn (qua Skype hoặc thư điện tử) tám chuyên gia trong lĩnh vực, nhằm lấy ý kiến của họ về các nguồn tư liệu hội thảo về sức khỏe tâm thần, cả trên thế giới và tại Việt Nam.

2.2 Thu thập dữ liệu sơ cấp

Việc thu thập dữ liệu định tính sơ cấp được tiến hành tại một số tỉnh và thành phố được lựa chọn ở Việt Nam từ tháng 3 tới tháng 6 năm 2016 nhằm bổ sung và so sánh với các kết quả từ tổng quan tài liệu, cũng như bù đắp những thiếu hụt về thông tin.

2.2.1 Lựa chọn và mô tả địa bàn nghiên cứu

Việc lựa chọn địa bàn nghiên cứu được tiến hành với tham vấn chặt chẽ của UNICEF Việt Nam. Các tiêu chí lựa chọn địa bàn nghiên cứu bao gồm: i) tầm quan trọng của việc có được quan điểm của cả khu vực đô thị và nông thôn, với giả thuyết rằng các yếu tố nguy cơ là khác nhau giữa các khu vực và, như tổng quan tài liệu đã chỉ ra, một số yếu tố nguy cơ (như lạm dụng chất, thất nghiệp, bạo lực) có khả năng cao hơn ở khu vực đô thị; ii) tầm quan trọng của việc đảm bảo có cả đại diện phía Bắc và phía Nam Việt Nam cũng như nắm bắt được các đặc điểm riêng có của mỗi miền; và iii) yêu cầu đảm bảo lựa chọn các địa bàn nơi các vấn đề sức khỏe tâm thần hoặc các yếu tố nguy cơ tương đối phổ biến và/hoặc những vùng nghèo, bởi dựa trên những nghiên cứu trước đây của chúng tôi tại Việt Nam, nghèo có khả năng dẫn đến tình trạng căng thẳng, lo âu và những yếu tố nguy cơ khác đối với sức khỏe tâm thần (Jones et al., 2014; 2015).

Với những tiêu chí cơ bản nói trên, trước hết chúng tôi đặt trọng tâm vào hai trung tâm đô thị lớn nhất ở Việt Nam: Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) và sau đó là hai tỉnh: Điện Biên ở khu vực phía Bắc và An Giang ở khu vực phía Nam. Ở hai tỉnh, nhằm có được những thông tin của cả nông thôn và đô thị/bán đô thị, các cuộc phỏng vấn được thực hiện ở thủ phủ của mỗi tỉnh (TP. Điện Biên Phủ ở Điện Biên và TP. Long Xuyên ở An Giang) cũng như ở khu vực nông thôn (xã Keo Lôm ở Điện

Biên và thị trấn Phú Mỹ thuộc một huyện nông thôn của An Giang).

Hà Nội, thủ đô của Việt Nam, là một ngoại lệ bởi sự hiện diện của các cơ quan thuộc chính phủ. Theo điều tra dân số giữa kỳ năm 2014 (Bộ Kế hoạch và Đầu tư (Tổng cục Thống kê), 2015), dân số thành phố chỉ trên 7 triệu, phân bố ở 12 quận nội thành, 17 huyện ngoại thành, và 1 thị xã, với mật độ dân số trung bình 2.126 người/km². Hà Nội có một số lượng lớn các cơ sở y tế công lập và cùng với đó là các cơ sở y tế ngoài công lập tân tiến, trong đó có các bệnh viện quốc tế. Trong những năm gần đây, các khoản đáng kể được đầu tư cho chăm sóc sức khỏe, bao gồm trang bị thiết bị y tế và xây dựng khu vực y tế công nghệ cao. Trong một thập kỷ qua, người dân thành phố, trong đó có trẻ em dễ tổn thương và những người thụ hưởng phúc lợi xã hội, đã tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế. Tuy nhiên, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân vẫn lớn hơn so với sức chứa của các bệnh viện, dẫn đến việc các cơ sở y tế thường xuyên bị quá tải.

TPHCM ở phía nam, có những khác biệt về văn hóa so với Hà Nội và đa dạng hơn về dân tộc do tỷ lệ nhập cư cao. Là thành phố lớn nhất của Việt Nam xét cả về dân số và tăng trưởng với gần 8 triệu cư dân phân bố trên 19 quận nội thành và 5 huyện ngoại thành với mật độ dân số 3.796 người/km² (sách đã dẫn). TPHCM là trung tâm kinh tế, tài chính, thương mại và dịch vụ chính của đất nước, chiếm 1/3 tỷ trọng GDP cả nước. TPHCM cũng là hạt nhân trong khu vực kinh tế phía Nam – một trong ba khu vực kinh tế lớn nhất của Việt Nam – và là lực đẩy quan trọng của phát triển kinh tế xã hội ở miền Nam cũng như cả nước. Về chăm sóc sức khỏe, thành phố dành các khoản đầu tư lớn cho hạ tầng cơ sở chăm sóc sức khỏe và các thiết bị y tế công nghệ cao hiện đại. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân cũng nhanh chóng được phát triển ở TPHCM.

Điện Biên là một tỉnh miền núi thuộc khu vực phía Bắc của Việt Nam. Là tỉnh duy nhất có đường biên giới với cả Trung Quốc và Lào, cư dân Điện Biên phân bố trên 10 khu vực hành chính cấp huyện, bao gồm một thành phố (Điện Biên Phủ), 1 thị xã cấp huyện và 8 huyện nông thôn, với tổng số 112 phường/xã và thị trấn cấp xã. Hiện tại, Điện Biên là nơi cư ngụ của 21 nhóm dân tộc khác nhau, trong đó người Thái chiếm đa số (khoảng 42,2%), tiếp đến là người Hmông (27,2%), người Kinh (19%) và Khơ Mú (3,9%) (sách đã dẫn).

Xã Keo Lôm ở huyện Điện Biên Đông (một trong những huyện nghèo nhất cả nước) được chọn làm địa bàn nghiên cứu khu vực nông thôn tại tỉnh Điện Biên. Xã Keo Lôm có 25 làng, với 6.378 người sống trong 1.210 hộ gia đình. Có bốn dân tộc chính bao gồm Hmông (59%), Khơ Mú (20%), Thái (20%) và Kinh (1%). Khoảng cách từ trung tâm xã tới ngôi làng xa nhất là 20km, nhiều làng xe ô tô chỉ vào được trong mùa khô. Dịch vụ hạn chế và tỷ lệ nghèo là 77,3% năm 2015 (sách đã dẫn). Xã có một trạm y tế, một trường THCS dân tộc nội trú, hai trường tiểu học, hai trường mẫu giáo và một số các điểm trường tiểu học và mẫu giáo tại các làng xa xôi.

Phần lớn trẻ em cố gắng để hoàn thành giáo dục trung học cơ sở, nhưng vẫn còn đó một số em phải nghỉ học do gia đình có những trở ngại về tài chính hoặc thiếu sự khích lệ. Mặc dù đã bắt đầu giảm xuống trong một vài năm gần đây, tảo hôn vẫn còn là một tục lệ phổ biến. Xã có tỷ lệ người nghiện cao và có số lượng các ca tự tử trẻ em và thanh niên được ghi nhận là cao nhất ở Điện Biên Đông, một huyện được biết đến như một điểm nóng về tự tử trẻ em trong tỉnh. Theo số liệu của trạm y tế xã, trong giai đoạn từ 2007-2015, có 40 ca tự tử, trong đó có 35 trường hợp là người Hmông, 3 trường hợp người Thái và 1 trường hợp Khơ Mú. Bốn trong số 40 ca này là người lớn tuổi treo cổ tự vẫn hoặc uống thuốc

trừ sâu; các nạn nhân còn lại tuổi từ 24 trở xuống, tự tử bằng lá ngón. Phụ lục 1 cho thấy các số liệu về tự tử ở tỉnh Điện Biên, trong đó bao gồm cấp huyện và xã.

An Giang nằm ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long của Việt Nam, có đường biên giới với Campuchia, và là tỉnh lớn thứ tư xét về diện tích địa lý với tổng dân số là 2.155.381 người trên mật độ 609 người/km². An Giang có 9 huyện ngoại thành, được chia thành 156 xã/phường (bao gồm 120 xã, 20 phường và 16 thị trấn cấp xã). Thành phố Long Xuyên là thủ phủ của tỉnh. Nghiên cứu thực địa được triển khai ở thị trấn Phú Mỹ (một trong hai thị trấn cấp xã của huyện Phú Tân). Thị trấn có 9 thôn/ấp, với 5.617 hộ gia đình trên 21.000 dân. Phần lớn dân cư là người theo đạo Hòa Hảo. Nông nghiệp là nguồn thu nhập chính. Khu vực dịch vụ chưa phát triển. Do cơ giới hóa nông nghiệp và diện tích đất trồng trọt hạn chế, nhiều gia đình phải đi làm ăn xa, phần lớn làm việc trong các khu công nghiệp, phụ hồ, hoặc lao động mùa vụ tại TPHCM và Bình Dương (sách đã dẫn).

2.2.2 Các phương pháp và cơ cấu mẫu

Một loạt các phương pháp thu thập dữ liệu định tính được áp dụng bao gồm phỏng vấn sâu (PVS), thảo luận nhóm (TLN), và phỏng vấn người cung cấp thông tin chính (PV cán bộ). Việc chọn mẫu có chủ đích được thực hiện nhằm đảm bảo các loại hình đối tượng tham gia nghiên cứu đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu chung đã đề ra trong chọn mẫu. PVS được thực hiện với trẻ em và thanh niên, hầu hết thông qua các trường trung học cơ sở và trung học phổ thông. TLN cũng được thực hiện với trẻ em và thanh niên, hầu hết cũng thông qua trường học, với một vài trường hợp toan tự tử và tảo hôn do người cung cấp thông tin giới thiệu và theo kỹ thuật chọn mẫu quả bóng tuyết; ngoài ra, cũng triển khai một số các TLN với cha mẹ ở cấp cộng

đồng cũng như với người cung cấp dịch vụ. Cuối cùng là phỏng vấn người cung cấp thông tin chính bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở cấp trung ương và cấp tỉnh (bác sỹ tâm thần, nhà tư vấn, bác sỹ sức khỏe tâm thần); các cán bộ chính phủ thuộc các bộ khác nhau (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục) ở trung ương và ở các tỉnh; và nhóm có ảnh hưởng ở cộng đồng (lãnh đạo cộng đồng, già làng).

Nghiên cứu đã thực hiện tổng số 110 cuộc phỏng vấn, trong đó có 23 phỏng vấn sâu trẻ em, 67 phỏng vấn người cung cấp thông tin chính, 20 thảo luận nhóm (16 TLN với trẻ em, 2 TLN cán bộ và 2 TLN cha mẹ) trên 4 địa bàn. Xét theo từng địa bàn, tại Hà Nội có 57 người tham gia vào nghiên cứu định tính, tại TPHCM có 40 người, tại tỉnh Điện Biên có 62 người, và tại tỉnh An Giang, con số này là 51 người (Xem bảng 1).

Bảng 1: Hình thức và số lượng các cuộc phỏng vấn theo địa bàn

Địa bàn	PVS	PV người cung cấp thông tin chính	TLN	Tổng số	Tổng số người
Hà Nội	4	26	4	34	57
TPHCM	4	14	4	22	40
Tỉnh Điện Biên					
TP Điện Biên Phủ	3	9	2	14	28
Xã Keo Lôm	6	9	3	18	34
Tỉnh An Giang					
TP Long Xuyên	2	5	1	8	14
Thị trấn Phú Mỹ	4	4	6	14	37
Tổng số	23	67	20	110	210

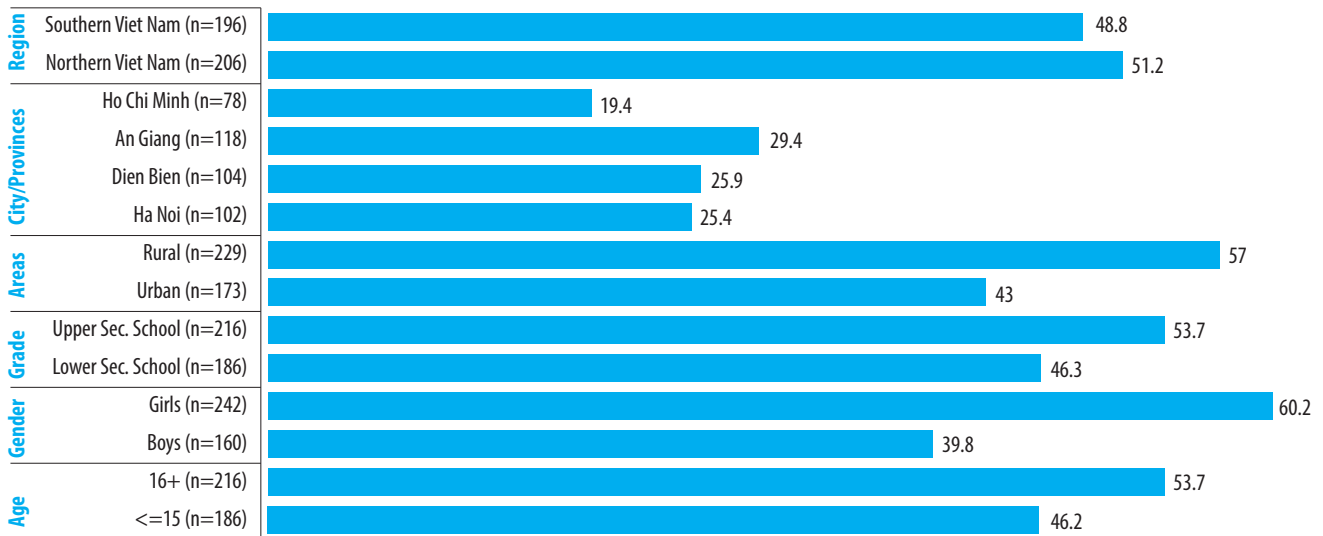
Như đã đề cập ở trên, 23 phỏng vấn sâu và 16 thảo luận nhóm đã được thực hiện với trẻ em. Tổng số trẻ em tham gia nghiên cứu định tính là 113 em, trong đó, 39 em thuộc nhóm 10-14, 69 em thuộc nhóm 15-17, và 4 em từ 18 tuổi trở lên. Xét về giới tính, tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau, cụ thể có 56 em gái và 57 em trai (Xem bảng 2).

Bảng 2: Độ tuổi của trẻ em tham gia mẫu định tính

Địa bàn	10-14 tuổi	15-17 tuổi	>=18 tuổi	Số lượng nữ	Số lượng nam	Tổng
Hà Nội	13	14	1	15	13	28
TPHCM	12	13		10	16	26
Điện Biên	1	30	2	18	15	33
An Giang	13	12	1	13	13	26
Tổng số	39	69	4	56	57	113

Các hướng dẫn phỏng vấn được nhóm nghiên cứu thiết kế theo phương pháp có sự tham gia, dựa trên các công cụ sẵn có và kinh nghiệm thực tế trong lĩnh vực nghiên cứu, đồng thời có điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Các hướng dẫn phỏng vấn được thử nghiệm và chỉnh sửa sau thử nghiệm.

Bên cạnh việc thực hiện các cuộc phỏng vấn nêu trên, các công cụ đánh giá nhanh cũng được triển khai với học sinh trên tất cả các địa bàn nghiên cứu. Tổng số mẫu nghiên cứu là 402 trẻ em từ các địa bàn nghiên cứu khác nhau tham gia vào nghiên cứu này. Mỗi địa bàn, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn tiến hành phỏng vấn trẻ em là học sinh ở 2 cấp học phổ thông là Trung học cơ sở (độ tuổi từ 11-14) và Trung học phổ thông (độ tuổi từ 15-17) - 46,3% trẻ em đang ở cấp học Trung học cơ sở và 53,7% trẻ em đang ở cấp học Trung học phổ

Biểu 1: Đặc điểm nhân khẩu học của trẻ em tham gia đánh giá nhanh (N=402)

thông. Trẻ em gái chiếm 60,2% và trẻ em trai là 39,8%. Biểu 1 dưới đây cung cấp thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của trẻ em tham gia đánh giá.

Mục đích của các công cụ này là để thu thập, một cách nhanh chóng và hiệu quả, một số lượng tương đối các câu trả lời về suy nghĩ của trẻ em về sức khỏe tâm thần và trạng thái tâm lý xã hội của chính các em. Sau khi nhận được tham vấn của một số chuyên gia, nhóm nghiên cứu quyết định sử dụng hai công cụ: Bảng hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn (SDQ) và Thang đo Sự tự tin và Khả năng ứng phó. Bảng hỏi SDQ đã từng được sử dụng tại Việt Nam như một phần của nghiên cứu. Những cuộc đời trẻ thơ trong khi thang đo Sự tự tin và Khả năng ứng phó chưa từng được sử dụng ở Việt Nam trước đó (theo hiểu biết của nhóm nghiên cứu), nội dung và cách thức hình thành/đặt các câu hỏi của hai công cụ này được cho là phù hợp hơn với nghiên cứu, người trả lời và bối cảnh Việt Nam so với các công cụ khác. Các vấn đề liên quan đến ngôn ngữ trong cả hai công cụ đều được cân nhắc và có một số điều chỉnh nhỏ để thoát

nghĩa trong ngôn ngữ tiếng Việt. Người trả lời cho rằng các công cụ này dễ hiểu và dễ hoàn thành. Hộp 2 dưới đây tóm tắt các kết quả chính và Phụ lục 3 trình bày các phân tích chi tiết về các kết quả từ các thang đo này.

2.2.3 Cỡ mẫu

Bảng 1 dưới đây mô tả cỡ mẫu của người trả lời theo công cụ và địa bàn nghiên cứu. Như đã đề cập ở trên, việc tìm mẫu được thực hiện thông qua các trường học, phương pháp quả bóng tuyết và qua phỏng vấn người cung cấp thông tin. Kích thước mẫu lớn được quyết định bởi sự kết hợp các thông số cơ bản, tầm quan trọng của các phát hiện chéo thông qua nhiều người cung cấp thông tin cũng như nguyên tắc bảo hòa nghiên cứu, tức là đạt đến điểm mà có phỏng vấn thêm nữa cũng không đem lại những thông tin/hiểu biết mới.

2.2.4 Phân tích dữ liệu định tính

Sau khi có được sự đồng ý của người tham gia nghiên cứu, tất cả PVS, TLN và phỏng vấn người cung cấp thông tin chính được ghi âm, gỡ băng và dịch sang tiếng Anh. Trong điều kiện

cho phép, hai nghiên cứu viên cùng tham gia một cuộc phỏng vấn nhằm giúp cho việc tóm tắt và phản ánh thông tin sau cuộc phỏng vấn được tốt hơn. Các bản gỡ băng (cả bản gốc và bản dịch) được nhóm nghiên cứu trong nước đọc soát nhằm đảm bảo chất lượng và tính nhất quán.

Sau khi các phỏng vấn được dịch sang tiếng Anh, chúng tôi xây dựng một cấu trúc mã hóa sơ bộ dựa trên các hướng dẫn phỏng vấn và những kết quả nổi bật. Các phỏng vấn sau đó được mã hóa bằng phần mềm MAXQDA 12 theo cấu trúc mã hóa nói trên, với các mã phụ được tập hợp từ các phỏng vấn theo tiến trình mã hóa. Khi tất cả các phỏng vấn đã được mã hóa, các mã được đánh giá lại dựa trên các chủ đề nổi bật, bối cảnh nghiên cứu và các lĩnh vực mà nghiên cứu này quan tâm, một số mã sau đó được nhóm lại với nhau và từ đó hình thành nên một tập hợp các mã trung cấp. Sau đó, việc phân tích được thực hiện bằng cách đọc các phần đã mã hóa của các phỏng vấn. Đối với lớp phân tích đầu tiên, chúng tôi tiến hành phân nhóm người trả lời trên cơ sở rà soát những kết quả sơ bộ, những khu vực mà các nghiên cứu viên cho rằng xuất hiện những khác biệt và tương đồng

5. <http://www.younglives.org.uk/content/household-and-child-survey>

thứ vị, và để bảo đảm rằng nghiên cứu phản ánh đúng các vấn đề cụ thể xuất hiện trong bối cảnh cuộc phỏng vấn. Vì vậy các nhóm được hình thành trên cơ sở: tuổi của người trả lời – gồm 3 nhóm tuổi, tương ứng với các cấp học 11-14 (trung học cơ sở), 15-17 (trung học phổ thông) và trên 18 (trung học phổ thông trở lên); giới tính người trả lời – nam hoặc nữ; và địa điểm – nông thôn (Keo Lôm {Điện Biên}, thị trấn Phú Mỹ {An Giang}), bán đô thị (thành phố Điện Biên Phủ {Điện Biên}, thành phố Long Xuyên {An Giang}) và đô thị (Hà Nội và TP HCM). Đối với mỗi nhóm, tất cả các phân đoạn được mã hóa đều được phân tích, đặc biệt chú ý đến việc các xu hướng nổi lên như thế nào trong từng nhóm. Trong phân tích, khi gặp các xu hướng có chứa các biến số nói trên (tuổi tác, giới tính và địa bàn), chúng tôi đều đánh dấu và thảo luận. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng trong nhiều trường hợp, không có sự khác biệt lớn giữa các biến số khác nhau này.

Đếm số từ liên quan đến một chủ đề cụ thể, trong trường hợp này sức khỏe tinh thần và tâm lý xã hội, là một cách tiếp cận khác để phân tích dữ liệu định tính. Tuy nhiên, do dữ liệu đã được dịch sang ngôn ngữ thứ hai, việc phát triển cấu trúc mã hóa và mã hóa phụ được mô tả ở trên là một cách thức phù hợp và sắc bén hơn để thực hiện việc phân tích.

Khác với dữ liệu định lượng, kinh nghiệm thực tiễn cho thấy việc đếm số lượng các câu trả lời cho một chủ đề hoặc một câu hỏi cụ thể là không thích hợp trong phân tích dữ liệu định tính. Do dữ liệu định tính không mang ý nghĩa đại diện, việc đếm các câu trả lời là bất hợp lý (xem ví dụ: Bazley, P., 2004 và Abeyasekera, S., 2005).

2.3 Các hạn chế và đạo đức nghiên cứu

Mặc dù đã áp dụng cách tiếp cận từng bước, tổng quan tài liệu vẫn

còn một số hạn chế. Do số lượng ít ỏi các nghiên cứu trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần tại Việt Nam và do tổng quan đặt trọng tâm vào những thách thức về sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên Việt Nam, nguồn tài liệu mà chúng tôi tiếp cận được là khá hạn chế. Thêm vào đó, trong khi nỗ lực nhằm đảm bảo các tiêu chí loại trừ/bao hàm không quá rộng cũng như không quá cứng nhắc, chúng tôi có thể đã bỏ lỡ một số tài liệu để có thêm sắc thái cho các xu hướng cần thảo luận.

Việc thu thập dữ liệu sơ cấp cũng gặp phải một số hạn chế. Thứ nhất, do khảo sát thực địa được triển khai ở một số địa bàn có lựa chọn ở Việt Nam, các kết quả của nghiên cứu này không, và không có chủ đích, đại diện cho toàn bộ Việt Nam. Tương tự, do việc áp dụng các phương pháp nghiên cứu định tính, các kết quả của nghiên cứu không mang ý nghĩa đại diện cho một vùng, càng không thể đại diện cho cả nước. Mặc dù vậy, các kết quả vẫn có giá trị và thể hiện chiều cạnh quan trọng về môi trường sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội mà trẻ em và thanh niên Việt Nam hiện nay đang phải đối diện.

Thứ hai, chúng tôi dự định thực hiện các phỏng vấn với trẻ em và thanh thiếu niên đã từng tiếp cận/sử dụng các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. Tuy nhiên, ở Việt Nam, do lĩnh vực tâm thần được y khoa hóa cao, sức khỏe tâm thần được hiểu như là những rối loạn tâm thần nặng và chậm phát triển nghiêm trọng (hoặc mất khả năng học tập nghiêm trọng), các tổn thương tâm lý xã hội ít được chú ý tới, việc tiếp cận nhóm đối tượng mà chúng tôi quan tâm là rất khó khăn. Vì vậy, thay vì gặp gỡ thanh thiếu niên có khó khăn nghiêm trọng trong học tập và không thể trả lời các câu hỏi của chúng tôi (như đã xảy ra ở một địa bàn nghiên cứu thuộc khu vực đô thị), chúng tôi mở rộng phạm vi và tìm đến sự trợ giúp của các giáo viên nhằm xác định những em được cho là có hành vi bất thường

tại trường học. Ngoài ra, căn cứ các nghiên cứu của chúng tôi trước đây cho thấy kết hôn sớm gây ra nhiều lo âu và căng thẳng, đặc biệt ở em gái và phụ nữ trẻ, chúng tôi tìm đến sự giúp đỡ của những người cung cấp thông tin ở cộng đồng nhằm xác định các trường hợp này. Sau cùng, do tỷ lệ tự tử tương đối cao và do nghiên cứu đặc biệt quan tâm đến hiện tượng này, người cung cấp thông tin cũng giúp chúng tôi tìm ra những người từng có hành vi toan tự tử. Rõ ràng, việc chọn mẫu bị chi phối bởi thành kiến của người lựa chọn và phụ thuộc vào cách hiểu của họ về hành vi “bất thường”. Tuy nhiên, chúng tôi đã cố gắng giảm thiểu điều này bằng cách nêu các câu hỏi kiểm tra kỹ lưỡng trong các cuộc phỏng vấn.

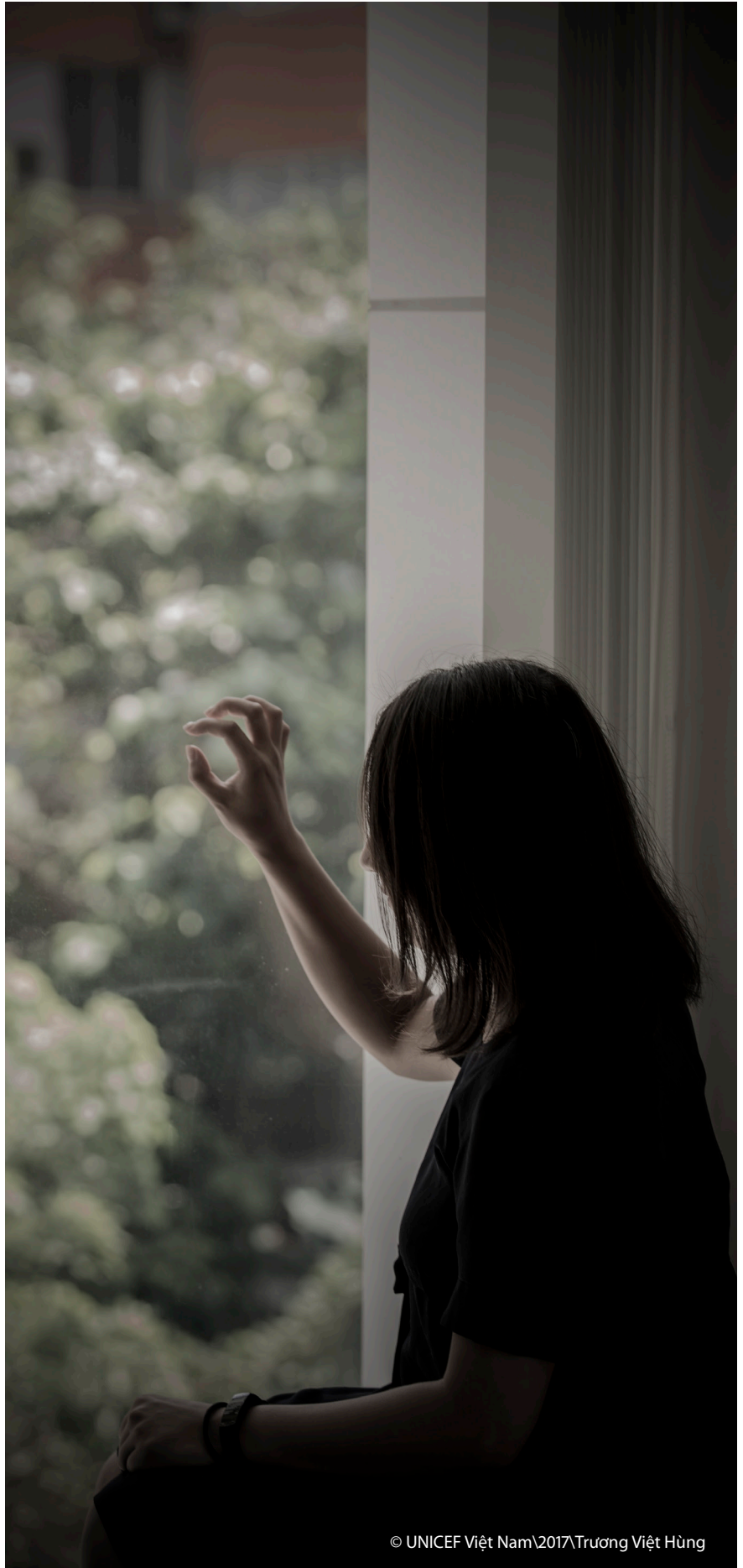
Như đã đề cập ở trên, do thành phần của nhóm nghiên cứu và trọng tâm của nghiên cứu, nghiên cứu không nhằm mục tiêu thu thập và xác định các loại hình rối loạn tâm thần khác nhau, đặc biệt là các rối loạn tâm thần nặng. Nghiên cứu nhằm phát hiện những căn nguyên cũng như những yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ của các rối loạn tâm thần và các căng thẳng tâm lý xã hội phổ biến hơn cũng như các chính sách và môi trường dịch vụ. Do vậy, một phân loại đầy đủ và chi tiết về các rối loạn tâm thần không được đề cập ở đây và sẽ là nhiệm vụ của một nghiên cứu khác.

Trong khuôn khổ của nghiên cứu, nhóm nghiên cứu được tiếp xúc với rất ít các tổ chức phi chính phủ và tổ chức xã hội dân sự làm việc trong các lĩnh vực liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. Do vậy, chúng tôi nhận thức được rằng chúng tôi có thể chưa có đầy đủ các thông tin liên quan đến khu vực này. Một khảo sát tiếp theo về các dịch vụ hiện có do khu vực phi chính phủ cung ứng có thể là một bổ sung quan trọng cho nghiên cứu này.

Cuối cùng, về các thuật ngữ được sử dụng để thảo luận về các khái niệm

về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, cần lưu ý rằng các nghiên cứu hiện có về sức khỏe tâm thần tại Việt Nam thường trích dẫn định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khi đề cập đến các khái niệm về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, cả trong ngôn ngữ hàng ngày và các tài liệu bằng văn bản, các từ tiếng Việt chính xác của thuật ngữ này không thống nhất; nó có thể được diễn đạt như “sức khỏe tâm thần” (mental health), “sức khỏe tinh thần” (health of spirit/mind), hoặc “sức khỏe tâm trí” (health of mind). Đặng Hoàng Minh và các cộng sự (2015) lưu ý rằng các thuật ngữ “sức khỏe tinh thần” và “sức khỏe tâm thần” được sử dụng thay thế cho nhau, mặc dù cả hai đều chỉ cùng một khái niệm “sức khỏe tâm thần” trong tiếng Anh. Các tác giả này cũng cho rằng trong tiếng Việt, từ “tâm thần” mang trong nó rất nhiều thành kiến, vì nó thường được gắn với các rối loạn tâm thần nghiêm trọng như tâm thần phân liệt và động kinh. Do đó, các nhà tâm lý có xu hướng sử dụng các từ ngữ khác, ví dụ như “sức khỏe tinh thần” (health of spirit/mind), nhằm làm dịu bớt những định kiến xã hội đối với sức khỏe tâm thần. Phỏng vấn thực địa xác nhận rằng việc sử dụng thuật ngữ “sức khỏe tâm thần” (mental health) hàm chứa thành kiến; do vậy, trong các cuộc phỏng vấn, nhóm nghiên cứu đôi khi phải sử dụng cách diễn đạt “sức khỏe tinh thần” (health of spirit/mind) nhằm khiến người được phỏng vấn cảm thấy thoải mái hơn khi chia sẻ thông tin về các vấn đề sức khỏe tâm thần chung.

Bản đề xuất nghiên cứu cũng như các công cụ nghiên cứu được Hội đồng đạo đức nghiên cứu ODI xem xét và phê duyệt. Các vấn đề thuộc phạm trù đạo đức của nghiên cứu cũng được nhóm xét duyệt các vấn đề đạo đức nghiên cứu của Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới cân nhắc và làm rõ.





TRỰC CẤP CỨU TÂM THẦN



CHƯƠNG 3

Mức độ và tính phổ biến của các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam

VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN
PHÒNG ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN TRỌNG CẤP
(M4)



© UNICEF Việt Nam \2017\ Colorista Hoàng Hiệp

Trong phần này, trước hết, chúng tôi sẽ giới thiệu ngắn gọn kết quả tổng quan tài liệu về mức độ và tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam. Tiếp đó, chúng tôi sẽ trình bày các kết quả phân tích dữ liệu sơ cấp.

3.1 Kết quả tổng quan tài liệu

Kết quả tổng quan tài liệu cho thấy tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần chung dao động trong ngưỡng từ 8% đến 29% đối với trẻ em và vị

thành niên, với những khác biệt về tỷ lệ tùy theo tỉnh, giới tính (Samuels và cộng sự, 2016). Một khảo sát dịch tễ học gần đây trên mẫu đại diện quốc gia của 10 trong số 63 tỉnh/thành cho thấy mức trung bình các vấn đề sức khỏe tâm thần trẻ em rơi vào khoảng 12%, đồng nghĩa với việc hơn 3 triệu trẻ em có nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe tâm thần (Weiss et al, 2014). Những khác biệt về tỷ lệ phần lớn được giải thích là do khác biệt về cỡ mẫu, khác biệt về phương pháp nghiên cứu, và khác biệt về công cụ thu thập dữ liệu. Để biết thêm chi tiết

về các kết quả nghiên cứu khác nhau, xem Samuels và cộng sự, 2018.

Các loại hình vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất trong trẻ em Việt Nam là các vấn đề **hướng nội và hướng ngoại**. Một số nghiên cứu đã cố gắng tính toán mức độ của những vấn đề này ở Việt Nam. Năm 1999, McKelvey và cộng sự đã phát hiện ra rằng trong mẫu nghiên cứu gồm 1.526 trẻ em sống ở hai khu phố của quận Đống Đa, Hà Nội, 5,3% trẻ em trai và 7,7% trẻ em gái từ 4 đến 11 tuổi, và 9,5% trẻ em trai và 10,1% trẻ em gái từ 12 đến 18 tuổi được ghi nhận có dấu hiệu lâm sàng cho thấy gặp khó khăn về hành vi (ví dụ theo thang điểm tổng hợp về vấn đề chú ý, hành vi phá vỡ quy tắc và hành vi hung hăng). Một vài năm tiếp theo, sử dụng Bảng hỏi Điểm mạnh và Khó khăn, Anh và các cộng sự (2006) phát hiện ra rằng trong số những học sinh trung học phổ thông ở thành phố Hồ Chí Minh, 16% gặp vấn đề về tình cảm và 24% gặp vấn đề về hành vi. Gần đây, Nguyễn và cộng sự (2013b) nhận thấy trong mẫu nghiên cứu gồm 1.159 trẻ em đi học, 23% học sinh báo cáo các triệu chứng lo lắng ở mức độ lâm sàng đáng lưu tâm. Nữ sinh có tỷ lệ mắc chứng lo âu gấp 3 lần so với nam sinh. Trầm cảm ở mức độ cao cũng được tìm thấy. Khi đo lường trầm cảm bằng cách sử dụng Thang đo Trầm cảm của Trung tâm Nghiên cứu Dịch tễ (CES-D), các tác giả tìm thấy tỷ lệ mắc một thể loại có nguy cơ dẫn đến trầm cảm lâm sàng (điểm CES-D ≥ 16) là khoảng 41,1% (sách đã dẫn). Trong số này, 26% được xác định là có mức trầm cảm leo thang. Theo Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY I), 32% số vị thành niên và thanh niên trong độ tuổi 14-25 cho biết nhìn chung họ cảm thấy buồn về cuộc sống (MOH, 2005). Kết quả của SAVY II năm 2009 cho thấy 73,1% vị thành niên và thanh niên trong độ tuổi 14-25 từng cảm thấy buồn, 27,6% từng cảm thấy buồn hoặc bất lực tới mức không thể thực hiện các hoạt động bình thường, và 21,3% từng cảm thấy mất niềm tin vào tương lai (WHO, đã dẫn; MOH, WHO,

và UNICEF, 2010). Gần đây, trong một nghiên cứu đại diện quốc gia, Weiss và cộng sự (2014) phát hiện ra rằng có nhiều trường hợp gặp các vấn đề hướng nội như lo âu và trầm cảm hơn các vấn đề hướng ngoại.

Một chiều cạnh hoặc căn nguyên của sức khỏe tâm thần là **Ngược đãi trẻ em**. Theo số liệu Điều tra Đánh giá các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ (MICS) trên 11.000 hộ gia đình (GSO, 2011), 73,9% trẻ em Việt Nam trong độ tuổi 2-14 từng bị trừng phạt bằng bạo lực, tức là trẻ phải chịu ít nhất một hình thức trừng phạt thân thể hoặc tâm lý xã hội từ cha mẹ/người chăm sóc hoặc các thành viên khác trong gia đình. Không những thế, 55,4% trẻ em chịu những gây hấn về tâm lý xã hội. Trừng phạt hà khắc phổ biến hơn ở khu vực nông thôn, cũng như trong các gia đình dân tộc thiểu số, nghèo và có trình độ học vấn thấp. Trong một nghiên cứu cắt ngang đối với hơn 2.700 học sinh trong độ tuổi 13-17, 40% các em trong mẫu nghiên cứu cho biết bị bạo lực tinh thần, 47,5% bị bạo lực thể chất, và 19,7% bị lạm dụng tình dục (Nguyen và cộng sự, 2009). Các em trai dễ bị bạo lực về thể chất hơn các em gái, trong khi các em gái có xu hướng phải chịu những bạo lực về tinh thần và bị sao nhãng về thể chất hoặc tình cảm (sách đã dẫn). Một số đặc điểm của hộ gia đình như tuổi của người mẹ nhiều hơn, học vấn cha mẹ cao hơn, thu nhập gia đình nhiều hơn và gia đình ít con là các yếu tố dẫn đến khả năng trẻ em ít bị ngược đãi hơn ở Việt Nam (Trang và Duc, 2014). Các nghiên cứu khác ở Việt Nam cho thấy ngược đãi trẻ em có mối liên hệ với nỗi buồn ở mức độ nhiều hơn (Huong, 2009; MOH, 2005), lo âu, trầm cảm, thiếu tự tin (Le và cộng sự, 2009), hành vi toan tự tử và ý định tự tử (Huong, 2009), hút thuốc lá và uống rượu (Huong, 2009).

Do mối quan tâm ngày càng tăng về tình trạng tự tử trong giới trẻ, đã có nhiều nghiên cứu về chủ đề này, trong đó có các nghiên cứu về ý định tự tử, (suy nghĩ tự tử) và hành vi toan tự tử. Tỷ lệ tự tử của Việt Nam so với

tỷ lệ tự tử toàn cầu (ở 90 quốc gia tỷ lệ tự tử trên tổng số ca tử vong của vị thành niên là 9,1%) (Wasserman và cộng sự, 2005) là thấp một cách đáng kể. Nghiên cứu so sánh giữa vị thành niên Việt Nam và Trung Quốc của Blum và các cộng sự (2012) đối với trên 17.000 vị thành niên và thanh niên cho thấy tỷ lệ có ý định tự tử trong 12 tháng qua ở Hà Nội là 2,3% (n = 6191), thấp nhất trong mẫu nghiên cứu so với mức 8,1% ở Thượng Hải (n = 6212) và 17% tại Đài Bắc (n = 4706). Tương tự, dưới 1% thanh niên Việt Nam từng có hành vi toan tự tử, so với 1,3% ở Thượng Hải và 6,9% ở Đài Bắc. SAVY I năm 2003 cũng cho thấy tỷ lệ tự tử tại Việt Nam là thấp – xấp xỉ 3,4% số người được hỏi cho biết từng có ý định tự tử. Sáu năm sau, SAVY II ghi nhận tỷ lệ có ý định tự tử trong nhóm tuổi từ 14-25 là 4,1%. Năm 2009, T. N. Huong tiến hành một nghiên cứu trên 2.737 học sinh các trường trung học cơ sở công lập Việt Nam và phát hiện 6,1% các em trong mẫu nghiên cứu đã từng có hành vi toan tự tử trong vòng 12 tháng qua.

Lạm dụng chất, bao gồm sử dụng ma túy, lạm dụng rượu, và hút thuốc lá, cũng có thể là căn nguyên hay yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội. Theo Khảo sát Toàn cầu về Thuốc lá ở Người lớn tại Việt Nam (MOH, Hanoi Medical University, GSO, CDC, & WHO, 2010b), tỷ lệ người hút thuốc lá (thuốc sản xuất trong các nhà máy và thuốc cuốn tay) trong số những người trả lời thuộc nhóm tuổi 15–24 là 11,9%. SAVY II cho thấy 20,4% số người trả lời thuộc nhóm tuổi 14–25 từng hút thuốc lá (39,5% nam và 0,6% nữ). Xét về các hành vi nguy cơ, cũng giống như các quốc gia láng giềng khác trong khu vực, Việt Nam có tỷ lệ nam giới sử dụng thuốc lá và rượu cao so với nữ (Pham và cộng sự, 2010).

Mặc dù **mắc đồng thời một lúc các bệnh khác nhau** không phải là một yếu tố nguy cơ, một số tài liệu nghiên cứu chỉ ra rằng loại bệnh tâm thần này có thể đóng vai trò như một yếu tố nguy cơ cho một loại bệnh tâm

thần khác. Một số nghiên cứu cho thấy những người cảm thấy trầm cảm và buồn bã cũng dễ có những suy nghĩ tự tử (Huong, 2009; Nguyen và cộng sự, 2013b; Thanh và cộng sự, 2006). Thêm vào đó, sử dụng thuốc lá và rượu cũng được cho là yếu tố nguy cơ dẫn đến hành vi tự tử (Blum và cộng sự, 2012). Cuối cùng, các nghiên cứu phát hiện có mối tương quan giữa lạm dụng chất với các rối loạn khác, đặc biệt là trầm cảm (Huy và cộng sự, 2015; Kaljee và cộng sự, 2005; Tho và cộng sự, 2007).

Do nghiên cứu đặt trọng tâm vào vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, chúng tôi đã tiến hành tìm kiếm các chỉ số liên quan và một trong số đó là **lòng tự tin/tự đánh giá về bản thân**. Mặc dù đây là một chỉ số giám sát thông dụng, chúng tôi tìm được tương đối ít thông tin về chỉ số này ở Việt Nam và phần lớn các tài liệu tìm được giới hạn trong số liệu điều tra SAVY. Các chiều cạnh cảm xúc của lòng tự tin trong SAVY I được đo bằng câu hỏi dành cho người tham gia về giá trị của bản thân họ và hoài bão của họ trong tương lai (MOH và cộng sự, 2010a). Kết quả cho thấy, nhìn chung, thanh thiếu niên có những đánh giá tích cực về bản thân. Trong thang đo từ 1-5, đa số trả lời với mức điểm khá cao, trung bình 3,5 điểm trong tất cả các nhóm, và 3,4 điểm đối với thanh niên dân tộc thiểu số. Trên 94,7% cảm thấy họ có giá trị với cha mẹ, 98,4% cảm thấy họ có những phẩm chất tốt và 71,3% cảm thấy họ có thể giúp đỡ người khác. SAVY II cũng cho thấy những điểm tương đồng, với thang đo từ 1-5, mức điểm trung bình cho lòng tự tin của giới trẻ là 2,76 và con số này là cao hơn ở nhóm lớn tuổi hơn và có học vấn cao hơn. Nhóm vị thành niên và thanh niên được khảo sát cho thấy có những ước vọng lớn. Trên 70% nhóm từ 14-17 tuổi đồng tình với nhận định cho rằng họ sẽ có một gia đình riêng hạnh phúc, một công việc mà họ thích, và cơ hội để làm điều họ muốn, mặc dù chỉ 54,6% đồng tình với nhận định cho rằng họ sẽ có một thu nhập tốt.

Đáng lưu ý là nhìn chung, trong khi các nghiên cứu toàn cầu nhấn mạnh tầm quan trọng của nghèo đói, nghịch cảnh, di cư và gia đình ly tán như là nguyên nhân của bệnh tâm thần, thì ở Việt Nam, tổng quan các tài liệu thứ cấp không cho thấy đây là những căn nguyên chính. Do đó, khi thu thập dữ liệu sơ cấp, chúng tôi cố gắng tập trung hơn vào các yếu tố kinh tế-xã hội này (đặc biệt ở cấp hộ gia đình) (xem phần dưới đây). Cũng có một loạt các yếu tố khác có thể có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên ở Việt Nam chẳng hạn như buôn bán người, lạm dụng tình dục và bạo lực. Tuy nhiên, do bản thân các vấn đề này đã là những chủ đề chính và cần được tìm hiểu trong một nghiên cứu riêng biệt, chúng tôi lựa chọn không đưa các vấn đề này vào tổng quan tài liệu. Việc thu thập dữ liệu sơ cấp cũng không tập trung trực tiếp vào những vấn đề này, mặc dù một số đã xuất hiện một cách gián tiếp, ví dụ như thông qua câu chuyện của những bà mẹ trẻ cô độc trong sự kiểm soát của chồng.

3.2 Kết quả từ dữ liệu sơ cấp

Trong phần này, chúng tôi tập trung vào các biểu hiện của sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thông qua những câu chuyện của trẻ em và thanh niên ở các điểm nghiên cứu. Chúng tôi sẽ bắt đầu bằng một tổng quan vắn tắt về các nhận thức xung quanh mức độ phổ biến các vấn đề sức khỏe tâm thần ở các điểm nghiên cứu, tiếp đó, khai thác một số thuật ngữ được sử dụng khi người trả lời mô tả các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người khác; và cuối cùng quay lại với việc tìm hiểu những loại hình biểu hiện sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội mà trẻ em và thanh niên ở các điểm nghiên cứu đang phải đối mặt. Hộp 2 cung cấp tóm tắt các kết quả chính từ thang đo điểm mạnh và khó khăn và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó.

Hộp 2: Kết quả phân tích số liệu theo thang đo điểm mạnh và khó khăn và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó

Các phân tích bước đầu dựa trên mẫu 402 trẻ em từ 12-17 tuổi đang là học sinh ở hai cấp học trung học cơ sở và trung học phổ thông thông qua hai bộ công cụ là SDQ và SE, cho phép đưa ra một số các kết luận như sau:

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần

Trong số 4 vấn đề về hành vi và cảm xúc, nghiên cứu này đã ghi nhận tỷ lệ trẻ em có vấn đề về cảm xúc ở mức 'bất thường' cao chiếm tới 19,7%, với mức điểm trung bình cao nhất là 4,34 (độ lệch chuẩn 2,32); tỷ lệ ở mức bất thường này cao hơn gấp 2 lần so với các vấn đề khác, cho thấy việc phát triển cảm xúc/tình cảm là vấn đề trẻ gặp khó khăn nhiều nhất trong giai đoạn vị thành niên.

Tỷ lệ trẻ có vấn đề về hành vi cũng được ghi nhận khá cao trong nghiên cứu này. Tỷ lệ trẻ có điểm ở mức 'bất thường' là 7,5% và tỷ lệ trẻ em có vấn đề quan hệ bạn bè ở mức 'bất thường' là 7%. Nhưng điểm đáng chú ý nhất trong mẫu nghiên cứu này là tỷ lệ trẻ em có khó khăn về vấn đề bạn bè ở mức ranh giới cao gấp 2-3 so với các vấn đề khác (30,6% so với các vấn đề khác chỉ có tỷ lệ từ 10 đến 15%), cho thấy một bộ phận không nhỏ trẻ em đang ở ngưỡng có các dấu hiệu khó khăn trong khả năng phát triển quan hệ xã hội với các biểu hiện điển hình như dễ nổi giận và mất bình tĩnh, không tự chủ. Phần đông số trẻ trong mẫu nghiên cứu báo cáo là có vấn đề hoặc có dấu hiệu tăng động giảm chú ý. Rất ít trẻ em có khả năng tập trung, phán đoán phân tích, và có kết quả công việc luôn đạt hiệu quả.

Các vấn đề khó khăn về hành vi và cảm xúc nêu trên có sự khác biệt theo đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ em. Nhóm trẻ lớn tuổi hơn, học ở cấp học cao hơn có các vấn đề khó khăn cao hơn so nhóm trẻ em ít tuổi hơn và ở cấp học thấp hơn; trẻ em gái có các vấn đề khó khăn cao hơn trẻ em trai. Trẻ em gái gặp vấn đề về cảm xúc/tình cảm cao hơn so với trẻ em trai; ngược lại, trẻ em trai gặp vấn đề về bạn bè cao hơn so với trẻ em gái. Trẻ em ở nhóm tuổi cao hơn có vấn đề về tăng động cao hơn so nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn, và trẻ em sống ở thành thị và ở thành phố lớn có vấn đề tăng động cao hơn.

Đối với vấn đề xã hội tích cực cho thấy đa số trẻ em trong mẫu nghiên cứu này có quan hệ xã hội tích cực (80,6% ở mức 'bình thường'), có 14,9% và 4,5% trẻ ở mức 'ranh giới' và mức 'bất thường'. Có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trẻ em theo khu vực sống trong vấn đề xã hội tích cực. Điểm tổng trung bình vấn đề xã hội tích cực được ghi nhận cao hơn ở nhóm trẻ sống ở nông thôn (với điểm trung bình là 7,15 so với 6,71 ở thành thị) và cao hơn ở 2 tỉnh Điện Biên và An Giang và ở nhóm trẻ em sống miền Bắc.

Về sự tự chủ và nhận thức của trẻ em về sự tự chủ

Tỷ lệ đánh giá mức độ tự chủ của trẻ em theo thang điểm trung bình từ 0-10 cho thấy, sự tự chủ ở trẻ em khá cao với điểm trung bình là 6,66 (độ lệch chuẩn là 2,23). Trong đó chỉ có 18,2% số trẻ có điểm trung bình về mức độ tự chủ dưới mức trung bình (từ 0-4 điểm), 41% có điểm trung bình ở từ 5-7 điểm và 40% có điểm trung bình ở khoảng từ 8-10 điểm. Kết quả này cho thấy bản thân trẻ em có mức độ tự chủ tương đối cao, thể hiện ở cả trong các tình huống bất ngờ và đặc biệt trong hoàn cảnh khó khăn, dù số trẻ tự chủ trong việc đối phó với tình huống bị động, bất ngờ có thấp hơn. Đặc biệt đối với các khó khăn thử thách, nhiều trẻ tin vào khả năng đương đầu của bản thân. Các em có thể giữ được thái độ bình tĩnh để giải quyết công việc và tự tin vào nỗ lực cố gắng của bản thân, vào khả năng tập trung để theo đuổi nhằm đạt được các mục tiêu một cách dễ dàng. Khi gặp tình huống bất ngờ, chỉ có trên dưới ½ số trẻ em tin vào khả năng bản thân có thể tự giải quyết được vấn đề xảy ra: 45,3% trẻ em cho rằng các em "có thể đối phó một cách hiệu quả khi gặp sự việc không lường trước" và 53% tin vào "sự tháo vát của mình, em biết cách đối phó với các tình huống bất ngờ xảy ra".

Phân tích tương quan cho thấy, sự tự chủ và mức độ tự chủ của trẻ em cũng có sự khác biệt theo giới tính và theo khu vực sống của trẻ. Mức độ tự chủ ở trẻ em trai cao hơn so với trẻ em gái; ở nhóm trẻ em sống ở thành thị cao hơn so với trẻ em ở khu vực nông thôn, ở trẻ em sống ở miền Nam cao hơn so với trẻ em ở miền Bắc.



© UNICEF Viet Nam\2017\Truong Viet Hung

3.2.1 Mức độ phổ biến/gia tăng/suy giảm của vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở các điểm nghiên cứu

Tất cả phỏng vấn người cung cấp thông tin chính đều thống nhất rằng các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội là phổ biến và đang gia tăng ở Việt Nam, nhưng thách thức nằm ở chỗ 'không có đủ hoặc không có thông tin về tình hình trẻ em' (PV cán bộ, Phòng Lao động, Thương binh và Xã hội, huyện Phú Tân, An Giang). Người trả lời cũng đồng tình rằng "tỷ lệ trẻ em tuổi học đường, mẫu giáo về bệnh nhi trong lĩnh vực này có gia tăng. Ở thành phố gặp nhiều hơn... có thể do trẻ tiếp cận nhiều với các phương tiện công nghệ thông tin như internet, chơi game, rồi các yếu tố ở trường cũng ảnh hưởng đến chúng, như stress chẳng hạn. Ở nông thôn có lẽ cần chú ý đến yếu tố về sự quan tâm của bố mẹ đối với các cháu. Việc quan tâm đến các cháu hạn chế, nhiều khi có tình trạng bỏ mặc, đặc biệt là đồng bào dân tộc Mông." (PV cán bộ, Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ).

Các phỏng vấn khác cũng khẳng định rằng trẻ em phải đối mặt với gánh nặng các vấn đề sức khỏe tâm thần và mỗi nhóm tuổi khác nhau có những vấn đề khác nhau: "Trẻ từ 6 tuổi trở xuống thường gặp các vấn đề về phát triển, ví dụ chậm phát triển trí tuệ, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, rối loạn ăn uống hoặc rối loạn giấc ngủ. Trẻ ở độ tuổi đến trường, 6 tuổi, 7 tuổi hoặc 8 tuổi gặp các vấn đề như tăng động, sợ học, sợ đến trường, rối loạn lo âu do gia đình phân ly. Trẻ vị thành niên thì trầm cảm, lo âu. Một số em kém đáp ứng với môi trường xã hội, môi trường học tập (bởi càng ra ngoài xã hội trẻ càng có nhiều mối quan hệ). Một số em có những rối loạn hành vi, chống đối hoặc gặp khó khăn trong học tập. Một số em có các vấn đề về giới tính. Ngoài ra, vị thành niên còn có các vấn đề như là facebook, mạng xã hội, kết bạn trực tuyến và thần tượng, nói chung mặt bệnh khá đa dạng" (PV người cung cấp thông tin chính, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM). Cũng trong cùng phỏng vấn này, vị bác sĩ cho biết ông tiếp "khoảng 250 bệnh nhân một tuần. Nam hơn nữ chút xíu, nam khoảng 60%. Nam thường dính

mấy vấn đề như tự kỷ, tâm thần, rối loạn chống đối, rối loạn cư xử. Còn nữ thì chủ yếu là rối loạn lo âu, trầm cảm".

Số lượng các bệnh nhân tâm thần là khác nhau theo từng địa bàn. Tuy nhiên, do thông tin thu được không phân biệt các thể bệnh tâm thần nặng và mãn tính với các thể rối loạn tâm lý xã hội mà nghiên cứu này xem xét, cần thiết phải có thu thập thêm những số liệu chính xác phục vụ mục đích cung ứng dịch vụ sau này. Chẳng hạn, như trong phỏng vấn cán bộ Phòng Bảo trợ Xã hội và Giảm nghèo ở An Giang, số lượng các trường hợp có vấn đề về sức khỏe tâm thần được miêu tả là "Lớn lắm. Cỡ trên 3.000 đối tượng trên địa bàn tỉnh An Giang, trong đó trẻ em chiếm 10-20%, tức là trẻ dưới 16 tuổi. Biểu hiện rõ nhất là người ta có triệu chứng về tâm thần phân liệt rồi triệu chứng nhẹ này kia. Nhưng mà qua đi một số địa phương, mình thấy các nguy cơ về sức khỏe tâm thần trẻ em là các cú sốc về tâm lý do điều kiện, sức ép về cuộc sống" (PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở Lao động, Thương binh và Xã hội, TP Long Xuyên, An Giang). Tương



“

‘Thỉnh thoảng vẫn gặp thấy bảo ổn định rồi. Có trường hợp nó vẫn lấy thuốc duy trì’

(PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

© UNICEF Việt Nam 2017/Colorista Hoàng Hiệp

tự, ở Điện Biên, cán bộ Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH cho biết “Đến cuối 2015, toàn tỉnh đang quản lý trên 5.081 người khuyết tật, trong đó 2.881 nam và 2.200 nữ. Theo luật khuyết tật chia ra 6 dạng khuyết tật: vận động, nghe nói, nhìn, thần kinh tâm thần, trí tuệ, còn lại là dạng khác. Trong đó khuyết tật thần kinh tâm thần chiếm số rất lớn là 1.019 người. Về trí tuệ là 510 người (PV người cung cấp thông tin chính, Sở Lao động, Thương binh và Xã hội, TP Điện Biên Phủ).

3.2.2 Cách diễn đạt/định nghĩa sức khỏe tâm thần /quan niệm về sức khỏe tâm thần

Những người được hỏi nói về những người có khó khăn về sức khỏe tâm thần theo nhiều cách khác nhau và dường như không có sự khác biệt lớn trong các định nghĩa xét theo độ tuổi, giới tính hoặc địa bàn của người trả lời. Người có vấn đề sức khỏe tâm thần được cho là “mất năng lực nhận thức”, “tiêu cực”, hoặc “bất bình thường”. Tương tự, họ tin rằng những người đó có “suy nghĩ khác lạ”, bị “một loại bệnh gì đó”, là “một ngoại lệ”, hoặc “không ổn định”. Ở Điện Biên, trong một phỏng vấn cán bộ tại Bệnh viện Tâm thần, người trả lời đề cập đến việc người dân sử dụng khái niệm “điên” hoặc người “đi lang thang” để miêu tả những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần: “Thực ra dân gian vẫn gọi là “điên”, không biết gì cứ đi lang thang, cời trần truồng đi thì người ta gọi là tâm thần. Còn nhẹ nhàng có khi người ta không biết, chỉ gọi là ‘không bình thường thôi’” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Trẻ em biết sử dụng thuật ngữ “trầm cảm” do được dạy trong bộ môn sinh học và giáo dục công dân (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Trầm cảm cũng được nhắc đến trên báo giấy và truyền hình và đó là lý do mà các em biết về thuật ngữ này: “Con thấy trên báo đài nói nhiều về trầm cảm, tối ngày cứ giam mình vô phòng và đổ lỗi cho ba mẹ không quan tâm. Nó gây sức ép về tâm lý, bị trầm cảm không có hoà đồng, cứ thu mình

trong phòng” (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang).

Có nhiều câu trả lời khác nhau liên quan đến mức độ kỳ thị đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Thảo luận nhóm các em trai 15 tuổi ở TP Điện Biên Phủ cho thấy cũng có “một số” người kỳ thị những người có vấn đề sức khỏe tâm thần tuy phần lớn đối xử với họ một cách bình thường. Ở Hà Nội, các em trai 16 tuổi trong thảo luận nhóm đã giải thích rằng những người có vấn đề sức khỏe tâm thần được xem như “có bệnh”, và như trong câu chuyện với một cán bộ ở Điện Biên thì “Người ta không phân biệt đối xử. Họ biết đấy là một bệnh và báo với chính quyền xã để trợ giúp. Đối với trường hợp đặc biệt sẽ phải gửi đi. Năm 2014 – 2015 em đã gửi 7 người đi trung tâm tâm thần Việt Trì” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, Điện Biên). Mặt khác, cũng ở Điện Biên, người cung cấp thông tin cho biết mặc dù có thể không biểu lộ sự kỳ thị ra ngoài, phần lớn mọi người có xu hướng tỏ ra lãnh đạm: “Đến nay, nhìn nhận của người dân ở cộng đồng đối với người tâm thần cũng thiếu tính chia sẻ, đồng cảm. Người ta không kỳ thị đối tượng này nhưng con mắt thờ ơ, hay coi đó là chuyện không bình thường thì phổ biến” (Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ, Điện Biên). Tuy nhiên, ở Hà Nội, các phỏng vấn cán bộ cho thấy việc phân biệt đối xử vẫn hiện diện khá rõ nét, đặc biệt liên quan đến nghiện chất và nghiện game: “Cộng đồng vẫn còn kỳ thị với cái nghiện chất, nghiện game và sức khỏe tâm thần nói chung. Lời nói thì chắc là cũng không có nhiều đầu nhưng mà cái xa lánh, cái né tránh thì nhiều hơn.” Theo một nhân viên y tế thì những kỳ thị này khiến mọi người ngần ngại tiếp cận các dịch vụ: “Nói chung kỳ thị của cộng đồng cũng làm cản trở cho trẻ đến bệnh viện. Người ta còn đi cúng đi lễ, hoặc đi xem bói rồi người ta mới đến viện” (Nhân viên y tế, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội).

Hiện thị rõ nét trong các câu chuyện kể, đặc biệt là trong các phỏng vấn cán bộ, là thực tế rằng đa số người

dân chưa nhận thức đầy đủ về các vấn đề sức khỏe tâm thần và mức độ nhận thức phụ thuộc vào trình độ học vấn, nghĩa là có liên quan đến địa bàn cư trú và đặc điểm dân tộc.

“Nhận thức phụ thuộc vào trình độ dân trí của người dân. Nếu một gia đình trong xóm mà đa số con cái họ học trình độ 12 trở lên, qua tiếp xúc báo đài này kia người ta biết con tôi bữa nay làm sao đó. Nhưng còn lại đa số bộ phận là gia đình nghèo, phải bươn chải cuộc sống hầu như là không quan tâm đến sức khỏe tâm thần của con. Con cái cứ tự phát triển, đặc biệt trong đồng bào dân tộc thiểu số là như thế. Người ta ít quan tâm tới đề phòng bệnh tâm thần, làm sao có sức khỏe thể chất là được rồi” (PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH, TP Long Xuyên, An Giang).

“Tôi thấy cách nhìn nhận của mọi người cũng đỡ rồi. Thực ra mình phải phân 2 nhóm. Một là nhóm ở thành thị và có trình độ học vấn cao. Nhóm đó thì họ coi tâm lý như một chuyện cần điều trị. Còn nhóm ở những nơi xa hoặc là tầng lớp học vấn thấp thì họ không hiểu tại sao dùng lời nói có thể chữa được bệnh” (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM).

Thiếu hiểu biết cũng có thể khiến người ta sợ hãi:

“Đối diện nhà em có một trẻ tâm thần, bị cả chục năm nay rồi, người dân xung quanh không phải kỳ thị mà họ có tâm lý rất là sợ. Bởi vì tâm thần có dạng tâm thần hiền và dạng tâm thần kích động. Những trường hợp kích động rất là sợ, như trường hợp ở gần nhà em, có những đêm là nó đốt đèn xung quanh nhà thì hàng xóm phải thức để canh. Rồi nó rượt đuổi đánh bà, đánh người thân trong gia đình, đánh những người xung quanh. Đó, cái tâm lý sợ người bị bệnh tâm thần nhiều hơn” (TLN, cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang).

Câu chuyện của người trả lời cũng thường xoay quanh “các tệ nạn xã hội”, từ đó kết nối với những thảo

luận về nghiện chất, nghiện game trực tuyến và đánh bạc, những điều hàm chứa cả những ngụ ý về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cũng như các những ngụ ý về các hành vi chống lại các nguyên tắc của xã hội khác ví dụ như trộm cắp. “Có khi họ bán nhà để đánh bạc và thậm chí đi ăn trộm” (Trưởng bản, xã Keo Lôm, huyện Điện Biên Đông, Điện Biên). Hầu hết học sinh biết đến các câu chuyện về tệ nạn xã hội qua môn học giáo dục kỹ năng sống. Một nam sinh ở Hà Nội giải thích vắn tắt về các tệ nạn xã hội như sau: “bị nhiễm cái tính xấu của người khác, như là hút thuốc, có ý định không đi học nữa, hoặc trốn học chơi điện tử” (TLN em trai, 13 tuổi, Hà Nội). Ở TP Điện Biên Phủ, trong thảo luận nhóm, các em gái cho rằng “đánh bạc, nghiện hút, uống rượu, trộm cắp và bạo lực gia đình” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ) được xem là các tệ nạn xã hội. Có cảm giác em trai nghiện game hơn các em gái: “Bạn nam nghiện (game) hơn, vì cái háo thắng của bạn nam cao hơn, tức là bạn đó muốn chinh phục nhiều thứ, muốn ta đây hơn người khác, nên lao vào chơi game, chỉ có chơi game mới nâng cấp cái nhân vật ảo lên hơn người khác, và chứng minh đẳng cấp bằng những việc đó chứ không phải việc học hay cái gì thực tế” (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Các lý giải cho điều này có thể bao gồm việc các em trai được tiếp cận với internet nhiều hơn, và thực tế rằng các em có nhiều thời gian rỗi hơn, có quyền tự chủ và kiểm soát cuộc sống của mình hơn so với các em gái.

Khuôn mẫu giới trong nghiện game cũng được một bác sỹ tâm thần ở Điện Biên khẳng định:

“Nghiện game là các cháu choai choai rồi. Tôi thấy chỉ có các cháu trai.” Tuy nhiên, ông cho rằng, việc phục hồi lâu dài là hoàn toàn có thể.

“Thỉnh thoảng vẫn gặp thấy bảo ổn định rồi. Có trường hợp nó vẫn lấy thuốc duy trì” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Hộp 3: Lý do/nguyên nhân dẫn đến ý định tự tử

... do các vấn đề ở trường học

"Hồi ấy em thường xuyên bị một bạn trong lớp trêu, khi các bạn ấy trêu em thì hồi ấy em cũng hay khóc. Trêu xong là em khóc thì các bạn cười, thì em rất tủi thân với cả buồn nên là em cũng không muốn tiếp xúc với các bạn nhiều. Khi bạn ý trêu em thì em phản ứng lại em mắng lại bạn. Mới cả em bảo bạn là không nên trêu em như thế. Nhưng mà bạn ý vẫn trêu. Thì em cứ buồn và em đã khóc. Thì khi năm lớp 5 khi mà bạn ý trêu em thì em tránh hẳn mặt bạn ấy đi. Em cảm thấy rất là buồn vì em nghĩ là mọi người đều giống nó, đều thích bắt nạt em, vì thế em có ý định tự tử." (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội)

"Trước đấy thì em đi học tuyến đi bộ, phương tiện đi lại không có, bạn bè nhiều đứa cũng tốt, nhưng cũng có đứa nói xấu mình sao mà nghèo thế. Nó nói nhiều cái bực mình, về bảo bố mẹ là phải mua cái xe để con đi. Nhưng mẹ bảo gia đình không có điều kiện không mua được. Thế mình cũng nói nhiều xong bố mẹ cũng chửi mình nhiều cái. Mình bực mình bảo là khổ thế này thì chết cũng được. Nên mình sử dụng cái đấy (lá ngón). Lúc ăn rồi mình nghĩ lại sợ chết, nói với bố mẹ là mình ăn lá ngón rồi xong bố mẹ đưa mình đi cấp cứu." (PVS nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên)

"... Có thể các bạn đi học rồi có vấn đề với bạn bè thì ăn lá ngón, bố mẹ không biết khi phát hiện ra thì các bạn ấy mất rồi." (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

.. do các vấn đề trong gia đình

"Vùng con thường các bạn cảm thấy áp lực gia đình quá lớn, bố hay bạo lực gia đình, bố mẹ ly dị cảm giác như mình không có người che chở, cảm thấy cô đơn." (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

"Nói chung chồng em không nói được, mình mà nói thì ông ấy bảo không thích thì mày đi đi. Nhiều lúc em cũng nghĩ có khi là mình về ở với người ta, thì người ta không tôn trọng mình. Với cả không biết là chắc là mình không có nghĩa gì hoặc là mình không quan trọng gì với ông ấy; được 1, 2 câu thì ông ấy bảo mày cứ đi đi, xong là người như mày thì có gì, tao chỉ cần đứng ở đây huyết sáo họ [phụ nữ] xếp hàng cho tao chọn. Mình cũng tủi thân xong bảo ông ấy ừ thì chắc cũng giống như ông ấy nói. Vì mình về ở nhờ nhà người ta nên có khi như thế người ta mới không tôn trọng mình. Cũng nghĩ như thế. Có lúc mình nghĩ bế tắc quá thì mình chết quách đi cho xong. Nhưng cũng nghĩ thôi nếu không còn nữa chắc là hai con của mình nó càng khổ hơn. Sau này ông ấy đi lấy người khác về thì chắc là ông ấy chỉ được vợ thôi còn các con của mình không được mẹ. Nên thôi cố gắng sống. Cho nên là ông ấy già một chút thì ông ấy có thay đổi không thôi, còn không thay đổi thì không biết sau này sẽ ra sao." (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên)

"Còn có vấn đề là các bạn không nói [thuyết phục] được bố mẹ thì các bạn đi tự tử." (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

"Ở đây, tự tử nguyên nhân chính là do cãi cọ nhau với gia đình hoặc do bố mẹ nghiện. Rồi cái thứ hai là yêu đương, anh chàng này yêu đương đứa này nhưng mà bố mẹ anh chàng không cho lấy thì anh ấy tự tử, hoặc là cô này yêu anh chàng kia nhưng mà bố mẹ cô ấy không cho lấy thì cũng tự tử." (PV trưởng bản, xã Keo Lôm, Điện Biên)

.. do các vấn đề liên quan đến chuyện tình cảm

"Chỗ con có nhiều người trong tầm tuổi học lớp 8, 9 tự tử, vì vấn đề tình yêu là tự tử nhiều, hoặc họ có gia đình bố lấy nhiều vợ, gia đình không đoàn kết, cuộc sống không hạnh phúc, không có hy vọng về tương lai thì họ tự tử." (TLN em trai, 15 tuổi, Điện Biên)

"Nhiều bạn có vấn đề tình cảm cá nhân rồi không giải quyết được nên dẫn đến đi tự tử." (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

.. do các chuẩn mực liên quan đến những kỳ vọng về hành vi nam tính

Chuẩn mực về nam tính cho rằng đàn ông là trụ cột dẫn đến áp lực tài chính: "Áp lực về tài chính. Đa số đối với người đàn ông gia đình áp lực để nuôi vợ nuôi con mà khả năng mình không có." (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang)

.. do không muốn chia sẻ cảm xúc

"Người ta nói con cái không nên như vậy, có nhiều cách giải quyết, phải tìm cách giải quyết chứ không phải chết. Mình có thể chia sẻ [cảm xúc] với những người khác. Con nghĩ, trong hoàn cảnh đấy, bọn con cảm thấy áp lực quá nhiều, bọn con chia sẻ với những người khác nhưng sợ họ không tin, rồi cảm thấy bản thân mình không còn giá trị đối với mọi người xung quanh." (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

Ghi nhận ở Điện Biên cho thấy trong khi không có nhiều thay đổi cả về hình thái lẫn mức độ phổ biến các vấn đề sức khỏe tâm thần, thì nghiện game và nghiện chất có xu hướng gia tăng: *“Từ khi thành lập bệnh viện đến nay chưa thấy có thay đổi gì nhiều vấn đề này. Có cái trẻ em nghiện game là có xu hướng tăng, rồi nghiện ma túy, nghiện cỏ Mỹ, cần sa, nói chung là nghiện chất cũng có xu hướng tăng. Thực ra cũng đã điều trị những hiện tượng này ở viện, nhưng cũng còn một số đáng kể chưa điều trị ở bệnh viện”* (PV người cung cấp thông tin chính, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Tuy phần lớn người trả lời cho rằng vẫn còn đó sự kỳ thị đối với những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần, phỏng vấn cán bộ Bệnh viện Tâm thần TPHCM cho thấy phương pháp tiếp cận trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần đang được cải thiện: *“Ngay cả cách chăm người bệnh tâm thần bây giờ người ta cũng đưa người tâm thần về cộng đồng, về gia đình sinh hoạt để tái hòa nhập với xã hội chứ không cố đưa người ta vào trong trại, giống như ngày xưa, cô lập với xã hội. Chính khi người ta đưa về như vậy và thành công thì quan niệm về bệnh tâm thần nó nhẹ đi. Ngày xưa trại tâm thần giữ toàn những người bệnh nặng trong đó, thế là có khi [người ta] phải nhìn từ xa không dám đến gần vì sợ. Bây giờ những người tâm thần được trở về gia đình, trở về phường xã sinh hoạt sinh sống, được nhân viên phường xã cấp thuốc thì lập tức những hình ảnh đó được cải thiện, nên giảm sự đối xử phân biệt đi”* (PV người cung cấp thông tin, Bệnh viện Tâm thần, TPHCM).

3.2.3 Các biểu hiện của sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội

Trong phần này, chúng tôi trình bày các câu chuyện theo những mảng vấn đề lớn hơn sau đây: trạng thái tâm lý của người tham gia, các rối loạn nhận thức, các rối loạn cảm xúc, các rối loạn dạng cơ thể, các rối loạn hành vi và lạm dụng chất. Rõ ràng,

những rối loạn này không bao gồm lẫn nhau, mà nhiều rối loạn cùng tồn tại và rối loạn này thường để lại hậu quả cho một rối loạn khác. Tương tự, các biểu hiện cũng có thể là các yếu tố nguy cơ, làm tăng nặng bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội, như đã thảo luận trong phần 4.

Về **trạng thái tâm lý** của những người tham gia nghiên cứu, trong số các trạng thái cảm xúc được đưa ra thảo luận, nhiều trạng thái có mối liên hệ rõ ràng với các rối loạn khác. Ghi nhận có hai dòng cảm xúc chính trong các câu trả lời của người tham gia nghiên cứu: một mặt là sự **lạc quan** về tương lai và mặt khác là **nỗi buồn** và sự **lo lắng**. Trẻ em ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là các nhóm tuổi nhỏ hơn, chất chứa niềm lạc quan và những khát vọng lớn lao cho tương lai, và điều này được tổng hợp lại trong đoạn trích sau đây lấy từ một thảo luận nhóm với các em gái ở TPHCM: *“Theo em nghĩ thì người trẻ họ có sức khỏe, có nhiệt huyết trong công việc. Họ có sự sáng tạo. Họ theo đuổi đam mê của mình. Họ năng động trong những việc họ làm. Người trẻ có nhiều thời gian với đam mê đam mê làm. Họ có nhiều tâm tư suy nghĩ ước mơ lớn”* (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Ở tất cả các địa bàn nghiên cứu, trẻ em nói về mong muốn trở thành giáo viên toán, kỹ sư xây dựng, làm việc trong lĩnh vực y tế, bác sỹ, huấn luyện viên thể thao, cảnh sát và thợ làm tóc. Trẻ em ở khu vực nông thôn có cảm nhận rằng cuộc sống ở thành phố đông vui và có nhiều cơ hội hơn: *“Gần thành phố lúc nào cũng vui hơn, con cái được học trong môi trường đào tạo tốt và điều kiện sống tốt hơn”* (PVS em trai, 15 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Ở khu vực đô thị, trẻ em cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc học tập vì một tương lai tươi sáng hơn, bao gồm cả cơ hội học lên cao, như đoạn trích câu trả lời của một em trai ở Hà Nội: *“Chắc là cũng giống như mọi người, em không muốn mai sau vất vả, em muốn được trở thành người thành đạt nên là em cố gắng học để khi thi đại học dễ dàng hơn, và em cũng tự tìm hiểu nhiều để sau này*

khi mà mình bước vào xã hội sẽ không quá ngỡ ngàng” (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội).

Đối lập với trạng thái lạc quan là sự lo lắng, buồn bã và bi quan chung; so với trẻ thuộc nhóm tuổi nhỏ hơn, trẻ thuộc nhóm tuổi lớn hơn thể hiện các trạng thái này mạnh hơn, hoặc nhanh chóng chỉ ra rằng, cho dù có lạc quan, luôn hiện diện cùng những âu lo. Điều này có thể được giải thích bởi thực tế rằng càng lớn, trẻ em, đặc biệt là các em gái, càng có nhiều trách nhiệm gia đình phải gánh vác hoặc phải kết hôn sớm, dẫn đến việc học tập bị gián đoạn và ảnh hưởng tiêu cực đến tinh thần lạc quan cũng như những mong đợi tương lai của các em. Hơn nữa, với cả em trai và em gái, áp lực trong học tập tăng lên khiến các em nghi ngờ năng lực của chính bản thân (sẽ được thảo luận trong phần 4). Lý do khiến các em lo lắng và buồn phiền bao gồm cha mẹ đánh lộn, thành viên trong gia đình bị ốm, trải nghiệm ở trường, nỗi sợ bị thôi học, cảm giác không chắc chắn về tương lai và việc phải kết hôn sớm. Nhóm tuổi lớn hơn, cụ thể là những em gái đã bỏ học và những em gái đã kết hôn, lo lắng về an ninh tài chính cho bản thân và con cái các em cũng như những bất hòa với người chồng của mình. Biểu hiện của sự lo lắng và buồn phiền bao gồm căng thẳng dẫn đến bỏ bữa, đau đầu và nóng giận: *“Lúc bực tức thì em hay đập phá đồ”* (PVS em trai, 16 tuổi, Điện Biên). Một em gái khẳng định: *“ví dụ có cảm điện thoại thì em đập điện thoại”* (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang). Một em trai chia sẻ rằng khi em giận dữ, em đã tự nhủ *“phải bình tĩnh. Nếu mình tức lên thì không hay, [mình có thể] tự hại đến mình”* (TLN em trai, 16 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Kết quả thảo luận nhóm với các em gái ở An Giang cho thấy các em cảm thấy con trai và con gái có các cách xử lý cơn giận khác nhau. Các em trai có xu hướng bộc lộ cơn giận dữ ra ngoài và *“đánh đấm gì đó”*, các em đó dường như cũng có nhiều nơi chốn để giải tỏa khỏi những cảm xúc tiêu cực hơn, trong đó có *“chơi*

game, đá bóng hoặc chơi thể thao” (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang).

Về **rối loạn nhận thức**, trong mẫu nghiên cứu chỉ có một trường hợp người mẹ có con trai gặp vấn đề rối loạn nhận thức. Người mẹ này mô tả tình trạng ban đầu của con trai mình như sau: “*Lúc đầu cháu đang học ở dưới Hà Nội, thì cháu gọi điện bảo người con làm sao đấy, nó nổi hết gai ốc, rét run lên. Từ lúc đấy cháu cứ hồi hộp, nó bảo người nó khó chịu. Gọi thì mẹ ở tận Điện Biên, không xuống được. 2 hôm sau xuống đưa cháu vào viện thì cháu nói là cứ có tiếng nói trong đầu, cháu bảo có người đọc được ý nghĩ và mới đe dọa cháu. Mà nhiều người lắm. Cháu bảo có nhiều người nhảy vào trong đầu để nói.*” Sau đó, con trai chị được điều trị trong bệnh viện trong 18 ngày và được chẩn đoán là “rối loạn loạn thần cấp tính”.

Mặc dù không có các trường hợp khác về rối loạn nhận thức, có khá ít các ví dụ về những rối loạn phát triển thần kinh chẳng hạn như tự kỷ - chỉ có hai trường hợp 16 tuổi (một em trai và một em gái ở khu vực đô thị và bán đô thị) tự hỏi không biết em có bị tự kỷ hay không. Tuy nhiên, xuyên suốt trong tất cả các hạng mục, mức độ người trả lời hiểu về tự kỷ là không rõ ràng, và có cảm giác rằng khi có ai đó cư xử khác lạ, ví dụ không nói hay chơi nhiều với các trẻ khác, thì phản ứng tức thời và phổ biến là “*chúng bị tự kỷ*”. Tự kỷ cũng được nhấn mạnh ở các thảo luận với người cung cấp thông tin chính – dường như hiện nay đang có một sự thúc đẩy trên toàn quốc về việc nhìn nhận biết tự kỷ là một vấn đề sức khỏe tâm thần, mặc dù không rõ đó là kết quả của việc gia tăng số lượng các ca mắc hay là do thực tế nó là một rối loạn tâm thần khá dễ để nhận biết. Rõ ràng, những lý do này không loại trừ lẫn nhau. Thêm vào đó, trong quá trình chúng tôi thu thập dữ liệu cũng đồng thời diễn ra Tuần lễ Thế giới Nhận thức Chứng tự kỷ, và truyền thông phát sóng chủ đề này khá rộng rãi, và tất cả những

điều này dẫn đến việc có một số người nói về tự kỷ.

Trong một trường hợp khác, một trẻ được đưa đến chuyên gia tâm lý do em tự đập đầu và mẹ em lo là em tự kỷ (xem trích dẫn); ở trường hợp khác, một em gái do “*im lặng không muốn nói chuyện với bất kỳ ai*”, mẹ em sợ em bị tự kỷ nên dẫn em đến gặp bác sỹ tâm thần (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang). Cuối cùng, một em gái ở Điện Biên khẳng định rằng bạn bè gọi em là tự kỷ bởi “*em cứ hay nghịch điện thoại trong lớp, ít khi nói chuyện với các bạn. Em rất cứng đầu và các bạn nói không nghe*” (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Trong khi **rối loạn hành vi** dường như không mấy phổ biến trong mẫu nghiên cứu (chỉ có một em trai có những hành động giống như có vấn đề về hành vi khi chia sẻ rằng em thường “*quậy phá*” bằng cách “*bấm chuông cửa rồi chạy, rồi chỗ anh chị em người ta ngồi nói chuyện mình lấy đá sỏi đập vô rồi chạy*” (PVS em trai, 16 tuổi, TP Long Xuyên, An Giang), thì **rối loạn cảm xúc**, trong đó có trầm cảm và tự tử, xuất hiện phổ biến hơn rất nhiều. Nhìn chung, các em gái được cho là nhạy cảm với các vấn đề cảm xúc (kể cả tự tử) hơn các em trai, như được nêu rõ trong hai đoạn trích từ các phỏng vấn với các em trai, một ở Điện Biên và một ở An Giang, sau đây:

- H *Em thấy các bạn xung quanh em có bạn nào thỉnh thoảng gặp vấn đề bị trầm cảm, bị áp lực, buồn bã thất vọng trong cuộc sống không?*
- Đ *Thấy có nhiều bạn thế.*
- H *Các bạn ấy em thấy nhiều bạn nam hơn hay bạn nữ hơn?*
- Đ *Nam cũng có mà nữ cũng có.*
- H *Nhưng mà nam nhiều hơn hay nữ nhiều hơn, hay gặp những vấn đề như vậy?*
- Đ *Nữ nhiều hơn (PVS em trai, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ).*

- Đ *“Trong chuyện tình cảm, con gái thường yếu đuối hơn con trai” (TLN em trai, 12 tuổi, An Giang).*

Cách trẻ em và vị thành niên trả lời và hiểu về tự tử dường như thay đổi theo độ tuổi và giới tính. Trong khi nhóm ở độ tuổi nhỏ hơn (11-14) nghe nói “nhiều” người từng cố gắng tự tử thì tới độ tuổi lớn hơn (15-17), một số đã có ý định tự tử như trong các trao đổi dưới đây ở An Giang và Điện Biên:

- H *Con có bao giờ cảm thấy chán nản đến mức mình nghĩ là không thiết sống nữa?*
- Đ *Trước thì có.*
- H *Lần gần đây nhất là khi nào?*
- Đ *Kiểu là có lúc do mọi người xung quanh không theo ý của em, em cảm thấy tức tức nên cũng nghĩ là sống không ai theo lời mình sống làm chi. (TLN em gái, 17 tuổi, thị trấn Phú Mỹ, An Giang)*
- H *Mọi người có ăn lá ngón để tự tử không?*
- Đ *Có.*
- H *Con kể cho cô nghe về trường hợp con biết?*
- Đ *Vùng con thường các bạn cảm thấy áp lực gia đình quá lớn, bố hay bạo lực gia đình, bố mẹ ly dị cảm giác như mình không có người che chở, cảm thấy cô đơn. Không còn mục tiêu để sống (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).*

Ở độ tuổi lớn hơn nữa, một vài em cho biết bản thân đã từng có hành vi toan tự tử/tự tử nhưng không thành (mẫu trong các phỏng vấn này được lựa chọn có chủ đích). Người trả lời bao gồm các em gái, em trai và người cung cấp thông tin thống nhất quan điểm cho rằng những người tự tử hoặc từng cố gắng tự tử hầu hết là thanh thiếu niên và các em gái, như trong trích dẫn sau đây từ một thảo luận nhóm với các em trai ở An Giang: “*Nhóm tự tử và nhóm hành vi gây tổn hại bản thân như rạch tay hay nhốt mình rơi vào các bạn nữ nhiều*

hơn, vì các bạn đó khá là nhạy cảm chuyện tình cảm của mình. Tình cảm các bạn đó dễ bị tổn thương còn mấy bạn nam thì vững vàng hơn, khi gặp chuyện gì đó nam dễ bình tĩnh hơn nữ. Nên nhóm này sẽ rơi vào các bạn nữ nhiều hơn" (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang).

Trong phỏng vấn ở Điện Biên, người cung cấp thông tin chính khẳng định "... trẻ em và thanh niên có tỷ lệ (tự tử) cao hơn vì có thể chúng dễ có mâu thuẫn với bạn bè đồng lứa. Và tập trung ở nữ nhiều hơn là nam" (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ). Các em trai cũng cho rằng các em gái dễ có suy nghĩ/hành vi tự tử hơn "do suy nghĩ nông cạn, họ ở vùng sâu nên ít khi tiếp xúc xã hội" (TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Tương tự, câu chuyện sau đây trong một thảo luận nhóm với các em gái ở Điện Biên cũng cho thấy điều này:

- H Tự tử chủ yếu là các bạn nam hay nữ?
- Đ Cả nam cả nữ.
- H Nam nhiều hơn hay nữ nhiều hơn?
- Đ Nữ nhiều hơn.
- Đ Nam ít khi nghe thấy.
- H Mà con gái ăn lá ngón nhiều hơn. Cái đấy là vì văn hóa, thói quen tập tục từ xưa hay là tại sao hã các con?
- Đ Không. Có thể là do nam không chia sẻ [cảm xúc] với bạn bè như nữ. Nữ chia sẻ nhiều hơn vì nữ hay nhạy cảm còn nam thì không muốn chia sẻ với những người khác mà họ chỉ muốn mạnh mẽ hơn, muốn thể hiện mình hơn, thể hiện mình là đàn ông nhiều hơn. (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

Theo người trả lời thì **lá ngón**, một loại lá độc, rất dễ tiếp cận vì nó mọc đại nhiều trong các khu rừng ở các khu vực lân cận:

- H Làm sao em biết đến lá ngón?
- Đ Lá ngón đấy trước, hồi còn nhỏ bố mẹ đưa đi làm thì cũng không



© UNICEF Việt Nam\2017\Colorista Hoàng Hiệp

biết là lá ngón đâu. Mình bẻ chơi lung tung thì bố mẹ bảo cái này lá ngón, xong là mình biết đấy là lá ngón.

- H Nó cũng mọc lung tung xung quanh đây, dễ tìm?
- Đ Vâng, nhiều lắm. (PVS nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên)

Nguyên nhân dẫn tới ý định hoặc hành vi tự tử của nam và nữ bao gồm sự thất bại trong các mối quan hệ tình cảm (ví dụ bị bạn trai bỏ rơi/chia tay), mâu thuẫn trong hôn nhân, các vấn đề trong trường học (bao gồm bị bắt nạt, bị trêu chọc, và bị điểm kém), các vấn đề trong gia đình (ví dụ bị cha mẹ chửi mắng, ít giao tiếp với cha mẹ, cha mẹ không cho lấy người mà mình muốn lấy, tảo hôn dẫn tới thôi học, cha mẹ mâu thuẫn, người cha có hành vi bạo lực, áp lực tài chính và cha mẹ nghiện ngập), và do ngại chia sẻ cảm xúc. Đối với nam giới, nguyên nhân còn bao gồm việc không thể duy trì những đóng góp và hành vi nam tính như được

kỳ vọng, trong đó bao hàm cả khả năng duy trì gia đình/hộ gia đình (xem thêm Hộp 3). Tất cả những điều này khiến thanh thiếu niên cảm thấy buồn bã, chán nản và thất vọng, từ đó dẫn đến những suy nghĩ và hành vi nhằm chấm dứt cuộc sống của bản thân và một số trường hợp thậm chí đã thành công. Ngoài những lý do/nguyên nhân trực tiếp của hiện tượng tự tử và toan tự tử, những người tham gia nghiên cứu cũng đề cập rằng thiếu kiến thức và hiểu biết, như lời một em trai 15 tuổi ở TP Điện Biên Phủ, và “suy nghĩ nông cạn” (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang) như là một nguyên nhân sâu xa hơn của hiện tượng này.

Các phỏng vấn người cung cấp thông tin chính cũng bổ sung cách nhìn nhận khác – bởi theo quan điểm của họ, đặc điểm dân tộc cũng có thể là một yếu tố cần tính đến khi nói về tự tử, ví dụ người Hmông

nói riêng được nhìn nhận là có lòng tự trọng cao và vì thế dễ có hành vi tự sát. Sự dễ tìm của lá độc, đặc biệt đối với người Hmông ở Điện Biên, cũng giúp họ đẩy nhanh tiến trình. Câu chuyện trích từ một phỏng vấn người cung cấp thông tin chính ở Điện Biên cho thấy cả hai điều trên, tức là sự sẵn có của lá ngón và tính dễ bị tổn thương ở người Hmông: “Không phải dân tộc nào cũng vậy mà chỉ có dân tộc Mông, các dân tộc khác chưa thấy báo cáo. Trong dân tộc Mông có tập quán xấu là ăn lá ngón, nó xảy ra nhiều ở địa bàn Điện Biên Đông. Nguyên nhân dẫn đến là tính tự tôn của người dân tộc Mông, tính tự ái, lòng tự trọng của họ rất cao. Một cháu khi có bức xúc với bạn bè cùng lớp, hoặc là bất đồng với quan điểm bố mẹ là các cháu dễ dẫn đến tự tử. Và điều kiện tự nhiên thuận lợi là lá ngón có rất nhiều ở vùng đó, chỉ 1, 2 lá là chết. Có cháu nào may ra phát hiện kịp thời đi rửa ruột còn đỡ. Điện Biên Đông

“

‘Có điều thuốc gì điện tử mà 60 ngàn một điều đó. Cũng có một số đứa sử dụng thuốc lắc. Nó cũng ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần của đứa trẻ. Rồi có đứa hít keo, keo con chó (nhãn hiệu 1 loại keo), loại keo mà dán xe mình đó. Cái mùi nó rất thơm, mùi nó thơm phức giống như dầu chuối đó. Mà bây giờ nó lấy nó hít sâu vô đó’

(TLN cha mẹ, An Giang).

đã vài lần ra chiến dịch nhổ trừ cây lá ngón nhưng không hết” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).

Những rối loạn dạng cơ thể được nhiều người trả lời nhắc đến, bất kể giới tính, lứa tuổi và địa bàn. Phần lớn biểu hiện ở việc đau đầu, chán ăn, ngủ kém và gặp ác mộng. Một bác sỹ tâm lý thuộc Bệnh viện Nhi đồng ở TPHCM chia sẻ: “Một nhóm nữa cũng khá quan trọng đó là nhóm các em có những rối loạn dạng cơ thể nhưng mình nói cho dễ hiểu là những cái đau. Ví dụ có em thì đau bụng, đau đầu hay là đau ở tay hay chân, một vị trí nào đấy trên cơ thể. Mà cái đau đấy thì thường là những khám xét về mặt sinh học, tức là về mặt y khoa, không giải thích được, tức là không đủ bằng chứng một cái bệnh của y khoa. Thường có những vấn đề tâm lý liên quan.”

Đối với người trả lời, nguyên nhân dẫn đến đau đầu phần lớn liên quan đến những căng thẳng do áp lực học tập (kiểm tra ở trường, điểm kém), nhưng riêng với các em gái thì những căng thẳng đến từ việc phải hoàn thành việc nhà. Cơn đau thường giảm đi khi các em được chơi đùa với bạn (đối với trẻ nhỏ) hoặc dùng thuốc giảm đau (đối với trẻ lớn/thanh niên) như trong các đoạn hội thoại sau.

H Con có hay bị đau đầu không?

Đ Có.

H Khi bị đau đầu con có dùng thuốc gì không?

Đ Có, nhưng cũng chỉ bớt được chút. Gần đây con hay bị đau đầu.

H Khi nào thì con đau nhiều?

Đ Khi có bài kiểm tra, kiểm tra 15 phút hay 45 phút.

H Từ khi nào con thấy con hay bị đau đầu?

Đ Chỉ khi con phải học quá nhiều. (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ)

H Có khi nào con đau đầu không?

Đ Có.

H Khi nào con bị đau đầu?

Đ Khi mà con học nhiều bài.

H Khi đau đầu con làm thế nào?

Đ Đi thư giãn.

H Thư giãn bằng cách nào?

Đ Rủ mấy bạn về nhà chơi chung.

H Chơi như vậy thì có đỡ đau đầu không?

Đ Chơi thấy tâm trạng vui. (PVS em gái, 13 tuổi, An Giang)

Việc lạm dụng chất – rượu, thuốc lá, ma túy – cũng được nhiều người tham gia nghiên cứu đề cập đến và phần lớn liên hệ tới trẻ em trai, nam thanh niên và người chồng, mặc dù phần lớn ở khu vực nông thôn và ngoại thành. Ở An Giang, các bậc phụ huynh chia sẻ xu hướng vị thành niên sử dụng các chất kích thích: “Tụi trẻ hút thuốc loại cỏ của Mỹ ấy. Nó rất thơm rất ngon, đâm ra có một số đứa trẻ về không biết mẹ không biết ba luôn. Kêu nó nó nói ai vậy. Đó, mấy cái đó đứa trẻ bị ảnh hưởng tâm lý tinh thần rất nhiều ở An Giang.”

“Có điều thuốc gì điện tử mà 60 ngàn một điều đó. Cũng có một số đứa sử dụng thuốc lắc. Nó cũng ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần của đứa trẻ. Rồi có đứa hít keo, keo con chó (nhãn hiệu 1 loại keo), loại keo mà dán xe mình đó. Cái mùi nó rất thơm, mùi nó thơm phức giống như dầu chuối đó. Mà bây giờ nó lấy nó hít sâu vô đó” (TLN cha mẹ, An Giang).

Theo ý kiến của người trả lời thì việc lạm dụng chất là do áp lực từ nhóm bạn “uống để quên những rắc rối”, do buồn (thất bại trong tình yêu) và do áp lực xã hội nói chung. Đoạn trích từ một thảo luận nhóm với các em gái ở Điện Biên cho thấy nguyên nhân tại sao phần lớn nam giới uống rượu: “Nam uống để giải sầu, khi vui hoặc khi có khách đến chơi, khi có chuyện buồn về gia đình, khi không thể tâm sự với ai; thất tình, hoặc khi gia đình tan vỡ” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Tương tự, khi nói đến các chất gây nghiện, một em trai ở An

Giang chia sẻ: “Theo con nghĩ thì họ buồn phiền họ tìm đến cái chất đó để họ giải tỏa cái buồn phiền đó. Và sau khi hết chất đó, hết tác dụng thì họ lại trở lại buồn phiền cho nên họ bắt đầu sử dụng chất đó như một công cụ giải tỏa buồn phiền, thành một thói quen và khi họ sử dụng nhiều như vậy thì vô tình dẫn đến nghiện. Có nhiều lý do, ví dụ như thấy bạn này làm như vậy thì bắt chước làm theo để thể hiện đẳng cấp của mình, ừ mà biết tao cũng biết. Chuyện đó rất bình thường” (PVS em trai, 17 tuổi, An Giang).

Lạm dụng chất cũng có thể dẫn đến bạo lực, với hình ảnh người chồng ‘uống rượu về chửi bới lung tung’ cả vợ và con (PVS em gái, 18 tuổi, Điện Biên). Một em gái ở Hà Nội cũng kể lại chi tiết việc một người cha nghiện rượu ném mâm cơm vào mặt con gái khi con gái ông ta mắc lỗi: “Khi em học lớp 9 có một chị ở trong cùng làng với em. Chị ấy là con của gia đình cũng tầm tầm ấy, chị ấy sống trong gia đình suốt ngày bị bố mẹ mắng. Rồi chị ấy chia tay người yêu nữa. Một lần em nghe kể là chị ấy đi mua đậu hay gì ấy mà bố lại bảo đi mua rượu, mua đậu về thế là bố ném cả mâm cơm vào mặt. Sau đó chị ấy cũng chẳng thiết sống nữa, mua chai thuốc sâu về tự tử. Xong ngày hôm sau bạn bè đưa tang chị ấy” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Ngoài ra, lạm dụng chất cũng có thể dẫn tới kết hôn sớm ở nhóm trẻ có cha mẹ nghiện ma túy “Đang, nhà nước bảo nam thì 20 tuổi, nữ 18 tuổi mới được lấy nhau, nhưng mà do bố mẹ nghiện thế là con gái thì 13, 14 tuổi đi lấy chồng, con trai 16, 17 tuổi thì đi lấy vợ, lập cái gia đình riêng không ở với bố mẹ” (PV trưởng bản, xã Keo Lôm, Điện Biên).





CHƯƠNG 4

**Các yếu tố nguy cơ và
yếu tố bảo vệ khỏi các
vấn đề sức khỏe tâm
thần và tâm lý xã hội ở
trẻ em và thanh thiếu
nhi ở Việt Nam**

Kết quả tổng quan các tài liệu thứ cấp cho thấy các chiều cạnh tâm lý xã hội ít được quan tâm xem xét cả trong các nghiên cứu và trong thực tiễn cuộc sống. Do vậy, trong nghiên cứu thực địa, chúng tôi đặt trọng tâm chủ yếu vào các vấn đề tâm lý xã hội mà trẻ em và thanh niên đang đối mặt còn bị bỏ ngỏ. Chúng tôi cũng ý thức được rằng việc thu thập dữ liệu bổ sung về các rối loạn sức khỏe tâm thần nghiêm trọng hơn liên quan đến hệ thần kinh đòi hỏi cách tiếp cận chuyên ngành và dồi dào về nguồn dữ liệu. Trong từng mục nhỏ tiếp theo, chúng tôi trình bày kết quả từ dữ liệu thứ cấp và tiếp theo là các kết quả từ dữ liệu sơ cấp. Cần lưu ý rằng các kết quả từ dữ liệu thứ cấp và sơ cấp không nhất thiết đồng nhất với nhau. Tương tự, việc phân tích dữ liệu sơ cấp có thể chỉ dựa trên thông tin thu được từ người tham gia nghiên cứu.

4.1 Các yếu tố nguy cơ và bảo vệ cấp cá nhân

Qua tổng quan các tài liệu nghiên cứu ở Việt Nam, xác định được một số các biến số ở cấp độ cá nhân được cho là các yếu tố nguy cơ và bảo vệ cho sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. Ví dụ, **là nữ, sống ở khu vực đô thị, là người dân tộc thiểu số** là những yếu tố nguy cơ đối với các vấn đề cảm xúc hướng nội (Chan & Parker, 2004), các vấn đề hướng ngoại (McKelvey's 1999; Stratton và cộng sự, 2014), tự tử (Blum et. al., 2012; Huong, 2009; Thanh và cộng sự, 2005), và nghiện chất (Diep và cộng sự, 2013). Cũng tìm thấy tác động của **tuổi tác**: độ tuổi lớn hơn là một yếu tố bảo vệ khỏi những triệu chứng hướng ngoại, tự tử và nghiện chất, trong khi các vấn đề hành vi và điểm số tăng động giảm dần theo tuổi, gợi ra tác động có thể của dậy thì (Stratton và cộng sự, 2014). Tương tự, độ tuổi nhỏ hơn là yếu tố nguy cơ đối với tự tử, theo kết quả của SAVY, với các nhóm thuộc độ tuổi nhỏ hơn có xu hướng có suy nghĩ về tự tử hơn.

Mặc dù việc là **người di cư** tự thân nó là một yếu tố nguy cơ, không có bằng chứng cho thấy có mối liên hệ giữa di cư và các biểu hiện hướng nội hay nghiện chất. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Blum và các cộng sự (2012), tình trạng di cư nổi lên như một yếu tố nguy cơ của tự tử. Nghiên cứu với 6.000 vị thành niên và thanh niên Hà Nội này cho thấy thanh niên ở khu vực nông thôn chưa bao giờ di cư có xác suất có suy nghĩ tự tử thấp hơn so thanh niên ở khu vực đô thị.

Gia đình có thu nhập khá hơn là một yếu tố bảo vệ và làm giảm khả năng có các vấn đề sức khỏe tâm thần (Amstadter và cộng sự, 2011). Đối với các dấu hiệu hướng ngoại, trong nghiên cứu của Weiss và các đồng nghiệp (Weiss et.al 2014) đối với trẻ em từ 6-16 tuổi, thu nhập gia đình cao hơn và **học vấn cha mẹ tốt hơn** là các yếu tố nguy cơ đối với cả cha mẹ và vị thành niên có các vấn đề về tăng động/chú ý. Liên quan đến tự tử, trong một nghiên cứu đối với 200 em gái, Le (2009) phát hiện rằng trình độ học vấn và nghề nghiệp của cha mẹ có liên quan đến hành vi tự tử ở trẻ em. Đa số trẻ em (xấp xỉ 79%) có ý nghĩ tự tử sống trong những gia đình có cha mẹ có học vấn thấp.

4.1.1 Các yếu tố nguy cơ cấp cá nhân đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội

Dữ liệu ban đầu cho thấy, ở cấp độ cá nhân, xuất hiện ba yếu tố nguy cơ chính đối với thanh niên, với một số khác biệt về nhóm tuổi và giới tính. Cần lưu ý rằng ở giai đoạn này, các yếu tố nguy cơ và các biểu hiện không loại trừ nhau: biểu hiện có thể trở thành nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội, và thường thì không rõ điều gì xảy ra trước. Tuy nhiên, trình tự xảy ra không quan trọng bằng sự tồn tại của chúng. Vì thế, theo người trả lời phỏng vấn, sự cô lập cảm xúc là một mối nguy cơ đáng kể (mặc dù nó, cùng với các yếu tố nguy cơ khác được mô tả ở đây, cũng có thể là biểu hiện của

căng thẳng tâm lý xã hội). Một số trẻ cho biết không muốn chia sẻ cảm xúc với ai khác hoặc không thích "*tìm đến ai cả*", đặc biệt là không chia sẻ các vấn đề và rắc rối trong gia đình với bạn bè hoặc các thành viên trong gia đình mở rộng. Điều này cũng xảy ra trong tình huống trẻ buồn vì mâu thuẫn trong gia đình, khóc khi bị mắng nhưng vẫn không muốn bày tỏ cảm xúc với bà của mình (PVS em trai, 13 tuổi, An Giang).

Trong những trường hợp khác, lựa chọn không chia sẻ cảm xúc đến từ việc trẻ muốn bảo vệ cha mẹ khỏi những lo âu. Vị thành niên ở độ tuổi 15-17 trong mẫu nghiên cứu cho biết các em cố ý cô lập bản thân khi các em buồn hoặc đau khổ. Chẳng hạn, một em trai khẳng định: "*Tự một mình em giấu kín trong lòng. Em không thích chia sẻ [cảm xúc] với người khác*" (PVS em trai, 15 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em trai khác bị bắt nạt cảm thấy muốn chết và từ chối chia sẻ cảm xúc với người khác, chọn ngồi trong chiếc tủ ở nhà mình và mơ về "*một thế giới trong tưởng tượng của riêng em, nơi mọi người yêu quý em và không có đứa bắt nạt em*" (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội). "*Tự cô lập*" đặc biệt phổ biến trong mẫu nghiên cứu ở TPHCM khi nhiều em cho biết các em cảm thấy chuyện của các em là quá riêng tư để có thể chia sẻ với người khác: "*Con có phần cô lập chút xíu với bên ngoài bởi con khó giao tiếp*" (PVS em trai, 17 tuổi, TPHCM). Một em trai khác tâm sự em cảm thấy "*bị bỏ rơi*" khi bạn em chuyển đi nơi khác (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội).

Với các vị thành niên lớn hơn, đặc biệt là các em gái, cảm giác cô lập xã hội đến từ hậu quả của kết hôn sớm (tuổi kết hôn hợp pháp ở Việt Nam là 18 đối với nữ và 20 đối với nam, tuy nhiên, trong thực tế, ở các nơi như Điện Biên, nhiều em gái kết hôn sớm hơn). Một số em gái kể lại rằng chống các em không cho phép các em về nhà gặp bố mẹ để hoặc giao tiếp với người khác ngoài xã hội, bởi họ nghi ngờ rằng vợ mình có thể

ngoại tình. Kết quả là các em thiếu đi một người bạn tâm giao đáng tin cậy để có thể chia sẻ vui buồn. Như một người vợ trẻ giải thích, *"Lúc em buồn thì em bỏ đi đâu ngồi một mình. Mình đi một mình thấy thoải mái hơn"* (PVS nữ, 22 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em gái khác mô tả hoàn cảnh của bản thân như sau: *"Em không có bạn bè. Nếu có đi thì chỉ đến nhà bố mẹ thôi, hàng xóm thì không hay đến, mình đến nhiều nó lại bảo kiểu như đàn bà lắm chuyện. Ở trên đây họ không thích những người bên ba khắp nơi, nên tốt nhất là không nên đi"* (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Khao khát có ai đó để chuyện trò vẫn còn đó, mặc dù điều em thiếu là những mạng lưới xã hội: *"Nếu mà có người tâm sự thì mình kể ra cũng thấy nhẹ người. Nhưng không có ai... Bố mẹ mình thì không có quyền nói chuyện với ông ấy [chồng của người trả lời] rồi. Vì dân tộc mình thì mình đi [lấy chồng] thì quyền nó thuộc về bên chồng nhiều hơn"* (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Việc chống nghiện rượu cũng có thể làm trầm trọng hơn cảm giác cô lập của người vợ bởi người chồng, dưới tác dụng của rượu, có thể ngược đãi người vợ cả về tình cảm và thể chất. Với những em gái khác trong cùng độ tuổi với em gái nói trên thì sự cô lập xã hội đến từ việc nghỉ học ngoài ý muốn và/hoặc do gánh nặng công việc gia đình. Một em gái trẻ cho biết trong *"thời gian rảnh"*, em gieo mạ, trồng rau, tưới tẩm và chăm nom ruộng vườn – nếu không chống em sẽ *"chửi bới"* em (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Trong khi cảm giác về sự cô lập là rất sâu sắc đối với các em gái đã kết hôn, thì nhìn chung các em gái ở độ tuổi này nhấn mạnh hơn vào thiếu kết nối xã hội, cho rằng đó là nguồn cội của những biến động tâm lý ở các em. *"Nói chung là em cũng im không dám nói gì, cũng khóc nhưng mà nói chung là lo xong thì cũng lên phòng ngồi im một mình, buồn, nằm khóc chứ chẳng biết làm thế nào"* (PVS em gái, 19 tuổi, Hà Nội). Các em gái ở Điện Biên nhấn mạnh đến các dạng

thức tương tự của cô lập và các trạng thái của trầm cảm: *"Áp lực của mọi người xung quanh khiến cho người đấy cảm thấy không được quan tâm, mình bị cô lập như rơi vào thế giới chỉ có riêng mình"* (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Một số em gái cũng kể rằng khi buồn các em không thể ngủ ngon giấc.

Căn nguyên thứ hai dẫn đến những nguy cơ về sức khỏe tâm thần được cho là có liên quan tới việc tiếp cận công nghệ hiện đại và những nguy cơ của các hành vi trực tuyến gây nghiện. Những người tham gia nghiên cứu thống nhất quan điểm cho rằng tiếp cận công nghệ hiện đại đặt ra một nguy cơ đối với sức khỏe bởi trẻ có xu hướng *"sử dụng quá nhiều"*. Trên thực tế, trong một cuộc phỏng vấn, giám đốc một bệnh viện tâm thần đã so sánh nghiện game với nghiện chất, cho rằng cả hai đều là những dạng nghiện nghiêm trọng. Như một em gái 15 tuổi ở TPHCM miêu tả thì: *"bây giờ là thời buổi của internet. Đa số mấy bạn lên mạng giải trí nhiều hơn đi chơi"*.

Những em khác cũng nhận thấy các nguy cơ từ internet và gợi ra rằng việc kiểm soát của cha mẹ có thể ngăn trẻ khỏi *"rơi vào những cái bẫy"* của *"mạng xã hội"*. Các em nhấn mạnh rằng có hiện tượng nghiện game trong cộng đồng. Thảo luận nhóm với các em gái 15 tuổi ở TP Điện Biên Phủ cho thấy hầu hết mọi cá nhân đều có thể sở hữu một chiếc điện thoại thông minh và trẻ em có nhiều cách để vào internet ngay cả khi nhà trường *"cấm sử dụng"*. Cũng trong cuộc thảo luận này, các em đề cập đến nhu cầu về các sự kiện âm nhạc và thể thao trong cộng đồng, thường chỉ diễn ra vào dịp Tết: *"Các bạn không có sân để chơi thể thao, rồi công việc gia đình chủ yếu làm nông nên không có thời gian dành cho trẻ em hoặc những người bằng tuổi em; những người lớn tuổi hơn phải đi làm nương làm rẫy, tối về cũng không có thời gian nên ít được chơi hơn. Cũng không được tổ chức các hoạt động văn nghệ, thể thao. Chỉ có tết mới hay tổ*

chức văn nghệ, thể thao" (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Nhìn chung, trẻ em trai có xu hướng dành nhiều thời gian trực tuyến hơn, chơi game trong các cửa hàng internet và nỗi buồn của các em đến từ việc bị thua cuộc. *"Tụi nó (con trai) khác tụi con (con gái), nó đi net rồi đi tùm lum"* (PVS em gái, 13 tuổi, TP Long Xuyên, An Giang). Trong một vài trường hợp, các em nhấn mạnh rằng các trò chơi trực tuyến là cách duy nhất để tương tác: *"Do không có người trò chuyện xung quanh nên con chỉ còn cách chơi game thôi. Chơi game, chơi điện tử đó. Nó khiến con phụ thuộc vào điện thoại và máy tính nhiều hơn"* (PVS em trai, 17 tuổi, TPHCM). Một em khác giải thích: *"chơi game tầm độ 30 phút"* thì quên *"chuyện buồn"* (TLN em trai, 13 tuổi, Hà Nội). Thật ra, trong nhiều phỏng vấn, trẻ không bày tỏ sự quan tâm đến các hoạt động giải trí khác, chỉ kể rằng *"con ít khi đi chơi với các bạn, con chỉ ở nhà ôn bài, học bài, xem tivi"* (PVS em gái, 12 tuổi, TPHCM). Một phần của vấn đề cũng là do những hạn chế về cơ sở hạ tầng dành cho các hoạt động vui chơi giải trí của trẻ em. Việc các em gặp gỡ và vui chơi với bạn bè đôi khi cũng bị cản trở do bạn ở xa và các em không đủ tiền để chi trả chi phí đi lại.

Theo thời gian, việc chơi các trò chơi trực tuyến dần cho thấy những ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả học tập. Một em gái vị thành niên ở TPHCM cho biết: *"Có một bạn kể bên con bạn ấy cũng hơi nghiện game nhưng bạn ấy không có dạng lơ đãng, mà giống như vẫn bình thường nhưng học bị giảm sút"* (PVS em gái, 12 tuổi, TPHCM). Xu hướng nghiện game dường như là không tránh khỏi bởi *"chủ tiệm game ký hợp đồng là 9 giờ sẽ đóng cửa nhưng tầm 11 – 12 giờ vẫn chưa đóng, trong khi đó tiệm game còn nhiều người chơi, tức là khi nào hết người chơi họ mới đóng cửa"* (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang).

Xuất hiện những khác biệt giới khi những người tham gia nghiên cứu

cho rằng các em trai có xu hướng chơi trò chơi điện tử nhiều hơn các em gái: “*Bạn nam nghiện hơn, vì cái háo thắng của bạn nam cao hơn*” (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Trong khi đó, các em gái có nguy cơ bị rình rập và bắt nạt trên mạng. Những nhận xét tiêu cực của bạn bè trên Facebook hoặc những tin nhắn bắt nạt của một kẻ quấy rối không quen biết trên Zalo (một ứng dụng nhắn tin) có thể khiến các em gái vị thành niên cảm thấy bức bối và buồn bã. Một em gái 12 tuổi ở TPHCM kể về trải nghiệm của mình như sau: “*Con đang chơi trên điện thoại thì tự nhiên có tin nhắn gửi đến số điện thoại của con, rồi con cũng nói chuyện. Lúc đầu con nói chuyện đàng hoàng, nhưng mà tự nhiên lại hỏi con này nọ. Con không thích, con nói [người đó] đừng có nhắn nữa phiền quá, người đó cứ nhắn tin cho con hoài vậy. Xong con sợ mẹ con biết nên con đã xóa hết tất cả cuộc nói chuyện của con, xong con hỏi bạn con là có cách nào chặn người đó hay không. Thì bạn con nói là có, nên zalo bấm nút chặn thì con có thể chặn được [người đó]. Thì con chặn được [người đó] rồi*” (PVS em gái, 12 tuổi, TPHCM).

Yếu tố nguy cơ thứ ba xuất hiện trong các cuộc phỏng vấn của chúng tôi có liên quan đến những **quan niệm tiêu cực về đặc điểm thể chất vị thành niên**. Một số trong đó là những lo ngại về ngoại hình bản thân và một số khác là do bạn bè và/hoặc người lớn trên chọc/nhận xét. Những lo ngại bắt đầu xuất hiện trong giai đoạn đầu của lứa tuổi vị thành niên, đặc biệt ở những em gái có lo lắng về chu kỳ kinh nguyệt hoặc những em bị coi là thừa cân. Ví dụ, một em gái 12 tuổi ở TPHCM kể lại rằng bố mẹ em yêu cầu em “*giảm ăn*” bởi em “*quá mập*”. Các em khác ở Điện Biên than phiền các em bị bạn trên là “*béo như lợn*” (TLN em gái, 14 tuổi, Điện Biên). Một em trai vị thành niên đã kết nối rõ ràng việc ăn uống quá độ với những cảm xúc buồn bã. Em giải thích rằng em bị bạn bè gọi là “*mập*” và dù em rất muốn cải thiện

ngoại hình, em “*ăn không chỉ là để no mà để nỗi buồn ra khỏi bản thân mình*”. Tương tự, nỗi sợ do béo cũng đi kèm với nỗi sợ bị bắt nạt: “*sợ các bạn nói con béo như con lợn*” (TLN em gái, 14 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Những mối lo khác xoay quanh hình thể thấp bé, dẫn đến việc bị chọc ghẹo, bị gọi là “*lùn*” và phân biệt đối xử trong các hoạt động thể thao tại trường học. Các em trai cũng bị trên là yếu về mặt thể chất, ví dụ như trong câu chuyện dưới đây với một em trai ở An Giang:

H *Đặc điểm gì ở bản thân em mà em đánh giá chưa cao?*

Đ *Em không đẹp trai. Bánh bèo.*

H *Bánh bèo là sao?*

Đ *Không khỏe như mấy bạn* (PVS em trai, 16 tuổi, An Giang).

Một em trai băn khoăn về việc em cảm thấy thiếu tự tin ở chỗ đông người: “*Lúc em nói chuyện hay là đứng trước chỗ đông người thì người hay nóng lên, rồi mặt đỏ lên, ngại ngại không quen. Nhiều lần bị như thế*” (PVS em trai, 16 tuổi, Điện Biên). Cuối cùng, một số em gái đề cập đến nỗi sợ hãi xung quanh những ngày có kinh nguyệt do lo lắng sẽ bị dầy ra quần. Tuy nhiên, trong một thảo luận nhóm, một em gái 12 tuổi ở An Giang khẳng định rằng em không sợ “*những ngày đèn đỏ*” bởi mẹ của em “*đã mua sách và báo về cho em đọc*” và tâm sự với em về chuyện kinh nguyệt.

4.1.2 Các chiến lược ứng phó cấp cá nhân

Rất nhiều chiến lược ứng phó cả tích cực và tiêu cực đã được thanh thiếu niên trong mẫu nghiên cứu đưa ra nhằm giải quyết các vấn đề tâm thần và tâm lý xã hội (kể cả về ngoại hình bản thân, sự thiếu kết nối xã hội, hay tính chất gây nghiện của các hoạt động trực tuyến). Yếu tố bảo vệ được đề cập đến đầu tiên là việc **tham gia tích cực vào các hoạt động giải trí**, ví dụ các bộ môn thể thao như bơi

lội hoặc đá bóng, võ thuật, đọc sách hoặc xem phim). Chẳng hạn, một em gái 16 tuổi ở An Giang nhấn mạnh rằng võ thuật đem lại “*niềm vui*” và “*một tinh thần tốt hơn*”. Một em trai 16 tuổi diễn tả cảm xúc “*rất là vui khi ghi bàn*” (PVS em trai, 16 tuổi, An Giang). Một em gái 13 tuổi khẳng định rõ ràng khi tham gia vào các hoạt động, em cảm thấy dễ chịu hơn:

H *Khi có chuyện buồn bực, con thường đi đâu làm gì để quên đi?*

Đ *Đầu tiên là con lên mạng có thể là con chơi game [trực tuyến] này, hoặc lúc bực mình quá có thể là tập thể dục, những bài rất là nặng ấy. Chứ con không có thói quen ném đồ lắm vì con thấy ném đồ thì nó vừa tốn tiền, vừa mất công dọn dẹp ấy. Bây giờ mình tập luyện thì vừa giải tỏa được căng thẳng, vừa có sức khỏe tốt, thân hình cũng đẹp nữa cho nên lúc bực mình quá, hay lúc vui chơi cũng thế, lúc nào hào hứng quá, kiểu lúc ấy tăng động ấy, thì cũng lấy thể dục ra tập thôi hoặc là đá cầu hoặc là làm những gì đấy hoạt động mạnh ấy. Ngồi im một chỗ thì khá là khó trong những lúc đấy* (PVS em gái, 13 tuổi, Hà Nội).

Các em khác cũng nói đến việc tham gia các câu lạc bộ hoặc các chuyến dã ngoại do trường tổ chức (ví dụ tới thảo cầm viên, sở thú, hay đi làm vườn) hoặc ghi nhật ký về những hoạt động và cảm xúc mỗi ngày. Một vài em nhấn mạnh việc sử dụng tích cực công nghệ để tìm kiếm sự trợ giúp – chẳng hạn, đọc trên internet để tìm hiểu cách kiểm soát những cảm xúc buồn bực và giận dữ, xem các video giải trí hoặc đọc truyện “*khoa học và công nghệ*” để giải tỏa căng thẳng, và kết nối với bạn bè trên Facebook. (“H: *Khi muốn tìm hiểu thông tin về sức khỏe tâm thần thì các em thường tìm ở đâu?* Đ: *Trên mạng có*” - TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Sử dụng điện thoại di động để gọi cho cha mẹ khi cảm thấy buồn hoặc cô đơn cũng là một cách ứng phó thông dụng của các em ở trường nội trú.

Yếu tố quan trọng thứ hai giúp bảo vệ trẻ em khỏi các vấn đề tâm lý xã hội là việc **có hoặc tham gia vào một mạng lưới xã hội**. Tầm quan trọng của việc có bạn được ghi nhận trong tất cả các cuộc phỏng vấn, bất kể với giới tính nào. Trẻ em tìm đến bạn bè để chia sẻ “*vui buồn*”, để “*quên đi*” cảm giác buồn bã từ những xung đột trong quan hệ gia đình hoặc quan hệ thầy trò và để tâm sự những băn khoăn lo lắng tuổi dậy thì và chuyện tình cảm. Trong thực tế, hầu hết các em tin rằng “*có bạn bè*” là điều khiến các em hạnh phúc. Một số em lựa chọn chia sẻ với các bạn về những rắc rối trong cuộc sống, tin rằng bạn “*hiểu*” các em. Một em gái 13 tuổi ở An Giang cho biết em cảm thấy hết cả căng thẳng và đau đầu khi được chơi với bạn (trích dẫn trong phần 3). Đối với các em trong giai đoạn giữa của lứa tuổi vị thành niên, bất kể ở địa bàn nào, bạn bè được xem là yếu tố then chốt đối với sức khỏe tâm lý xã hội: “*Em hạnh phúc nhất là khi được ở bên các bạn, ngay lúc này giờ này luôn*” (PVS em trai, 16 tuổi, An Giang). “*Nếu chúng ta không có bạn, chúng ta coi như xong*” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Và thực sự các em ý thức được việc thiếu bạn có ý nghĩa như thế nào khi đối mặt với căng thẳng tâm lý xã hội: “*Những người không biết chia sẻ với ai thì thường thường họ sẽ tìm những chỗ khác ngồi khóc một mình. Khóc xong lại tự đứng dậy, lại tỏ ra vui vẻ thế này thế nọ mặc dù họ rất đau buồn*” (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội).

Điều thú vị là các em nhận thức được những hạn chế của các hình thức hỗ trợ trực tuyến. Một em khẳng định rõ ràng việc chia sẻ với bạn là “*hiệu quả hơn*” và “*nhANH hơn*” chia sẻ trên Facebook (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Các em cũng giải thích rằng các em có chia sẻ cảm xúc của các em trên Facebook nhưng không đăng lên đó “*các vấn đề lớn*”, thay vào đó các em tìm đến bạn bè hoặc thầy cô giáo để xin tư vấn (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Tương tự, các em học sinh cũng cho rằng các em thích

tâm sự với bạn bè cùng trang lứa về những băn khoăn lo lắng của các em hơn là viết một lá thư không đến tên người gửi tới hộp thư của trường, một kênh tham vấn từ giáo viên hoặc nhà tư vấn.

Trong nhóm từ 18 tuổi trở lên, không có nhiều thông tin cho thấy các em có thể chia sẻ với bạn bè và họ hàng. Đặc biệt, các em gái lưu ý rằng các em không chia sẻ các vấn đề gia đình một cách trực tiếp, mà chỉ “*nói chuyện vu vơ mà để làm sao đánh trúng tâm lý để xem người ta giải thích như thế nào*”. Em chỉ đi thu thập [lời khuyên] thôi còn sau em về suy nghĩ xem làm thế nào là tốt nhất” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Các em gái cũng nói chuyện với các thành viên trong gia đình ví dụ như mẹ và anh chị, nhưng thường cẩn trọng trong việc bày tỏ nỗi buồn của các em cho cha mẹ để cha mẹ khỏi lo lắng. Tuy nhiên, một em gái toan tự tử do bị cha mẹ buộc thôi học đã được cứu sống bởi em nói với bạn em là em đã ăn lá ngón. “*Bạn ấy đi thăm em, bảo là nghe nói em rất buồn phải không, thế là em khóc, em bảo là đã ăn lá ngón rồi, thế là bố mẹ cho em đi cấp cứu*” (PVS nữ, 22 tuổi, Điện Biên). Một nam giới trẻ tuổi khẳng định rằng em tìm đến những người bạn khi thảo luận về những kế hoạch tương lai và cả khi em nóng giận bởi bạn em “*xoa dịu*” em và khiến em cảm thấy “*vui vẻ trở lại*”. “*Bực lắm thì em đi với bạn xong bạn bè, cũng chơi thân nên cũng động viên mình, một lúc lại thấy vui lại về với gia đình, chuyện đã qua thì cho qua đi thôi*” (PVS nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Cũng có một vài ví dụ cho thấy trẻ có những **tấm gương tốt** để noi theo, mặc dù điều này phổ biến hơn ở các em trai. Đó thường là những người lớn mà các em biết – anh trai, thầy cô giáo, chú bác – người có các phẩm chất mà các em ngưỡng mộ và đối xử tốt với các em: “*Một phần là do tự bản thân mình, mới cả cũng do một phần là từ anh trai em nữa. Thì anh*

ấy đi trước rồi thế là em cũng có quan sát” (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Một em tìm đến bác em để được hỗ trợ và cho lời khuyên: “*Bác của em, vì mọi người quý bác. Bác ấy tốt với mọi người. Bác hay giúp đỡ mọi người, bác yêu thương gia đình*” (PVS em trai, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Một thanh niên trong độ tuổi 20 cũng chia sẻ tương tự: “*Mấy đứa anh trong bản, nó làm kinh tế cũng ổn, cũng đủ ăn, và mấy anh em nó cũng nói để anh em noi gương theo*” (PVS nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Tuy nhiên, không phải tất cả các cách để ứng phó với căng thẳng hay buồn bã đều là tích cực và một số cách ứng phó tiêu cực có thể nhen nhóm thêm cho các căng thẳng tâm lý xã hội. Một số em đã **khóc một mình** để giải phóng cảm xúc. Một em khác cảm thấy rằng em không thể chia sẻ cảm xúc của mình với bất cứ ai và “*đi ngủ*” trong buồn bã vì “*cha mẹ thì bận bịu cả ngày, người thân thì cũng đi làm, con đâu còn ai. Bạn bè thì con không tin*” (PVS em trai, 17 tuổi, TPHCM). Khá nhiều trường hợp đề cập đến việc **lạm dụng chất**, đặc biệt là uống rượu, như là một cơ chế ứng phó tiêu cực ở một số thanh thiếu niên. “*Uống rượu để giải sầu mà con trai uống nhiều hơn. Con gái thì ăn lá ngón nhiều hơn bởi vì con gái nhạy cảm hơn*” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Các thảo luận nhóm cho thấy lạm dụng chất có thể là một phần trong cách ứng phó của các gia đình ít khá giả, trong khi trẻ em trong các gia đình khá giả có xu hướng thiên về chơi game trực tuyến bởi chơi game trực tuyến đòi hỏi những nguồn lực tương đối.

Một cách ứng phó tiêu cực khác là **đập phá** cũng được đề cập rải rác trong các phỏng vấn. Một số trẻ thuật lại rằng các em đã đập phá đồ đạc trong cơn tức giận. Chẳng hạn, theo giải thích của một em gái ở Hà Nội thì “*Nhiều khi có những điều tệ hại trong gia đình, mình không muốn nói với cả bạn bè hay là bố mẹ, thấy cô thì*

minh sẽ phá đổ này phá đổ kia" (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội).

Có ý định tự tử là một trong những cách ứng phó tiêu cực cùng cực của thanh thiếu niên. Điều này dường như được đề cập đến nhiều nhất ở Điện Biên và liên quan đến áp lực xung quanh việc thôi học và kết hôn sớm. Nổi bật trong các thảo luận nhóm là các ý kiến cho rằng các em gái ở Điện Biên phải chịu áp lực buộc thôi học hoặc lấy chồng sớm trái với ý nguyện của các em và điều này khiến các em phải tìm đến phương sách cuối cùng – tự tử. Trong các trường hợp em gái phải kết hôn trái với ý nguyện, ăn lá ngón dường như đã trở thành một giải pháp thay thế: *"Ở địa phương con có gia đình bắt con gái mình lấy một người nhưng người con gái ấy không thương người kia. Nên tìm đến cái chết, bạn ấy ăn lá ngón nhưng không chết vì phát hiện được rồi mang đi cấp cứu"* (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Một em trong mẫu nghiên cứu còn chia sẻ về nỗi sợ hãi *"bị cướp vợ"* ở trong vùng và kể lại câu chuyện của một cô gái 16 tuổi bị cướp vợ và sau đó tự tử vì không hạnh phúc trong hôn nhân.

4.2 Các yếu tố nguy cơ và bảo vệ ở cấp hộ gia đình

Các tài liệu nghiên cứu cho thấy một loạt các chiều cạnh ở cấp hộ gia đình gồm cả các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ của sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. **Thu xếp sinh hoạt gia đình**, ví dụ không sống cùng cha mẹ, là một yếu tố nguy cơ của tự tử (Blum và cộng sự, 2013; Nguyen và cộng sự, 2010) và lạm dụng rượu (Diep và cộng sự, 2013). Các chỉ báo của **xung đột gia đình**, ví dụ như có cha mẹ ly dị, là một yếu tố nguy cơ cho cả triệu chứng hướng nội và ý tưởng tự sát (Nguyen, 2006), và **mâu thuẫn giữa anh chị em ruột** có liên quan đến sự gia tăng mức độ sử dụng rượu (Phuong và cộng sự, 2013). Có **mối quan hệ tích cực** với cha mẹ

là một yếu tố bảo vệ khỏi các triệu chứng hướng nội (Weiss và cộng sự, 2014), các triệu chứng hướng ngoại (Weiss và cộng sự, 2014), và tự tử (Blum và cộng sự, 2012; Phuong và cộng sự, 2013). Chẳng hạn, trong nghiên cứu với 972 học sinh phổ thông, Phuong và các cộng sự (2013) phát hiện rằng sự gắn kết của cha là một yếu tố bảo vệ cho học sinh cả nam và nữ khỏi những suy nghĩ về tự tử. Đáng chú ý, nguy cơ có ý định tự tử cao hơn ở nữ không nhận được hỗ trợ tình cảm từ phía gia đình so với những người nhận được hỗ trợ tình cảm từ mẹ/cha hoặc anh em trai/chị em gái (sách đã dẫn). Thông tin chi tiết và sắc thái của một số các phát hiện nói trên cũng sẽ được bổ sung và làm rõ trong các dữ liệu sơ cấp thu thập được trong nghiên cứu của chúng tôi.

Các yếu tố, ví dụ như **thành phần gia đình**, có thể vừa là yếu tố nguy cơ vừa là yếu tố bảo vệ. Chẳng hạn, các vị thành niên có số lượng anh chị em ruột cao hơn có thể phải đối mặt với lo âu và các vấn đề dạng cơ thể. Tuy nhiên, ở trẻ bé, việc có nhiều anh chị em ruột hơn có thể giúp làm giảm bớt các vấn đề về chú ý, các hành vi gây gổ, và các vấn đề xã hội (Weiss và cộng sự, 2014).

4.2.1 Các yếu tố nguy cơ cấp hộ gia đình

Từ dữ liệu sơ cấp, ở cấp hộ gia đình, xác định được ba nhóm yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý xã hội của trẻ: **các quy tắc gia đình** quá nghiêm ngặt (đặc biệt liên quan đến thành tích học tập và kết hôn), gia đình nghèo hoặc đang trong tình trạng kinh tế - xã hội giảm sút, và những căng thẳng trong hộ gia đình – cả giữa cha mẹ và/hoặc giữa cha mẹ và con cái. Xét về các quy tắc gia đình, trẻ ở lứa tuổi nhỏ hơn – đặc biệt là các em gái ở khu vực nông thôn - nhấn mạnh đến những kỳ vọng từ phía cha mẹ đối với các em trong thực hiện việc nhà và chăm sóc

em, và lo sợ bị cha mẹ *"la mắng"* do không thực hiện đầy đủ. Ví dụ ở Điện Biên, cha mẹ trông đợi con cái giúp làm nương rẫy và coi đó là một việc bình thường, như một trưởng thôn đã công nhận: *"Con gái thì thường là 9 đến 10 tuổi là họ cho đi làm nương rồi. Con trai thì lúc 9, 10 tuổi là thường đi chăn trâu chăn bò. 12 đến 15, 16 tuổi nó mới bắt đầu đi làm nương rẫy."* Con gái còn có các trách nhiệm gia đình khác bao gồm *"rửa bát, quét nhà, cho gà lợn ăn, tưới rau"* (PVS em gái, 12 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em gái ở Hà Nội cho rằng *"Con gái phải như thế, con gái phải nữ công gia chánh, con trai lo công chuyện lớn nên không phải làm việc nhà"* (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội). Các em gái cho biết không đi chơi với bạn vì các em phải *"ở nhà làm việc nhà"* (PVS em gái, 12 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em giải thích: *"Bố mẹ bắt ở nhà trông em không được đi học, nếu học về phải đi làm nương. Mình không còn cách nào khác phải làm theo, đi làm nương mệt vì đi xa"* (TLN em gái, 14 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Trên thực tế, ngay cả một số em trai cũng là đối tượng của các chuẩn mực gia đình: *"Con sợ mình không hoàn thành chức anh trong gia đình, mình là người anh mà mình không giữ được em"* (TLN em trai, 12 tuổi, An Giang).

Như đã thảo luận trong phần về các yếu tố ở trường học, trẻ cũng sợ cha mẹ chỉ trích do bị điểm kém ở trường. Đặc biệt, các thảo luận nhóm cho thấy có những trường hợp trẻ tự tử do bị cha mẹ la mắng về kết quả kém trong học tập.

Đối với những em thuộc giai đoạn giữa của lứa tuổi vị thành niên, lứa tuổi đang cố gắng khẳng định tính độc lập, **"sự kiểm soát" của cha mẹ** được xem như là một căn nguyên chính dẫn đến tình trạng căng thẳng ở trẻ. *"Họ [người trẻ] bị sự quản thúc của gia đình. Như là kìm hãm quá mức rồi không có được tự do"* (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Một vài ví dụ cho thấy cha mẹ không cho trẻ ra ngoài

với bạn, kiểm soát việc sử dụng điện thoại di động, và bắt trẻ ở nhà làm việc nhà. Một em gái trả lời rằng bố mẹ em “hay sợ em đi chơi với các bạn nên không cho em đi chơi nhiều” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Một em khác ở Hà Nội than phiền: “Làm việc nhà. Kiểu bắt trèo lên lau những chỗ mà chả ai nhìn thấy. Cứ tuần nào cũng bắt lau, kiểu em thích sự bừa bộn cuối tuần dọn lại sau mà bố mẹ cứ lúc nào cũng kiểu bàn học phải sạch sẽ. Ở nhà cũng thế, khoảng 2 tuần em mới lau nhà 1 lần, bố mẹ bảo 1 tuần lau 1 lần không nó bẩn. Có một số khác, như cái tắm vào giờ này giờ kia cũng quản” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Một em gái giải thích đầy nhiệt huyết rằng áp lực gia đình lên việc học tập và thành tích học tập cũng đồng nghĩa với việc các em phải hy sinh những sở thích khác của mình: “Có những thứ mình muốn mà gia đình không có muốn mình làm những cái điều như vậy. Như là gò bó mình vô một cái khuôn mà không phải do mình lựa chọn” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Mức độ kiểm soát cao cũng quan sát được ở trường hợp một em gái không được phép đi thăm người mẹ đã di cư của mình vì bà của em không muốn cho em đi một mình. Một em trai 16 tuổi ở Hà Nội tâm sự rằng em muốn trốn chạy khỏi cha mẹ vì bị kiểm soát quá mức.

Điều thú vị là, mặc dù việc kiểm soát của cha mẹ một phần xuất phát từ những lo ngại về sức khỏe sinh sản và tình dục của con cái, nhưng chỉ có con gái được chỉ dẫn về chủ đề này. Đoạn trao đổi sau đây với một số em trai vị thành niên cho thấy rõ điều này:

- H Cha mẹ có bao giờ nói cho các em về sức khỏe sinh sản không, ví dụ như cách phòng tránh thai?
- Đ Không.
- H Không bao giờ?
- Đ [Họ] chỉ nói với con gái.
- Đ Mẹ em hay nói với chị em thôi chứ em thì em chả thấy.

- Đ Bố mẹ không nói, bố mẹ chỉ nói là mày làm gì thì làm nhưng mà mày phải biết điểm dừng không thì thế này thế nọ.
- Đ Hầu như chỉ có con gái như chị em ấy ạ, thì bố mẹ em thường nói. (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội)

Trẻ em, đặc biệt là các em gái, cảm thấy rằng cha mẹ sẽ không chấp thuận các mối quan hệ tình cảm và vì thế từ chối kể cho cha mẹ về chuyện tình yêu của mình. Trong những trường hợp nghiêm trọng, trẻ em khẳng định rằng các em gái có thể tự tử nếu cha mẹ không chấp thuận cho các em lấy người mà các em yêu.

Tuy nhiên, việc kiểm soát của cha mẹ đối với việc sử dụng công nghệ – thường giới hạn ở khu vực đô thị – dường như ít có sự phân biệt về giới. Ví dụ, trẻ em cho rằng cha mẹ “đi ngang qua” để xem các em làm gì trên Facebook. Việc sử dụng điện thoại di động cũng tương tự như vậy:

- H Ở đây có ai bị người khác kiểm soát điện thoại không?
- Đ Có.
- Đ Hồi trước bố em có nhưng bây giờ chắc là bố mẹ em cũng hiểu ra là em cũng lớn rồi. Hồi trước là cho em dùng điện thoại nhưng cấm em dùng mật khẩu, mới cả phải để [bố] kiểm soát.
- Đ Để máy mở, trong chế độ mở.
- Đ Ban đêm còn thu điện thoại không cho nhắn tin ban đêm. Đến bây giờ vẫn thế.
- H Có bao giờ em nói với bố mẹ về mong muốn của mình trong việc mình sử dụng điện thoại không?
- Đ Có chứ vì máy em không phải máy xịn. Chỉ sử dụng một số mục đích, không thực sự ảnh hưởng đến cái gì. Em cũng nói với bố mẹ là em lớn rồi không nên kiểm tra như thế. Bố mẹ nghĩ em là trẻ con. (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội)

Ở nhóm tuổi lớn hơn, các em trai ít bày tỏ các lo lắng trong khi các em gái tâm sự rằng gánh nặng việc nhà và trách nhiệm chăm sóc khiến các em cảm thấy căng thẳng nhất. Một em gái 18 tuổi ở Hà Nội cho biết em phụ trách việc chăm em và cơm nước, và thường bị cha mẹ khiển trách khi làm sai. Chẳng hạn, em trả lời rằng nếu em nấu không ngon, em sẽ bị mắng. Và cũng vì trách nhiệm chăm sóc, em đã phải nghỉ một số buổi học và thậm chí có lần viết thư cho cô giáo để giải thích về những khó khăn của mình. Một em khác khá xúc động khi chia sẻ rằng em sẽ hy sinh việc có mặt ở trường để ở nhà chăm sóc các em bởi nếu không có em thì các em của em sẽ phải ở nhà một mình: “Em thì em rất là ngại cảm thế này này, là thực sự nếu mà các em mà ở nhà chơi một mình là mình không yên tâm đâu, mới cả em cũng lo, thành ra là, ví dụ khi em đi học trên trường em chỉ lo nó ở nhà một mình thì em cũng ngại, chứ em không muốn nó ở nhà một mình (nghe ngào), mẹ em đi chợ thành ra nhiều khi giáo viên cứ gọi điện hỏi sao lại nghỉ học thì em bảo nhà có việc nên em nghỉ, ở nhà chơi với nó chứ không để nó ở nhà một mình em không yên tâm (Khóc)” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Một em gái khác thổ lộ rằng mẹ em không cho phép em tiếp tục việc học bởi “Mẹ bảo không có ai giúp mẹ, con gái thì phải giúp mẹ, thì em buồn lắm” (PVS nữ, 22 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Ngoài ra, ở cấp độ này, còn có những yếu tố có liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội của hộ gia đình, với một loạt các lý do như trong trích dẫn dưới đây từ một thảo luận nhóm cán bộ: “Cha mẹ nó nghèo là bắt nó nghỉ học đi bán vé số, phải đi lao động, đi cắt cỏ thuê, đi phụ hồ, mặc dầu đứa trẻ nó không muốn. Rồi cái thứ hai nữa là cái sự vui chơi giải trí của nó không được như những đứa trẻ khác thì nó sẽ không phát triển tốt về mặt tâm lý. Rồi cái thứ ba nữa là không ai quan tâm chăm sóc hỗ trợ về mặt tâm lý cho nó, nó bộc phát nó nghĩ nó muốn làm



‘Năm học vừa rồi là 2014 – 2015, một bé gái học sinh tiểu học, học giỏi 5 năm liền, khi lên lớp 6 bố mẹ nó không đồng ý cho nó học ở trường THCS trên địa bàn phường mà muốn nó học một trường chuẩn của quận, không, phải trường chất lượng cao của thành phố. 2 ngày sau khi nhập học nó nháy mắt tự tử. Nó viết mấy từ trong cuốn viết học sinh là con đã thừa với ba mẹ nhiều lần con muốn học chung với bạn con. Thế thôi, rất đơn giản. [...] Minh thấy bố mẹ vẫn quan tâm đến con cái đấy chứ nhưng mà họ quan tâm với cái khác với kiểu là học cho cha mẹ chứ không phải học cho đứa bé. Cha mẹ muốn cho con học trường điểm’

PV cán bộ, Phòng Bảo vệ và Chăm sóc Trẻ em, Sở LĐTBXH, TPHCM.

gì thì nó làm, nó không biết các hậu quả. Nên nhóm trẻ nghèo này là nhóm nguy cơ cao. Thí dụ An Giang này hơn 10 ngàn trẻ có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn, bên bảo trợ xã hội nói là trẻ em trong nhóm này có vấn đề về sức khỏe tâm thần cũng nhiều, nhưng chưa có số liệu cụ thể” (TLN cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang).

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** của trẻ. Chẳng hạn, một em gái ở giai đoạn đầu của lứa tuổi vị thành niên khẳng định em không đi chơi với các bạn bởi “đi thì tốn khá nhiều tiền với tại mẹ con đang học một lớp cử nhân, một học kỳ đóng tới 10 triệu, con không muốn ba mẹ tốn thêm tiền nữa” (PVS em gái, 12 tuổi, TPHCM). Tương tự, một em gái lớn hơn đã kết hôn trả lời rằng em thích đi du lịch nhưng: “Thứ nhất là đi thì phải có tiền, tiền đấy thì không bao giờ mình kiếm đủ để mình đi. Thứ hai là mình bảo ông ấy cho mình đi thì ông ấy bảo mình là đàn bà ở nhà thôi, đi lung tung làm gì. Nên là thôi không đi nữa” (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em gái khác chỉ có thời gian làm bài tập “sau khi đi bán vé số về, lúc 7 giờ tối” (PVS em gái, 13 tuổi, An Giang). Một em gái phải nghỉ học hoàn toàn để làm việc đồng áng: “Bố mẹ bảo gia đình khổ, không đi học, đi làm nương” (PVS em gái, 19 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Em bổ sung rằng căng thẳng tài chính trong gia đình em xuất hiện kể từ khi “gia đình rơi vào cảnh khó khăn không có người làm”, và nói thêm rằng “Nhiều bạn phải nghỉ học ở nhà giúp bố mẹ. Thậm chí nếu con gái được đi học, kinh tế gia đình khó khăn sẽ khiến khó mà học tốt được” (PVS em gái, 19 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Nghèo cũng là một yếu tố nguy cơ ngay cả với những em thuộc các gia đình khá giả, như một bác sỹ tâm lý đã chỉ ra: “Ví dụ năm ngoái năm kia kinh tế suy giảm, rất nhiều trẻ đến

chỗ chị tình trạng là gia đình có vấn đề. Trước đây sung sướng tự nhiên gia đình vỡ nợ nó cũng ảnh hưởng. Hoặc là bố mẹ có vấn đề. Như sáng nay chị cũng vừa làm một trường hợp, cháu ngoài 6 tuổi ra thì bố mẹ cũng chuẩn bị ly hôn. Đây là những xu hướng rõ rệt” (PV bác sỹ tâm lý, Bệnh viện Nhi, Hà Nội). Mối liên hệ giữa những thiếu thốn về nguồn lực tài chính với những áp lực trong học tập cũng được các em gái và em trai đề cập đến nhiều lần, đặc biệt có em cảm thấy căng thẳng do không thể tham gia các lớp học thêm vào năm chuyển cấp như các bạn khác. Một em gái vị thành niên ở Hà Nội giải thích như sau:

“Em cũng hiểu hoàn cảnh gia đình nhà em, nên em cũng chỉ học trong trường và xin thêm bố mẹ học thêm môn văn hồi ở trường cấp 2 và [môn toán] ở trường cấp 3 để ôn thi thôi. Thứ nhất nhà em đông con, em là chị cả. Bây giờ mẹ đi [làm] suốt ngày thì ai ở nhà. Mà ngày xưa thì nhà em làm ruộng nhưng bây giờ nhà em có mỗi một sào ruộng thôi thì không làm được gì nhiều. Ngày xưa thuê được 1 mẫu, tức là 1 mẫu riêng thì nhà em thuê còn 1 sào riêng là của ông bà ngày xưa chia cho. Nhưng 1 sào làm không đủ ăn được thì bây giờ em thỉnh thoảng phải ở nhà để phụ giúp gia đình nhà em. Nhà em bây giờ lại đông con mà ai cũng cần tiền để đóng học phí” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội).

Một em trai 12 tuổi ở TPHCM khẳng định cha mẹ không có đủ tiền cho em đi học thêm và em thường lo cho tình trạng tài chính gia đình, và trên thực tế, cha mẹ em đã gây lộn vì chuyện tiền bạc. Những cảm xúc tương tự cũng được tìm thấy trong các thảo luận nhóm với các em trai ở An Giang liên quan đến những trở ngại về tài chính và nỗ lực học tập của các em ở trường:

H Theo các con quan sát thì những bạn trông hay buồn hoặc ít nói chuyện với bạn bè thì liệu điều

gì khiến các bạn ấy buồn? Hoàn cảnh gia đình của những bạn này như thế nào?

- Đ Theo con là những gia đình hoàn cảnh hơi khó khăn.
- H Ví dụ về mặt kinh tế hay vì cha mẹ không có thời gian?
- Đ Khó khăn về kinh tế. (TLN em trai, 12 tuổi, An Giang)

Cha mẹ di cư bởi muốn khắc phục những thiếu thốn về mặt tài chính cũng để lại những hậu quả tiêu cực đối với sức khỏe tâm thần của trẻ, do đứa trẻ ở lại nhà phải đối mặt với nỗi buồn và trầm cảm. Trẻ trả lời rằng các em nhớ và mong muốn được gặp lại cha mẹ, và nỗi buồn của các em đến từ mong muốn có được quãng thời gian bên cha mẹ. Những em có “hoàn cảnh gia đình khó khăn” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ) được cho là dễ bị rơi vào buồn bã và trầm cảm nhất. Thảo luận nhóm cha mẹ ở An Giang cho rằng các bậc cha mẹ di cư “thiếu quan tâm” con cái và con cái họ được “ông bà nội quá cưng chiều nên hư” (TLN cha mẹ, An Giang). Trẻ em cũng trả lời rằng các em cảm thấy các em cần lời khuyên của cha mẹ và chỉ có thể nói chuyện với cha mẹ qua điện thoại; nhưng cũng cảm thấy áp lực khi phải để cho cha mẹ thấy các em đã “trưởng thành và trở nên độc lập”. Một em trai sống với bà ngoại trong hoàn cảnh nghèo khó lo lắng rằng gia đình em không thể chi trả được tiền thuốc men cho bà và vì thế đã bỏ bữa không ăn: “Con thấy lo lắng cho ngoại nên con không ăn” (PVS em trai, 13 tuổi, An Giang).

“Năm học vừa rồi là 2014 – 2015, một bé gái học sinh tiểu học, học giỏi 5 năm liền, khi lên lớp 6 bố mẹ nó không đồng ý cho nó học ở trường THCS trên địa bàn phường mà muốn nó học một trường chuẩn của quận, không, phải trường chất lượng cao của thành phố. 2 ngày sau khi nhập học nó nhảy lầu tự tử. Nó viết mấy từ trong cuốn viết học sinh là con đã thưa với ba mẹ

nhiều lần con muốn học chung với bạn con. Thế thôi, rất đơn giản. [...] Minh thấy bố mẹ vẫn quan tâm đến con cái đấy chứ nhưng mà họ quan tâm với cái khác với kiểu là học cho cha mẹ chứ không phải học cho đứa bé. Cha mẹ muốn cho con học trường điểm” (PV cán bộ, Phòng Bảo vệ và Chăm sóc Trẻ em, Sở LĐTBXH, TPHCM).

Nhìn về tương lai xa hơn, một số trẻ bày tỏ cảm giác cực kỳ căng thẳng do trẻ biết không thể hiện thực hóa giấc mơ của mình do “hoàn cảnh tài chính của gia đình” hoặc không thể tham gia vào các hoạt động ở trường học do chi phí tốn kém. Một thanh niên trẻ dường như còn nguyên vẹn trải nghiệm căng thẳng về tâm lý khi hồi tưởng lại quãng thời gian vị thành niên với những trở ngại đối với các cơ hội học tập do nghèo đói và điều này cho thấy các áp lực tinh thần có thể tồn tại lâu dài trong cuộc đời: “Em có ý định đi học thêm nhưng gia đình thì khó khăn quá, bố mẹ tiền nong không có. Phải gia đình có điều kiện mới được đi học, [gia đình em] tiền nong thiếu không đi được” (PVS, nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Vòng luẩn quẩn nghèo đói đã không được phá bỏ đối với nam thanh niên này, khiến em tiếp tục cảm thấy gánh nặng tâm lý của người nghèo khi đã là người trưởng thành: “Như lúc này em vừa kể là bạn bè người ta mời mà mình không có gì, gia đình cũng nghèo không có gì đi với bạn thì cũng buồn. Thấy là kinh tế không có gì” (PVS, nam, 28 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Trong nhiều trường hợp, trẻ em cảm thấy cha mẹ chọn cho trẻ một con đường sự nghiệp khác với con đường mà trẻ tự chọn cho bản thân, đặc biệt là đối với các em trai, như được các em gái ở Điện Biên nêu ra trong một thảo luận nhóm:

- H Những chuẩn mực xã hội hay là những mong đợi của cha mẹ có gây áp lực khác nhau cho con trai và con gái không?
- Đ Có. Con trai bị áp lực vào con đường danh vọng nhiều hơn con

gái (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Một em trai 16 tuổi ở Hà Nội tổng kết những căng thẳng giữa cha mẹ và vị thành niên như sau: “Theo em thấy bố mẹ luôn muốn cho con mình cái tốt nhưng mà cái tốt đấy chưa chắc con đã muốn, với cả con bị kiểm soát về mặt ước mơ cũng như mặt suy nghĩ” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Ngoài ra, cũng có khá nhiều trường hợp các em bị so sánh với các thành viên thành đạt khác trong gia đình. Các em gái trong một thảo luận nhóm ở An Giang đã nhấn mạnh:

“Có bạn bị bắt học thêm nhiều không có thời gian tham gia các hoạt động xã hội. Con thấy nó có nhiều áp lực hơn gây chán nản cho người học tập. Sức ép từ trong dòng họ gia đình đó, toàn những người học giỏi, thành đạt. Bạn đó thì khả năng không có, nhưng bị sức ép từ những người đó, rồi gia đình muốn cho bạn đó đạt được những thành tích như vậy. Nên khả năng không có thì dẫn đến bạn đó chịu nhiều áp lực” (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang).

Các em cũng gợi ra rằng những khó khăn về kinh tế - xã hội có thể có liên quan đến tình trạng tự tử, như nhận định sau đây của một em trai vị thành niên ở An Giang: “Tự tử mới nghiệm thuốc này kia thì đa số rơi vào gia đình nghèo” (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang).

Yếu tố thứ ba ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý xã hội của trẻ em ở cấp hộ gia đình là những **căng thẳng trong gia đình**. Phổ biến là **áp lực gia đình muốn trẻ phải thể hiện xuất sắc ở trường** (xem thêm các yếu tố nguy cơ cấp trường học và hộp 3). Cha mẹ đặt kỳ vọng cao vào trẻ, muốn các em học lên đại học và đạt điểm cao trong các bài kiểm tra, “mắng” các em khi các em không đạt được những kỳ vọng đó. Một em gợi những kỳ vọng đó của cha mẹ là “bệnh thành tích” (PVS em trai, 13

tuổi, Hà Nội) và giải thích rằng “*Bố mẹ kỳ vọng nhiều thì khi [các bạn] không đáp ứng được thì các bạn cảm thấy rất là buồn và chán nản*”. Một em gái 13 tuổi ở Hà Nội khẳng định rằng cha mẹ em nói với em rằng họ sẽ “*xấu hổ*” nếu em không đạt thành tích tốt. Trên thực tế, trẻ bày tỏ cảm giác sợ hãi và lo lắng không biết phải nói với cha mẹ như thế nào khi bị điểm thấp.

“*Khi bị điểm kém, con sợ ba mẹ la*” (TLN em trai, 12 tuổi, An Giang).

“*Nếu bị điểm kém thì sẽ ăn đòn, bị đánh*” (TLN em trai, 13 tuổi, Hà Nội).

Trong khi hầu hết các em trả lời rằng cha mẹ đặt kỳ vọng cao như nhau đối với cả con gái và con trai, một em mô tả: “*Một số gia đình họ ít kỳ vọng ở con gái. Kiểu như là vẫn có cái định kiến về giới. [Ở những gia đình đó] con gái hầu như là không được làm những điều giống như con trai. Ví dụ như những gia đình cổ hủ thì họ có những suy nghĩ là con gái chỉ có nội trợ ở nhà thôi, còn con trai mới được đi học, rồi đi làm những công tác, ví dụ như làm bếp*” (PVS em trai, 13 tuổi, Hà Nội).

Cha mẹ có xu hướng so sánh con mình với các trẻ khác và các thảo luận nhóm chỉ ra rằng điều đó “*làm tổn thương đến lòng tự trọng*” và “*chỉ khiến việc học kém đi*” (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội). Một em gái kể lại rằng cha mẹ thậm chí kéo em gái em vào để gây áp lực tình cảm cho em, và kết quả là em cảm thấy bị “*đau đầu vào những lúc học hành nhiều quá*” và khi “*bố mẹ cứ điện cho, nói là con học hành tốt lên, rồi đưa điện thoại cho em gái bảo, đưa em gái thì nói chung nó mới 3 tuổi thôi, thì bố mẹ nhắc bảo là chị ơi cố lên, chị ơi mang giấy khen về cho em*” (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Căng thẳng trong học tập khiến em nghĩ đến việc thôi học: “*Cháu cũng có áp lực, đôi khi cháu nghĩ là chắc không đi học nữa, ở nhà tốt hơn vì ở đây cháu không gần bố mẹ; học kém thì chưa chắc gì học xong lớp 12 đã xin được việc*” (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Một số em

thậm chí bị cha mẹ đánh khi không đạt được điểm tốt. Đặc biệt, các em cho biết đã từng nghe nói đến những trường hợp tự tử khi bị cha mẹ mắng chửi do học hành kém.

Trẻ bày tỏ cảm giác chung cho rằng **cha mẹ “không hiểu” con cái** (TLN em trai, 16 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên) và khoảng cách cha mẹ - con cái trở nên xa hơn do những trở ngại trong giao tiếp cha mẹ - con cái. “*Như tâm lý của mình với cha mẹ cũng khác đó cô. Có những mâu thuẫn trong lời nói, như ba mẹ nhất quyết là ba mẹ là đúng hoàn toàn luôn, nhưng theo mình ý kiến đó là đúng cho bản thân nhưng mình cãi không được ba mẹ*” (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang). Trẻ cho rằng nguyên nhân dẫn việc không thể chuyện trò được với cha mẹ là do “*sợ*” kỳ vọng của cha mẹ đối với việc học tập ở trường, do cha mẹ không có đủ thời gian chuyện trò với con cái, và cảm giác rằng cha mẹ thường “*phủ nhận*” những điều trẻ nói. Không thể tâm sự về “*chuyện tình cảm*” do cha mẹ phản đối cũng là một trong những khó khăn của trẻ. Theo đó, “*những từ ngữ không thể chịu nổi của cha mẹ*” được xác định là một yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử: “*Có trường hợp bố mẹ chửi vài câu chạy lên rừng ăn lá ngón*” (TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Trong khi, hầu hết các trường hợp như vậy xảy ra với các em gái và liên quan đến áp lực kết hôn sớm, thì một vài em trai cũng đề cập đến ý nghĩ tự tử.

Trẻ cũng sợ hãi khi **cha mẹ xảy ra bạo lực**, đặc biệt trong trường hợp bạo lực xuất phát từ rượu. “*Vùng con thường các bạn cảm thấy áp lực gia đình quá lớn, bố hay bạo lực gia đình, bố mẹ ly dị, cảm giác như mình không có người che chở, cảm thấy cô đơn*” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Mâu thuẫn trong hôn nhân giữa cha và mẹ cũng ảnh hưởng trực tiếp đến trẻ: “*Ví dụ như nhà em có chuyện gì mà bố mẹ em cãi nhau ấy thì thành ra em lại là người hay bị bố mẹ nói nhiều nhất*” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Một em bổ sung rằng

em cảm thấy căng thẳng khi cha mẹ gây lộn bởi em lo sợ rằng cha mẹ có thể ly dị. “*Con sợ ba mẹ cãi nhau quá mức xong rồi ly hôn. Giống như là nếu mà ly hôn con sẽ không được sống với một trong hai người. Không được ba mẹ lo cho đầy đủ như lúc trước*” (PVS em trai, 12 tuổi, TPHCM). Những lo ngại về lạm dụng trẻ em trong hộ gia đình cũng xuất hiện mạnh mẽ trong các cuộc phỏng vấn ở TP Điện Biên Phủ như được nêu bật trong đoạn trích của một thảo luận nhóm với các em gái thuộc khoảng giữa lứa tuổi vị thành niên:

H *Các con đã nghe đến những trường hợp nào trẻ em bị đánh đập, bị bạo lực sau đấy dẫn đến tự tử chưa?*

Đ *Rồi.*

H *Xã con có không?*

Đ *Có.*

H *Có mấy trường hợp?*

Đ *Có rất nhiều trường hợp.*

H *Ai gây ra bạo lực? Bố mẹ bạn đấy hay là chồng bạn đấy gây ra bạo lực?*

Đ *Bố mẹ hoặc là chồng.*

H *Thường từ người bố hay người mẹ hay cả hai?*

Đ *Cả hai, đôi khi bố nghiện bố đi tù, mẹ ở nhà mẹ có người tình khác không còn thương con. Còn có thể mẹ mất rồi bố đi lấy mẹ mới, thì mẹ kể đối xử tàn nhẫn với các con. Trong bản có nhiều bạn có hoàn cảnh rất khó khăn, ở với mẹ với bố dượng thì bố dượng không thương, rồi bố dượng không cho đi học, bắt ở nhà làm việc.*

H *Có trường hợp tự tử là vì lý do này?*

Đ *Vâng.*

H *Trong mấy năm gần đây có mấy trường hợp như thế?*

Đ *Về các bạn có 2, 3 người, về vợ chồng phải là 5, 6 người.*

H *5, 6 người này khoảng bao nhiêu tuổi?*

Đ *Khoảng 16 đến 17 tuổi.*

H 2, 3 bạn này khoảng bao nhiêu tuổi?

Đ Khoảng 10 đến 15 tuổi. (TLN em gái 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Một số phỏng vấn người cung cấp thông tin chính cho thấy việc cha mẹ ly dị cũng là một yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần ở trẻ em: “*Cái lo nhất ở chúng tôi là các cháu có ba mẹ ly hôn. Một bộ phận cha mẹ không có trách nhiệm lắm đối với con cái nhất là khi đã lập gia đình riêng, các cháu bị bơ vơ, các cháu buồn. Tôi quan sát nhiều cháu nữ, một năm nó đi học nó không cười mấy lần. Tại làm sao mà cười được khi mà cuộc đời cháu nó khổ như thế?*” (PV giáo viên, An Giang).

Trong trường hợp các em gái đã kết hôn, **bạo lực gia đình** từ phía người chồng là căn nguyên chính dẫn đến tình trạng căng thẳng. Chẳng hạn, một người trả lời phỏng vấn cho biết chồng của em “*không đánh, chỉ tát vài cái*” (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Người vợ trẻ này cũng giải bày “*nhiều lúc cũng buồn lắm vì ông ấy cũng không hỏi vợ có suy nghĩ gì, hay vợ có muốn đi đâu, hay là ăn gì làm gì. Muốn có một người chia sẻ nhưng mà ông ấy hình như là cũng không quan tâm (cười gượng) nên là nhiều lúc cũng buồn lắm*” (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Một yếu tố xuyên suốt liên quan đến những căng thẳng trong gia đình là việc **thiếu giao tiếp giữa cha mẹ và con cái** – yếu tố này cũng được ghi nhận trong các phỏng vấn cán bộ. Nguyên nhân chính được nêu ra một mặt là bởi cha mẹ được cho là không có thời gian chuyện trò với con cái (xem trích dẫn ở hộp 3). Các cán bộ được phỏng vấn giải thích là do kết quả của việc chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường, cha mẹ phải đối mặt với những áp lực liên quan đến cạnh tranh về việc làm, dẫn đến sao nhãng và không quan tâm đến con cái. Việc trẻ “*bị để một mình*”, cùng với việc tiếp cận ngày càng gia tăng với truyền thông xã hội (xem bên trên),

có thể dẫn đến tổn thương tâm thần và tâm lý xã hội, kể cả đối với trẻ em trong các gia đình khá giả. Cha mẹ cũng được cho là “*thiếu kiên nhẫn*” với con cái trong khi trẻ em thường quá bận rộn việc học dẫn đến không có thời gian chuyện trò với cha mẹ. Ngoài ra, trẻ em lo sợ rằng nói với cha mẹ về tình trạng tâm lý của mình thì cha mẹ sẽ buồn và vì thế không thích chia sẻ với cha mẹ. Cuối cùng, việc cha mẹ kiểm soát trẻ nghiêm ngặt cũng là một nguyên nhân của các căng thẳng trong gia đình.

Chức năng của gia đình dường như đang dần thay đổi và phần lớn là do việc chuyển đổi từ mô hình gia đình truyền thống (thường bao gồm nhiều thế hệ khác nhau) sang mô hình gia đình hạt nhân trong đó trẻ em và vị thành niên thường cảm thấy đơn độc và vì thế ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của chúng. Kể về những khó khăn trong giao tiếp với cha mẹ, các em gái trong một thảo luận nhóm ở Hà Nội giải thích rằng đó là do “*khoảng cách thế hệ*” (TLN em gái, 17 tuổi, Hà Nội). Một em gái khác nhấn mạnh rằng em không thể giao tiếp với mẹ của em: “*Mẹ em thì khó nói chuyện lắm. Nếu như em nhận xét mẹ em thì mẹ em là một người khó tính, khó nói chuyện. Có việc gì mà không ưng ý mẹ em quát mắng sợ lắm, chẳng muốn nói chuyện nữa. Mới cả bây giờ mẹ em cũng đi chợ suốt ngày, đem những cái chuyện ở chợ, những câu nói không được hay về nhà nói đâm ra mình cũng chẳng muốn nói gì với mẹ*” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Các em khác khẳng định việc cha mẹ dành thời gian cho con cái là rất quan trọng để cha mẹ và con cái có thể hiểu nhau hơn:

“*Em nghĩ, bây giờ, để gia đình hiểu nhau hơn, em nghĩ là, thứ nhất là [bố mẹ] chỉ cần làm việc từ thứ hai đến thứ sáu thôi. Những người đi làm nhân viên ấy, thời gian làm chỉ cần từ thứ hai đến thứ sáu, còn thứ bảy, chủ nhật thì nên dành thời gian cho gia đình. Chứ bây giờ cứ chìm đắm vào trong*



‘Như hồi xưa mọi người có bữa cơm gia đình, mọi người có thời gian dành cho nhau rồi bây giờ những cái đó dần dần ít đi. Mọi người bận bịu hơn, ít dành thời gian cho nhau hơn. Ví dụ những đứa trẻ thì người ta sẽ để bé xem tivi nhiều, chơi ipad, người ta ít chơi với bé để giúp bé có kỹ năng tương tác xã hội. Cứ nghĩ đi làm rồi cho nó chơi một mình hoặc là giao cho một người nào đó nuôi. Đôi khi mình yêu con quá, mình bảo vệ con mình nhiều quá, thì nó cũng chậm tự lập hoặc là nó không có tương tác với bên ngoài. Có vấn đề gì thì ba mẹ đã đứng ra giải quyết rồi nó hổng có tự giải quyết được. Đó là một trong những nguy cơ đưa đến rối loạn tâm lý và tâm thần.’

PV cán bộ, Khoa Tâm lý,
Bệnh viện Nhi đồng 1, TP HCM



‘Thực tế, chương trình học của mình còn quá nặng nề. Ví dụ nó học trên trường có thể 1 ngày 2 buổi, tối phải đi học thêm, tới 10 giờ về học. 10 giờ về nó quá mệt mỏi rồi nhưng nó phải hoàn thành bài vở cho ngày hôm sau’

PV giáo viên THPT, TPHCM

công việc thì con cái thế nào cũng chẳng biết được, chẳng biết được là nó đang cần gì và nghĩ gì” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội).

Tương tự, một em trai tâm sự rằng:

“Cái con thấy buồn nhất đó là con cảm thấy cô đơn. Dù có bạn bè chơi trong trường đi nữa, khi ở nhà con hoàn toàn một mình. Vì ba mẹ con không có ở chung nhà nữa, nên giờ việc nói chuyện với ba mẹ là chuyện xa xỉ. Con cảm thấy khó chịu. Cái cảm giác cô đơn làm con cảm thấy khó chịu. Không phải vì áp lực học tập, áp lực học tập nó làm con khó chịu thật nhưng không có quan trọng” (PVS em trai, 17 tuổi, TPHCM).

Việc một bộ phận các bậc phụ huynh không lắng nghe con cái dường như cũng là một vấn đề đáng quan tâm:

“Ví dụ như nhiều bạn ngồi cạnh em [trong lớp] như kiểu bạn không bao giờ thích trao đổi với cả cha mẹ, không bao giờ tâm sự, không bao giờ trao đổi, tại mỗi lần tâm sự, trao đổi bố mẹ bạn ấy lại có ý không đồng tình, và không muốn trao đổi với bạn ý. Thế là bạn ấy cũng không có tâm trạng trao đổi mới cả bố mẹ bất cứ chuyện gì. Và một lý do nữa là nếu mà rơi vào hoàn cảnh gia đình nhiều nhà bố mẹ bận nhiều việc, thì cũng chẳng có thời gian mà chăm lo cho con cái. Nhiều trường hợp không lo được cho con cái, phải thuê cả người giúp việc, thì con cái như 1 tuần hay gì đó mới gặp bố mẹ một lần. Có thể coi bác giúp việc là bố hay là mẹ” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội).

4.2.2 Các yếu tố bảo vệ cấp hộ gia đình và các cách ứng phó

Nhìn chung, có nhiều cách ứng phó đối với các yếu tố nguy cơ hơn là các yếu tố bảo vệ ở cấp hộ gia đình. Tuy nhiên, từ các dữ liệu thu được, chúng tôi xác định được 2 nhóm yếu tố bảo vệ sau: (i) gia đình có địa vị kinh tế-xã hội khá giả giúp giảm nhẹ các căn nguyên dẫn đến căng thẳng ở thanh

thiếu niên; và (ii) gia đình có mối quan hệ tình cảm bền chặt hay gia đình gắn kết. Xét về **các yếu tố kinh tế - xã hội**, trẻ em nhấn mạnh rằng bạn bè trong các gia đình khá giả có xu hướng học hết lớp 12, tạo tiền đề cho việc học lên cao hơn và vì thế cơ hội tương lai tốt hơn. Tuy nhiên, theo một số em, những biến chuyển trong hệ thống giáo dục xét về tổng thể cũng góp phần tạo những cơ hội bình đẳng hơn cho mọi trẻ em trong cộng đồng: *“Theo em thì những điều tích cực thì giới trẻ hiện nay, nếu theo môi trường sống thì là môi trường sống có giáo dục. Theo em thì trong môi trường thì điều kiện học tập là mọi người đều được đi học, không phân biệt giàu nghèo và giới tính. Về phẩm chất thì được dạy dỗ tốt. Tiếp thu từ giáo viên kiến thức, cách làm người và tính đoàn kết” (TLN em trai, 13 tuổi, Hà Nội).*

Gia đình có mối quan hệ tình cảm bền chặt cũng là một yếu tố bảo vệ quan trọng giúp trẻ tránh khỏi những căng thẳng và căng thẳng tâm lý xã hội. Qua các cuộc phỏng vấn, trẻ cảm nhận được sự yêu thương nhiều nhất từ cha mẹ và ông bà, và trẻ thấy hạnh phúc khi có thể chia sẻ cảm xúc và những mối quan tâm với cha mẹ và ông bà. *“Ba mẹ cũng dành cho em thời gian là buổi tối. Ba mẹ em tâm sự với em chuyện vui chuyện buồn của ba mẹ. Và cũng hỏi em về vấn đề học tập ở trong trường. Em thấy thời gian đó là đủ rồi” (TLN em gái, 12 tuổi, An Giang).* Trẻ cũng chia sẻ cảm giác hạnh phúc khi được cha mẹ khen ngợi do được điểm tốt ở trường. Nói chung, vị thành niên cảm thấy rằng các em có thể nhận được sự tư vấn từ cha mẹ đối với hầu hết các vấn đề trong cuộc sống, nhưng thoải mái nhất là khi trao đổi về việc học tập:

“Con hạnh phúc vì con có ba với mẹ. Có gia đình ông bà ngoại con thương con, ông bà nội thương con. ... Ba con ngày xưa cũng học được môn toán nên bây giờ ba con còn nhớ. Mấy bài

khó con nhờ ba con thì ba con chỉ, thấy ở trên lớp dạy nói vu vu nên con không hiểu lắm. Con về nhà ba con chỉ cho con còn hiểu hơn” (PVS em gái, 12 tuổi, TPHCM).

Một số em trai cũng cho rằng gia đình em có mức độ gắn kết cao. Chẳng hạn, một em trai chia sẻ rằng *“về nhà và ăn cơm với gia đình”* khiến em hạnh phúc (PVS em trai, 15 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Một em trai khác trả lời em cảm thấy *“hạnh phúc nhất là khi ba mẹ không cãi nhau”* (PVS em trai, 12 tuổi, TPHCM). Các em bày tỏ cảm giác *“biết ơn”* vì *“được sinh ra từ bố mẹ”*. Trên thực tế, một em trai kể về những suy nghĩ của em khi em có ý nghĩ tự gây hại cho bản thân: *“Có lúc con suy nghĩ con kết thúc mọi thứ. Vì sao, vì con mất niềm tin vào cuộc sống. Nó không tốt như con tưởng tượng. Lúc đó là lúc con cảm thấy mệt lắm, buồn lắm. Nhưng vẫn may có nhiều thứ nó đã giữ con lại ít nhiều. Cha mẹ là những thứ tốt đẹp nhất trong cuộc sống hiện tại”* (PVS em trai, 17 tuổi, TPHCM).

Các em cảm thấy các em có thể dựa vào cha mẹ trong những lúc cần thiết. Một em trai mặc dù ban đầu không muốn chia sẻ với mẹ do sợ mẹ buồn, cuối cùng đã phát hiện ra rằng sau khi nói ra với mẹ và nhận được lời khuyên của mẹ, em cảm thấy *“nhẹ nhõm”* (PVS em trai, 12 tuổi, TPHCM). Các em khác cũng cho rằng các em có thể tìm về với cha mẹ khi có *“khó khăn”*. Một em trai thuộc khoảng giữa lứa tuổi vị thành niên giải thích: *“Hầu hết các bố mẹ đều có tâm trạng là nếu những vấn đề của mình mà mình nghiêm túc nói thì bố mẹ sẽ lắng nghe, em nghĩ thế, bố mẹ sẽ hiểu vấn đề của mình, bố mẹ em thế. Tùy bố mẹ, không phải bố mẹ nào cũng thế”* (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội).

Hơn nữa, trong khi nhiều em bày tỏ những lo ngại sâu sắc liên quan đến sự kiểm soát của cha mẹ trong cuộc sống, một số cũng nhận thức được rằng việc kiểm soát của cha mẹ là

một cách quan trọng giúp vị thành niên tránh những rắc rối. Chẳng hạn, một em bị cấm đến quán café internet một mình, và mẹ của một em khác nhận thấy những hành vi bất thường của con trai mình và đưa em đó đến gặp bác sỹ. Gắn kết gia đình cũng được các học sinh nội trú nhắc đến khi các em nói rằng các em nhớ cha mẹ và điện thoại cho cha mẹ mỗi khi có thể, thậm chí hàng ngày: *“Cháu nói chuyện qua điện thoại với bố mẹ hàng ngày vào buổi tối”* (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

4.3 Các yếu tố nguy cơ và bảo vệ cấp trường học

Trong phần này, chúng tôi tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ và bảo vệ có tác động đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh niên. Như trong các phần khác, trước khi phân tích dữ liệu sơ cấp, chúng tôi trình bày vắn tắt kết quả tổng quan các nghiên cứu khác được thực hiện tại Việt Nam xét về các yếu tố nguy cơ và bảo vệ ở cấp trường học. Nổi lên trong nhiều nghiên cứu như một yếu tố rủi ro cơ bản cho sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên là **áp lực học tập**. Áp lực phải học tốt do cha mẹ, thầy cô giáo và chính học sinh đặt ra cho bản thân được xác định là một yếu tố nguy cơ đối với cả trầm cảm (Nguyen và cộng sự, 2013b) và tự tử (Nguyen và cộng sự, 2013a). **Mâu thuẫn với giáo viên** hoặc các cán bộ khác trong trường là yếu tố nguy cơ dẫn đến trầm cảm, trong khi lạm dụng thể chất và tình cảm từ giáo viên hoặc các cán bộ khác trong trường có thể dẫn đến lo âu (Nguyen và cộng sự, 2013b). **Bắt nạt và áp lực đồng trang lứa** cũng được cho là có liên quan đến những vấn đề về sức khỏe ví dụ như khả năng tự tử cao hơn (Phuong và cộng sự, 2013) và khả năng có các hành vi như uống rượu và hút thuốc cao hơn (Jordan và cộng sự, 2013; SAVY II). Cuối cùng, vị trí trường học, ví dụ ở trường học

thuộc khu vực nội thành, tỷ lệ có ý định tự tử là cao hơn ở cả nam và nữ (Phuong và cộng sự, 2013; kết quả SAVY I và SAVY II). Cụ thể, tỷ lệ trẻ có suy nghĩ tự tử ở các trường học thuộc khu vực nội đô là 16,1%, so với tỷ lệ 4,6% ở khu vực ngoại ô (Phuong và cộng sự, 2013).

Về các yếu tố bảo vệ, một nghiên cứu chỉ ra rằng có gia sư sau giờ học ở trường là một yếu tố bảo vệ khỏi các triệu chứng trầm cảm, giảm tới 28% khả năng bị trầm cảm (Nguyen và cộng sự, 2013b). **Sự gắn kết trong trường học**, hoặc cảm giác là một phần hoặc cảm giác thuộc về cũng có vai trò như một yếu tố bảo vệ khỏi ý nghĩ tự tử (Phuong và cộng sự, 2013). Cuối cùng, sự gắn kết trong trường học và **sự trợ giúp của bạn bè đồng trang lứa** được nhận thấy là một yếu tố bảo vệ mạnh đối với trạng thái sức khỏe tâm thần của trẻ em – trên 40% trong tổng mẫu nghiên cứu gồm hơn 2.500 học sinh trả lời bạn bè nguồn trợ giúp chính của các em (Huong, 2009).

Nhiều trong số những phát hiện nói trên cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cho dù nghiên cứu của chúng tôi đi sâu hơn vào các chi tiết và hiểu biết bên trong. Ngoài ra, phát hiện của chúng tôi được củng cố hơn nữa bởi kết quả của Bảng hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn (SDQ) và Thang đo Sự tự tin và Khả năng ứng phó được thực hiện với 402 học sinh của bốn trường trung học cơ sở và bốn trường trung học phổ thông thuộc các điểm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của học sinh tham gia các đánh giá là 15,07 tuổi, trẻ bé nhất là 12 tuổi và trẻ lớn nhất là 17 tuổi. Học sinh nữ chiếm 60,2% tổng số mẫu nghiên cứu. 46,3% mẫu nghiên cứu thuộc các trường trung học cơ sở và số còn lại thuộc các trường trung học phổ thông. 43% sống ở khu vực nông thôn và số còn lại sống ở khu vực thành thị; 51,2% ở miền Bắc và số còn lại ở miền Nam.

Từ các kết quả tổng quát thu được qua hai thang đo nói trên, chúng tôi xác định được bốn nhóm vấn đề về hành vi và cảm xúc, tỷ lệ trẻ có các dấu hiệu cảm xúc bất thường chiếm tới 19,7% tổng số mẫu. Tỷ lệ trẻ có các vấn đề về hành vi/ứng xử trong nghiên cứu này cũng khá cao; với các biểu hiện điển hình như mất tự chủ – dễ nổi giận và mất bình tĩnh (21,4%). Đáng lưu ý chỉ có 8,2% trẻ em khẳng định chắc chắn bản thân không bị người khác lôi kéo.

Mặc dù chỉ có một số ít trẻ trả lời có những rối loạn ứng xử như đánh nhau, bắt nạt hoặc nói dối, nhưng việc nhiều trẻ tự đánh giá phần nào đó có các hành vi nói trên là vấn đề mà gia đình và nhà trường cần quan tâm, bởi vì trẻ có những rối loạn ứng xử như vậy sẽ phải đối mặt với những khó khăn không chỉ trong việc xây dựng các mối quan hệ xã hội mà còn trong sự phát triển cá nhân.

Phần đông trẻ trong mẫu nghiên cứu báo cáo có vấn đề hoặc có dấu hiệu tăng động giảm chú ý. Tỷ lệ trẻ có vấn đề về tăng động chiếm 8,5% ở mức bất thường là một vấn đề rất đáng lưu tâm. Rất ít trẻ em tự tin là có khả năng tập trung, phán đoán, phân tích, và có kết quả công việc luôn đạt hiệu quả. Các dấu hiệu này thường dễ bị cha mẹ và nhà trường bỏ qua, ít được quan tâm để có phương pháp giáo dục phù hợp.

Nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ trẻ em có vấn đề bạn bè ở mức bất thường chiếm 7%, thấp hơn đáng kể so với con số này ở một vài nghiên cứu khác. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ có khó khăn về vấn đề bạn bè ở mức ranh giới cao gấp 2-3 so với các vấn đề khác. Một bộ phận không nhỏ trẻ em có lối sống khá khép kín, ít bạn thân, không được bạn bè đồng lứa yêu mến, có xu hướng thích chơi với người lớn tuổi, đặc biệt một số trẻ là nạn nhân hoặc có nguy cơ bị bạn bè trêu chọc, bắt nạt. Điều này cho thấy quan hệ bạn bè là một vấn đề khó

khăn đối với trẻ em trong lứa tuổi học đường.

Các vấn đề về hành vi và cảm xúc nêu trên có sự khác biệt theo đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ em. Nhóm trẻ lớn tuổi hơn, học ở cấp học cao hơn có nhiều vấn đề khó khăn hơn so với nhóm trẻ em ít tuổi hơn và ở cấp học thấp hơn; trẻ em gái có nhiều vấn đề khó khăn hơn so với trẻ em trai. Trẻ em gái gặp nhiều vấn đề về cảm xúc/tình cảm hơn so với trẻ em trai; ngược lại, trẻ em trai gặp nhiều vấn đề về bạn bè hơn so với trẻ em gái. Trẻ em ở nhóm tuổi cao hơn có vấn đề về tăng động cao hơn so nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn. Tăng động dường như phổ biến hơn ở nhóm trẻ em lớn tuổi hơn, sống ở khu vực thành thị và các thành phố lớn.

Đối với vấn đề xã hội tích cực, đa số trẻ em trong mẫu nghiên cứu này có quan hệ xã hội tích cực với 80,6% trẻ ở mức bình thường và chỉ có 4,5% trẻ ở mức bất thường. Nhìn chung, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trẻ em về vấn đề xã hội tích cực, nhưng tổng điểm trung bình vấn đề xã hội tích cực được ghi nhận cao hơn ở nhóm trẻ từ 15 tuổi trở xuống, nhóm trẻ em gái, nhóm trẻ học cấp trung học cơ sở và nhóm trẻ sống ở nông thôn.

Tương tự, nghiên cứu này cho thấy có sự khác biệt theo nhóm tuổi và khu vực sống trong tỷ lệ trẻ có những dấu hiệu bất thường. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nhóm từ 16 tuổi trở lên, nhóm trẻ em gái, nhóm trẻ ở khu vực nông thôn và nhóm trẻ miền Bắc. Đáng chú ý tỷ lệ trẻ em có những dấu hiệu bất thường cao nhất ở Điện Biên – một tỉnh miền núi phía Bắc, và An Giang – một tỉnh thuộc vùng đồng bằng sông Cửu Long. Xin xem Phụ lục 3 để biết thêm chi tiết về những phát hiện này.

4.3.1 Các yếu tố nguy cơ cấp trường học

Từ các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, xác định được ba nhóm yếu tố nguy cơ tiềm tàng đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội bắt nguồn hoặc liên quan đến môi trường học đường: 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.

Trong phần lớn các cuộc phỏng vấn, trẻ em và thanh niên trong ba độ tuổi (11-14, 15-17, và 18+) đồng ý cho rằng **áp lực học tập** mà các em phải đối mặt ở trường là một trong những mối lo lắng chính của các em. Đối với nhóm nhỏ tuổi hơn, các em đặc biệt lo lắng về những môn học mà các em phản ánh là học chưa tốt - hầu hết là Tiếng Anh và Toán; tương tự, các nhóm lớn tuổi hơn (15-17, 18+) cảm thấy bị áp lực khi chưa làm bài tốt, bị điểm kém hoặc khi có các kỳ thi quan trọng (ví dụ thi đại học). Tất cả các nhóm đều cảm thấy tự mình đặt kỳ vọng lớn lên bản thân, và vì thế tiếp tục nhen nhóm cảm giác căng thẳng và lo âu. Điều này trầm trọng hơn khi các em so sánh điểm số của các em với điểm số của bạn bè; như trong một thảo luận nhóm, các em trong độ tuổi 15-17 trả lời rằng “ganh đua trong học tập” hiện là một trong những phần căng thẳng nhất trong cuộc sống của các em.

Với tất cả học sinh, lớp chọn có tính cạnh tranh cao và một khi đã vào lớp đó, các em thậm chí còn chịu nhiều áp lực hơn để tiếp tục phấn đấu trở thành một thành viên thực sự của lớp. Thảo luận nhóm (15-17) cho thấy học sinh dân tộc thiểu số thậm chí còn cần có điểm số cao hơn để có thể vào được các trường năng khiếu, mặc dù điều này là mâu thuẫn với suy nghĩ của các học sinh khác khi cho rằng học sinh dân tộc thiểu số có thể điểm số kém hơn mà vẫn đỗ vào trường. Như đã đề cập trong phần về các yếu tố rủi ro cấp hộ gia đình nói trên, nhiều học sinh cũng nói về áp lực từ phía gia đình muốn em có thành tích tốt ở trường và điều này hiển thị rõ ràng trong các

nhóm tuổi lớn hơn: “*Hầu như là bố mẹ muốn mình giỏi, xuất sắc thì mình cũng muốn bố mẹ được hãnh diện các thứ, suốt ngày cứ đâm đầu vào học, sẽ xa lánh bạn bè, tự kỷ các thứ*” (TLN em gái, 16 tuổi, Hà Nội). Tương tự, một em gái ở TP Điện Biên Phủ cảm thấy áp lực từ cha: “*Khi bố mẹ mang bảng điểm lên rồi xin dấu ở ủy ban, thì khi ấy họ sẽ thấy điểm của mình kém nên cháu cũng ngại đưa cho bố mẹ. Thì bố nói là con thua kém con người ta. Rồi bố nói rất nhiều. Mẹ cháu bảo là nếu mà không học được thì nghỉ học thôi. Cháu có nói với bạn bè là mẹ bảo cho nghỉ học, thế mà chị của cháu lại khuyên cháu là nên nghỉ học, để bố mẹ đỡ phải khổ vì nuôi mình đi học*” (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Các em thuộc các nhóm tuổi lớn hơn cũng nói về ảnh hưởng của các vấn đề trong gia đình đến việc học tập của các em ở trường. Một em gái 18 tuổi đã bày tỏ lo lắng vì gia đình em không thể chi trả học phí cho các lớp học thêm của em và vì cùng với việc học tập ở trường, em cũng phải thực hiện những công việc gia đình khác và điều đó tạo áp lực cho việc học tập của em.

Về những khác biệt giới, cả em gái và em trai dường như cùng cảm thấy căng thẳng và áp lực khi đến trường, bao gồm áp lực từ bạn bè và áp lực từ cha mẹ/các thành viên trong gia đình lên thành tích học tập. Tuy nhiên, cách nhìn nhận và ứng phó lại mang những khác biệt về giới. Các em gái được xem như không có đủ sức để theo những ngành học khó hơn: “*Mà bọn em [một số em gái] lại thuộc về ban A ban B, tức là toán, lý, hóa, sinh thì thành ra là rất là đau đầu. Người ta nói rằng là những ban học này ví dụ như con trai mới có sức học được. Theo em tìm hiểu là như thế. Em thấy người ta nói là con gái nếu mà để mà học cấp 3 thì tốt nhất nên chọn những ban nhẹ nhẹ, đừng học những môn quá nặng vì nó sẽ ảnh hưởng tâm lý*” (PVS em gái, 18 tuổi, Hà Nội). Các em gái cũng cho biết các em cần hỗ trợ nhiều nhất trong một số môn học

cụ thể (Tiếng Anh và Toán). Các em trai, tuy nhiên, lại lưu ý rằng: “*Các bạn nữ thì chăm [học] hơn và như một cỗ máy lập trình*”, và “*các bạn ấy thường khóc khi bị điểm kém*” (TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Các em gái cũng cảm thấy áp lực nặng nề từ phía cha mẹ và thường bị so sánh với các anh chị em trong gia đình: “*Bố mẹ nghĩ là cứ so sánh nó với đứa khác xong thấy tấm gương ấy nó sẽ học tập theo thì nó sẽ tốt hơn, nhưng thực chất chỉ động đến lòng tự trọng, cảm giác tổn thương về tâm lý làm cho càng học dốt đi*” (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội).

“*Thực tế, chương trình học của mình còn quá nặng nề. Ví dụ nó học trên trường có thể 1 ngày 2 buổi, tối phải đi học thêm, tới 10 giờ về học. 10 giờ về nó quá mệt mỏi rồi nhưng nó phải hoàn thành bài vở cho ngày hôm sau*”

PV giáo viên THPT, TPHCM

Như đã đề cập ở phần về các yếu tố nguy cơ ở cấp hộ gia đình, dường như các em gái chịu nhiều áp lực hơn các em trai trong việc đảm nhiệm các công việc gia đình trong thời gian đi học. Các em trai cũng cho biết các em cảm thấy áp lực khá lớn từ phía cha mẹ, bạn bè và thầy cô giáo. Các em kể rằng thay vì đi chơi với bạn và nghỉ Tết, các em vẫn phải học. Điều này chỉ ra những khác biệt về giới/những vai trò giới được kỳ vọng, vì các em gái, cho dù phải học hay không, có vẻ ít được đi chơi với bạn và có ít thời gian rảnh để tham dự các lễ hội.

Rất khó để tách bạch những điểm khác biệt giữa trẻ em đang sinh sống tại khu vực nông thôn, bán đô thị và đô thị. Tại các khu vực nông thôn, có cảm giác rằng áp lực học hành thường đi kèm với áp lực cạnh tranh với bạn bè đồng trang lứa, bởi vì nếu học không tốt, rất có khả năng trẻ phải quay trở về làng với rất ít các lựa chọn tương lai. Như vậy, giáo dục có thể đem lại cho trẻ một lối thoát. Áp lực liên quan đến nghèo đói cũng trở nên rõ ràng hơn ở các vùng nông

thôn. Một em trai chia sẻ em đã cảm thấy thua kém như thế nào khi bị bạn bè trêu chọc là “*quá nghèo*” do em đi bộ đến trường. Áp lực do vừa phải đi học vừa phải làm việc nhà cũng xuất hiện rõ rệt hơn ở khu vực nông thôn so với các khu vực khác, mặc dù một phần là do phần lớn các em được phỏng vấn đến từ các khu vực đô thị và bán đô thị ở nội trú trong trường.

Trẻ thuộc khu vực bán đô thị cho biết muốn thôi học do không thích học và do học kém hơn bạn bè và các thành viên gia đình, trong khi điều này không thấy xuất hiện ở khu vực nông thôn. Có thể do trẻ thuộc khu vực ngoại vi muốn nắm bắt các cơ hội khác ngoài học hành trong khi trẻ thuộc khu vực nông thôn có ít các cơ hội khác và học hành được xem như là con đường thoát ly. Một em gái ở TP Điện Biên Phủ cho biết, do yêu cầu của các môn học như Toán và Tiếng Anh, các em đã phải dừng các hoạt động ngoại khóa: “*Có quá ít thời gian để làm điều mình đam mê. Như bạn này có thể thích hội họa nhưng kén thời gian học nên không thể vẽ*” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Việc thức khuya để học phần lớn xảy ra ở khu vực đô thị, và đáng chú ý là phần lớn các em gái đề cập đến vấn đề này. Theo một em gái ở Hà Nội thì “*Các thầy các cô bảo là không thức đêm nhiều vì thức đêm hôm sau không thể đi học được. Vậy mà em thức muộn nhất cũng phải tầm 1 giờ, 2 giờ còn nếu mà sớm thì 12 rưỡi*” (PVS em gái, 16 tuổi, THCS, Hà Nội). Một em gái ở TPHCM cũng cho biết:

H Lý do gì khiến các bạn lo lắng, sợ sệt và dẫn đến tự cô lập bản thân?

Đ Em nghĩ là thứ nhất là do việc học ở trên trường quá nhiều nên gia đình áp lực tụi em là phải học, rồi cái mức độ học rất là nhiều, thậm chí là tụi em đi học từ sáng đến 9 giờ tối mới về đến nhà. Rồi sau đó còn phải làm bài tập nữa. Nếu như mà sáng hôm sau mà lên lớp



‘Có khi em yêu cầu phụ huynh phải cắt mạng thử 1 thời gian xem nó có thay đổi cái thói quen hành động của nó không. Do năm lớp 11 em theo cái thằng này là em có dạy cái thằng này năm lớp 11. Nó nghiện game mà nó lên trên lớp nó vật va vật vướng. Nhưng sang lớp 12 khi mình bắt nó làm cam kết giao kèo của mình thì em thấy nó vẫn còn chơi game, nhưng nó tốt hơn, em thấy nét mặt nó có sinh khí hơn, và nó có khả năng tập trung vào bài vở tốt hơn. Còn trước đó hoàn toàn chuyện giáo viên nói là ngoài tai, vì nó không có khả năng tập trung lúc nào nó cũng nghĩ tới game hết. Thì em thấy nó cũng có thay đổi. Nên vừa tác động tới nó vừa tác động tới phụ huynh. Bắt phụ huynh phải hợp tác với mình thì giáo dục mới thành công’

PV giáo viên, TPHCM

không có đủ bài tập thì tụi em sẽ bị phạt. Khi mình lên lớp mà chưa có làm bài xong thì sẽ sợ, lo lắng và cái tình trạng đó cứ kéo dài. Lúc nào cũng sống trong tình trạng lo lắng là hôm nay mình không có đủ bài tập lên lớp rồi sẽ như thế nào, bạn bè sẽ cười mình” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM).

Như tất cả các học sinh khác, các em ở khu vực đô thị cũng cảm thấy áp lực từ cha mẹ. Các em cho biết, kỳ vọng đối với con cái dường như cao hơn ở các gia đình trung lưu, và cao nhất ở các gia đình có cha mẹ làm bác sỹ hoặc giáo viên: “Có khi mình muốn làm nghề đó nhưng ba mẹ lại không muốn hướng đến cho mình, ngăn cản chẳng hạn” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM).

Tất cả những điều nói trên đã dẫn trẻ em đến những cảm xúc như giận dữ, buồn bã, lo lắng, căng thẳng, lo âu, ghen tị, thất vọng, tiếc nuối, hụt hẫng, mặc cảm và xấu hổ - với những cảm xúc khác nhau xuất hiện trong những tình huống khác nhau. Ví dụ, trẻ cảm thấy tức giận, tiếc nuối, thất vọng và hụt hẫng khi nhận được điểm thi hoặc nhận xét của giáo viên. Mặt khác, trẻ cảm thấy thua kém và ghen tị do cạnh tranh với bạn bè (xem thêm phần về các yếu tố nguy cơ cấp trường học dưới đây). Trẻ cũng cảm thấy lo âu, lo lắng, và xấu hổ khi họ phải thông báo điểm thi của mình cho cha mẹ. Cũng xuất hiện các dấu hiệu về thể chất bao gồm khóc, bỏ bữa – “*Có khi các bạn nữ bị điểm kém trưa bỏ bữa luôn, không ăn*” (TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ), gặp ác mộng (liên quan đến việc một em trai phải đưa bản nhận xét của giáo viên cho mẹ ký và lo sợ mẹ sẽ có phản ứng tiêu cực), đau đầu, trầm cảm, ngất do học nhiều và thức khuya. Theo các em ở các nhóm tuổi lớn hơn, áp lực từ bạn bè cũng dẫn đến những cách ứng phó tiêu cực, trong đó có hút thuốc và uống rượu. Đặc biệt, các em trai lưu ý rằng những cảm giác căng thẳng như vậy có thể khiến các em cảm thấy muốn bỏ học. Một số em thậm chí cho rằng căng thẳng trong học tập là một yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử.

Yếu tố nguy cơ chính thứ hai ở cấp trường học là **những bất ổn trong môi trường học đường, trong đó bao gồm việc thiếu hỗ trợ của nhà trường đối với học sinh. Bắt nạt** được nói đến trong hầu hết các cuộc phỏng vấn, nổi lên như một yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em, với các dạng thức từ nhẹ đến nặng tùy theo lứa tuổi, giới tính và địa bàn. Đoạn phỏng vấn một em trai 13 tuổi ở Hà Nội sau đây đã cho thấy điều này: “*Em rất dễ tự ái, nên là khi bị mọi người trêu chọc là ảnh hưởng tâm lý nhất đối với em*”. Bắt nạt học đường thường xảy ra dưới dạng

trẻ bị trêu chọc, đôi khi bị đánh hoặc bị bắt cung cấp tiền, thường là do trẻ lớn hơn thực hiện. Trẻ em trai bị đánh nhiều hơn và trẻ em gái bị trêu chọc nhiều hơn. Lý do trêu chọc bao gồm chế giễu về chiều cao, về việc “như đàn ông” (rõ ràng có ảnh hưởng đến các em gái), về việc ít giao tiếp xã hội, trầm tính và không có bạn, về việc giữ vị trí lãnh đạo trong lớp và phải báo cáo giáo viên về hành vi của người khác, và về việc học chưa tốt ở trường. Lý do cuối cùng được nhiều em ở khu vực đô thị đưa ra, cho thấy dường như áp lực học tập ở khu vực đô thị thậm chí còn cao hơn ở các khu vực khác. Một em gái ở Hà Nội chia sẻ rằng các bạn cùng lớp trêu em vì hoàn cảnh tài chính của gia đình em và vì em không thể chi trả được bảo hiểm y tế và các chuyến dã ngoại với trường. Trong một vài trường hợp, khi bị đánh, giáo viên đã can thiệp. Trong các trường hợp khác, trẻ ngại nói với thầy cô giáo vì sợ càng bị bắt nạt. Một em trai ở TPHCM cho biết kết quả sau khi em ghi tên các bạn quậy phá, các bạn này “chờ thầy đi ra khỏi lớp rồi đóng cửa lại, uýnh bạn này” (TLN em trai, 13 tuổi, TPHCM).

Cùng với bắt nạt, **mâu thuẫn với bạn bè** xảy ra ở tất cả các điểm nghiên cứu và tất cả các nhóm tuổi. Trẻ kể rằng bị “*nói xấu sau lưng*”, “*bị các bạn hiểu lầm*” và “*bị cô lập*”, dẫn đến cảm thấy buồn, không trò chuyện với các bạn, giận, và không thể tin tưởng vào bạn bè. Trong một vài trường hợp, trẻ em, đặc biệt là các em gái, bị xúc phạm bởi những lời lẽ lăng mạ, như trường hợp của một em gái 13 tuổi ở Hà Nội: “*Các bạn nói những kiểu như là ở con này xấu tính lắm, xong đi lắm rồi nó hay nói xấu đứa nọ hay nói xấu đứa kia, kiểu như thế thôi. Nhưng mà thực ra con không hề như thế, riêng cái việc con điều thôi bọn nó nói quá lên thành kiểu đấy*”. Trong một thảo luận nhóm, một em gái 13 tuổi ở Hà Nội gợi ra việc bị “*nói xấu*” sau lưng hoặc bị là chủ đề đàm tiếu là một yếu tố nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến tự tử. Các em

cũng cho biết cảm thấy buồn khi bạn bè nóng nảy với nhau, đặc biệt một vài em (ở Hà Nội) kể rằng các bạn sử dụng ngôn ngữ tục tĩu và “*những từ kinh khủng*” đối với các trẻ đến từ “*các gia đình nghèo khó*”. “*Sự hiểu lầm giữa bạn bè*” (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ) là một trong những vấn đề được các em nói đến nhiều nhất ở tất cả các địa bàn:

H *Ngoài ra còn có gì làm cháu buồn nữa không?*

Đ *Bạn bè không hiểu ý nhau, rồi các bạn thì nghĩ không đúng.* (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Xa gia đình và ở nội trú trong trường cũng là tác nhân gây căng thẳng. Trong nghiên cứu này phần lớn liên quan đến những em thuộc các nhóm tuổi lớn hơn và những em ở khu vực đô thị và bán đô thị. Điều này một mặt là do trẻ nhớ cha mẹ (“*khóc khi nói chuyện với bố mẹ qua điện thoại*”), mặt khác là do tình bạn trở nên quan trọng hơn trong những bối cảnh như vậy. Khi có xung đột với bạn bè hay bị bạn bè bắt nạt, trẻ thậm chí còn khó chấp nhận hơn. Mặc dù cả các em trai và các em gái cùng nhớ nhà và cha mẹ, thì theo các em trai, các em gái cảm thấy nhớ nhà hơn. Trong một thảo luận nhóm ở TP Điện Biên Phủ, các em trai tường thuật câu chuyện về một em gái bị ngắt vì nhớ nhà.

Thiếu các hoạt động giải trí cũng là một vấn đề được các học sinh đề cập đến trong phạm vi môi trường học đường. Các em một mặt cho rằng cần có nhiều hoạt động ngoại khóa hơn nhằm giải tỏa stress, mặt khác cho biết thời gian biểu kín trong ngày khiến các em khó có thời gian mà giải trí.

Cách ứng xử của thầy cô giáo cũng là một yếu tố có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em. Nhiều em thuộc tất cả các nhóm tuổi ở tất cả các địa bàn nghiên cứu chia sẻ cảm giác không được giáo viên quan tâm hỗ trợ. Các

em cho biết giáo viên “*không lắng nghe*”; các em gái kể về việc giáo viên có những lời nói khiến các em nhụt chí theo đuổi những hoài bão nghề nghiệp, thậm chí bảo các em từ bỏ những ý tưởng đó; giáo viên cũng thường mắng mỏ khi các em mắc lỗi hoặc đến muộn. Các em gái cũng nói về cảm giác run rẩy bị giáo viên ngắt lời và khi phải nói trước đồng người. Các em cho biết cảm thấy buồn khi không được giáo viên động viên khích lệ; và thêm vào đó, cảm thấy sợ khi bị giáo viên phạt, mắng, đôi khi là đánh (phần lớn là giáo viên nam) bằng thước kẻ hoặc véo tai, có trường hợp dùng thắt lưng, dù điều này phần lớn xảy ra với các em trai. Theo một thảo luận nhóm với các em gái 13 tuổi ở Hà Nội thì: “*Các bạn nữ ít bị đánh. Con gái nhẹ nhàng yếu ớt thì ít khi bị đánh*”. Học sinh hiếm khi báo cáo về việc bị đánh do sợ giáo viên sẽ tiếp tục xử phạt bằng cách cho các em điểm kém trong tương lai. Mặc dù tình trạng giáo viên thiếu hỗ trợ hiện diện ở tất cả các địa bàn nghiên cứu, học sinh tại khu vực đô thị đề cập nhiều hơn cả về sự trừng phạt cũng như tình trạng gần như là bất khả xâm phạm của giáo viên, như trong hai trích dẫn sau đây của các em ở Hà Nội: “*Lúc con đi học thể dục thấy thầy nào đấy, thầy cầm cái thước thấy phang một phát vào chân. Có nhiều khi thầy rút thắt lưng ra đánh đấy ạ*” (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội). Tương tự, “*Bây giờ nếu mà cô sai mình vẫn phải nhận sai. Mình không cãi được, các cô là thượng đế*” (TLN em trai, 16 tuổi, THPT, Hà Nội).

Yếu tố nguy cơ cuối cùng mà các em nói đến liên quan đến **những mối quan hệ tình cảm**. Sở dĩ chúng tôi thảo luận về yếu tố này ở đây là bởi vì các mối quan hệ tình cảm thường bắt nguồn từ môi trường học đường và thường, mặc dù không phải là luôn luôn, liên quan đến tình trạng căng thẳng. Nhìn chung, có cảm giác rằng ở tất cả các nhóm tuổi và địa bàn, trừ nhóm tuổi nhỏ hơn bởi các em được xem là quá nhỏ để có những mối quan hệ như vậy (theo

một em gái 14 tuổi ở xã Keo Lôm, Điện Biên thì bố mẹ và ông bà sẽ nói với trẻ em dưới 15 tuổi là “con còn bé chưa biết gì đừng có yêu sớm”, cha mẹ và thầy cô giáo không chấp nhận những mối quan hệ như vậy và sẽ cấm đoán các em, phần lớn bởi vì họ cảm thấy (như các em chia sẻ) chuyện tình cảm sẽ làm phân tán các em khỏi việc học. Một vài học sinh kể lại rằng thầy cô giáo “nghĩ là quen thì quen nhưng mà chuyện học phải đảm bảo, nếu chuyện học không đảm bảo thì lúc đó mới phải can thiệp vào” (PVS em gái, 15 tuổi, TPHCM). Em gái ở TPHCM cũng giải thích thêm rằng “Tại vì đầu năm là trường con không có những qui định là cấm về chuyện tình cảm, biểu lộ trong trường nhưng tại vì trường con có vài trường hợp là thân thiết quá mức, kiểu như có xu hướng tình dục này nọ, nên trường con sợ quá mới cấm không cho, kiểu có xu hướng đó trong trường. Chỉ nên tình bạn trong sáng thôi”. Mặc dù vậy, các mối quan hệ vẫn tiếp diễn, và tiếp tục bị căng thẳng hơn nếu bị bố mẹ hoặc thầy cô giáo phát hiện. Trường hợp của em trai dưới đây là một ví dụ. Khi giáo viên phát hiện em có bạn gái và thông báo tới cha mẹ, em đã phải chia tay bạn gái và điều này khiến em giận dữ, có cảm giác “mất đi niềm vui”, và cảm thấy cô giáo không ủng hộ (xem ở phần trên). Khi mối quan hệ tình cảm tan vỡ, buồn phiền xâm chiếm các em và khiến các em bị phân tâm trong việc học hành.

Đặc biệt, các em gái ở khu vực đô thị nói về các vấn đề tình cảm như là một trong những hiểu lầm lớn nhất giữa cha mẹ và con cái, như trong câu chuyện dưới đây với một em gái nhỏ ở Hà Nội:

H Điều gì bố mẹ không hiểu con cái nhất?

Đ Tình yêu. Ở nước ngoài ấy người ta thường không ngăn cấm, ở lứa tuổi bọn con mà yêu nhau rất là phổ biến. Người ta sẵn sàng cho con yêu nhưng đừng bao giờ dựa dẫm người khác, phải học tốt, cho con những trang bị tâm lý. Còn

nước mình thì kiểu nghĩ rằng cứ yêu là sa sút, không được thể, bắt con học ngày học đêm, cấm được yêu, áp đặt áp lực lên con cái” (PVS em gái, 13 tuổi, Hà Nội).

Nhiều trẻ em, ở tất cả các địa bàn nghiên cứu, cũng nói về các mối quan hệ tình cảm như là những yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử. Theo các em, tự tử có thể do tình yêu không được đáp lại; cha mẹ phát hiện và phản đối hoặc cấm đoán; và riêng đối với các em gái, là cảm giác ghen tuông. Đặc biệt, các em gái chia sẻ những câu chuyện về những người tự tử/toan tự tử, bằng cách ăn lá ngón như một số em ở Điện Biên.

Khó chịu cũng là cảm giác của nhiều người trả lời, đặc biệt là các em gái, khi bị đồn đại và gán ghép có chuyện tình cảm với một bạn khác giới. Điều này dẫn đến một số em ngại ngùng khi nói chuyện với các bạn khác giới vì sợ bạn bè đồn thổi.

4.3.2 Các yếu tố bảo vệ, các đáp ứng và chiến lược ứng phó cấp trường học

Một số yếu tố bảo vệ, các đáp ứng và chiến lược ứng phó ở cấp trường học đã được xác định qua nghiên cứu này và nhiều trong số đó trùng với các yếu tố bảo vệ, các đáp ứng và chiến lược ứng phó cấp cá nhân.

Ở cấp trường học, một đáp ứng quan trọng chính là **các phòng tham vấn tâm lý**. Các phòng này phần lớn được đặt tại các trường học thuộc khu vực đô thị và nhiều trường có liên hệ hoặc nhận được hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ bên cạnh nguồn quỹ của Sở LĐTBXH (xem phần 5 dưới đây). Theo những người tham gia nghiên cứu, các em gái có xu hướng tới phòng tham vấn tâm lý nhiều hơn các em trai và thấy hình thức này là hữu ích. Một em trai từng tới phòng tham vấn tâm lý giải thích rằng nhà tham vấn “chỉ tâm sự thôi; thầy cũng dẫn dắt em bước qua khó khăn của mình khi bị các bạn bạo lực về mặt tinh thần đối với mình” (PVS

em trai, 13 tuổi, Hà Nội). Một em gái 18 tuổi khác ở Hà Nội tới phòng để tham vấn về việc bị bắt nạt và trêu chọc do không thể chi trả phí học thêm, chi phí đi tham quan với trường, và chi phí mua bảo hiểm y tế; em cũng cho biết các bạn bè của em không tới phòng tham vấn. Phòng vấn các nhà tham vấn tâm lý học đường cho thấy trong những trường hợp có thể, họ cố gắng tạo một môi trường an toàn và dễ tiếp cận để học sinh chia sẻ cảm xúc: “Em tạo một mối quan hệ cởi mở với học sinh thành ra các con rất thoải mái. Có khi chỉ là thấy trò đi ở sân trường nói chuyện với nhau, các con có thể nói với em là thấy ơi không tham vấn gì đâu, con chỉ muốn nói chuyện với thầy cho đỡ buồn thôi” (PV cán bộ tham vấn học đường, Hà Nội).

Phòng tư vấn/tham vấn cũng bộc lộ nhiều nhược điểm, bao gồm việc học sinh không biết tới sự hiện diện của phòng trong trường và do đó hiếm khi bước vào (trường hợp ở An Giang, phòng tham vấn tâm lý vì không sử dụng nên được chuyển thành phòng học), phòng chỉ có nhà tư vấn/tham vấn nam – khiến các em gái ngại ngùng khi cần chia sẻ cảm xúc, tới việc phòng tham vấn tâm lý được đặt tại thư viện, không đủ không gian riêng tư cần thiết để các em có thể chia sẻ một cách thoải mái (Hà Nội). Thậm chí khi học sinh tìm đến sự hỗ trợ của nhà tham vấn, thường là học sinh ở khu vực đô thị hơn là học sinh ở khu vực nông thôn và bán đô thị, các em chỉ chia sẻ những vấn đề liên quan đến trường học và không chia sẻ “những vấn đề riêng tư”. “Với các chuyện gia đình thì hầu hết các bạn đều không đến đó, là khi mình có áp lực về bạn bè, áp lực trong học tập” (TLN em trai, THCS, Hà Nội). Ở khu vực đô thị, các em cũng cho biết các em thích tìm lời khuyên từ bạn bè hơn vì đó là “những người có cùng quan điểm” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Đoạn trích sau đây từ một thảo luận nhóm ở TPHCM tổng hợp các nhược điểm của các phòng tham vấn: “Em thấy phòng này cũng có nhiều bạn vô nhưng đa số là chia sẻ

với bạn, cũng có nhiều người thậm chí không biết cô Hoa là ai. Nhưng đối với tụi em thì phòng này rất là cần thiết. Còn một số bạn khác thì không biết về sự tồn tại của phòng này trong trường” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM).

Một số học sinh nhắc đến các tiết học về **kỹ năng sống và giáo dục công dân** mà các em được học ở trường, cho rằng các tiết học đó giúp các em ứng phó với căng thẳng. Các em cho biết các em được dạy về kỹ năng sống trong các giờ sinh học, bao gồm kỹ năng kiểm soát những cảm xúc tiêu cực, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng đối phó với bạo lực, kỹ năng đối phó với căng thẳng và buồn bã, kỹ năng tự tin, kỹ năng giải quyết vấn đề, sức khỏe thể chất, và bảo vệ khỏi các “tệ nạn xã hội” như rượu, ma túy và thuốc lá. Các tổ chức phi chính phủ, chẳng hạn như World Vision, cũng thường hỗ trợ cho các câu lạc bộ như vậy:

“Ngoài ra ở một số nơi mà chúng em cũng đã làm được bài bản hơn, dưới hệ thống bảo vệ trẻ em ở cộng đồng ở cấp xã, thì chúng em có các câu lạc bộ trẻ em. Nó như là một chân rết của hệ thống này. Các câu lạc bộ này ngoài việc các em tham gia để rèn những kỹ năng sống, tăng cường các kiến thức khoa học xã hội theo chủ đề mà các em đã đặt ra thì có thêm một mảng hoạt động nữa chính là nhóm đối tác nhí của Tâm nhìn thế giới tại địa phương để các em tự phát hiện ra xem bạn bè mình có vấn đề gì không, và những nhu cầu của các em. Hiện nay theo số liệu thì tâm nhìn thế giới có hơn 800 câu lạc bộ trẻ em.

Có kỹ năng ứng phó với căng thẳng, kỹ năng xây dựng các mối quan hệ, kỹ năng nói “không”. Tức là bọn em cũng tiếp cận theo các cái nghiên cứu mà theo lứa tuổi ấy, ví dụ THCS, vị thành niên, nó cần những kỹ năng nào rồi phân theo vùng miền nữa”.

Làm thành viên của các **câu lạc bộ** (ví dụ CLB tiếng Anh, nghệ thuật hay CLB Lãnh đạo trẻ) và tham gia vào **các hoạt động ngoại khóa**

”

Em tạo một mối quan hệ cởi mở với học sinh thành ra các con rất thoải mái. Có khi chỉ là thầy trò đi ở sân trường nói chuyện với nhau, các con có thể nói với em là thầy ơi không tham vấn gì đâu, con chỉ muốn nói chuyện với thầy cho đỡ buồn thôi

(PV cán bộ tham vấn học đường, Hà Nội).



cũng được nhiều học sinh đề cập đến như một cách thư giãn và đối phó với những áp lực ở trường; học sinh ở khu vực đô thị cũng nói đến việc tham gia vào các hoạt động của Đoàn Thanh niên và Đội Thiếu niên “giúp chúng em hiểu nhau hơn” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Đặc biệt, các em cũng đề cập đến Câu lạc bộ Lãnh đạo trẻ, có cả nữ và nam tham gia, nhưng “thường con trai ít tham gia các hoạt động trên trường, ví dụ như văn nghệ rồi là các hoạt động khác. Có rất là ít bạn nam tham gia. Học sinh đăng ký tham gia vào nhóm câu lạc bộ Lãnh đạo trẻ của trường thì khi mà em đi đăng ký tham gia thì em thấy các bạn nam ít, cũng chỉ 1/4 là nam thôi, còn lại là các bạn nữ. Trong nhóm câu lạc bộ [Lãnh đạo] trẻ cũng chỉ có khoảng vắn vắn là gần 10 bạn nam” (PVS em trai, 13 tuổi, Hà Nội). Các câu lạc bộ lãnh đạo trẻ này “bổ túc kiến thức cho những người lãnh đạo tương lai về bạo lực, giới, và các vấn đề liên quan đến giới” (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội) và giúp học sinh hiểu và đối phó được với tệ bắt nạt, thông qua việc diễn kịch. Theo một em trai ở Hà Nội, tham gia câu lạc bộ này khiến em tự tin hơn: “Từ khi tham gia em gặp được nhiều bạn khác và các bạn cũng có nhiều thứ mà em cần phải học hỏi. Các bạn rất tự tin. Khi vào đấy em cũng cảm thấy là mình tự tin hơn.”

Theo những người tham gia khảo sát ở TPHCM và Hà Nội, tổ chức Plan International cũng hỗ trợ những hoạt động này trong trường học, đặc biệt hướng tới việc trợ giúp trẻ em đối phó với nạn bắt nạt. Điểm bất lợi thường là những hạn chế về thời gian hoặc xung đột với thời khóa biểu, dẫn đến việc trẻ em không thể tham gia vào các câu lạc bộ và các hoạt động ngoại khóa. Thêm vào đó, ở một trường học tại Hà Nội, các hoạt động của Plan đang trong giai đoạn kết thúc, khiến hiệu trưởng lo lắng không có khả năng xử lý các vấn đề tâm lý của học sinh: “Mình cũng lo. Vấn đề về tham vấn học đường nếu đúng thì nên là được cán bộ tham vấn có chuyên môn nghiệp vụ về công tác tâm lý xã hội ấy. Cái công tác tham

vấn này không có ở các trường thì sẽ nảy sinh ra các vụ mâu thuẫn sâu dẫn tới đánh nhau sẽ tăng hơn. Cái thứ hai là những biểu hiện sâu về tâm sinh lý học sinh mà không có người có thời gian để xem xét thì sẽ tăng lên. Cán bộ tham vấn này không nhất thiết là mình phải một định mức một biên chế. Có thể mình theo kiểu một thầy có thể kèm 2, 3 trường, đảo đi, kiểu như thế. Theo kiểu ca trực ấy. Mà họ nên phải có chuyên sâu về tâm sinh lý học sinh” (PV người cung cấp thông tin, Trường THCS Cổ Loa, huyện Đông Anh, Hà Nội).

“Có khi em yêu cầu phụ huynh phải cắt mạng thử 1 thời gian xem nó có thay đổi cái thói quen hành động của nó không. Do năm lớp 11 em theo cái thằng này là em có dạy cái thằng này năm lớp 11. Nó nghiện game mà nó lên trên lớp nó vật va vật vướng. Nhưng sang lớp 12 khi mình bắt nó làm cam kết giao kèo của mình thì em thấy nó vẫn còn chơi game, nhưng nó tốt hơn, em thấy nét mặt nó có sinh khí hơn, và nó có khả năng tập trung vào bài vở tốt hơn. Còn trước đó hoàn toàn chuyện giáo viên nói là ngoài tai, vì nó không có khả năng tập trung lúc nào nó cũng nghĩ tới game hết. Thì em thấy nó cũng có thay đổi. Nên vừa tác động tới nó vừa tác động tới phụ huynh. Bắt phụ huynh phải hợp tác với mình thì giáo dục mới thành công.” PV giáo viên, TPHCM

Học sinh tại các trường học cũng cho rằng các em sử dụng **internet** như một chiến lược ứng phó. Xu hướng này phổ biến hơn ở nhóm tuổi lớn hơn nhưng khá đồng đều ở tất cả các địa bàn. Facebook là một nguồn thường được các em, đặc biệt là các em gái, nhắc đến, và sử dụng như một phương tiện để qua đó nói lên các cảm xúc của mình. Chẳng hạn, các em nói đến việc đăng tải tâm sự của mình lên một trang do “một học sinh cũ của trường hiện đang học kinh tế” quản trị và tìm lời khuyên về các vấn đề cuộc sống. Internet và Facebook cũng được xem là tốt cho mục đích học tập: “Nó (internet) có lợi ích trong học tập chẳng hạn như

trong lớp có những chỗ không nghe giảng được thì có thể hỏi bạn bè hoặc là hỏi trên facebook của mấy thầy cô” (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Ngoài ra, các em cũng nhắc đến một trang web khác (ASK14) và một số em, chủ yếu là em trai ở khu vực đô thị, biết về đường dây nóng tư vấn, mặc dù chưa em nào trong mẫu nghiên cứu gọi đến đường dây nóng đó cả.

Giáo viên, bên cạnh việc là tác nhân gây nên tình trạng căng thẳng và lo âu cho học sinh (xem bên trên), cũng là một phần quan trọng trong các chiến lược ứng phó của học sinh, đặc biệt liên quan đến việc học tập: “Các thầy cô rất chú ý đến việc học của cháu, khi cháu ghi chép sai thì thầy cô chỉ bảo” (PVS em gái, 16 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Theo các học sinh tham gia nghiên cứu, trong một số trường hợp, giáo viên tìm đến các em để cho lời khuyên và trong một số trường hợp khác, các em tự tìm đến giáo viên. Cũng có trường hợp giáo viên tiếp cận cha mẹ, như trong hộp 6. Các em cũng nói về việc thầy cô giáo khích lệ các em tiếp tục đi học. Ví dụ, một giáo viên chủ nhiệm đã nói chuyện với phụ huynh về việc con của họ bị căng thẳng, dẫn đến phụ huynh đó “quan tâm” con hơn: “Có, năm ngoái thì em có gặp cô chủ nhiệm để nói về việc bị áp lực do việc học. Cô cũng có giải thích. Bố mẹ em rất là đề cao chuyện học này, nên khi em bị điểm kém là bố mẹ thường hay mắng, gây áp lực rất lớn. Nên là em áp lực quá cũng chẳng học tốt hơn, nên là em thậm chí còn bị học kém đi. Nên là em nói với cô chủ nhiệm và cô cũng đã giúp em nói chuyện lại với bố mẹ em” (PVS em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Các em cũng chia sẻ việc giáo viên hỗ trợ các em trong những vấn đề ngoài trường học. Ví dụ một em gái sống với bà ngoại và phải đối mặt với những khó khăn kinh tế kể rằng cô giáo khuyên em chăm sóc bà khi bà không khỏe và còn “cho em một chiếc cặp sách, 5 cái bút và một chục vở” (PVS em gái, 16 tuổi, An Giang). Giáo viên cũng được xem là luôn bên vực các em khi xảy ra bắt nạt, yêu cầu các em báo cáo lại việc bị bắt nạt, và cũng cố

gắng để đảm bảo rằng các em thuộc các gia đình nghèo không bị phân biệt đối xử: *"Phân biệt đối xử trước thì có nhưng mà do thầy chủ nhiệm và thầy hiệu trưởng có nói về những tâm lý đó nên là bây giờ mấy bạn đó thay đổi. Chứ trước đây có"* (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang). Một số em cũng cảm thấy thoải mái khi tâm sự về chuyện tình cảm với thầy cô giáo, cho thấy việc tìm kiếm hỗ trợ và chia sẻ các cảm xúc cá nhân còn phụ thuộc vào chất lượng giáo viên. Tầm quan trọng của vai trò hỗ trợ của giáo viên được tổng kết lại trong trích dẫn sau đây: *"Đối với trường em thì đa số thầy cô cũng lắng nghe, thầy cô là những bác sỹ tâm lý (TLN em gái, 16 tuổi, TPHCM). Ngoài ra, học sinh cũng kể lại cảm giác vui sướng khi được thầy cô khen ngợi hoặc quan tâm."*

Các giáo viên như nêu trên nếu ở vào vị trí lãnh đạo cũng giúp thúc đẩy một môi trường học đường lành mạnh và tích cực: *"Quan điểm của chúng tôi là mình phải có tình thương thật sự với các em. Trường chúng tôi không mấy khi ra dưới cờ mà cứ phê phán học sinh. Những trường hợp đẩy chúng tôi đều mời lên đây, hoặc lên phòng giáo viên chúng tôi trao đổi riêng. Khi mình thấy trao đổi được rồi thì thôi. Đến mùa thi tôi luôn mời bác sỹ tư vấn đến nói về ăn uống, nghỉ ngơi. Ăn uống như thế nào cho đủ chất. Ngủ như thế nào cho hợp lý, không cần đêm nào cũng thức quá khuya. Chúng tôi cũng luôn luôn tìm mọi cách để giảm stress giảm áp lực cho các em. Ví dụ trường chất lượng như thế nhưng tôi luôn nói với các em đại học không phải là con đường duy nhất. Rất nhiều anh chị của các em đã học nghề mà thành tài. Chúng tôi mời những cựu học sinh của trường thành tài như vậy để về nói chuyện với các em"* (PV người cung cấp thông tin, Trường THPT, An Giang).

Các yếu tố bảo vệ cũng như các khía cạnh khác của cuộc sống mà theo các em khiến các em cảm thấy hạnh phúc bao gồm được đến trường/ đến lớp, có bạn bè, đặc biệt với các em gái ở các trường nội trú - được

đi chùa với bạn vào chủ nhật, được thảo luận và chia sẻ những suy nghĩ với bạn bè, có mối quan hệ lãng mạn.

4.4. Các yếu tố nguy cơ và bảo vệ cấp cộng đồng

Không có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố có thể gây ảnh hưởng tiêu cực tới sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh niên ở cấp cộng đồng. Một số ít bài viết về các yếu tố nguy cơ và bảo vệ ở cấp cộng đồng cho thấy kỳ thị đối với bệnh tâm thần là một yếu tố nguy cơ chính bởi nó đặt người bệnh vào một tâm lý ngại tiếp cận và tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc (Do và cộng sự, 2014). Ngoài ra, thiếu kiến thức về bệnh tâm thần cũng được cho là một yếu tố góp phần làm tăng sự kỳ thị (van der Am và cộng sự, 2011; Vương và cộng sự, 2011).

4.4.1 Các yếu tố nguy cơ cấp cộng đồng

Xác định được ba nhóm chính có tác động đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên ở cấp cộng đồng, bao gồm: dễ dàng tiếp cận **các chất độc hại**, sự hạn chế trong tiếp cận các cơ hội kinh tế, và phải đối mặt với những chuẩn mực có hại.

Ở các địa bàn thuộc tỉnh Điện Biên, việc tiếp cận các chất độc hại như thuốc phiện và lá ngón đặc biệt dễ dàng và phổ biến. Chẳng hạn, theo báo cáo của cán bộ Phòng Bảo trợ Xã hội thuộc Sở LĐTBXH Điện Biên thì mức độ phổ biến của việc sử dụng thuốc phiện có thể là do *"về điều kiện tự nhiên thì khu vực vùng cao, vùng sâu có thể trồng được cây này. Và mua nó cũng dễ. Từ Lào chuyển sang. Ma túy mình bắt thường là từ Lào chuyển sang."*

Các bậc phụ huynh ở Điện Biên cũng nói về hiểm họa của lá ngón và đề xuất giải pháp như sau: *"Nếu có dự án gì thu mua lá ngón xong đốt đi, thu*

mua 2, 3 năm là sẽ hết. Huy động cả bản đi đào là hết. Cũng hạn chế được vấn đề tự tử" (TLN cha mẹ, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Các phỏng vấn cùng thống nhất cho rằng có sự hiện diện của việc lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác tại địa bàn. Lạm dụng rượu được các em trai thuộc nhóm tuổi lớn hơn (15-17) nói đến nhiều hơn, như trong thảo luận nhóm sau đây: *"Vui thì nhậu mà buồn cũng nhậu. Mà đôi khi như các bạn thể hiện tính cách và bản lĩnh cá nhân"* (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Phỏng vấn cán bộ Sở LĐTBXH Điện Biên cũng cho thấy xu hướng tiêu thụ rượu trong thanh thiếu niên:

"Thường là cấp 3 trở lên các cháu mới bắt đầu uống rượu. Các cháu đi học chuyên nghiệp thì sẽ sử dụng nhiều hơn và chả phân biệt gì miễn cao miễn xuôi. Lứa tuổi cấp 3 là sử dụng rượu bia nhiều. Sử dụng rượu nhiều thì đối với các cháu dân tộc cấp 3 là chưa nhiều, chỉ đi học chuyên nghiệp mới đua đòi bạn bè thôi. Còn ở cộng đồng thì các cháu cấp 3 cũng chưa được uống rượu mà cũng không có rượu để uống. Chưa có tiền [để mua] mà cũng không có ai uống cùng với lứa tuổi đó. Cứ nói miễn núi uống rượu nhiều nhưng nhiều chỉ xảy ra ở cấp xã, hưởng lương từ ngân sách, có tiền nhàn rỗi thì uống. Còn bà con trong cộng đồng nấu mà uống chỉ có những người lớn trong gia đình được uống còn các cháu thì không" (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).

Lý do lạm dụng chất bao gồm bản thân muốn sử dụng, bị bạn bè kích động, có sẵn và rẻ. Ví dụ, một người tham gia trả lời phỏng vấn nhận định: *"Bởi vì cái chất mà hút nó rất là rẻ cho nên là họ rất dễ dàng để mua. Có thể là keo thì nó rất là rẻ, có mấy ngàn nên cái việc này sẽ tập trung ở những bạn gia đình nghèo hơn. Còn những bạn giàu thì đôi khi họ không có nghĩ đến, họ không xài cái thứ rẻ như vậy. Nên nó sẽ xảy ra nhiều hơn ở những bạn gia đình nghèo"* (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Một lý do khác

“

‘Thế hệ con cháu học theo thế hệ ông bà, thường là qua quan sát. Tương tự, các định kiến về nhóm dân tộc cũng là lý do được cho rằng dẫn đến số lượng lớn các ca tự tử. Cụ thể, khi được hỏi khu vực em ở có nhiều người Hmông sinh sống không, một em trai đã trả lời: ‘Vâng, họ thiếu hiểu biết. Những người có ý thức cao hơn [ở các vùng khác] thì ít tự tử’

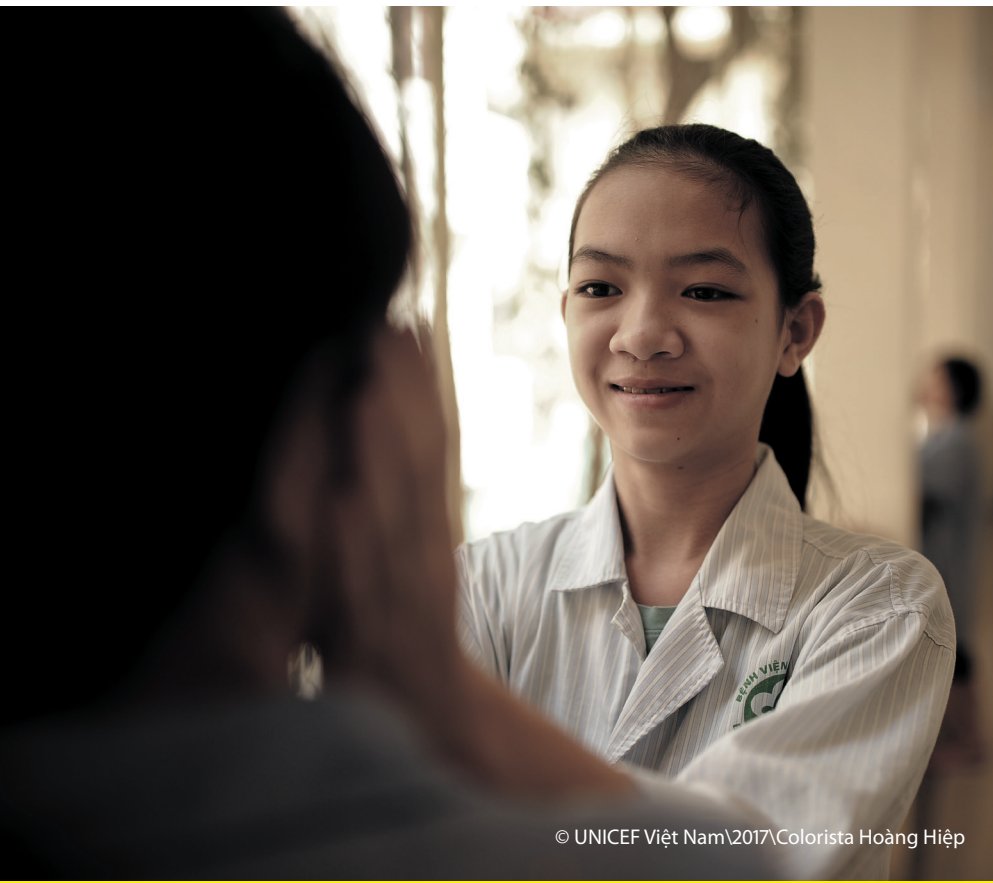
(TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

của nghiện thuốc phiện là “người cha đem đến cho con”, như ở Điện Biên. Để tiếp cận một lần nữa lại là căn nguyên của vấn đề bởi Lào, nơi có nguồn thuốc phiện, chỉ cách “một giờ đi xe máy từ Điện Biên”. Một người cung cấp thông tin đã chứng thực điều này và chia sẻ rằng: “Mua thuốc thì người ta đi xe máy thì đi trong vòng 2 tiếng đồng hồ, đi bộ, chui vào rừng đi mất 1 ngày. Đi 1 ngày về 1 ngày, cả đi cả về. Sáng đi sang đến bên Lào là tối, ngủ qua đêm, mua xong sáng hôm sau về đến bản. Biên phòng rồi công an người ta chặn người ta bắt được rất nhiều. Khu mà em sinh sống, những người đang ở trong trại giam cả nam cả nữ gần 40 người”.

Những người ở khu vực nông thôn và bán đô thị đều có chung nhận xét rằng **hạn chế về các cơ hội ở khu vực nông thôn** gây ra những căng thẳng tiềm tàng cho trẻ em và thanh niên. Tại khu vực đô thị, các câu chuyện xoay quanh những

khát vọng nghề nghiệp của trẻ em và thanh niên, mặc dù những khát vọng đó không giống như những gì mà cha mẹ mong muốn ở trẻ (xem phần về yếu tố nguy cơ cấp hộ gia đình). Ngoài ra, hạn chế về thông tin lựa chọn nghề cũng là một vấn đề được đề cập đến, đặc biệt đối với những em cảm thấy điểm số của các em không đủ để đổ vào các trường đại học có tính cạnh tranh cao trong tương lai: “Con thấy mấy bạn trong lớp con định hướng được nghề nghiệp còn con chưa biết được. Kiểu như con lên lớp 10 con thấy con học đều, con chưa biết con trội ở môn nào, nên con không biết mình sẽ đi theo khối nào. Con lo lắng bởi vì con không biết lớp 11, 12 mình sẽ thế nào. Con ngồi suy nghĩ lại về điểm của mình rồi con lên mạng tìm hiểu có ngành nghề nào phù hợp với khung điểm con có được. Con lên coi lâu lâu rồi, con coi những trang báo để [tìm hiểu] hướng nghiệp. Mấy trang báo hay đề cập đến hướng nghiệp” (PVS em gái, 15 tuổi, TPHCM).

Vì vậy, ở khu vực nông thôn, việc phần lớn các em trai nói về những hạn chế liên quan đến các cơ hội việc làm và cơ sở hạ tầng, trong khi các em gái (cũng như các bậc phụ huynh) đề cập đến những hạn chế về dịch vụ, bao gồm các biện pháp tránh thai, người hướng dẫn sử dụng các biện pháp này và người tư vấn cho các em (Hội Phụ nữ dường như chưa thực sự tích cực trong các lĩnh vực này, bởi họ có thể phụ trách mảng công việc này), hỗ trợ cai nghiện và phục hồi chức năng cho người nghiện – cho thấy có nhiều hơn một nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của các em. Chẳng hạn, một thanh niên trẻ chia sẻ khó khăn trong tìm kiếm việc làm: “Bọn con muốn có việc làm ổn định, lâu dài và mang cho mình mức lương nào đó, như làm việc cho nhà nước sẽ tốt hơn, đi làm những việc nhẹ nhàng hơn làm ruộng làm nương” (TLN em trai, 16 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Các phỏng vấn cán bộ cũng cho thấy những lo ngại tương tự về công ăn việc làm: “Các cháu đi học về không



xin được việc, thậm chí có cháu nói chẳng cần học vì có học về cũng chẳng làm gì, chẳng có công ăn việc làm. Nó cũng là áp lực trong cuộc sống của các cháu. Đào tạo nghề, công ăn việc làm ở Điện Biên hiện nay khó. Công ăn việc làm rất hạn chế ở tỉnh nhỏ, đặc biệt là miền núi” (PV cán bộ, Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ). Một em trai thảo luận về những trở ngại khi đến trường do chất lượng đường sá: *“Điều bọn con quan tâm là đường sá. Đường xa, vào trong nhà bọn con xấu, khó đi, ai không rõ là ngã”* (TLN em trai, 16 tuổi, xã Keo Lô, Điện Biên). Tương tự, một thanh niên trẻ cũng cho biết những khó khăn trong công việc do thiếu phương tiện vận tải: *“Mình làm nhiều nhưng được ít. Không hiệu quả. Và phương tiện đi lại mình cũng không có, mình cũng khó khăn về đi lại”* (PVS, nam, 28 tuổi, xã Keo Lô, Điện Biên).

Có cảm giác rằng các cơ hội giải trí là hạn chế ở tất cả các khu vực, và cho dù có, cơ sở hạ tầng hỗ trợ các hoạt động này cũng thiếu hụt. Một em gái 15 tuổi ở TPHCM khẳng định cho dù các em trai và một số ít các em gái chơi thể thao, thì *“sân ở đây không có đủ để chơi”*. Thiếu các cơ hội giải trí dẫn đến trẻ em và thanh niên dành nhiều thời gian trên internet (xem phần về các yếu tố nguy cơ cấp cá nhân ở phía trên), điều mà các em gái cho là nguy hiểm và là một yếu tố nguy cơ đối với tự tử, như trong câu chuyện sau đây với các em gái ở Hà Nội:

- H *Còn có những nguy cơ gì dễ dẫn đến sự tự tử đối với lứa tuổi vị thành niên?*
- Đ *Bị bôi xấu trên mạng, ghép ảnh trên mạng.*
- Đ *Tung các video clip.*
- Đ *Bản thân không phải thế nhưng mà bị ghép ảnh.* (TLN em gái, 13 tuổi, Hà Nội)

Dường như có sự khác biệt giữa người trả lời ở khu vực nông thôn và khu vực đô thị/bán đô thị trong cách nhìn nhận về các **chuẩn mực**

có hại. Một số các quan điểm cũng được lặp lại trong các cuộc thảo luận với những người cung cấp thông tin chính. Ở khu vực nông thôn và chủ yếu là khu vực nông thôn phía bắc, các chuẩn mực và định kiến có tính dân tộc thường được người trả lời cho là một nguyên nhân chính của những thách thức về sức khỏe tâm thần. Ví dụ, theo một nam thanh niên ở Điện Biên, uống rượu nhiều có thể là do phong tục tập quán của dân tộc, trong đó có tiếp khách: *“Người dân tộc hay làm cúng. Người dân tộc Mông hay làm lúc có người bị bệnh ấy. Cũng uống rượu, cũng mổ gà mổ lợn gọi anh em đến”* (PVS, nam, 28 tuổi, xã Keo Lô, Điện Biên). Các chuẩn mực có tính dân tộc cũng được đưa ra làm lời giải thích cho câu hỏi tại sao mọi người *“hút thuốc phiện”*. Trong một thảo luận nhóm, các bậc phụ huynh ở Điện Biên giải thích rằng khi có ai đó bị bệnh, người ta sẽ mời thầy cúng đến *“hút một điếu”* trước khi làm lễ. Họ cũng giải thích thêm rằng tục lệ này chỉ ở những bản xa: *“Bọn em có 2 loại Mông, bọn em là Mông trắng, cũng có hút nhưng ít hơn. Mông đỏ hút nhiều nhất. Xã có 25 bản nhưng Mông đỏ hút thuốc phiện chiếm đa số”* (TLN cha mẹ, xã Keo Lô, Điện Biên). Cha mẹ cũng lưu ý rằng hiện tượng này dường như vẫn tiếp diễn vì *“thế hệ con cháu học theo thế hệ ông bà”*, thường là qua quan sát.

Tương tự, các định kiến về nhóm dân tộc cũng là lý do được cho rằng dẫn đến số lượng lớn các ca tự tử. Cụ thể, khi được hỏi khu vực em ở có nhiều người Hmông sinh sống không, một em trai đã trả lời: *“Vâng, họ thiếu hiểu biết. Những người có ý thức cao hơn [ở các vùng khác] thì ít tự tử”* (TLN em trai, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Có lẽ nổi trội hơn cả là các chuẩn mực về giới tính, trong đó phần lớn có ảnh hưởng tiêu cực đến các em gái và đặc biệt phổ biến ở các vùng nông thôn phía Bắc (Điện Biên), mặc dù cũng có bằng chứng cho thấy tình trạng như vậy ở An Giang. Đó là những chuẩn mực về kết hôn sớm – khiến các em gái buộc phải

thôi học khi còn ít tuổi, về những gì em gái nên làm, về cách các em nên cư xử, về trang phục các em nên mặc và về những vai trò trong gia đình mà các em cần phải đảm nhiệm. Cần lưu ý rằng, như đã đề cập ở trên, mặc dù tuổi kết hôn hợp pháp ở Việt Nam là 18 đối với nữ và 20 đối với nam, thực tế ở các địa phương như Điện Biên, các em gái kết hôn từ khi còn rất ít tuổi. Những chuẩn mực kể trên đều có thể ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của các em gái. Một em gái kể về những em phải lấy chồng từ lúc 16 tuổi. Em tiếp tục: *“Có 1 bạn 17 tuổi mới lấy. Con gái 20 tuổi chưa lấy chồng thì bị gọi là ế”* (PVS em gái, 19 tuổi, xã Keo Lô, Điện Biên). Một em gái khác cũng kể rằng em quyết định lấy chồng sớm và những người hàng xóm không đồng tình với quyết định của em, nên hỏi em rằng: *“Hỏi là sao mà đi lấy chồng sớm thế, còn trẻ mà, sao không để từ từ, làm như thế thì bỏ học mất”* (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lô, Điện Biên). Sau đó, mặc dù không hạnh phúc, em gái này vẫn tiếp tục cuộc hôn nhân bởi em có rất ít lựa chọn. Nếu em yêu cầu ly hôn cô sẽ mất quyền nuôi con, gia đình em không cho phép em quay trở lại sống lâu dài với họ vì sợ điều tiếng xã hội đối với một người phụ nữ bỏ chồng:

Con đẩy ông chồng nuôi, thuộc quyền của ông ấy. Cũng có người họ cũng chia [con], họ bảo con trai thuộc dòng dõi của họ, thì sẽ không cho người mẹ đưa đi. Còn con gái cũng có người bảo nó là một đứa con gái thì nó ở đây rồi nó cũng sẽ lớn lên, sẽ đi lấy chồng thì nó cũng không thuộc về gia đình mình. Còn nếu cho mẹ nó đưa đi thì sau này nó lớn lên nó cũng sẽ đi lấy chồng. Thì cũng có người giải quyết theo kiểu đấy. Có người bảo là nếu người nào ly hôn trước thì người đó không được quyền nuôi con...

Kiểu dân tộc mình, mình mà đi lấy chồng rồi mình sẽ như kiểu cúng bái các thứ [trong gia đình] không còn mình trong đấy nữa. Nếu mình đi [khỏi

cuộc hôn nhân] một mình, mình có thể ở với họ [bố mẹ] 1, 2 năm hoặc lâu hơn. Rồi sau này họ làm cái nhà nhỏ cho mình ở riêng, không được ở chung với bố mẹ. Với cả khi nào mình ốm mà nó nặng quá thì họ, kiểu như không làm tang mình trong nhà của họ, không được. Kiểu bảo là bên ông tổ tiên các thứ không nhận mình thì họ làm cái nhà riêng cho mình (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Các em gái khác ở Điện Biên cũng nói về các giáo viên thuyết phục các em từ bỏ những khát vọng nghề nghiệp, gợi ý rằng các em nên tập trung vào những nghề phù hợp hơn với con gái. Các em gái khác cũng đề cập đến yêu cầu đảm nhiệm các công việc gia đình: *"Lúc mình nhỏ thì anh trai nấu, lúc mình lớn lớp 7, 8 thì mình lớn hơn rồi thì mình nấu vì ở đây thì nhiều con trai nó không hay nấu. Mình là con gái thì mình phải nấu thôi"* (PVS nữ, 22 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên). Cuối cùng, các so sánh giữa phụ nữ Kinh và phụ nữ Hmông cho thấy có nhiều giới hạn hơn được đặt ra cho người vợ Hmông: *"Người Mông mình không giống như người Kinh, người Kinh thì đi hai vợ chồng đi, nhưng người Mông thì vợ ở nhà trông coi nhà cửa cho chồng đi"* (PVS em gái, 18 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Ở An Giang, thảo luận nhóm cán bộ miêu tả các chuẩn mực hạn chế sự tham gia của em gái vào các hoạt động giải trí như một điều gì đó cản trở các em ngay từ lúc chưa bắt đầu: *"Ví dụ em gái bị sức ép như khi nó muốn làm điều gì đó, ví dụ nó muốn đá banh hay muốn làm việc gì mà mạnh mẽ đôi khi gia đình không cho. Cha mẹ nói đó là chuyện đàn ông, con đi đá banh là người khác cười"* (TLN cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang).

Người trả lời ở khu vực bán đô thị cũng nhận thức được việc những người ở khu vực nông thôn, đặc biệt là các em gái, có khả năng là đối tượng hướng đến của các chuẩn mực

có hại. Chẳng hạn, trong một thảo luận nhóm, các em gái ở thành phố Điện Biên Phủ lưu ý rằng các chuẩn mực về giới, bao gồm các chuẩn mực trọng nam, ở khu vực nông thôn có thể dẫn đến nguy cơ tự sát cao hơn ở các em gái: *"Trong xã các bạn nữ gặp nhiều khó khăn hơn, vì người dân tộc [thiểu số] thường hay trọng nam khinh nữ. Xã hội phát triển nhưng một số bố mẹ không hiểu biết nên thường muốn sinh con trai. Họ có thể đối xử hơi khác biệt với con gái"* (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ).

Bản thân các em nam cũng nhận thấy tình trạng bị phân biệt đối xử của các em gái: *"Nữ bị bắt nghỉ học đi làm, bắt lấy người chồng mà người con gái không yêu, [bị] bắt vợ dù bây giờ không còn nhiều nữa rồi"* (TLN em trai, 15 tuổi TP Điện Biên Phủ). Các chuẩn mực về vai trò bảo vệ của nam giới cũng được khắc sâu trong suy nghĩ của các em trai: *"Con trai cũng sợ, ví dụ em đi về tối, đi học cái đoạn đường kia nó rất tối, mà trong trường hợp ấy em gặp cướp thì không biết giải quyết như thế nào, hoặc là khi em đi về cùng hai bạn nữ thì em mang cái trọng trách là phải bảo vệ bạn đấy. Thì em không biết là nên đi trước hai bạn đấy để bảo vệ phía trước hay là nên đi sau để bảo vệ. Mà em cứ nghĩ suốt dọc đường, cứ nghĩ suốt, có hôm thì đi trước thì cái cảm giác không an toàn phía sau, mà đi sau thì cũng cảm thấy không an toàn ở phía trước"* (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Tương tự, các em trai tin rằng các em gái muốn thấy ở các em *"sự mạnh mẽ, quyền lực, manly [nam tính], đào hoa, công việc, danh vọng"* còn các em thì kỳ vọng các em gái sẽ *"xinh đẹp, đáng chuẩn"* (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Một em trai sống nội tâm trả lời em thích những cô gái *"Công - Dung - Ngôn - Hạnh"* – bốn phẩm chất của một người phụ nữ lý tưởng theo Khổng giáo. *"Có thể không xinh, chỉ cần có ngoại hình bình thường thôi và ưa nhìn thôi"* (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội).

Nhìn chung có cảm giác (và cũng là câu trả lời của phần lớn các em từ 15-17 tuổi) rằng đô thị hóa được xem như là một yếu tố khiến *"xã hội ngày càng tồi tệ"* vì mọi người quan tâm đến *"các vấn đề kinh tế (tiền) và địa vị xã hội"* chứ không chú ý đến *"tình cảm con người"* (TLN em gái, 15 tuổi, TP Điện Biên Phủ). Những người tham gia nghiên cứu cho rằng những thay đổi về địa vị xã hội cùng với việc sinh sống trên địa bàn đô thị đã tạo ra những khác biệt trong kỳ vọng nghề nghiệp của cha mẹ đối với con cái và kỳ vọng nghề nghiệp của chính bản thân con cái, dẫn đến những xung đột giá trị, và nó, cùng với sự yếu đi trong giao tiếp cha mẹ - con cái, chỉ làm mọi thứ xấu đi. Tương tự, và khác với các nghiên cứu khác, trong nghiên cứu này, người ở thành thị được cho là có hiểu biết hơn người ở nông thôn và vì vậy được cho là có ít nguy cơ tự tử hơn (như đã đề cập ở phần 3). Hơn nữa, đô thị hóa, với những thay đổi trong cấu trúc nghề nghiệp, đã tách cha mẹ khỏi con cái, như được đề cập trong phỏng vấn sau đây với một giáo viên ở Hà Nội: *"Cổ Loa [một xã ở ngoại thành Hà Nội] kinh tế chủ yếu là nông nghiệp, nhưng ruộng đất ngày càng thu hẹp do phát triển qui mô về dân số cũng như tốc độ đô thị hóa. Cha mẹ thường đi làm thuê ở Đa Hội từ sáng sớm, gần như họ để con em mình cho ông bà chăm sóc. Họ đi có thể từ 2- 3 giờ sáng. Thường là họ đi mua rau sớm ở Vân Nội, Vân Trì cách Cổ Loa khoảng 10 km để họ chuyển về Hà Nội bán. Ngoài ra, nhiều cha mẹ cũng đi làm theo ngày (nghề sắt) ở Đa Hội. Còn một phần nữa là họ làm ở những khu công nghiệp, ví dụ khu giày da cách Cổ Loa 7, 8 cây, và làm ở khu công nghiệp Bắc Thăng Long. Thường những người đi làm ở khu công nghiệp về nhà rất muộn nên thời gian dành cho con cái ít."*

4.4.2 Các yếu tố bảo vệ, đáp ứng và ứng phó cấp cộng đồng

Trong số các yếu tố được coi là có tính bảo vệ ở cấp cộng đồng, có nhiều yếu tố đã được phản ánh và thảo luận trong các phần khác. Vì thế, nơi nào và thời điểm nào có sự hiện diện của **các cơ hội và các dịch vụ**, thì đó có thể được coi là có tính bảo vệ đối với sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh niên. Xét về các dịch vụ, trẻ em và thanh niên, đặc biệt ở khu vực thành thị, biến đến sự tồn tại của đường dây nóng của Bộ LĐTBXH “tư vấn cho mình về tâm lý” (TLN em trai, 13 tuổi, Hà Nội). Các em cũng biết về “một kênh phát thanh” phát sóng từ “8 giờ đến 11 giờ” và “chia sẻ về mọi thứ, về tâm lý, về sức khỏe tình dục, bất kỳ cái gì” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Mặc dù còn đó những nhược điểm, trẻ em và thanh niên nông thôn cũng cho là các trạm y tế xã là một kênh thông tin quan trọng về “vệ sinh kinh nguyệt, phòng tránh thai, tảo hôn, sức khỏe sinh sản và tâm lý học sinh, để các bạn gái biết thêm về kỹ năng sống và hiểu hơn về giới” (TLN em gái, 17 tuổi, An Giang).

Trạm y tế xã ở Keo Lôm cũng từng cứu sống một thanh niên trẻ ăn lá ngón tự tử. Tương tự, một người mẹ trẻ ở Điện Biên kể rằng chị tới trạm y tế để thăm khám khi “thấy đau ở bụng”; con của chị cũng được kiểm tra sức khỏe miễn phí dù không có thẻ bảo hiểm y tế. Cũng có “một đoàn ở trạm y tế Phú Mỹ xuống đây trình bày và giải đáp thắc mắc cho mấy bạn về tâm sinh lý giới trẻ vị thành niên” (TLN em trai, 17 tuổi, An Giang). Tất cả những điều này trả lời cho câu hỏi tại sao “Việc dùng thuốc nam bây giờ không phổ biến, ít dùng. 2 bản này là không có. Em cũng nghe ở Mường Chà cách đây gần 100 cây có, cũng có người đi lấy về dùng” (TLN cha mẹ, xã Keo Lôm, Điện Biên) (xem thêm phần 4). Cuối cùng, về phát triển cơ sở hạ tầng, thảo luận nhóm cha mẹ chỉ ra rằng việc đi học hiện nay đã dễ dàng hơn nhờ có “đường to”, và “Bây

giờ [trẻ em ở] bản xa là trường có cho nội trú, [trẻ em thuộc] những nhà khó khăn thì được hỗ trợ cơm nội trú” (TLN cha mẹ, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Trẻ em và thanh niên cũng lưu ý tầm quan trọng của việc có được **thái độ và niềm tin tích cực** bởi những điều này đem lại hiệu ứng tích cực cho sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội. Đây là quan niệm của phần lớn trẻ em và thanh niên ở khu vực thành thị, như trong thảo luận nhóm sau đây với các em gái 17 tuổi ở Hà Nội: “Điều tích cực đối với người trẻ là mình cởi mở và khách quan nên mình sẽ tìm được nhiều người có cùng lý tưởng với mình. Mình cũng được bố mẹ ủng hộ, nên mình có những cách nhìn tích cực về cuộc sống”. Theo một thảo luận nhóm với các em trai ở Điện Biên, tác hại của các tập tục có hại có thể được đưa vào chương trình dạy học trong trường: “Nhà trường nói là lấy [kết hôn] sớm thì các cơ quan chưa phát triển hết, khi nào có con, sinh sản sẽ bị dị tật” (TLN em trai, 16 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Tuy nhiên, cho dù kết hôn sớm là khá phổ biến ở Điện Biên, các cuộc chuyện trò với các em gái cho thấy quan niệm của các em khá là linh hoạt và việc kết hôn là tùy thuộc vào lựa chọn của chính các em. Các em gái thuộc nhóm tuổi lớn hơn trả lời rằng phần lớn các em được tự chọn bạn đời (và cha mẹ các em thậm chí cho phép con gái có con ngoài giá thú). Ví dụ, một em gái so sánh dân tộc mình với các dân tộc khác: “Người dân tộc mình nếu thích nhau thì không như người Kinh. Nếu muốn lấy nhau thì tự đi lấy, về nhà chồng thôi, lúc đó bố mẹ mới biết thôi... Dân tộc mình thích đi [lấy chồng] lúc nào thì đi thôi, nếu mình 30, 40 tuổi mình thích đi thì đi, không thích thì ở đây thôi” (PVS nữ, 22 tuổi, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Cùng với mong muốn được học về tác hại của kết hôn sớm, các em trai cũng ghi nhận tầm quan trọng của việc được học về các kỹ năng hàng ngày khác: “Một số kỹ năng trong cuộc

sống thường ngày thôi. Những cái kỹ năng mềm nó rất quan trọng đối với mình, kể cả học sinh cho đến người lớn sau này đều cần có. Ví dụ như cách ăn trong một bữa ăn nên quan sát và nên làm những gì đó. Hoặc là đối với những đồ ăn nên chọn thực phẩm nào tốt, không tốt. Hoặc là đối với cách đối nhân xử thế thì nên đối xử hoặc là nên có những hành động như thế nào đúng với cả hợp lý, cả về mặt xã hội và cái đạo đức xã hội, cả nhân phẩm mỗi con người” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội). Các em trong nhóm cũng chỉ ra rằng các em muốn biết thêm về thế giới: “Văn hóa giao tiếp để nâng cao cái hiểu biết chung, Việt Nam bây giờ hội nhập với thế giới rất nhiều, như WTO này, rồi OPEC, rồi tham gia một số thị trường lớn về kinh tế mình cũng nên học hỏi những kinh nghiệm” (TLN em trai, 16 tuổi, Hà Nội).





CHƯƠNG 5

Các hệ thống cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội

Việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thuộc quản lý của các Bộ, ngành liên quan, bao gồm: Bộ Y tế, Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội và Bộ Giáo dục và Đào tạo. Mỗi Bộ, ngành đều quản lý theo từng ngành, lĩnh vực, chức năng, nhiệm vụ riêng và có các Chương trình, Đề án, mô hình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần khác nhau. Chẳng hạn như Bộ y tế quản lý về lĩnh vực y tế, các bệnh viện, trung tâm y tế.. Các trung tâm y tế và bệnh viện đưa ra chẩn đoán và điều trị ban đầu đối với các bệnh tâm thần nặng và kéo dài có căn nguyên từ các bệnh lý về thần kinh và phát triển. Trong khi đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, thông qua hệ thống các cơ sở trợ giúp xã hội và cộng đồng giải quyết các cơ chế, chính sách cho đối tượng bảo trợ xã hội và cung cấp các dịch vụ cho đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp (Theo Nghị định số 136/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 2013 của Chính phủ quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội; Nghị định số 103/2017/NĐ-CP ngày 12/9/2017 của Chính phủ quy định về thành lập, tổ chức, hoạt động, giải thể và quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội; Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người khuyết tật; Quyết định số 1215/2011/QĐ-TTg ngày 22 tháng 7 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020; Quyết định số 32/QĐ-TTg ngày 25/3/2010 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt đề án phát triển nghề công tác xã hội.

“Bên cơ quan y tế phát hiện, chữa trị. Còn cơ quan lao động là đứng thứ hai, sau khi phát hiện, kết luận bệnh tật thì bên này thực hiện trợ cấp xã hội... Trước hết là rà soát đối tượng, và quản lý đối tượng là ngành lao động. Sẽ quan tâm và chú trọng nhiều đến đối tượng nặng để trợ cấp. Đối tượng nhẹ thì vai trò của y tế. Trong tinh thần chung là quan tâm, thăm hỏi, tặng quà, kêu gọi các

tổ chức hỗ trợ khám chữa trị, hoặc trợ giúp cho các đối tượng” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).

Mỗi Bộ, ngành có những cách tiếp cận và cung cấp các dịch vụ cho đối tượng tâm thần và tâm lý xã hội khác nhau tùy theo chức năng, nhiệm vụ của từng Bộ, ngành, các Bộ, ngành nghiên cứu xây dựng bổ sung các chính sách và thực hiện chính sách đối với đối tượng tâm thần và các đối tượng có hoàn cảnh khó khăn. Các trạm y tế, bệnh viện tâm thần và bệnh viện nhi chủ yếu cấp phát thuốc và sử dụng một bộ các công cụ được công nhận trên bình diện quốc tế nhằm chẩn đoán các vấn đề của bệnh tâm thần nặng và mạn tính, các rối loạn thần kinh, các bệnh lý chậm phát triển hoặc chậm phát triển trí tuệ. Các cán bộ của ngành LĐTBXH, trong đó một số được đào tạo đúng chuyên ngành về lĩnh vực y tế và xã hội. Hàng năm Bộ LĐTBXH tổ chức các lớp đào tạo thạc sỹ, cấp cao về lĩnh vực công tác xã hội.

Các cán bộ ngành LĐTBXH cũng chỉ dẫn người dân tới các trung tâm bảo trợ và công tác xã hội của ngành tại địa phương. Một cán bộ của Sở LĐTBXH An Giang tự nhận là mình có “vai trò kết nối”: *“Chúng tôi ở đây có vai trò kết nối là chính, vì mình là quản lý nhà nước chứ mình không phải là tiếp nhận dịch vụ... Ví dụ như có quý bảo trợ trẻ em của tỉnh thì trực thuộc Sở Lao động, thì đây cũng là đơn vị kết nối đến các đơn vị tài trợ chăm sóc sức khỏe như khám lọc, điều trị, phẫu thuật”* (PV cán bộ, Phòng LĐTBXH, huyện Phú Tân, An Giang). Cuối cùng, ở trường học, cùng với việc chẩn đoán bệnh, là áp dụng các phương pháp tiếp cận thích hợp với các tổn thương tâm lý xã hội của học sinh và phần lớn lựa chọn sử dụng phương pháp tham vấn. Trong phần này, chúng tôi khảo sát việc cung ứng các dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thông qua các bộ ngành khác nhau (Bộ Y tế, Bộ LĐTBXH, Bộ GD&ĐT).

Trước khi tìm hiểu về các dịch vụ do các Bộ, ngành nêu trên cung cấp,

hiện nay ở Việt Nam, khu vực tư nhân cũng như các tổ chức phi chính phủ chưa chú trọng đến việc cung cấp các dịch vụ cho đối tượng, đặc biệt là việc tiếp cận các dịch vụ xã hội đối với đối tượng tâm thần tại một số tỉnh đặc biệt khó khăn.. Ngoài việc Bộ LĐTBXH đã được Chính phủ phê duyệt các Chương trình, Đề án liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ cho đối tượng thì ở Việt Nam còn có một số Tổ chức phi chính phủ cung ứng các dịch vụ sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên như: i) Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD), trung tâm này đã thành lập một phòng khám, TUNA, ở Hà Nội, tập trung chủ yếu vào các vấn đề sức khỏe tâm thần, bắt đầu từ người mẹ mang thai; ii) BasicNeeds (do BasicNeeds UK tài trợ) cũng đặt tại Hà Nội, đi vào hoạt động năm 2009, có ba cán bộ làm việc toàn thời gian, và có cộng tác với Hội Phụ nữ. Hoạt động của họ bao gồm: thiết kế các công cụ sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần chung, nâng cao năng lực cho các nhân viên y tế cộng đồng nhằm sàng lọc và điều trị các vấn đề sức khỏe tâm thần, tổ chức các hoạt động cho bệnh nhân (các nhóm trợ giúp đồng đẳng, hỗ trợ tìm việc làm), và đào tạo các tổ chức phi chính phủ và các ban ngành chính phủ khác về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần (PV cán bộ, BasicNeeds, Hà Nội); và iii) Viện Dân số, Sức khỏe và Phát triển (PHAD) (trực thuộc Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam (VUSTA), hiện đang triển khai một dự án kéo dài ba năm, “Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người lớn và trẻ em – sáng kiến tiết kiệm chi phí” “mô hình kiểm soát trầm cảm tại cộng đồng đang triển khai tại 8 tỉnh, thành phố của Việt Nam”, do Grand Challenges Canada (GCC) và Bộ LĐTBXH tài trợ. Dự án gồm hai hợp phần, một cho người lớn bị trầm cảm và một cho trẻ em có các khó khăn về hành vi. Hà Nội và Đà Nẵng được lựa chọn làm hai địa bàn thí điểm (PV cán bộ, PHAD, Hà Nội); và iv) WeLink, thành lập năm 2013 tại TP Hồ Chí Minh, cung ứng cả đào tạo – đặc biệt cho giáo

viên tư vấn tâm lý trong các trường học ở TP Hồ Chí Minh – và tư vấn đối với những vấn đề sức khỏe tâm thần.⁶

Theo những người cung cấp thông tin chính, không thấy có sự hiện diện của các tổ chức phi chính phủ trong các hoạt động liên quan đến sức khỏe tâm thần ở Điện Biên mặc dù một vài tổ chức (ví dụ World Vision) có tích hợp hoạt động này trong các chương trình hiện có của họ. Ngoài ra, khi không thể tiếp nhận thêm trẻ em, Trung tâm Bảo trợ Xã hội ở Điện Biên đã chỉ dẫn các em tới với làng trẻ em SOS: *“Nhưng ngoài trung tâm này còn có làng trẻ em SOS của tổ chức phi chính phủ, cơ sở vật chất của nó khang trang hơn, nó có các nhà và mỗi nhà có các mẹ (người chăm sóc) nên số lượng họ nhận về nuôi được đông hơn”* (PV cán bộ, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Điện Biên Phủ). Ở An Giang, trước đây UNICEF và JICA từng hỗ trợ Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, nhưng hiện tại những hỗ trợ này đã kết thúc (PV cán bộ, Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, TP Long Xuyên, An Giang).

5.1 Cung ứng dịch vụ thông qua các cơ sở của Bộ Y tế

Hệ thống y tế tại Việt Nam được phân thành bốn cấp: trung ương, tỉnh, quận/huyện và xã/phường. Bộ Y tế phụ trách các khía cạnh kỹ thuật, bao gồm các hoạt động phòng ngừa và điều trị. Bộ Y tế hiện giữ vai trò nổi bật nhất trong cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần và như quy định tại Nghị định số 36/2012/ND-CP về quản lý và vận hành: y tế dự phòng; khám chữa bệnh, phục hồi chức năng; giám định y khoa, pháp y, pháp y tâm thần; y học cổ truyền; sức khỏe sinh sản; trang thiết bị y tế; dược phẩm; mỹ phẩm; an toàn thực phẩm; bảo hiểm y tế; và kế hoạch hóa gia đình (UNICEF & MOLISA, 2015:22). Mặc dù nhiều phòng ban khác nhau thuộc Bộ Y tế cùng có chức năng và nhiệm vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em, cơ quan chủ chốt chịu trách nhiệm về chăm sóc sức khỏe trẻ

Hộp 4: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần thông qua các bệnh viện công ở Hà Nội

Bệnh viện Nhi Trung ương có Khoa Tâm thần với khoảng 80 bệnh nhân ngoại trú được thăm khám, làm trắc nghiệm (thông qua một số các trắc nghiệm tâm lý), và chẩn đoán mỗi ngày. Những bệnh nhân này thường được chuyển tới các khoa khác (ví dụ thần kinh hoặc phục hồi chức năng) thuộc bệnh viện. Sau khi được chẩn đoán và thiết lập phác đồ điều trị, trong đó có trị liệu hành vi hoặc trị liệu gia đình, bệnh nhân sẽ tới bệnh viện đều đặn theo định kỳ đã đặt ra. Những người tham gia nghiên cứu cho biết khoảng 25% các trường hợp được chẩn đoán là tự kỷ, 20 - 30% là tăng động, và số còn lại là các rối loạn khác. Về độ tuổi của bệnh nhân, khoảng 20-30% là vị thành niên (PV điều dưỡng và bác sỹ trị liệu tâm lý, Bệnh viện Nhi Trung ương). Có tổng số năm bác sỹ chuyên về sức khỏe tâm thần, bảy y tá và hai giáo viên chuyên biệt để trị liệu cho trẻ tự kỷ và trẻ có nhu cầu đặc biệt. Các thành viên làm việc theo nhóm mỗi ngày để thảo luận về các ca bệnh; khi gặp các ca khó hoặc trong những trường hợp khẩn cấp, họ có thể gọi điện cho các cán bộ chuyên trách để hội ý.

Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia là một viện trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai. Viện có tổng số 187 giường bệnh, hàng năm thu nhận khoảng hơn 3.000 lượt bệnh nhân vào điều trị nội trú với các rối loạn tâm thần cấp tính và duy trì theo dõi ngoại trú cho hơn 50.000 bệnh nhân.ⁱ

Bên cạnh đó, Hà Nội đang triển khai Chương trình Quốc gia Bảo vệ Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng và Trẻ em trên toàn thành phố. Tất cả các trung tâm y tế quận/huyện đều có phòng khám tâm thần và mỗi phòng khám sức khỏe tâm thần cấp quận/huyện đều có từ hai đến tám y tá và bác sỹ. Hiện tại, 100% xã, phường và thị trấn đang kiện toàn mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần. Mỗi phường/xã có một cán bộ chuyên trách quản lý hồ sơ và cấp phát thuốc cho bệnh nhân tâm thần định kỳ mỗi tháng.ⁱⁱ

i. <http://bachmai.gov.vn>

ii. <http://www.soyte.hanoi.gov.vn>

em là Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em. Các bệnh viện trung ương, trong đó có Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1 (TPHCM) và Bệnh viện Từ Dũ (TPHCM) được giao nhiệm vụ hướng dẫn các cấp thấp hơn, hỗ trợ xây dựng và triển khai các kế hoạch, kiểm tra và giám sát các hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em trên toàn quốc. Bệnh viện Nhi Trung ương phụ trách các tỉnh phía Bắc và Bệnh viện Nhi đồng 1 TPHCM phụ trách các tỉnh phía Nam. Các cơ quan triển khai hoạt động dinh dưỡng và phòng ngừa cho trẻ em bao gồm Viện Dinh dưỡng Trung ương, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Bệnh viện

Hộp 5: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần thông qua các bệnh viện công ở TPHCM

Bệnh viện Nhi đồng 1 thông qua Khoa Tâm lý để cung ứng các dịch vụ sức khỏe tâm thần. Khoa này có ba bác sĩ, trong đó có hai bác sĩ được đào tạo về tâm lý; hai chuyên viên tâm lý; hai giáo viên đặc biệt chuyên dạy cho trẻ chậm phát triển hoặc trẻ tâm thần; một chuyên viên công tác xã hội; một điều dưỡng tiếp nhận; một hộ lý và lực lượng tình nguyện viên. Các tình nguyện viên hỗ trợ bệnh nhân và thân nhân về thủ tục hành chính và làm cầu nối với các cán bộ y tế của bệnh viện: *"Hỗ trợ bệnh nhân, hỗ trợ thân nhân. Ví dụ khi nhập viện thì thủ tục hành chính họ không biết thì những bạn này sẽ giúp. Hoặc là thân nhân có gì bức xúc chưa có điều kiện phản ánh với y tế thì mấy bạn này là cầu nối. Rồi những đứa trẻ vô đây có đứa đang học dở chừng thì mấy bạn này hỗ trợ bài vở. Hoặc là nó vô nó buồn quá không biết chơi gì thì mấy bạn này sẽ lên chơi rồi tổ chức những buổi định kỳ hàng năm như lễ trăng rằm rồi mừng 1/6, tổ chức chơi để mấy em đó tham gia, mục tiêu tạo cho mấy em cảm giác là ở bệnh viện nó cũng thân thiện gần gũi giống như ở nhà. Ngoài ra mấy bạn đó cũng hỗ trợ những ca mà nó cần khám tâm lý thì mấy em đó sẽ hướng dẫn qui trình làm sao xuống dưới này để gặp chuyên viên tâm lý"* (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM). Các dịch vụ ở khoa bao gồm khám, đánh giá và phân loại, và điều chuyển bệnh nhi tới dịch vụ thích hợp. Khoa cũng giáo dục cho bệnh nhân và tổ chức các khóa đào tạo về tâm lý học lâm sàng cho các bác sĩ, y tá và nhân viên công tác xã hội. Phòng vấn bác sĩ tâm lý cho thấy bên cạnh hoạt động tư vấn về các rối loạn nhận thức, rối loạn hành vi và rối loạn dạng cơ thể như đã đề cập trong phần 3, Khoa Tâm lý cũng cung ứng những trợ giúp sức khỏe tâm thần cho gia đình có trẻ bộc lộ xu hướng tình dục đồng giới, trẻ bị lạm dụng, và tư vấn cho phụ huynh trong những trường hợp con họ phải trải qua một cuộc phẫu thuật lớn.

Đề người dân biết nhiều hơn về các dịch vụ, Khoa áp dụng những cách sau đây: *"Thứ nhất là qua phương tiện truyền thông, ví dụ tivi, báo chí, đài. Cái này cũng nhờ bên đó dữ lắm là dân biết được nhiều người ta tự người ta lên. Rồi ở trường học cũng có phổ biến. Một số trường làm luôn buổi giáo dục sức khỏe, mời chuyên gia về trường nói cho phụ huynh và giáo viên nghe. Một số trường thì đưa trẻ đi học có vấn đề thì cô giáo nói với phụ huynh là đề nghị đưa ca này đi kiểm tra"* (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM). Các phương pháp khác bao gồm định kỳ phát tờ rơi tới các quận/huyện thông qua mạng lưới y tế của bệnh viện tâm thần.

Bệnh viện Tâm thần TPHCM là một bệnh viện hàng đầu chuyên về sức khỏe tâm thần ở khu vực miền Nam, cung ứng dịch vụ tới cả người lớn và trẻ em. Có gần 400 cán bộ đảm trách công tác phòng ngừa, phát hiện và điều trị tất cả các rối loạn tâm thần và bệnh lý tâm thần. Bệnh viện có 3 cơ sở. Cơ sở chính với 100 giường cho bệnh nhân cấp tính được đặt tại phố Chợ Quán; cơ sở thứ hai với 250 giường cho bệnh nhân cấp tính, duy trì và phục hồi chức năng tọa lạc tại phố Lê Minh Xuân. Cơ sở thứ ba, chuyên về bệnh nhi, nằm trên phố Phan Đăng Lưu.

"Một ngày 500 – 600 người đến (Chợ Quán) khám ngoại trú; [...] còn ở Lê Minh Xuân có cơ sở khác cũng khoảng 500 người bệnh nằm. Chỗ Phan Đăng Lưu một ngày khám 120 – 150" (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần TPHCM).

Ngoài ra, TPHCM có còn mạng lưới các phòng khám tâm thần ở tất cả 24 quận/huyện (thường được đặt tại trung tâm y tế quận/huyện), chịu trách nhiệm điều trị và quản lý ca đối với các bệnh nhân tâm thần ngoại trú và phối hợp hoạt động với hệ thống các trạm y tế phường/xã. Hiện tại, TPHCM đang triển khai Chương trình Quốc gia Bảo vệ Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng và Trẻ em ở 49 phường/xã.ⁱ

i. <http://www.bvtt-tpHCM.org.vn>

Lao và Bệnh Phổi Trung ương, và Viện Sốt rét, Ký sinh trùng và Côn trùng Trung ương (MOH, 2006).

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu, trong các phần tiếp theo, chúng tôi sẽ trình bày về các dịch vụ sức khỏe tâm thần ở cấp thành phố; sau đó miêu tả về các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần ở cấp tỉnh, huyện và xã.

5.1.1 Cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần cấp thành phố

Ở **Hà Nội**, các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung ứng thông qua một số bệnh viện, trong đó có Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, và Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương. Hộp 4 cung cấp thông tin chi tiết về hai trong số các bệnh viện nói trên.

Ở **thành phố Hồ Chí Minh**, các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung ứng chủ yếu thông qua một số bệnh viện, trong đó có **Bệnh viện Nhi đồng 1** và **Bệnh viện Tâm thần TPHCM**. Hộp 5 sẽ cho biết thêm thông tin về các bệnh viện ở TPHCM này.

5.1.2 Cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần cấp tỉnh

Tại **Điện Biên**, Chính phủ cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua hai bệnh viện đặt tại TP. Điện Biên: Bệnh viện Đa khoa tỉnh (có khoa tâm thần) và Bệnh viện Tâm thần – được thành lập tháng 6 năm 2012. Những người tham gia nghiên cứu cho biết mặc dù có một số lượng lớn các phòng khám và đơn vị cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân đặt tại TP. Điện Biên, nhưng không có nơi nào trong số đó cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Bệnh viện Tâm thần được đặt trong khuôn viên Bệnh viện Lao ngay từ khi mới thành lập cho đến nay. Hiện tại, bệnh viện có hai tầng và khoảng 20 phòng khám và điều trị. Từ con

số ban đầu 17 cán bộ, bệnh viện hiện có tổng số 30 cán bộ; trong đó có 5 bác sỹ và 7 y tá, chưa có chuyên viên tư vấn hoặc bác sỹ tâm lý. Tất cả các cán bộ y tế đều đã tham gia một số đào tạo về sức khỏe tâm thần – 3 tháng đối với y tá, 6-7 tháng liên tục đối với bác sỹ và y sĩ tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương; ngoài ra còn có các đào tạo nhắc lại ba, bốn năm một lần. Hiện tại, bệnh viện có 20 giường bệnh, khi mới thành lập là 4, và đang tiếp tục “mượn” thêm phòng của Bệnh viện Lao để tăng lên con số 50 giường, bắt chắp những thách thức về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nguồn nhân lực. Theo người được phỏng vấn, số lượng bệnh nhân nội trú đang tăng lên trong vòng vài năm trở lại đây, chủ yếu nhờ những tiến bộ trong tuyên truyền và giáo dục về sức khỏe tâm thần. Chính vì thế, từ 270 bệnh nhân nội trú năm 2014, tăng lên 398 năm 2015 và ước đạt 500 năm 2016 (130 người trong quý 1). Năm 2015, có tổng số 2.800 bệnh nhân

ngoại trú và, theo những người cung cấp thông tin chính, bệnh viện hiện đang quản lý 760 bệnh nhân tại cộng đồng trên địa bàn toàn tỉnh.

Theo những người tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân ở nội trú do những rối loạn/bệnh lý sau đây: tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc, rối loạn phân ly, trầm cảm, rối loạn lo âu, đau đầu, mất ngủ, mất trí nhớ ở tuổi già và các rối loạn tâm thần do lạm dụng các chất gây nghiện, trong đó có rượu. Ngoài ra, còn có một rối loạn khác đang gia tăng, đó là nghiện trò chơi điện tử. Khi được hỏi về những địa chỉ điều trị các rối loạn tâm thần phổ biến (nhẹ hơn so với những rối loạn nghiêm trọng nêu trên) hoặc cung ứng dịch vụ tư vấn, câu trả lời nhận được là không có địa chỉ nào khác (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Thông tin của một cán bộ Sở LĐTBXH tỉnh Điện Biên cho thấy cán bộ bệnh

viện được cử xuống làm việc với các trung tâm y tế trên toàn tỉnh nhằm xác định những người khuyết tật/ có vấn đề sức khỏe tâm thần. Vị cán bộ này cũng bổ sung rằng bệnh viện cung cấp các dịch vụ tư vấn, và hằng năm, cán bộ bệnh viện tổ chức các khóa đào tạo dành cho các nhân viên y tế huyện và xã.

Để người dân biết và đến với các dịch vụ, bệnh viện áp dụng một số các biện pháp sau: “*Trước hết là người ta biết có bệnh viện này vì nhiều báo đã nói. Khi không có bệnh viện này người dân rất khổ, đều phải xuống Bệnh viện (tâm thần) Trung ương 1 hết. Hiện nay người ta biết có bệnh viện này thì đưa đến đây không phải đi trung ương nữa. Hai nữa là chất lượng điều trị cũng nâng lên và nữa là cho phép điều trị bệnh cũng rộng hơn nữa. Trước đây đau đầu mất ngủ chỉ điều trị nội khoa thôi, bây giờ đưa vào tâm thần rồi. Rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu cũng thế, trước người ta không nghĩ là bệnh bây*





“Em cũng chưa được tuyên truyền cái này. Em chỉ làm trong khuôn khổ y tế yêu cầu. Còn ngoài thì nhiều khi em cũng có nói chuyện những người tâm thần. Chỉ là tư vấn là phải làm thế nọ thế kia, đừng nghĩ ngợi nhiều, nghĩ ngợi cho phù hợp”

(PV cán bộ y tế thôn bản, xã Keo Lôm, Điện Biên).

giờ người ta biết là bệnh thì người ta vào” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

An Giang, mặc dù không có bệnh viện tâm thần, nhưng theo những người cung cấp thông tin chính, Sở LĐTBXH hỗ trợ tài chính để các khoa thuộc bệnh viện và các trung tâm y tế tiếp nhận các bệnh nhân tâm thần nặng; đồng thời chịu trách nhiệm xây dựng một trung tâm công tác xã hội: *“Mặc dù mình [Sở LĐTBXH] chưa có trung tâm thì mình có trách nhiệm hỗ trợ các khoa bệnh viện, các trung tâm y tế, hỗ trợ kinh phí cho họ nếu họ nặng quá họ đi điều trị. Thứ hai nữa là thành lập Trung tâm Công tác xã hội Bảo vệ trẻ em, như tôi đã đề cập đó, chủ yếu là tư vấn những đứa chưa phải tâm thần, tức là để tư vấn để hỗ trợ những đứa bị sốc, bị stress gì đó.”*

Chương trình Quốc gia Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng và Trẻ em cũng được triển khai tại An Giang. Nếu trách nhiệm của Sở Y tế là cấp phát thuốc cho các bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm, thì trách nhiệm của Sở LĐTBXH là hỗ trợ tiền mặt cho những đối tượng thụ hưởng của chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp các trung tâm y tế về chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Hội Phụ nữ cũng đóng góp vào hoạt động trợ giúp các gia đình hội viên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần. Chẳng hạn, Hội Phụ nữ thúc đẩy quá trình được tiếp nhận vào bệnh viện, mặc dù dường như hoạt động này chỉ dành cho một số những người bệnh tâm thần nặng: *“Với chị em phụ nữ mà có con mà bị tâm thần thì em cũng giới thiệu với hội đồng tiếp nhận ở thị trấn xem xét hoặc đưa giấy giới thiệu đi khám và điều trị. Tâm thần nặng thì được bảo trợ của địa phương. Nói chung trẻ tâm thần ít hơn người lớn. Địa bàn em người lớn tâm thần nhiều, đi lang thang ngoài đường, quậy phá nhà này nhà kia”* (PV cán bộ, Hội Phụ nữ, Thị trấn Phú Mỹ, An Giang). Đại diện này của Hội Phụ nữ cũng cho biết thêm rằng hoạt động

của Hội Phụ nữ còn thiếu mảng nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần cho các hội viên.

5.1.3 Cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần cấp xã

Như đã đề cập bên trên, xã là cấp thấp nhất các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung ứng. Bên cạnh các trạm y tế xã là sự hiện diện của các nhân viên y tế thôn bản ở các vùng sâu vùng xa. Trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản là nơi đầu tiên tiếp nhận các cuộc gọi của bà con trong vùng khi có bất kỳ lo ngại nào liên quan đến vấn đề sức khỏe tâm thần. Ngoài ra, Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Quốc gia cũng đang được triển khai ở một số địa bàn.

Xã Keo Lôm, huyện Điện Biên Đông, tỉnh Điện Biên

Trạm y tế xã Keo Lôm có tổng số sáu cán bộ, trong đó có một trưởng trạm, ba y sỹ, một bà đỡ và một y tá. Mỗi tháng, trạm y tế xã tiếp nhận khoảng 450-500 người tới thăm khám. Ngoài ra, Keo Lôm còn có 21 **nhân viên y tế thôn/bản** (toàn xã có 25 thôn/bản, trong đó 4 thôn/bản không có nhân viên y tế) được cấp xã lựa chọn, tối thiểu phải tốt nghiệp phổ thông cơ sở và hoàn thành một khóa đào tạo 9 tháng. Các nhân viên y tế thôn/bản chủ yếu khám tổng quát, báo cáo số lượng sinh – tử trong tháng, và triển khai một số hoạt động truyền thông và giáo dục. Định kỳ mỗi tháng một lần, trừ các trường hợp khẩn cấp, các nhân viên y tế thôn/bản họp với nhân viên y tế xã. Trong các buổi họp hàng tháng, các nhân viên y tế thôn/bản báo cáo về số lượng sinh, tử, thách thức và thành công, và nhìn chung, chia sẻ các kinh nghiệm thực tiễn. Một nhóm nhỏ các nhân viên y tế thôn/bản (10 người) của Keo Lôm từng tham gia khóa đào tạo về cách nhận diện các vấn đề sức khỏe tâm thần và được tiếp cận nguồn thuốc dành cho bệnh nhân tại bệnh viện tâm thần ở Điện Biên. Các nhân viên y tế thôn/bản ở Keo Lôm cho biết dù không trực tiếp có nhiệm vụ giải

quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần, họ vẫn thường đề cập đến các vấn đề này một cách không chính thức:

- H *Những vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần thì có bao giờ được tuyên truyền không?*
- Đ *“Em cũng chưa được tuyên truyền cái này. Em chỉ làm trong khuôn khổ y tế yêu cầu. Còn ngoài thì nhiều khi em cũng có nói chuyện những người tâm thần. Chỉ là tư vấn là phải làm thế nào thế kia, đừng nghĩ ngợi nhiều, nghĩ ngợi cho phù hợp”* (PV cán bộ y tế thôn bản, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Cộng đồng (xem thêm phần 7) được triển khai ở tỉnh Điện Biên trong vòng 10 năm trở lại đây, theo đó, thuốc thuộc Chương trình được chuyển từ bệnh viện tâm thần xuống các huyện và các cán bộ có trách nhiệm (thường là trạm trưởng hoặc trạm phó trạm y tế) thuộc cấp xã phát thuốc tới tay các bệnh nhân thuộc địa bàn quản lý của họ. Vì vậy, nhờ vào việc phân quyền này, các nhân viên y tế tại cộng đồng điều trị và theo dõi các bệnh nhân tâm thần, đồng thời cấp phát những loại thuốc thích hợp. Theo một nhân viên y tế xã Keo Lôm, hoạt động này đã có từ khá lâu: *“Cũng 7, 8 năm rồi, vì trước em cũng là phó trạm em vừa lên trưởng trạm mấy tháng. Việc cấp thuốc tâm thần này được 5, 6 năm, chứ trước thì họ toàn lên trên tỉnh lấy thôi, huyện không có cấp đâu”* (PV cán bộ, Trạm Y tế xã, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Cũng trong khuôn khổ của Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Cộng đồng, Sở LĐTBXH thông qua hệ thống các cán bộ cấp xã nhận diện các đối tượng được hưởng trợ cấp khuyết tật. Do bệnh tâm thần cũng được coi là một khuyết tật, người bệnh tâm thần cũng nằm trong danh sách được hưởng trợ cấp. Tuy nhiên, những người tham gia khảo sát cho biết việc xác định những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần là tương đối khó khăn: *“Đối với những người lên cơn động kinh co giật sùi bọt mép hoặc có*

hành vi gây nguy hiểm cho xã hội thì dễ nhận biết. Nhưng tâm thần nhẹ, hơi sao nhãng, hơi trầm cảm là khó nhận biết đối với cấp xã. Trường hợp này xã nghi ngờ là xã phải giới thiệu lên hội đồng giám định y khoa tỉnh, họ sẽ đưa kết quả về cho xã, nếu đúng đối tượng nặng và đặc biệt nặng thì sẽ hưởng trợ cấp xã hội” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).

Theo những người tham gia nghiên cứu, chỉ có những trường hợp *“nặng”* và *“rất nặng”* mới được nhận trợ cấp, và các mức trợ cấp là khác nhau. *“Mức chuẩn là 180 nghìn, người nghèo là 270 nghìn. Ít hơn nữa sẽ sửa tất cả thành 270 nghìn. Hệ số tâm thần 2 thấy là khoảng 540 nghìn. Cao tuổi, trẻ em lại cao hơn nữa. Trong khuyết tật lại chia ra nặng hay không, nghèo hay không. Người tâm thần ẩn trong khuyết tật, không có dòng riêng cho thần kinh tâm thần”* (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).

Tại cấp xã, việc tuyên truyền về sức khỏe tâm thần được lồng ghép trong các buổi họp cộng đồng: *“Có. Có các buổi họp nhóm dành cho cộng đồng chung, người ta lồng ghép vào tuyên truyền về sức khỏe tâm thần. Ngoài ra ở các điểm công cộng có pano tuyên truyền. Cái này do chương trình tâm thần có kinh phí tổ chức. Khẩu hiệu thì tùy chỗ có, chứ không phải chỗ nào cũng có, thường chỉ có ở xã”* (PV cán bộ, Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ, Điện Biên).

Thị trấn Phú Mỹ, tỉnh An Giang

Liên quan đến việc nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần và các dịch vụ hiện có, một vài năm trước đây, một phó ấp đã tham gia một khóa đào tạo 7 ngày có chủ đề về phát triển trẻ em, trong đó có các vấn đề tâm thần trẻ em. Khi về đến ấp, bà đã chia sẻ nội dung được học cho bà con trong ấp, bao gồm những thông tin về sức khỏe tâm thần: *“Mình có dạy, thậm chí không phải bà con mà là mấy đứa trẻ nhỏ mình cùm lại giải thích, cái này con nên làm cái này con không nên làm, rồi khuyến khích nó*

tâm sự với mình... Mình lồng ghép mấy chương trình, ví dụ luật bình đẳng giới, luật trẻ em này kia đó. Nói chung cũng có người thích người không thích. Phần đông người ta thích lắm. Người ta nói nhiều khi muốn nói một vấn đề gì về tâm lý của tụi trẻ nhưng mà không biết bằng cách nào nói” (PV phó ấp, thị trấn Phú Mỹ, An Giang).

Các cán bộ Hội Phụ nữ và Đoàn Thanh niên chia sẻ rằng năng cao năng lực là một phần quan trọng và hiện đang còn khuyết thiếu: *“Hiện tại không có tài liệu về tâm thần. Bên em cũng giống như bên Hội Phụ nữ cũng cần tài liệu để mình tuyên truyền lồng ghép vô để phụ huynh và gia đình nắm. Cái phòng ngừa tâm thần gốc là ở gia đình, nên mình cần phối hợp tuyên truyền cho gia đình về nội dung phòng ngừa rồi cách ứng phó khi gặp bệnh. [...] Qua tuyên truyền như vậy thì bà con nắm được về các loại bệnh tâm thần để phát hiện rồi nên đến chỗ nào để điều trị”* (TLN cán bộ, Thị trấn Phú Mỹ, An Giang).

5.2 Cung ứng dịch vụ qua Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội

Theo Nghị định số 36/2012/ND-CP do Chính phủ Việt Nam ban hành, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội thực hiện chức năng quản lý nhà nước về các lĩnh vực: việc làm, dạy nghề, lao động, tiền lương, tiền công, bảo hiểm xã hội, an toàn lao động, người có công, bảo trợ xã hội, bảo vệ và chăm sóc trẻ em, bình đẳng giới, phòng chống tệ nạn xã hội, ví dụ sử dụng ma túy và mại dâm (UNICEF & MOLISA, 2015:26). Các cơ quan thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội phụ trách các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần bao gồm các Sở Lao động, Thương binh và Xã hội, Cục Bảo vệ, Chăm sóc Trẻ em – có trách nhiệm bảo đảm sự phát triển toàn diện của trẻ em, Cục Bảo trợ Xã hội – có trách nhiệm đánh giá các nhu cầu của nhóm đối tượng thụ hưởng các chính sách xã hội là những người có các rối loạn tâm thần. Ngoài ra, Bộ LĐTBXH có trách nhiệm phối

hợp với Bộ Y tế thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng cho trẻ em (MOH, 2006). Hàng năm, Bộ LĐTBXH phối hợp với Bộ Tài chính cung cấp kinh phí cho các tỉnh, thành phố có đối tượng bảo trợ xã hội thuộc diện hưởng chính sách, trong đó có các gia đình có người tâm thần đặc biệt nặng, nặng và nhẹ. Các cơ quan thuộc Bộ LĐTBXH cung ứng các dịch vụ công tác xã hội liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội gồm có các trung tâm bảo trợ xã hội, trung tâm chăm sóc và PHCN cho người tâm thần, trung tâm công tác xã hội và các đường dây nóng. Các cán bộ, nhân viên và cộng tác viên hàng năm được đào tạo, tập huấn về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần. Vì vậy, theo cán bộ của Sở LĐTBXH Điện Biên, trong một vài năm trở lại đây, sau khi được cấp phép hoạt động, Bệnh viện Tâm thần ở Điện Biên đã tổ chức các tập huấn liên quan đến sức khỏe tâm thần, trong đó có tập huấn nhắc lại, cho các cán bộ của Sở ở cấp huyện và xã, dạy cho họ về các vấn đề sức khỏe tâm thần cũng như các cách nhận diện chúng. Thêm vào đó, trong giai đoạn 2013 – 2015, bệnh viện cũng tiến hành đào tạo cho các thành viên gia đình (xấp xỉ 120 người) để *“họ có thể giúp đỡ các bệnh nhân tâm thần trong gia đình họ”*.

Năm 2011, Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 (gọi tắt là QĐ số 1215). Mục tiêu của Đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa rối nhiễu tâm trí bị tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội.

Mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội đã được hình thành và phát triển trên phạm vi cả nước với 418 cơ sở trợ giúp xã hội trong đó có 195 cơ sở công lập và 223 cơ sở ngoài công lập (bao gồm: 33 cơ sở bảo trợ xã hội

chăm sóc người cao tuổi; 144 cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt; 74 cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc người khuyết tật; 31 cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí; 102 cơ sở bảo trợ xã hội tổng hợp thực hiện việc chăm sóc nhiều đối tượng bảo trợ xã hội hoặc đối tượng cần trợ giúp xã hội; 34 trung tâm công tác xã hội thực hiện việc tư vấn, chăm sóc khẩn cấp hoặc hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho đối tượng cần trợ giúp xã hội) Các cơ sở (MOLISA, 2016). Các cơ sở trợ giúp xã hội có nhiệm vụ (i) Cung cấp các dịch vụ khẩn cấp (tiếp nhận đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp; đánh giá các nhu cầu của đối tượng; sàng lọc và phân loại đối tượng. Trường hợp cần thiết thì chuyển gửi đối tượng tới các cơ sở y tế, giáo dục, cơ quan công an, tư pháp hoặc các cơ quan, tổ chức phù hợp khác; bảo đảm sự an toàn và đáp ứng các nhu cầu khẩn cấp của đối tượng như: nơi cư trú tạm thời, thức ăn, quần áo và đi lại); (ii) Tham vấn, trị liệu rối nhiễu tâm trí, khủng hoảng tâm lý và phục hồi thể chất cho đối tượng. (iii) Tư vấn và trợ giúp đối tượng thụ hưởng các chính sách trợ giúp xã hội; phối hợp với các cơ quan, tổ chức phù hợp khác để bảo vệ, trợ giúp đối tượng; tìm kiếm, sắp xếp các hình thức chăm sóc. (iv) Xây dựng kế hoạch can thiệp và trợ giúp đối tượng; giám sát và rà soát lại các hoạt động can thiệp, trợ giúp và điều chỉnh kế hoạch. (v) Tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng bảo trợ xã hội thuộc diện đặc biệt khó khăn, không tự lo được cuộc sống và không có điều kiện sinh sống tại gia đình, cộng đồng. (vi) Cung cấp dịch vụ điều trị y tế ban đầu. (vii) Tổ chức hoạt động phục hồi chức năng, lao động sản xuất; trợ giúp các đối tượng trong các hoạt động tự quản, văn hoá, thể thao và các hoạt động khác phù hợp với lứa tuổi và sức khỏe của từng nhóm đối tượng. (viii) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị, tổ chức để dạy văn hoá, dạy nghề, giáo dục hướng nghiệp nhằm giúp đối tượng phát triển toàn diện về thể chất, trí

tuệ và nhân cách. (ix) Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội và nâng cao năng lực (Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội để giúp đối tượng phát triển khả năng tự giải quyết các vấn đề, bao gồm cả giáo dục kỹ năng làm cha mẹ cho những đối tượng có nhu cầu; đào tạo kỹ năng sống cho trẻ em và người chưa thành niên; Hợp tác với các cơ sở đào tạo tổ chức đào tạo, tập huấn về công tác xã hội cho đội ngũ nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội hoặc làm việc tại các cơ sở cung cấp dịch vụ công tác xã hội; Tổ chức các khóa tập huấn, hội thảo cung cấp kiến thức, kỹ năng cho các nhóm đối tượng có nhu cầu. (x) Quản lý đối tượng được cung cấp dịch vụ công tác xã hội.... cho tất cả các đối tượng bảo trợ xã hội và đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp.

Mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội chăm sóc, nuôi dưỡng khoảng 42.000 đối tượng bảo trợ xã hội, cung cấp dịch vụ trợ giúp xã hội cho hàng chục ngàn đối tượng có hoàn cảnh khó khăn và đối tượng bảo trợ xã hội, trong đó, số đối tượng là trẻ em, người khuyết tật và tâm thần chiếm tỷ lệ lớn 46,5%. Bình quân 01 cơ sở trợ giúp xã hội chăm sóc, nuôi dưỡng khoảng 100 đối tượng. Tổng số cán bộ, nhân viên làm việc trong mạng lưới cơ sở trợ giúp xã hội khoảng 15.000 người. Các cơ sở trợ giúp xã hội cung cấp các dịch vụ tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng bảo trợ xã hội; tổ chức hoạt động phục hồi chức năng, lao động sản xuất, dạy văn hoá, dạy nghề, giáo dục hướng nghiệp và cung cấp các dịch vụ công tác xã hội, đáp ứng nhu cầu trợ giúp xã hội cho 30% đối tượng có hoàn cảnh khó khăn.

Một số đường dây nóng hiện đang được vận hành ở Việt Nam, trong đó hoạt động lâu năm (từ 2004) và nổi bật nhất phải kể đến đường dây nóng “Phím số diệu kỳ - 18001567”, kết nối với thanh thiếu niên về các vấn đề sức khỏe tâm thần. Văn phòng của đường dây nóng đặt tại trụ sở của Cục Bảo vệ và Chăm sóc Trẻ em (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội),

bao gồm 20 cán bộ và 10 cộng tác viên/trợ lý có chuyên môn về tâm lý học và giáo dục đặc biệt, hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đường dây nóng cũng có một hội đồng tư vấn bao gồm các bác sỹ và học giả có chuyên môn sâu về tâm lý và pháp luật nhằm trợ giúp trong những ca khó. Trong hai năm từ 2014-2015, đường dây nóng nhận được hơn 2 triệu cuộc gọi từ trẻ em và người lớn trên toàn quốc.

5.2.1 Các trung tâm bảo trợ xã hội

Như đã mô tả ở trên, hệ thống cơ sở trợ giúp xã hội được thiết lập tại 63 tỉnh, thành phố nhằm tiếp nhận, đánh giá, cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho các nhóm đối tượng thụ hưởng chính sách bảo trợ xã hội và cung cấp các dịch vụ cần thiết cho đối tượng bảo trợ xã hội, nhóm dễ bị tổn thương, trẻ em có HCDĐBKK, người mắc bệnh tâm thần và phụ nữ trầm cảm sau sinh. Các cơ sở bảo trợ xã hội còn tổ chức các hoạt động như phục hồi chức năng, giáo dục, đào tạo nghề và hướng nghiệp, hỗ trợ sinh kế và cung ứng các dịch vụ công tác xã hội, nhờ vậy đáp ứng được nhu cầu trợ giúp xã hội của 30% những người có hoàn cảnh khó khăn. Hiện có 45 Trung tâm bảo trợ xã hội chăm sóc và PHCN cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí cung cấp các dịch vụ chăm sóc, phục hồi, giáo dục cơ bản, đào tạo nghề, hỗ trợ sinh kế (như trồng nấm, làm vườn ao chuồng, vàng mã...)

Một số cơ sở từ chức năng ban đầu là chăm sóc trẻ mồ côi, người già, người khuyết tật và người vô gia cư, hiện nay, theo những người tham gia nghiên cứu, hiện nay cũng tiếp nhận người có vấn đề sức khỏe tâm thần, tuy phần lớn trong số đó là nam giới trưởng thành. Phòng vấn cán bộ Sở LĐTBXH tỉnh An Giang cho thấy An Giang hiện có hai trung tâm bảo trợ xã hội và một trong số đó nuôi dưỡng các bệnh nhân tâm thần: “Trước đây Trung tâm Bảo trợ Xã hội chỉ nuôi nuôi đối tượng bảo trợ thôi, chẳng hạn người già neo đơn, tàn

tật, trẻ mồ côi. Nhưng giờ phải nuôi luôn các đối tượng tâm thần, cả trẻ em tâm thần, người lớn tâm thần nữa... Nhưng vô số lượng nó hạn chế lắm, tại cơ sở vật chất không đáp ứng. Bây giờ tỉnh có 2 trung tâm mình, mà trung tâm Long Xuyên hiện khoảng 40 người tâm thần, còn mấy đối tượng khác thì đông. Còn cái trung tâm thứ hai là Trung tâm Bảo trợ Xã hội Châu Đốc của thành phố Châu Đốc cũng chủ yếu nuôi người lang thang” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, An Giang).

Trung tâm bảo trợ xã hội ở TP Long Xuyên, An Giang có 6 điều dưỡng, chăm sóc tổng số 40 người, trong đó có 27 trẻ em. Có tổng số 33 cán bộ ở trung tâm bảo trợ xã hội thứ hai, trong đó có 10 cán bộ phụ trách các vấn đề hành chính, chăm sóc tổng số 150 người. Trong số 150 người này, 38 người có bệnh tâm thần, và 5 trong số đó dưới 14 tuổi.

Trung tâm bảo trợ xã hội ở TP Long Xuyên, An Giang có 6 điều dưỡng, chăm sóc tổng số 40 người, trong đó có 27 trẻ em. Có tổng số 33 cán bộ ở trung tâm bảo trợ xã hội thứ hai, trong đó có 10 cán bộ phụ trách các vấn đề hành chính, chăm sóc tổng số 150 người. Trong số 150 người này, 38 người có bệnh tâm thần, và 5 trong số đó dưới 14 tuổi.

Ở Điện Biên, theo những người tham gia nghiên cứu, có một trung tâm bảo trợ xã hội hướng vào nhóm đối tượng trẻ mồ côi (mồ côi cha/mẹ và mồ côi cả cha lẫn mẹ) và trẻ em bị tổn thương trong tình. Kể từ khi đi vào hoạt động năm 1990, hiện có 77 đối tượng được chăm sóc (tối đa chăm sóc được 80 em), trong đó 65 em hiện ở tại trung tâm và 12 em đang theo học các trường đại học, trung cấp kỹ thuật, và dạy nghề. Có 32 em gái và 45 em trai, độ tuổi từ 4 đến 22.

Trung tâm có 3 phòng chức năng với 24 cán bộ. Phòng dinh dưỡng sức khỏe sẽ chăm sóc các em về sức khỏe và chế độ ăn uống hàng ngày. Phòng này có 2 y sỹ, trong những trường

hợp khó có thể chuyển các em lên khám ở y tế phường, y tế thành phố, hoặc có thể lên đến bệnh viện tỉnh, trung ương. Phòng quản lý đối tượng thì chủ yếu là quản lý các em ngoài giờ đến trường, bao gồm dạy các em về kiến thức văn hóa và kỹ năng sống, tổ chức các hoạt động ngoại khóa như văn nghệ, thể dục thể thao, trồng rau, chăn nuôi lợn gà. Cán bộ phòng quản lý đối tượng hầu hết là giáo viên, khi về trung tâm được tập huấn thêm (một tuần) về công tác xã hội. Tuy chưa có ai được tập huấn về tư vấn tâm lý đối với trẻ em nhưng “Tất cả các cô các chú đều rất thương các cháu. Chính vì xuất phát từ cái tâm nên các cô các chú luôn tạo điều kiện cho các cháu tốt nhất, mặc dù lương rất thấp nhưng lúc nào cũng gần gũi, quan tâm, chăm sóc các cháu” (PV cán bộ, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Điện Biên Phủ).

Mặc dù nhận được trợ cấp từ Bộ LĐTBXH cho mỗi trẻ em, các trung tâm bảo trợ xã hội nhấn mạnh rằng khoản trợ cấp này là không đủ và họ đã phải xoay xở từ các nguồn trợ giúp khác: “Chế độ tiền ăn theo nhà nước là 0,8 mức lương tối thiểu, tức là 920 nghìn/tháng. Tiền sinh hoạt phí tức là tiền điện nước, dầu gội, kem đánh răng các thứ các cháu được 0,3 mức lương tối thiểu là 345 nghìn đồng/tháng. Còn đối tượng đi học chuyên nghiệp thì tiền ăn là 0,8 mức lương tối thiểu tức 920 nghìn, tiền sinh hoạt phí là 0,5 mức lương tức là 575 nghìn đồng. [...] Cơ quan em phải tranh thủ kêu gọi các đơn vị, tổ chức các nhà hảo tâm tài trợ để chi thêm vào bữa ăn tối cho 25 em này” (PV cán bộ, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Điện Biên Phủ).

5.2.2 Các trung tâm công tác xã hội

Loại hình các trung tâm công tác xã hội cũng được nhiều người trả lời nhắc đến. Theo UNICEF & Bộ LĐTBXH (2015:31), “các trung tâm công tác xã hội được mở ra nhằm cung cấp các dịch vụ và các trợ giúp cho các cá nhân có rối loạn tâm thần và nhằm hỗ trợ các nhu cầu dịch vụ xã hội khác trong cộng đồng trên phạm vi cả nước”.

Năm 2016, có 30 trung tâm công tác xã hội và kế hoạch sẽ có 33 trung tâm nữa (Kidd et al., 2016). Theo một người cung cấp thông tin chính ở An Giang, TTCTXH ở tỉnh này tập trung vào công tác bảo vệ và chăm sóc trẻ em: “*Có Trung tâm Công tác Xã hội, Bảo vệ Chăm sóc Trẻ em trực thuộc Sở [LĐTBXH]. Hiện tại trung tâm này là làm chức năng tư vấn hướng dẫn này kia cho các em bị xâm hại, bị bạo lực, rồi tư vấn tâm lý cho trẻ em. Cán bộ ở đây cũng được đi tập huấn về SKTT ở Hà Nội*” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, An Giang). Báo cáo của UNICEF và Bộ LĐTBXH (2015) cũng cho thấy các dịch vụ của các trung tâm công tác xã hội bao gồm tư vấn, điều trị tâm lý, quản lý ca, tái hòa nhập cộng đồng, chỉ dẫn, huy động nguồn lực, phòng ngừa, tuyên truyền, đào tạo và nâng cao năng lực.

Theo Quyết định số 32/QĐ-TTg, hàng năm Bộ LĐTBXH hỗ trợ các Trung tâm công tác xã hội xây dựng mạng lưới cộng tác viên công tác xã hội; cung cấp dịch vụ công tác xã hội cho các nhóm đối tượng yếu thế, dễ bị tổn thương tại cộng đồng; tăng cường năng lực cho đội ngũ cán bộ, nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội thông qua các khóa tập huấn kỹ thuật vận hành mô hình trung tâm cung cấp dịch vụ công tác xã hội; tập huấn quy trình về quản lý ca/quản lý trường hợp; quy trình phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng; tập huấn về quy trình quản lý trường hợp người khuyết tật; tập huấn về nghiệp vụ chăm sóc, nhận nuôi dưỡng tạm thời trẻ em có hoàn cảnh khó khăn; chia sẻ kinh nghiệm vận hành mô hình hoạt động của trung tâm công tác xã hội; tổ chức tập huấn về quy trình quản lý trường hợp với người khuyết tật cho các cán bộ ngành lao động-thương binh và xã hội trong cả nước.

Tương tự, một cán bộ của Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ trẻ em ở An Giang cho biết trung tâm của ông hỗ trợ trung bình mỗi năm khoảng 40 trẻ em bị lạm dụng hoặc bị bạo

lực, trong đó có bạo lực tình dục. Cán bộ trung tâm được đào tạo để cung ứng trợ giúp và tư vấn tâm lý cho những trẻ em này: “*Đội ngũ nhân viên của tôi là đã được tập huấn về vấn đề phát hiện trẻ em trầm cảm và trợ giúp về mặt tâm lý những trường hợp các em bị sang chấn*” (PV cán bộ, Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, TP Long Xuyên, An Giang). Phòng văn cán bộ Phòng Bảo vệ Trẻ em, Sở LĐTBXH An Giang cho thấy trung tâm cũng tiến hành các hoạt động nhằm nâng cao nguồn nhân lực: “*Trước đây công tác xã hội chăm sóc trẻ em ở xã phường chỉ có 1 người, bây giờ chương trình bảo vệ trẻ em có thành lập cộng tác viên dưới xóm ấp, rồi thành lập Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em thì càng ngày nhiều người dân biết được địa chỉ để người ta đến hoặc điện đến.*” Thông thường, trung tâm công tác xã hội tập trung vào ba lĩnh vực chính: “*truyền thông giáo dục; kết nối dịch vụ (ví dụ nếu trẻ nhiễm HIV dương tính, trung tâm sẽ kết nối với dịch vụ tương ứng) và quản lý ca; và phát triển cộng đồng. Trong truyền thông giáo dục chia thành 2 mảng nhỏ, một là công tác truyền thông tuyên truyền giáo dục tùy theo từng chủ đề hàng năm, mảng thứ hai là mảng trị liệu, tiếp nhận và tư vấn trị liệu tại trung tâm. Năm 2014, trung tâm cũng thiết lập một đường dây nóng 24 giờ hướng trọng tâm vào trẻ em và buôn bán trẻ em* (PV cán bộ, Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, TP Long Xuyên, An Giang).

Tuy nhiên, mặc dù trung tâm công tác xã hội được cho là có dịch vụ tư vấn cho trẻ em, việc người dân có biết đến điều đó hay không còn chưa rõ ràng; tại một buổi thảo luận nhóm, các cán bộ cấp tỉnh ở An Giang cho rằng trong tỉnh không có bất kỳ dịch vụ tư vấn hay phòng khám chuyên khoa về sức khỏe tâm thần nào. Điều này cũng được một người cung cấp thông tin chính ở An Giang phản ánh lại:

H *Tại địa bàn huyện dịch vụ nào về khám và trị liệu tâm lý cho những trẻ em có những vấn đề về sức khỏe*

tâm thần hoặc khó khăn về tâm lý xã hội?

Đ *Ở đây chưa có cung cấp dịch vụ đó. Chỉ khi bệnh thì đến bệnh viện thôi. Còn cái nơi kể cả tư vấn tâm lý hay là phòng mạch về SKTT cũng chưa có. Tỉnh cũng chưa có bệnh viện tâm thần. Bệnh nhân tâm thần thường đi khám và điều trị ở Đồng Tháp, Tiền Giang* (PV cán bộ, Phòng LĐTBXH, huyện Phú Tân, An Giang)

Để tăng cường hiểu biết về các hoạt động của Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, một cán bộ cho biết có các cách làm như sau:

Đầu tiên mình sẽ thông báo hết đến các chính quyền địa phương, cấp xã, 164 xã phường mình đều gửi thông báo chức năng nhiệm vụ trung tâm hoạt động. Hình thức thứ hai là mình tuyên truyền trên đài truyền hình và báo, họ sẽ tuyên truyền cho mình. Hình thức thứ ba là mình xây dựng ở 11 cụm huyện thị mỗi cụm 1 cụm pano để tuyên truyền về trung tâm của mình.

H: *Cụm pano này đặt ở đâu?*

Đ: *Đặt ở tại ủy ban huyện hoặc ủy ban xã, hoặc nơi đông dân cư, bến tàu bến xe. (PV cán bộ, Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, TP Long Xuyên, An Giang).*

5.2.3 Các đường dây nóng

Mặc dù có một số các đường dây nóng đang được vận hành ở Việt Nam, đường dây nóng nổi bật và hoạt động lâu năm nhất, kết nối với trẻ em và thanh thiếu niên về các vấn đề sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội, do Bộ LĐTBXH thành lập, là “Phím số diệu kỳ - 18001567”. Đường dây nóng hoạt động trên toàn quốc này được đặt tại trụ sở của Cục Bảo vệ, Chăm sóc Trẻ em (Bộ LĐTBXH), và từ năm 2004, do Plan International hỗ trợ. Đường dây nóng hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Có 20 cán bộ và 10 cộng tác viên/trợ lý có chuyên môn về tâm lý học và giáo dục đặc biệt; ngoài ra, đường dây nóng có một hội đồng tư vấn bao

gồm các bác sỹ và học giả có chuyên môn sâu về tâm lý và pháp luật nhằm trợ giúp trong những ca khó. Cán bộ tư vấn qua điện thoại có chuyên môn về tâm lý học, công tác xã hội, nghiên cứu xã hội và luật pháp; sau khi tuyển dụng đều được đào tạo hai tháng về làm việc với trẻ em.

Trẻ em từ toàn bộ 63 tỉnh/thành có thể thực hiện những cuộc gọi miễn phí để chia sẻ thông tin, tìm kiếm trợ giúp tâm lý và tinh thần, nhận những lời khuyên và được kết nối tới các tổ chức thích hợp hoặc các dịch vụ khẩn cấp nếu cần. Người lớn cũng có thể gọi tới để tìm kiếm thông tin liên quan đến chăm sóc và bảo vệ trẻ em. Đường dây nóng ưu tiên tư vấn, trả lời các câu hỏi, và thực hiện can thiệp và trợ giúp trong năm lĩnh vực sau đây: (1) bảo vệ trẻ em khỏi bạo lực tinh thần, bạo lực thể chất, lạm dụng tình dục, sao nhãng, bỏ rơi, bóc lột lao động và buôn bán; (2) cung cấp thông tin và các dịch vụ liên quan đến bảo vệ trẻ em; (3) trợ giúp tâm lý; (4) tư vấn về điều trị, chính sách, luật pháp về bảo vệ trẻ em; và (5) kết nối với các dịch vụ cho trẻ em có nhu cầu. Từ năm 2011, đường dây nóng tăng cường hoạt động đánh giá và trực tiếp áp dụng trị liệu tâm lý cho trẻ em. Đường dây nóng cũng tổ chức các lớp đào tạo về kỹ năng sống cho trẻ em và các bậc phụ huynh; phát triển vận động và giác quan cho trẻ mầm non; mở các lớp phát triển tư duy sáng tạo cho trẻ mầm non và tiểu học; và kỹ năng làm cha mẹ.

Trong hai năm từ 2014-2015, đường dây nóng nhận được hơn 2 triệu cuộc gọi từ trẻ em và người lớn trên toàn quốc, 20% trong số đó hỏi xin lời khuyên. Hơn 3.000 trẻ em từng bị lạm dụng, bạo lực, buôn bán, lạm dụng hoặc bị ruồng bỏ, hoặc cần được trợ giúp tài chính là đối tượng hưởng lợi từ hoạt động can thiệp và trợ giúp của đường dây nóng. Bộ LĐTBXH theo dõi tất cả các cuộc gọi, có phân tách theo địa phương, giới tính, tuổi tác, và loại hình vấn đề của người gọi. Các chuyên viên tư vấn, khi nhận được một cuộc gọi, sẽ đưa ra chẩn

đoán ban đầu và/hoặc cung cấp cho người gọi thông tin về một hình thức rối loạn tâm thần cụ thể (ví dụ tăng động giảm chú ý, tự kỷ, trầm cảm), sau đó giới thiệu họ tới các dịch vụ thích hợp để họ tiếp tục điều trị nếu cần. *"Miền Bắc có thể giới thiệu họ đến phòng trị liệu ("một Trung tâm Tư vấn Trực tiếp và Trị liệu Tâm lý thành lập và vận hành được ba năm") của chúng em. Đối với những trẻ bị bạo hành, xâm hại mà nó có sang chấn khủng hoảng về tinh thần thì bọn em trị liệu miễn phí trực tiếp cho trẻ đấy. Trong quá trình họ đi lại ăn ở, chúng em cũng phối hợp với các dự án để có thể xin kinh phí hỗ trợ cho họ. Đây là xuất phát từ nhu cầu, để làm tròn khâu cho công tác tư vấn thì cần một phòng trực tiếp như vậy"* (PV cán bộ, Đường dây nóng, Bộ LĐTBXH).

Cả người lớn và trẻ em đều gọi đến đường dây nóng, và vì thế cả hai cùng được tư vấn và điều trị. *"Khi họ (cha mẹ) đưa (con) tới thì chúng em phải làm việc cả với cha mẹ. Có những trẻ bị xâm hại thì con họ bị khủng hoảng 1, cha mẹ khủng hoảng 2, nên phải làm việc với họ, họ ổn định tâm lý thì mới có thể hỗ trợ cho con họ được."* Người trả lời cũng lưu ý rằng các bà mẹ thường là người đưa trẻ đến bởi *"Họ quan niệm việc chăm sóc con cái là phụ nữ, rồi phụ nữ học những kỹ năng từ mình truyền tải cho con họ tốt hơn. Tình cảm thân yêu của người mẹ (đối với con) để thể hiện hơn cha, nên thường mẹ (đến đây) nhiều hơn cha"* (PV cán bộ, Đường dây nóng, Bộ LĐTBXH).

Gần đây, những người tham gia nghiên cứu cho biết, có nhiều cuộc gọi từ khu vực nông thôn hơn và điều này có thể là do đường dây nóng hiện đang triển khai truyền thông về sức khỏe tâm thần trên VOV (một kênh phát thanh). Tuy nhiên, người dân ở khu vực đô thị dường như ít nghe đài: *"Vì người dân đô thị có thói quen sử dụng mạng, còn tivi đài rất ít. Nhưng người dân nông thôn rất chịu khó nghe đài, gần đây mình tưởng phát thanh tiếng nói là chết nhưng thực ra gần đây nó sống lại. Như những*

người làm ruộng họ mang theo đài đi, chính cuộc gọi liên quan đến người dân ở nông thôn là vì vậy. Bọn em phát hiện được cuộc gọi liên quan đến rối loạn tâm trí liên quan đến gần bố cha mẹ và con. Chủ yếu từ người lớn gọi đến chứ không phải trẻ em. Khi bọn em nói dấu hiệu trẻ như thế nào là rối loạn tâm trí thì rất nhiều, 80 – 90 % gọi đến là ông bà, hoặc người chăm sóc, gọi đến bảo cháu tôi có dấu hiệu như trên đài nói. Gần như 100% các trường hợp này là cha mẹ bỏ nông thôn ra thành thị kiếm sống trong thời gian dài, không về chăm sóc con. Trẻ giai đoạn nhỏ mà bị rời cha mẹ là sẽ bị rối loạn và nó sẽ chuyển sang rối loạn hành vi" (PV cán bộ, Đường dây nóng, Bộ LĐTBXH)

Ngày 6 tháng 12 năm 2017 Tổng đài quốc gia bảo vệ trẻ em với số điện thoại 111 đã được khai trương, nâng cấp từ đường dây tư vấn và hỗ trợ trẻ em, với trách nhiệm bảo vệ và tham vấn tâm lý cho trẻ em.

5.3 Cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở các trường học

Ngày 18/12/2017, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban thành Thông tư hướng dẫn thực hiện công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông với mục đích: (i) Phòng ngừa, hỗ trợ và can thiệp (khi cần thiết) đối với học sinh đang gặp phải khó khăn về tâm lý trong học tập và cuộc sống để tìm hướng giải quyết phù hợp, giảm thiểu tác động tiêu cực có thể xảy ra; góp phần xây dựng môi trường giáo dục an toàn, lành mạnh, thân thiện và phòng, chống bạo lực học đường; (ii) Hỗ trợ học sinh rèn luyện kỹ năng sống; tăng cường ý chí, niềm tin, bản lĩnh, thái độ ứng xử phù hợp trong các mối quan hệ xã hội; rèn luyện sức khỏe thể chất và tinh thần, góp phần xây dựng và hoàn thiện nhân cách.

Trong trường học, việc chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho học sinh có thể được thực hiện theo hai cách chính. Một là, như học sinh



‘Học sinh nam thì rơi vào lớp 6, 7. Còn lớp 8 lớp 9 hầu như nam không xuống nữa vì nó có niềm đam mê riêng. Ví dụ đi xuống sân trường chơi đá cầu nó thích hơn’

(PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

cũng đề cập, tác động đến sức khỏe tâm lý xã hội của học sinh nói chung thông qua giáo dục kỹ năng sống, bao gồm “*đạy trẻ về kỹ năng xã hội, về giá trị sống, về khả năng sắp xếp và làm việc, đầy đủ các lĩnh vực: hiểu biết về bản thân này, về xã hội này, về các mối quan hệ này, về khả năng làm việc của mình và [hướng dẫn trẻ] thực hành tất cả những cái đó*” (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường Olympia, Hà Nội). Giáo viên sau khi được tập huấn về giáo dục kỹ năng sống có thể giảng dạy lại cho học sinh. Số giờ dành cho bộ môn này khác nhau giữa các trường, trường dân lập thường quan tâm đến vấn đề này nhiều hơn so với trường công lập: “*Trường này rất quan tâm đến kỹ năng sống. Em đề nghị tất cả các giáo viên trong trường đối với*

học sinh tiểu học thì một ngày họ có 1 tiếng dạy kỹ năng sống, đối với học sinh trung học thì 1 tuần có khoảng 2-3 tiếng, tùy vào cấp 2 hoặc cấp 3 để làm việc đó, chứ không giống như các trường bên ngoài là 1 tuần có 1 tiết kỹ năng sống. Tất cả giáo viên thì đều tham gia vào vai trò đó” (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường Olympia, Hà Nội).

Một cách cung ứng các trợ giúp về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội trong trường học nữa là thông qua các dịch vụ tham vấn tâm lý học đường (xem Phụ lục 2 để biết thêm chi tiết về nền tảng tham vấn học đường ở Việt Nam). Chẳng hạn, ở An Giang, sáu trường hiện có dịch vụ tham vấn. Tuy nhiên, dường như

Hộp 6: Tư vấn hệ thống trong trường học (trường hợp trường Olympia ở Hà Nội)

“Nói chung thì các bạn ấy cũng đa dạng thôi, nhưng tất nhiên phần đông là các bạn ấy không có kết nối tốt, ít nhất là với gia đình. Vì khi cô hỏi con thường nói chuyện với ai thì con trẻ lời là con thường chẳng nói chuyện với ai cả. Không phải vì bố mẹ bạn ấy gì cả nhưng nói chung là không có kết nối. Trong tư vấn ở trường này tiếp cận của em là tiếp cận hệ thống.”

“Ví dụ như nếu mọi người hiểu là tư vấn thì một đứa trẻ nào đau buồn hoặc bị bắt nạt thì mình tác động vào nó thôi, hoặc là nó đang có vấn đề lo lắng buồn khổ gì thì tác động vào nó thôi. Nhưng ở đây em không chỉ làm điều đấy, em sẽ tác động vào việc giao bài tập về nhà của bạn ấy. Bạn ấy có thể được giảm thiểu trong 1 thời gian. Em sẽ tác động vào việc là trong một ngày ít nhất bạn ấy cần 1 cô nói chuyện, gọi điện đến bao nhiêu lần ngoài giờ học trên lớp. Hay là nói chuyện đầu ngày cuối ngày với bạn đấy. Hay là trong lớp bắt buộc phải có hoạt động gì để tạo một môi trường thuận lợi hơn cho quá trình tồn tại của bạn ý trong tập thể đó. Và em sẽ tác động vào hệ thống giáo dục xung quanh bạn ấy, hoặc em sẽ tác động vào gia đình, ví dụ văn hóa gia đình phải thay đổi. Ví dụ buổi chiều bạn ấy không nên ở lại quá nhiều để chờ bố mẹ đến đón. Đúng giờ nào đấy em cần bố mẹ bạn ấy phải đón bạn ấy về. Vì em làm trong trường học nên lợi thế của em là tác động hệ thống. Và em thấy cách tiếp cận này rất hiệu quả đối với trẻ con bởi vì một đứa trẻ không thể nào đòi hỏi nó là nhân tố của sự thay đổi được. Nên cả hệ thống bắt buộc phải hỗ trợ nó.”

“Mình hỗ trợ cho gia đình cả một quá trình thay đổi từ việc rất nhỏ, thì đấy là một quá trình rất dài, sự thay đổi thói quen không chỉ một cá nhân. Tất cả những trường hợp em tư vấn suốt một năm hay khoảng 1 thời gian 3 tháng hay gì đó, thì sự thay đổi khá ổn định. Có nghĩa là họ thay đổi từ những việc nhỏ nhất. Có những người về nhà thấy con vứt đồ là lao vào quát tháo luôn lúc ấy tự nhiên cả nhà căng thẳng. Mà sự tư vấn của em rất đơn giản, em yêu cầu ví dụ như, “chị về đến nhà chị chào con xong chị đi tắm rửa, khi chị đi tắm rửa xong ra chị đã có cảm giác khác khi nhìn thấy con, chị không còn bực dọc mệt mỏi nữa”. Những thay đổi như thế là em hướng đến để thay đổi cục diện của cả một gia đình, từ những thói quen nhỏ nhất của hệ thống đấy. Nếu bữa cơm là thời gian duy nhất gia đình gặp nhau thì em sẽ theo dõi cùng họ, là bao nhiêu phần trăm thời gian bố mẹ và con cái nói chuyện với nhau, em sẽ ghi nhận về bố mẹ, ghi nhận về con cái, sự thay đổi nào cũng cần đồng hành khá lâu mới thành cái cách vận hành mới. Còn về mặt nguyên tắc thì sau khi mình nói xong ngày hôm đấy về có khi 3, 4 ngày họ không mắng con nữa nhưng thói quen mà, nên đương nhiên người ta sẽ có xu hướng quay lại thói quen vốn có đó rất nhanh. Đối với những trường hợp có động lực thay đổi cao thì họ sẽ theo quá trình tư vấn trong một thời gian dài, thì cứ một tuần họ đến lại nói là “ôi hôm qua chị lại đánh con rồi”, mình lại lắng nghe và mình tư vấn cho họ. Hay “cả mấy tuần vừa rồi nhà chị rất vui vẻ” thì mình lại ghi nhận họ. Sự vận hành như vậy nó đem đến sự thay đổi bền vững hơn.”

(PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường Olympia, Hà Nội)

dịch vụ này xuất hiện nhiều hơn ở các trường trung học phổ thông và ở khu vực đô thị (thường thì cả hai yếu tố trên đi cùng với nhau, ví dụ ở các trường trung học phổ thông thuộc khu vực đô thị). Tương tự, ở các thành phố lớn như Hà Nội và TPHCM, các dịch vụ tâm lý trong trường học dường như phong phú hơn, đặc biệt ở các trường dân lập:

- H *Các trường tư ở Hà Nội có phòng tư vấn tâm lý không?*
- Đ *Cũng có một số trường làm và em cũng triển khai một chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần học đường ở trường Đoàn Thị Điểm và một số trường. Các trường tư họ triển khai và họ tự trả lương vì họ không bị bó buộc về mặt biên chế (PV cán bộ, Đại học Quốc gia, Hà Nội).*

Chất lượng dịch vụ tư vấn cũng như trình độ và cam kết của các nhà tư vấn trong các trường học khác nhau đáng kể; các trường không thuộc địa bàn Hà Nội và TPHCM nói chung có chất lượng thấp hơn và vì thế học sinh hiếm khi sử dụng dịch vụ. Ở các thành phố lớn, chất lượng là khá cao. Ví dụ, một giáo viên tư vấn tâm lý của một trường trung học cơ sở ở TPHCM tốt nghiệp ngành Tâm lý Giáo dục tại Đại học Sư phạm TPHCM. Mỗi tuần cô có năm buổi tư vấn tại trường cho học sinh, và trong một vài trường hợp theo yêu cầu công việc, cô tới nhà của học sinh (thường vào các thứ Bảy và Chủ nhật), đồng thời tư vấn qua thư điện tử và qua Facebook (PV giáo viên tư vấn tâm lý, trường THCS, Quận 3, TPHCM). Giáo viên tư vấn tâm lý của trường Olympia ở Hà Nội cũng tốt nghiệp đại học tại Pháp và trước khi làm việc ở trường cô là giảng viên bộ môn Tâm lý ở Đại học Quốc gia. Cô giáo này cho rằng vẫn cần có những nhà tư vấn tâm lý chuyên nghiệp trong các trường học⁶ mặc dù cô biết giáo viên có thể làm công tác

tham vấn và thực tế ở trường của cô, một số giáo viên đã được cử đi đào tạo. Tương tự, cô áp dụng phương pháp tiếp cận hệ thống khi tương tác với học sinh trong điều kiện thời gian tương đối rộng rãi, mặc dù cô biết những phương pháp tiếp cận khác nhau tùy theo từng trường hợp và điều kiện thời gian. Kết quả là, cô thường nói chuyện với cha mẹ, thầy cô giáo và xem xét môi trường xung quanh đứa trẻ (xem Hộp 6). Các nhà tư vấn tâm lý học đường cũng chỉ dẫn học sinh tới đường dây nóng quốc gia và tới một trang web mới (ask14.vn), nơi học sinh có thể dễ dàng chia sẻ vấn đề của mình và nhận được các câu trả lời mà không cần nêu tên (PV giáo viên tư vấn tâm lý, trường THCS, huyện Đông Anh, Hà Nội).

Theo các nhà tư vấn tâm lý học đường, có một số cách để học sinh biết và đến với phòng tư vấn. Đó có thể là việc quảng bá về phòng tư vấn trong các hoạt động học đường; hoặc thiết lập một trang Facebook để thông qua đó tư vấn cho học sinh - như cách một trường thuộc địa bàn nghiên cứu đã làm. Giáo viên chủ nhiệm cũng có thể xác định những học sinh mà họ cho là đang gặp khó khăn, và bản thân nhà tư vấn tự xác định bằng cách đi lại và quan sát trong trường.

"Ví dụ em hay đi dạo dạo vậy có một vài bạn không giỡn, không chơi, không nói chuyện, cứ ngồi ngó băng que, đó là một trường hợp. Trường hợp thứ hai là quậy quá, thầy cô phân nản nhiều quá thì em lên em mời xuống, coi mấy bạn như thế nào. Tại có vài hoàn cảnh rất đặc biệt. Ba mẹ li dị hoặc đang trong tình trạng ly thân. Đa số những trường hợp em mời xuống đây có một đặc điểm chung là gia đình có vấn đề" (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

Cũng có sự chênh lệch trong số lượng học sinh tới với mỗi nhà tư vấn. Một giáo viên tâm lý cho biết trung bình mỗi tháng cô tiếp 10-15 em (PV giáo viên tâm lý, trường THCS, Quận



'Bệnh nhân ở khu vực miền núi cao dân tộc cũng có dùng thuốc nam hoặc thuốc bắc nhưng những những khu vực gần đây không thấy có'

(PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội)

3, TPHCM) trong khi một thầy giáo khác trả lời rằng chỉ có 4-6 em tới gặp thầy mỗi quý (PV giáo viên tư vấn tâm lý học đường, trường THCS, huyện Đông Anh, Hà Nội). Một cô cho biết số lượng nam sinh và nữ sinh trong tổng số các thân chủ của cô là ngang bằng, trong khi một cô khác cho biết trong 10-15 em thì chỉ có 3-4 em trai và thường là thuộc độ tuổi nhỏ hơn: *"Học sinh nam thì rơi vào lớp 6, 7. Còn lớp 8 lớp 9 hầu như nam không xuống nữa vì nó có niềm đam mê riêng. Ví dụ đi xuống sân trường chơi đá cầu nó thích hơn"* (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

Một số giáo viên ở An Giang được cử đi đào tạo ở TPHCM. Một giáo viên tâm lý ở TPHCM kể về khóa đào tạo bổ sung tại Welink (với chi phí cho khóa học khoảng 200.000 đến 300.000 đồng), và đôi lại đôi khi cô cũng tập huấn lại cho những người khác (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

6. Hiệu trưởng của một trường THPT ở thị trấn Phú Mỹ, huyện Phú Tân, An Giang có nói về việc giáo viên của trường này đi đào tạo ở TPHCM, một phần là theo yêu cầu từ Sở Giáo dục.

Hộp 7: Tục cúng ma và người Hmông theo lời kể của một thầy cúng

“Nói chung cũng có [thầy cúng]. Người Mông mình cũng có. Bác cũng là thầy cúng. Người ta nhờ mình đi làm, mình cũng không thích đi đâu nhưng mà phong tục tập quán của dân tộc mình nó như thế rồi. Cúng chỉ có một phần nào thôi, phải đi khám ở bệnh viện mới đỡ cái bệnh được. Đi bệnh viện với đi làm cúng thì bệnh viện 2 phần cúng chỉ 1 phần thôi. Có khi đi bệnh viện không đỡ nữa, càng đau nữa thì về nhà cúng xong là đỡ ngay. [...]”

“Bảo là đi gặp con ma, con ma làm cho nó đau đầu thì lại cúng. Cúng thì cũng tốt thật. Ừ con ma nó làm đau bụng hay là làm đau đầu, hay làm hại cho nó yếu dần. Đấy, thế mình xem là tại con ma này, rồi bảo nó có ăn cái gì không, ăn một con gà, giết một con gà gọi nó ăn xong là đỡ. Chỉ có bệnh (các bệnh nặng hơn bệnh đau đầu hoặc đau bụng) là không đỡ được, chỉ có bệnh viện chữa” (PV già làng, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Ông tiếp tục kể và cho rằng theo ông, phần lớn mọi người đều tin vào điều đó, nhưng nhìn chung trẻ em thì không. Ông cũng nghĩ rằng so với trước đây, mọi người bây giờ khỏe mạnh hơn bởi: *“Lý do trước kia thì như thế này nhé. Tại người già mình cứ tin là đau bụng, ruột thừa đấy, cứ bảo là con ma làm thì cứ làm cúng 1, 2 ngày nữa thì chết mất. Không biết là do cái ruột thừa. Bây giờ người ta không tin như thế đâu, người ta đi học y về rồi khám nếu ruột thừa phải đi nhanh, không quá 24 tiếng đồng hồ là phải đi bệnh viện để cắt ruột thừa. Bây giờ đỡ nhiều lắm”.*

(PV già làng, xã Keo Lôm, Điện Biên).

5.4 Cung ứng dịch vụ thông qua các nhà cung ứng không chính thức

Y học cổ truyền và thực hành cúng bái

Ở một số địa bàn vẫn tồn tại việc sử dụng thảo dược và thực hành cúng lễ. Theo một số người tham gia nghiên cứu, do một loạt các yếu tố có tính chất liên quan đến nhau, bao gồm khoảng cách xa xôi, việc trung thành với các tập quán dân tộc, và thiếu nhận thức, người dân thường dùng thảo dược và cầu cúng trước khi đến với các cơ sở cung ứng dịch vụ chính thức – điều này cũng đúng với các trường hợp có vấn đề về sức khỏe tâm thần như (thậm chí hơn so

với) các vấn đề sức khỏe khác (xem Hộp 7).

“Bệnh nhân ở khu vực miền núi cao dân tộc cũng có dùng thuốc nam hoặc thuốc bắc nhưng những khu vực gần đây không thấy có” (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội).

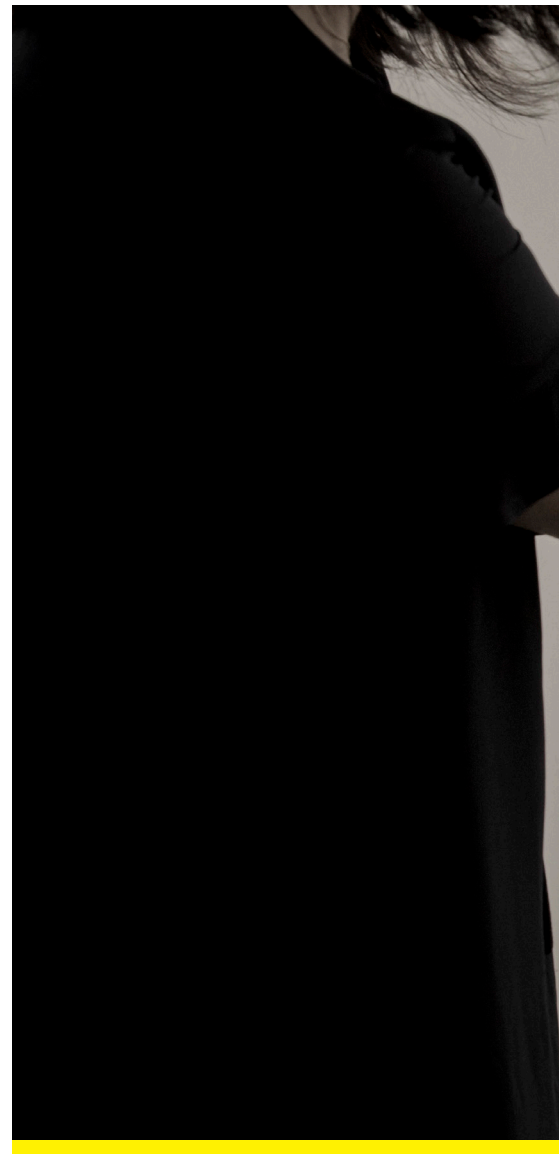
“Phong tục tập quán của đồng bào miền núi còn lạc hậu lắm. Thường họ phải làm lý (tức là cúng bái) trước xong mới nhập viện. Có trường hợp đến nhập viện rồi vẫn xin về làm lý ở nhà giữa chừng” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

“Thường đi hốt về uống kèm thuốc tây. Em thấy nhiều gia đình chủ yếu là đi bệnh viện không à, thuốc nam là phụ

thời” (TLN cán bộ, thị trấn Phú Mỹ, huyện Phú Tân, An Giang).

Gia đình, cha mẹ là người hỗ trợ

Nhìn chung gia đình giữ một vai trò quan trọng trong chăm sóc các bệnh nhân tâm thần và họ hoàn toàn có thể chăm sóc tốt hơn nếu được đào tạo. *“Đối tượng nặng nên được thu dung vào cơ sở khám chữa trị. Còn đối tượng ở cùng gia đình cần có sự đào tạo bài bản cho người thân trong gia đình. Vì thần kinh tâm thần khó đào tạo được người ta mà chỉ tăng mạnh vào chính người thân để họ chăm sóc” (PV cán bộ, Sở LĐTBXH, TP Điện Biên Phủ).*





© UNICEF Viet Nam\2017\Truong Viet Hung

Ở các thành phố, có phong trào đào tạo và khuyến khích sự tham gia của các thành viên gia đình liên quan đến vai trò làm cha mẹ cũng như cách cư xử với trẻ có các thách thức về sức khỏe tâm thần. Một trường ở Hà Nội tổ chức các khóa tập huấn về kỹ năng làm cha mẹ cho các bậc phụ huynh: “*Mỗi phụ huynh một năm có ít nhất 1 lần tham gia 1 khoá đào tạo 1 buổi về làm cha mẹ. Nhưng đối với cha mẹ học sinh tiểu học thì được khoảng 60 – 70%. Phụ huynh tham gia, đối với trung học có lẽ được 50%*” (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường Olympia, Hà Nội).

Tương tự, một giáo viên tâm lý làm việc ở một trường học trên địa bàn TPHCM cũng nhấn mạnh tầm quan

trọng của gắn kết gia đình cũng như vai trò thiết yếu của cha mẹ trong trợ giúp về tinh thần nói chung cho trẻ em: “*Cũng cần có những chương trình để phụ huynh cảm thấy cần phải chăm sóc đến con mình nhiều. Ở thành phố mình, một lượng lớn học sinh bị bỏ rơi về mặt tinh thần đó. Có tiền rồi người ta cứ thuê giúp việc hoặc thuê gia sư. Cứ như vậy làm sao có sự chia sẻ giữa phụ huynh và con cái. Nói chung là gắn kết giữa phụ huynh với trẻ em thì mặt tâm lý nó sẽ phát triển ổn định hơn* (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

Phụ huynh cũng là tâm điểm hướng đến của một số bệnh viện ở thành phố. Một nhân viên y tế của Bệnh

viện Nhi Trung ương Hà Nội kể về các lớp đào tạo dành cho cha mẹ có con tự kỷ và tăng động: “*Chúng tôi đang có lớp tư vấn nhóm cho cha mẹ trẻ tự kỷ cũng như nhóm tăng động. Mời cha mẹ đến đông nhất được 20 cha mẹ. Một tuần có một buổi cho cha mẹ có con đến khám chuyên khoa tâm bệnh vào chiều thứ 5 và cho cha mẹ có con đang can thiệp tại bệnh viện vào thứ ba hàng tuần. [...] Cha mẹ phải trả một buổi đó là 200 nghìn*” (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội).



A close-up of a human hand, palm facing forward, with fingers slightly spread. The hand is in sharp focus, while the background is heavily blurred, showing green foliage and a light-colored building. The overall tone is warm and soft.

CHƯƠNG 6

Các thách thức trong cung ứng dịch vụ

6.1 Thách thức từ phía cung ứng

Trong phần này, chúng tôi tìm hiểu về những thách thức trong cung ứng các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm cả những thất bại trong phân biệt giữa điều trị những bệnh tâm thần nặng và mạn tính, những khó khăn về thần kinh và mất khả năng học tập nghiêm trọng với những căng thẳng tâm lý xã hội liên quan đến các yếu tố nguy cơ đã được đề cập đến ở phần đầu của báo cáo này. Nhìn chung, và dựa trên các phân tích ở chương trước, thực tế ở Việt Nam cho thấy việc cung ứng dịch vụ chủ yếu được triển khai tới nhóm có các rối loạn tâm thần nặng hoặc nghiêm trọng mà ít quan tâm đến việc nhóm trẻ em và thanh niên đang phải đối mặt với các rối loạn về sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội phổ biến.

6.1.1 Những hạn chế trong phối hợp giữa các ban ngành của Chính phủ

Kết quả nghiên cứu cho thấy có nhiều mức độ phối hợp giữa các ban ngành của Chính phủ, và mặc dù đã có những ví dụ về phối hợp tốt, vẫn còn đó khoảng trống cần được lấp đầy. Tương tự, trong khi vai trò của ngành Y tế được xem là quan trọng trong công tác phối hợp giữa các bộ ngành, thì ngành Y tế cũng cho thấy những điểm cần điều chỉnh. “Ngay vai trò của Sở Y tế cũng cần rà soát lại để xem có chỉ đạo tham mưu cho UBND tỉnh, đặc biệt các ngành có liên quan đến. Phải có chỉ đạo từ Sở Y tế đến tận trạm y tế xã, rồi các ngành liên quan như LĐTĐ, bên giáo dục để có các triển khai. Ngành y tế có vai trò chủ trì, định hướng, sau đó có thể mình rà soát lại các đối tượng để quản lý, điều trị (PV cán bộ, Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ).

Theo những người tham gia nghiên cứu, để việc thực hiện các chính sách và chương trình đạt hiệu quả, cần cải thiện hơn nữa sự phối hợp giữa các ban ngành của Chính phủ: “Bây giờ điều em thấy quan trọng nhất đó là,

cấp quốc gia phải phối hợp liên ngành giữa Bộ LĐTBXH này, Bộ Giáo dục và Bộ Y tế. Sắp tới đây bên Cục Bảo vệ Chăm sóc Trẻ em sẽ thực hiện thí điểm mô hình tham vấn điểm cộng đồng. Vì cơ chế của mình là nhà nước mà, thì đặt ở một địa điểm nào đấy trong cộng đồng thì mới phát huy được. Mô hình tham vấn điểm đấy sẽ có nhân viên công tác xã hội, nó cũng giống kiểu trung tâm công tác xã hội cho trẻ em thôi, nhưng mỗi người làm một nhiệm vụ riêng của mình. Ví dụ nhà tâm lý sẽ trắc nghiệm, đánh giá nhân cách hay là đánh giá rối nhiễu của trẻ. Còn nhân viên công tác xã hội sẽ là quản lý ca nói chung và kết nối cộng đồng” (PV cán bộ, Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội).

6.1.2 Thiếu nguồn nhân lực đã qua đào tạo chuyên môn và phù hợp về giới trong chăm sóc và điều trị những rối loạn tâm lý xã hội

“Còn một cái nhóm nữa là các nhà tâm lý trị liệu thì mình hoàn toàn thiếu. Ở Việt Nam chỉ 50 khoảng người về tâm lý trị liệu lâm sàng. Còn tâm lý chung thì có nhiều nhưng tâm lý chung nó khác. Tâm lý trị liệu trong y khoa cần phải học chuyên về lĩnh vực đó. Đối với trẻ việc điều trị về tâm lý càng cần nhấn mạnh vai trò hơn, chứ nếu chỉ dùng thuốc thì chắc chắn rất khó khăn, và làm tình trạng bệnh càng nặng nề hơn. Nhưng tâm lý trị liệu ở Việt Nam người ta không quan tâm nhiều. Chẳng hạn như vấn đề trầm cảm ở trẻ em hoặc là những vị thành niên thì bị rất nhiều nhưng gần như không phát hiện ra những trường hợp các cháu có hành vi nguy cơ dẫn đến tự tử, khi biết thì thường là đã quá muộn rồi. Hoặc các cơ sở của mình khi điều trị cho những bệnh nhân trầm cảm gần như tập trung nhiều về thuốc điều trị, mà thuốc điều trị thì nó không thể điều trị khỏi cho những trường hợp như thế này. Những trường hợp này thường người ta phải bắt đầu bằng tâm lý trị liệu, khi nào tâm lý trị liệu không có khả năng điều trị cho bệnh nhân lúc đó mới điều trị bằng thuốc, nhưng mình lại dùng thuốc đầu tay đã” (PV

cán bộ, Cục Quản lý Khám chữa bệnh (Phòng Nghiệp vụ Y và Dược bệnh viện, Bộ Y tế, Hà Nội).

Hạn chế về số lượng cán bộ đã qua đào tạo chuyên môn được người trả lời đề cập đến như một thách thức, đặc biệt ở cấp tỉnh và cấp huyện. Hạn chế về số lượng cán bộ có chuyên môn công tác xã hội có thể giải quyết các rối loạn tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội ít nghiêm trọng cũng là một trở ngại. Ngoài ra, rất ít cán bộ có năng lực giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở trẻ em và vị thành niên: “Về bác sỹ, nhân lực bác sỹ về chuyên khoa tâm thần nhi cũng rất ít ở Việt Nam. Gần như người ta chưa trọng tâm về nội dung này, chính vì vậy chuyên sâu về chẩn đoán điều trị cho tâm thần nhi hiện nay rất hạn chế” (PV cán bộ, Cục Quản lý Khám chữa bệnh (Phòng Nghiệp vụ Y và Dược bệnh viện), Bộ Y tế, Hà Nội). Chẳng hạn, ở An Giang, mặc dù có không gian/đất để xây dựng/nâng cấp trung tâm bảo trợ xã hội (dành cho các bệnh nhân tâm thần), thì thách thức lại là không tìm được cán bộ đủ năng lực và có nguyện vọng làm việc lâu dài, ví dụ về chuyên ngành công tác xã hội. Tương tự, người trả lời nhấn mạnh việc cần có thêm các cán bộ đã qua đào tạo, đặc biệt ở cấp cộng đồng, vì hiện tại ở An Giang những người này hầu như “không tồn tại”.

Ngay cả ở một thành phố như TPHCM, một người cung cấp thông tin chính cho rằng lực lượng cán bộ “quá mỏng”. Ông đưa ra một so sánh giữa TPHCM và Paris để giải thích điều này: “Paris là thành phố cỡ dân cư bằng TPHCM nhưng nó có trên 3.000 bác sỹ tâm thần. Trong khi cả thành phố này dân số cũng tương đương, cộng cả ở đây và 24 quận huyện có cả thầy 90 bác sỹ chuyên khoa tâm thần. Cả nước Pháp có khoảng 13 ngàn bác sỹ tâm thần trong khi cả nước Việt Nam có 600 bác sỹ. Pháp có hơn 60 triệu dân mình hơn 90 triệu. Đấy nhân lực [giữa hai nước] nó chênh lệch như thế” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần, TPHCM).

Đặc biệt, ở TPHCM, các bác sỹ và chuyên gia trị liệu tâm lý chia sẻ cảm giác chưa được chuẩn bị đầy đủ khi phải giải quyết những vấn đề nhạy cảm có liên quan đến khía cạnh văn hóa, trong đó có tình dục đồng giới, như một bác sỹ trị liệu tâm lý ở một bệnh viện ở TPHCM giải bày: “Rồi có một điều nữa mà xu hướng bây giờ cũng gặp nhiều, mà bọn mình cũng đang bối rối nhiều khi không giải quyết được cho họ. Đó là vấn đề đồng tính. Các em bây giờ thể hiện xu hướng đó quá sớm. Có nhiều em đến thì nó chỉ nói là con đến đây chỉ để khẳng định với mẹ con bố con là con như vậy. Tức là nó thể hiện mức độ mạnh mẽ hơn. Nhóm đó cũng vị thành niên. Nữ nhiều hơn” (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng, TPHCM).

Tự học và vừa học vừa làm trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần dường như trở thành một cơ chế ứng phó với những khuyết thiếu về đào tạo. Một cán bộ điều dưỡng ở Hà Nội cho biết: “Đào tạo về chuyên khoa tâm thần thì chưa có một đào tạo bài bản nào cả. Chúng tôi là những người điều dưỡng được đào tạo từ điều dưỡng đa khoa thuộc chuyên ngành nhi... Còn về lĩnh vực chuyên về tâm thần thì chúng tôi phải tự học, tự đọc sách và tự tìm hiểu các đồng nghiệp đi trước. Tự học cũng có những khó khăn nhất định. Với khối lượng công việc cũng như số lượng bệnh nhân quá nhiều thì phần tự học của mình cũng chiếm của mình rất nhiều thời gian” (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội). Tương tự, một nhân viên y tế làm việc tại trung tâm bảo trợ xã hội ở An Giang chia sẻ: “Do kinh nghiệm của mình thôi. Mình theo tính nết của nó mà mình chăm sóc. Mình tự mình thôi, đứa nào thích ngọt thì ngọt. Vì chị nắm đặc điểm của từng đứa nên không thấy gì khó khăn” (PV cán bộ điều dưỡng, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Long Xuyên, An Giang). Phòng vấn cán bộ của trung tâm bảo trợ xã hội ở An Giang cho thấy khi bệnh nhân tâm thần không muốn uống thuốc, các nhân viên của trung tâm pha thuốc với trà để dỗ họ uống, và cách này là do họ tự nghĩ ra: “Thì

cần khoá đào tạo về kỹ năng chăm sóc cho người rối loạn tâm thần đó. Tại người tâm thần ở đây tự tui cô chăm sóc, không có bài bản gì. Tự mình vận dụng. Như cô kể con nghe vụ mình pha thuốc với trà để họ uống là tự mình làm thôi. Chớ đâu phải bài bản đâu. Biết có chuẩn hay không” (PV cán bộ, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Long Xuyên, An Giang).

Ngay cả ở những nơi có các cán bộ đủ năng lực chuyên môn, như trường hợp của các thành phố lớn, thì nhiều người trong số họ cũng thường xuyên vắng mặt do tham gia vào các khóa học nâng cao hoặc các lớp tập huấn ngắn hạn. Thêm vào đó, nhiều người trong số họ lại chuyển công tác sau khi đã được đào tạo (PV bác sỹ trị liệu tâm lý, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội). Người trả lời cũng nhấn mạnh rằng hiện tại ở Việt Nam, số lượng sinh viên theo học trong các chuyên khoa thuộc lĩnh vực này là tương đối ít ỏi. Theo một cán bộ quản lý đường dây nóng, họ cần các chuyên gia về tâm lý học lâm sàng và giáo dục đặc biệt và “Hai lĩnh vực này chưa nhiều sinh viên, và đối với đào tạo ra có làm được việc không đó là một câu chuyện khác. Khi tiếp nhận họ về bọn em có đào tạo nhưng kinh phí rồi những chuyên gia để đào tạo cũng là hạn chế” (PV cán bộ, Đường dây nóng, Bộ LĐTBXH).

Thiếu cán bộ đã qua đào tạo cũng là vấn đề trong cung cấp dịch vụ tư vấn và hỗ trợ tâm lý tại các trường học. Đặc biệt, so với giáo viên các trường dân lập, giáo viên các trường công lập ít có mong muốn đảm nhiệm và cung ứng dịch vụ tư vấn cho học sinh (như trường hợp của các trường không có nhà tư vấn tâm lý hoặc nhà trị liệu tâm lý riêng) bởi khối lượng công việc và sĩ số học sinh mỗi lớp trong các trường này là quá lớn (50-55 so với 25-30 học sinh/lớp trong các trường dân lập). Giáo viên cũng tỏ ra miễn cưỡng ngay cả khi hiệu trưởng (một trường công lập) mong muốn triển khai một chương trình tư vấn tại trường và sẵn sàng có một số ưu đãi dành cho



‘Thì cần khoá đào tạo về kỹ năng chăm sóc cho người rối loạn tâm thần đó. Tại người tâm thần ở đây tự tui cô chăm sóc, không có bài bản gì. Tự mình vận dụng. Như cô kể con nghe vụ mình pha thuốc với trà để họ uống là tự mình làm thôi. Chớ đâu phải bài bản đâu. Biết có chuẩn hay không’

(PV cán bộ, Trung tâm Bảo trợ Xã hội, TP Long Xuyên, An Giang)



‘Làm (tham vấn học đường) thực chất cũng có khoảng vài trường thôi. Tức là anh đăng cái bảng lên là “phòng tư vấn học đường” nhưng chẳng ai vào, chẳng ai tới cả thì rõ ràng là các em ấy chưa tin’

(PV giáo viên, Trường THPT Phú Mỹ, huyện Phú Tân, An Giang)

họ (PV cán bộ, Đại học Quốc gia, Hà Nội). Ngoài ra, có lẽ các trường cần có những chuyên gia tâm lý hoặc chuyên gia tư vấn có chuyên môn phù hợp và làm việc toàn thời gian, tránh việc giáo viên bị tăng khối lượng công việc cũng như không đủ trình độ thực hiện. Trong các trường công lập, do những hạn chế về quỹ lương, các giáo viên tư vấn tâm lý thường không thể thực hiện đủ số lượng cần thiết các cuộc làm việc với học sinh, do đó không giữ được tính xuyên suốt cần thiết trong giải quyết với các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần. Cuối cùng, thông tin thu nhận được cho thấy làm việc trong khu vực tư nhân có mức lương cao gấp ba lần so với mức lương trong khu vực công lập (PV giáo viên tư vấn tâm lý, trường THCS, Quận 3, TPHCM).

Ở những trường đã có giáo viên tư vấn tâm lý, thì **giới tính** của giáo viên tư vấn tâm lý vẫn là một điều cần chú ý, bởi các em gái thường không muốn tâm sự với thầy giáo tư vấn tâm lý và các em trai thì ngược lại (xem phần 4 và 5). Có thể do giới tính của nhà tư vấn, do không đủ nhà tư vấn, do trình độ của nhà tư vấn và do thiếu quảng bá mà ở một số trường, tham vấn học đường chỉ là một cái tên cho có: *“Làm (tham vấn học đường) thực chất cũng có khoảng vài trường thôi. Tức là anh đăng cái bảng lên là “phòng tư vấn học đường” nhưng chẳng ai vào, chẳng ai tới cả thì rõ ràng là các em ấy chưa tin”* (PV giáo viên, Trường THPT Phú Mỹ, huyện Phú Tân, An Giang).

6.1.3 Căng thẳng đối với người cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần...

Có thể nói người cung ứng dịch vụ sức khỏe tâm thần phải đối mặt với một gánh nặng căng thẳng gấp đôi. Trước hết, bởi có rất ít các đơn vị cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần, nên các đơn vị hiện hành phải gánh một khối lượng lớn các công việc và do đó, không tránh khỏi tình trạng căng thẳng. Chẳng hạn, ở TPHCM,

trường khoa tâm lý giải thích rằng do nguồn nhân lực hạn chế, họ không thể đáp ứng được hết các nhu cầu về dịch vụ. Thứ hai, tình trạng căng thẳng dường như đến từ chính vấn đề của ngành: *“Chúng tôi hầu hết là có áp lực, bản thân chúng tôi phải tự tin với những áp lực này. Thường là áp lực, áp lực rất nhiều”* (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội). Tương tự, một bác sỹ ở bệnh viện tâm thần ở Điện Biên trả lời rằng: *“Làm bác sỹ tâm thần có thiệt thòi, là chăm sóc người thường đã vất vả rồi huống chi chăm sóc người bệnh này, chăm sóc ngày đêm, kể cả lúc lên cơn. Lúc nó lên cơn vất vả vô cùng vì nó rối loạn hành vi rồi, thậm chí mình còn có thể bị đánh. Việc chăm sóc phục vụ rất vất vả khó khăn, những trường hợp nặng mình bỏ ra là nó trốn. Nhất nó trong phòng thì nó phóng uế hết ra phòng. Về chế độ chính sách thì chúng tôi được xếp vào nhóm độc hại nguy hiểm, được phụ cấp ưu đãi ngành, được 70% lương. Rồi được cộng 0,4% độc hại. Còn không có thêm gì nữa. Mình giống như lao, pháp y, rồi bên HIV cũng thế thôi. Một số tỉnh có điều kiện khá hơn thì cho thêm 30% lương nữa”* (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Xét về thù lao, một mặt mặc dù trả lời là tạm ổn, mặt khác các bác sỹ trị liệu tâm lý cũng cho biết họ cảm thấy mức lương của họ là chưa hợp lý so với các bác sỹ khác do họ phải dành rất nhiều thời gian hơn cho mỗi bệnh nhân: *“Bọn chị cảm thấy hợp lý. Nhiều thì không phải là nhiều mà ít cũng không phải là ít, hoặc là tùy theo quan niệm của mỗi người. So với khoa khác thì cũng ít bởi vì sao, vì một ca bọn chị phải mất gần 1 tiếng đồng hồ, các ngành khác 1 tiếng đồng hồ họ đã làm được rất nhiều rồi”* (PV bác sỹ trị liệu tâm lý, Bệnh viện Nhi, Hà Nội).

Tương tự, ở TPHCM, một bác sỹ trị liệu tâm lý của một bệnh viện nhi chia sẻ rằng *“Thực ra làm trong nhà nước thì mình chấp nhận cơ chế trả lương là như thế. Nhưng để nói xứng đáng với công sức mình bỏ ra thì nhiều khi mình cảm thấy không xứng*

đáng, vì so với những gì mình phải làm, phải đầu tư thì nó không phù hợp. Ví dụ trong bệnh viện bọn mình thu một trường hợp là 70 ngàn hoặc là 150 ngàn (30-60 phút), nhưng so với các đồng nghiệp bên ngoài một buổi trị liệu tương tự có thể thu 500 – 700 ngàn. Thì mức chênh lệch nó cũng khá lớn, cùng vị trí cùng công việc đấy” (PV bác sỹ trị liệu tâm lý, Khoa Tâm bệnh, TPHCM).

6.1.4 Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bị đánh giá thấp/ kỳ thị

Những kỳ thị gắn với bệnh tâm thần không chỉ khiến người sử dụng ngại tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần mà chính các nhà cung ứng dịch vụ cũng chia sẻ cảm giác rằng lĩnh vực sức khỏe tâm thần bị đánh giá thấp so với các lĩnh vực y tế khác. Lý do được một bác sỹ của Bệnh viện Nhi Trung ương Hà Nội đưa ra là những thách thức về sức khỏe tâm

thần không dễ nhận biết như những tổn thương về thể chất, do đó việc điều trị ít khi được người bệnh thực hiện một cách nghiêm túc. Tương tự, các vấn đề sức khỏe tâm thần không thể được điều trị một cách nhanh chóng và có kết quả rõ rệt như trong điều trị các bệnh thể chất khác.

“Nhiều người nghĩ là, ở trong khoa này (sức khỏe tâm thần) thì mức độ bệnh tật thì nó không như mức độ cấp cứu hoặc là cái gì đó mang tính chất trực quan hơn. Làm ở đây thì kết quả điều trị nó lâu mà mức độ bệnh tật thì nó lại kéo dài, không có thực sự như những bệnh có mức độ tổn thương thực thể. Ví dụ đơn giản như ca sốt thì hạ sốt hoặc những ca viêm phổi thì tiêu mấy ngày là khỏi nhưng cái này không giống hạ sốt, trong vòng vài ngày can thiệp điều trị mà nó khỏi ngay. Nó có khó khăn thế” (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội).

Các bác sỹ tâm thần cũng cho rằng địa vị của họ không được như các bác sỹ trong bệnh viện đa khoa. Một bác sỹ tâm thần ở Điện Biên cho biết: *“Ngay chúng tôi mà bảo làm ở bệnh viện tâm thần, bệnh viện lao là không oai như các bác sỹ bên đa khoa kia. Kể cả tuyến trung ương cũng thế, làm về tâm thần có thiệt thòi thật”* (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên). Tương tự, một bác sỹ của Bệnh viện Nhi đồng 1 TPHCM trả lời rằng, đối với một số người, làm việc trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần là một phương sách cuối cùng: *“... Tại không ai chọn cái ngành này hết. Người chọn vô sẽ có hai dạng, một là họ thực sự quá đam mê, vì họ có một hoàn cảnh gì đó hoặc là ba mẹ họ làm họ đi theo. Nhóm thứ hai chẳng chỗ nào nhận nữa cuối cùng họ chạy vô chỗ đó. Nhìn chung trong giới bác sỹ thì bác sỹ tâm thần ít được coi trọng hơn những bác sỹ khác. Nhưng mà ví dụ bây giờ tôi là bác sỹ nhi tôi làm*



cũng liên quan tới tâm thần thì cái coi nó khác, cách tiếp cận nó khác, cái chữ tâm lý người ta lại thích nhiều hơn. Mà dân gian người ta cũng thích vô cái khoa tâm lý hơn là tâm thần. Vì tâm thần đối với người ta là một cái sự quá sợ rồi. (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM). Một bác sĩ khác chia sẻ rằng “các chuyên gia tâm thần chịu đựng những mặc cảm thấp kém” và mặc dù bản thân là một bác sĩ tâm thần, mỗi khi tham dự các sự kiện xã hội, thay vì nói rõ là làm việc ở bệnh viện tâm thần, ông chọn cách nói tên con phố nơi bệnh viện ông đặt trụ sở (vì ở đó còn có một bệnh viện khác).

6.1.5 Cơ sở hạ tầng

Những thách thức liên quan đến cơ sở hạ tầng được đề cập đến thường xuyên hơn ở các địa bàn nghiên cứu ngoài Hà Nội và TP.HCM, bao gồm không có bệnh viện tâm thần cấp tỉnh, như trường hợp An Giang, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị nghèo nàn. Ở An Giang, chỉ có một khoa tâm thần nhỏ nằm trong bệnh viện đa khoa, vì thế phải chuyển bệnh nhân tới điều trị ở Tiền Giang, Đồng Tháp và TPHCM. Do số lượng người, đặc biệt là thanh thiếu niên, phải đối mặt với các thách thức về sức khỏe tâm thần đang gia tăng, việc thiếu một trung tâm chuyên khoa càng khiến các thách thức này trở nên nghiêm trọng (PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH, TP Long Xuyên, An Giang).

Ngay cả ở những nơi đã có bệnh viện tâm thần, như trường hợp TP Điện Biên Phủ, thì bệnh viện cũng nằm trong khuôn viên của bệnh viện lao và hầu như không có khu điều trị dành riêng cho trẻ em. Bệnh viện cũng thiếu không gian và trang thiết bị. Chưa hết, người dân phải di chuyển tới 300km để tới được bệnh viện do không có bất cứ một dịch vụ nào tại các khu vực xa trung tâm. Tương tự như vậy, các Trung tâm Bảo trợ xã hội, với số lượng các ca ngày càng gia tăng, thường không đủ không gian để mở rộng sức chứa cho những người hưởng lợi (Điện Biên)

và/hoặc tiếp nhận thêm các bệnh nhân tâm thần (An Giang).

Các thách thức về cơ sở hạ tầng liên quan đến dịch vụ tham vấn tâm lý học đường, như học sinh đề cập, thường là về tiện nghi phòng ốc, dẫn đến việc học sinh không muốn tiếp cận: “... nhiều trường cơ sở vật chất không đảm bảo, không khí không được thoáng học sinh không vô, hoặc ví dụ chọn phòng tư vấn cho học sinh mà chọn gần phòng ông hiệu trưởng sao nó dám tới” (PV cán bộ, Trung tâm Công tác Xã hội Bảo vệ Trẻ em, TP Long Xuyên, An Giang).

6.2. Thách thức từ phía cầu

Trong phần này, chúng tôi tìm hiểu về những thách thức liên quan đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Theo những người tham gia nghiên cứu (xem thêm phần 3) thì người dân: i) **không biết về các vấn đề sức khỏe tâm thần**; ii) ngay cả khi biết con mình có thể phải đối diện với những khó khăn, họ **nghĩ là so với các vấn đề sức khỏe thể chất, không quan trọng đến mức phải chú ý và tìm kiếm dịch vụ thích hợp**; iii) **không biết đến đâu để khám**; và iv) **sẽ chỉ tiếp cận dịch vụ, thay vì chăm sóc trẻ tại nhà, khi trẻ “có vấn đề sức khỏe tâm thần nặng”**. Điều này đặc biệt đúng đối với những địa bàn dịch vụ không sẵn có hoặc hạn chế về sự lựa chọn. Tuy nhiên, ngay cả ở những nơi có các dịch vụ phù hợp, việc tiếp cận vẫn là miễn cưỡng, thường là do sợ bị kỳ thị. Và ngay cả khi đã tiếp cận, cha mẹ vẫn không ý thức đầy đủ tầm quan trọng của các dịch vụ đó hoặc dễ dàng nản chí khi tình trạng của con họ không có tiến triển: “Cũng có vài bệnh nhân không hiểu tại sao họ tới, họ nói tại bác sĩ kêu tới thì tôi tới thì cái chuyện họ không hợp tác cũng có xảy ra. Họ nghe thôi họ về họ làm, họ không hiểu cái đó, họ nghĩ bệnh là phải uống thuốc. Thực ra diễn biến tâm lý khi có chẩn đoán như vậy thì hầu hết mọi người đầu tiên họ sẽ phản ứng là từ chối chẩn đoán. Không đồng

ý chẩn đoán này là đúng. Họ sẽ tranh luận hoặc là họ sẽ đi tìm ông bác sĩ khác để họ có chẩn đoán họ thích. Đó là phản ứng bình thường. Khi chưa có chẩn đoán thì họ không nói với ai. Mà khi có chẩn đoán rồi họ cũng giấu” (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM).

“Bệnh tâm thần hết sức khó chữa, chỉ ổn định thôi. Thời gian ngắn dài lại phụ thuộc vào mình có sử dụng thuốc đều không. Gia đình cũng nản trí đấy. Họ nghèo họ kiệt quệ rồi không có tiền để chữa nữa” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Một bác sĩ tâm thần của Bệnh viện Tâm thần Điện Biên cũng chỉ ra tình trạng **các vấn đề sức khỏe tâm thần chưa được chú trọng** khi so sánh những điểm khác biệt giữa Việt Nam và “các nước phát triển”: “Những nước phát triển rất chú trọng vấn đề tâm thần, như đau đầu, mất ngủ, lo âu căng thẳng là người ta đến bác sĩ tư vấn để được điều trị và chăm sóc. Mình đang phát triển nên chỉ chú ý đến sức khỏe thể chất thôi. Hai là coi thường, chỉ lúc nào nặng mới đi khám” (PV cán bộ, Bệnh viện Tâm thần Điện Biên, Điện Biên).

Ở các vùng sâu vùng xa, người dân **trước hết tìm đến các phương thuốc bằng thảo dược và thực hành cúng lễ** khi có những biểu hiện bất thường về sức khỏe hoặc sức khỏe tâm thần, dẫn đến những chậm trễ trong tiếp nhận điều trị: “Chỗ bà con ốm thì phần đa chưa hiểu được sâu lắm, nó toàn vào cúng trước xong mới đến trạm... Cách đây 3 năm có một đứa nhỏ về khám ở trạm, em bảo cháu bị viêm phổi nặng quá em viết giấy chuyển viện, em bảo đưa đi chuyển luôn vì trạm em không có đủ thuốc cấp cứu, thở ôxi em không có... Xong nó còn (đưa đứa nhỏ) còn về nhà đi cúng, định sáng hôm sau mới đưa đi, mà đứa nhỏ chết rồi. Cúng xong nó còn vật lá cây về treo quanh nhà” (PV cán bộ, Trạm Y tế xã, xã Keo Lôm, Điện Biên).

Thiếu kiến thức chung về các vấn đề sức khỏe tâm thần của các chuyên gia y tế cũng là một trở ngại; bệnh nhân thường phải đi từ bác sỹ này tới bác sỹ khác trước khi đến được với bác sỹ tâm thần/cán bộ tâm lý: “Bệnh nhân đến bệnh viện cũng hay hỏi là có đi khám ở đâu trước khi đến đây không. Nhiều trường hợp họ cũng nói là biểu hiện như vậy thì trước hết là đến trạm, ví dụ em đau thì đến trạm thì nói không có vấn đề gì, cho thuốc bổ về uống. Rồi đến bệnh viện huyện, tỉnh. Đa phần người ta đến bệnh viện đa khoa. Thậm chí có trường hợp khi người ta đến đây người ta cảm theo một chồng hồ sơ, tức là họ đã đi làm tất cả các xét nghiệm rồi mà không phát hiện thấy cái gì cả. Mà tốn không biết bao nhiêu tiền mấy năm trời. Cuối cùng họ mới đến khoa mình. Hỏi họ sao không đến ngay họ nói không biết. Các bác sỹ người ta cũng không chỉ” (PV bác sỹ trị liệu tâm lý, Bệnh viện Nhi đồng, TPHCM).

Giới tính của người cung cấp dịch vụ cũng tạo nên những thách thức trong sử dụng dịch vụ. Như đã đề cập trong phần 4 và phần 5, theo ý kiến của trẻ em và thanh niên, giới tính của nhà tư vấn tâm lý học đường sẽ ảnh hưởng đến việc học sinh tiếp cận các dịch vụ. Chẳng hạn, các nữ sinh ngại chia sẻ với giáo viên tư vấn tâm lý là nam giới. Tương tự, một nữ giáo viên tư vấn tâm lý cho biết các nam sinh trò chuyện với cô không thoải mái bằng các nữ sinh: “Có những bạn nam nhiều khi xuống tham vấn thấy ngại nên chưa bộc lộ hết. Rồi gặp bạn khác chọc nữa nên cứ nửa chừng là bị gãy. Mấy bạn nữ cứ buồn một cái cũng nhả tin với cô” (PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM).

Một số phỏng vấn người cung cấp thông tin chính cho thấy **kỳ thị** vẫn là một rào cản trong tiếp cận các dịch vụ. Cụ thể, giám đốc bệnh viện tâm thần TPHCM cho biết: “Thái độ của người dân là một vấn đề lớn. Nó gọi là stigma. Người ta quan niệm bệnh tâm thần là bệnh bất bình thường. Bệnh này làm méo mó con

người về nhân cách, cũng như bệnh này là không chữa được. Nói đến tâm thần là người ta cũng có ý mỉa mai, khinh ghét hoặc là muốn chối bỏ. Gia đình nào có người bệnh tâm thần cũng cảm thấy bị ám ảnh chuyện đó. Nếu bị bệnh nào khác người ta có thể chia sẻ với người ngoài như tôi bị đau bao tử, còn có người bị trầm cảm lo âu, tâm thần là giấu. Có khi đi khám bệnh nhưng cũng giấu người này người kia.” Thậm chí còn có những bàn cãi xoay quanh việc đổi tên bệnh viện tâm thần Điện Biên để khuyến khích người dân sử dụng các dịch vụ của bệnh viện.

Những người cung cấp thông tin chính khác cũng chia sẻ rằng họ không sử dụng thuật ngữ sức khỏe tâm thần khi làm việc với các gia đình, thay vào đó họ sử dụng thuật ngữ sức khỏe trẻ em: “Việc đầu tiên là phải khống chế được cái gọi là stigma (kỳ thị) len lỏi đến từng gia đình. Đừng để họ sợ con mình tâm thần. Họ che giấu. Bây giờ một trẻ gái lớp 7, lớp 8 bảo nó bị tâm thần, thì tương lai của nó, chồng con là bị ảnh hưởng đấy. Nhưng mà về sức khỏe tâm trí thì người ta là ok. Chúng tôi đã làm nghiên cứu để chỉ ra rằng nói đến sức khỏe tâm trí thì người ta nghĩ gì, nói đến rối loạn tâm thần người ta nghĩ gì, nói đến tâm thần người ta nghĩ gì. Nếu rối loạn tâm trí thì đấy là nó học nhiều, cho nó nghỉ ngơi là hết, thay đổi cho nó rồi đừng có mắng miếc nó sẽ khác hẳn. Nhưng nếu mà tâm thần thì phải uống thuốc, phải vào bệnh viện. Chân đi đá ống bơ đầu gối ngứa là bệnh. Và không ai muốn con họ bị tâm thần” (PV cán bộ, Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng, Hà Nội).



“Có những bạn nam nhiều khi xuống tham vấn thấy ngại nên chưa bộc lộ hết. Rồi gặp bạn khác chọc nữa nên cứ nửa chừng là bị gãy. Mấy bạn nữ cứ buồn một cái cũng nhả tin với cô”

(PV giáo viên tư vấn tâm lý, Trường THCS, Quận 3, TPHCM)



CHƯƠNG 7

Khía cạnh kinh tế - chính trị trong hỗ trợ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ở Việt Nam

Tăng trưởng kinh tế của Việt Nam trong hai thập kỷ qua đem đến những nguồn lực tài chính quan trọng trong tăng chi ngân sách của Nhà nước cho lĩnh vực y tế và góp phần cải thiện tình hình sức khỏe của trẻ em. Chính phủ Việt Nam cũng đã đưa ra các chiến lược và giải pháp nhằm đổi mới chính sách tài chính y tế, bao gồm: tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công, giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh, nâng cấp các cơ sở y tế, trong đó ưu tiên củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, y tế dự phòng, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện, các trung tâm y tế khu vực.

Các chính sách liên quan tới xã hội hóa hệ thống y tế, trong đó có phân bổ tài chính công, bao phủ y tế toàn dân, bảo hiểm y tế cho người nghèo, dịch vụ khám chữa bệnh dành cho các nhóm bị thiệt thòi như trẻ em dân tộc thiểu số, trẻ em nghèo mà Chính phủ Việt Nam thực hiện trong những năm qua đã tạo nên những yếu tố thuận lợi góp phần cho việc chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam được đảm bảo hơn, cho dù là vẫn tồn tại những bất bình đẳng về cơ hội tiếp cận giữa trẻ em thuộc các nhóm mức sống và vùng miền khác nhau (Đặng B.T, 2015 (a), (b)).

7.1 Hệ thống luật pháp và chính sách quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội cho trẻ em

Cho tới thời điểm này Việt Nam chưa có luật về sức khỏe tâm thần nói chung và những quy định mang tính pháp lý về sức khỏe tâm thần của trẻ em nói riêng. Về mặt chính sách, cũng chưa có những chính sách cụ thể về sức khỏe tâm thần của trẻ em. Tuy nhiên, trong hệ thống luật pháp của Việt Nam có nhiều điều luật liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em, thể hiện nỗ lực và cam kết của Chính phủ Việt Nam trong việc đảm bảo cho mọi trẻ em được chăm sóc về

sức khỏe ở mức tốt nhất, như Công ước về Quyền trẻ em đã nêu rõ và Việt Nam là nước đầu tiên ở châu Á và nước thứ hai trên thế giới đã ký phê chuẩn công ước. Ngoài ra, Việt Nam cũng đã xây dựng và thực hiện nhiều chính sách, chương trình liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em. Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em, ban hành năm 1991, và được sửa đổi và đổi tên thành Luật Trẻ em năm 2016. Luật này quy định quyền được chăm sóc sức khỏe toàn diện của trẻ em và sẽ có hiệu lực từ ngày 1/6/2017. Ngoài ra có các luật liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em như Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989, Luật Bảo hiểm Y tế 2008, Luật Bình đẳng giới 2006, Luật Phòng chống bạo lực trong gia đình 2007 (xem Phụ lục 4 để có thêm chi tiết). Một số luật khác không liên quan trực tiếp nhưng cũng có những quy định liên quan đến bảo vệ quyền lợi về sức khỏe của trẻ em khi có những tranh chấp, vi phạm pháp luật xảy ra như Bộ Luật Hình sự năm 1999 (sửa đổi năm 2003, 2016), Luật Hôn nhân và gia đình sửa đổi năm 2000, Luật Phòng chống HIV/AIDS năm 2006. Hơn nữa, Luật Người khuyết tật (số 51/2010/QH12) có đề cập đến người khuyết tật nói chung, tuy nhiên, các cá nhân chung sống với các khuyết tật tâm thần, tâm lý và trí tuệ được xác định như một nhóm nhỏ tại Điều 3 và các quyền của người khuyết tật được quy định tại Điều 4 của luật này.

Cùng với việc bổ sung, sửa đổi luật pháp, Chính phủ Việt Nam đã ban hành và chỉ đạo thực hiện nhiều chính sách, chiến lược, chương trình hoặc trực tiếp hoặc gián tiếp có tác động tới chăm sóc sức khỏe trẻ em nói chung và chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em nói riêng. Ví dụ như Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em, Chương trình tiêm chủng mở rộng, Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng, Chiến lược chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân, Kế hoạch hành động quốc gia về làm mẹ an toàn, và các chính sách về tài chính y tế, chính sách củng cố và phát triển y tế cơ sở,

quản lý các trung tâm bảo trợ xã hội, cải thiện chất lượng các dịch vụ y tế.

Cụ thể, có một số chính sách gắn với việc giải quyết các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần hơn so với các chính sách khác. Ví dụ, Nghị định số 136/2013/NĐ-CP quy định các cá nhân có khuyết tật nặng được hưởng trợ cấp xã hội (UNICEF & MOLISA, 2015). Nghị định 68/2008/NĐ-CP xác định các tiêu chuẩn chăm sóc tại các trung tâm bảo trợ xã hội như đảm bảo tiếp nhận các cá nhân có khuyết tật (tâm thần) đặc biệt nghiêm trọng, tạm thời không có gia đình hỗ trợ hoặc không tự lo được cuộc sống. Nghị định này cũng quy định quyền của các đối tượng hưởng lợi tại các trung tâm bảo trợ xã hội trong: chăm sóc sức khỏe, giáo dục, thông tin, đào tạo nghề, các hoạt động giải trí, các cơ hội sản xuất, tự quyết và tương tác xã hội (sdd). Nghị định số 103/2017/NĐ-CP ngày 12/9/2017 của Chính phủ quy định về thành lập, tổ chức, hoạt động, giải thể và quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội. Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người khuyết tật. Năm 2011, Chính phủ Việt Nam phê duyệt Quyết định số 1215/QĐ-TTg về Phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020. Mục tiêu của đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa người rối nhiễu tâm trí bị tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội (MOLISA, 2014). Có nhiều cơ quan ban ngành tham gia thực hiện đề án này. Trong đó Bộ LĐTBXH đóng vai trò chính/chủ trì, tiếp đến là Bộ Y tế và Bộ Giáo dục. Các bộ này cũng phối hợp với các cơ quan, ban ngành các cấp để triển khai các hoạt động của đề án tại các địa phương. Tới nay, 4 mảng hoạt động của dự án đã được triển khai: (1) xây dựng cơ sở vật chất và

trang thiết bị cho các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần; (2) phát triển nguồn nhân lực làm công tác trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần dựa vào cộng đồng; (3) phát triển các cơ sở phòng và trị liệu rối nhiễu tâm trí; và (4) truyền thông, nâng cao nhận thức về trách nhiệm của gia đình, cộng đồng và toàn xã hội về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí.

Về kết quả thực hiện đề án 1215, đến năm 2014, đã có 45 cơ sở bảo trợ xã hội (bao gồm các trung tâm bảo trợ xã hội) có chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần; trong đó có 26 cơ sở chăm sóc chuyên biệt, 19 cơ sở tổng hợp (MOLISA, 2014). Một số tỉnh, thành phố đã xây dựng mô hình tốt về lao động trị liệu và phục hồi chức năng luân phiên cho người tâm thần nặng như Trung tâm Bảo trợ xã hội tỉnh Sơn La và tỉnh Thừa Thiên Huế, Trung tâm điều dưỡng và phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì. Các trung tâm bước đầu thực hiện mô hình kết hợp tư vấn, trị liệu tâm lý và các dịch vụ công tác xã hội với điều trị y tế để phòng và trị liệu rối nhiễu tâm trí. Ngoài ra, có 34 tỉnh, thành phố xây dựng mô hình trung tâm công tác xã hội; một số được Bộ LĐTBXH đánh giá là hoạt động rất hiệu quả (như Trung tâm công tác xã hội tỉnh/thành phố Quảng Ninh, Đà Nẵng, Bến Tre, Long An, Thanh Hóa, TPHCM).

Năm 2010, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt đề án “Phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 – 2020”, giao cho Bộ LĐTBXH thực hiện với mục đích đào tạo đội ngũ cán bộ quản lý và nhân viên công tác xã hội lên đến 60.000 người năm 2020. Dựa vào đó, ngày 24/10/2013 Bộ LĐTBXH đã ban hành Thông tư số 07/2013/TT-BLĐTBXH quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ công tác viên công tác xã hội cấp xã/phường/thị trấn. Theo đó, đội ngũ công tác viên công tác xã hội cấp xã có nhiệm vụ trợ giúp

đối tượng là người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí với các nhiệm vụ cụ thể: thu thập, tiếp nhận thông tin, yêu cầu trợ giúp của đối tượng trên địa bàn; theo dõi, đánh giá diễn biến tình trạng sức khỏe, quan hệ gia đình, xã hội và các nhu cầu trợ giúp của đối tượng như tư vấn, tham vấn, trị liệu, giáo dục, ngăn chặn, cách ly; tham gia triển khai thực hiện các chính sách, chương trình trợ giúp cho đối tượng; tham gia truyền thông nâng cao nhận thức của gia đình và cộng đồng về vấn đề sức khỏe tâm thần. Đến nay, đã có 50 tỉnh, thành phố phê duyệt kế hoạch thành lập mạng lưới cộng tác viên công tác xã hội với khoảng 10 ngàn cộng tác viên. Một số tỉnh, thành phố như: Quảng Ninh, Long An, Bến Tre, Đà Nẵng, Thừa Thiên Huế, An Giang, Khánh Hòa, Phú Yên đã bước đầu hình thành mạng lưới cộng tác viên và nhân viên công tác xã hội. Bộ LĐTBXH đã phối hợp với các trường đại học đào tạo công tác xã hội xây dựng chương trình, giáo trình đào tạo về lĩnh vực sức khỏe tâm thần và biên soạn bộ 6 cuốn giáo trình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm: Đại cương chăm sóc sức khỏe tâm thần; quản lý ca; tâm lý học lâm sàng; tham vấn; công tác xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, quy trình chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần (MOLISA, 2014). Ngoài ra, Bộ LĐTBXH còn phối hợp với tổ chức UNICEF và Đại học Lao động Xã hội xây dựng giáo trình, tài liệu kỹ thuật hướng dẫn nghiệp vụ công tác xã hội trong lĩnh vực trợ giúp người tâm thần và tổ chức tập huấn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên làm công tác trợ giúp cho đối tượng tại các trung tâm chăm sóc người tâm thần thuộc các tỉnh, thành phố triển khai thí điểm (sdd).

Năm 2006, Bộ Y tế ban hành “Kế hoạch tổng thể quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe vị thành niên và thanh niên Việt Nam giai đoạn 2006- 2010, định hướng đến 2020”. Trên hết, “sang chấn về tâm thần và các vấn đề khác liên

quan đến sức khỏe tâm thần” được nhìn nhận như là một trong những nguy cơ chính đối với sức khỏe vị thành niên và thanh niên Việt Nam.

Hiện tại, Chính phủ Việt Nam đang xây dựng Chiến lược Sức khỏe Tâm thần Quốc gia về phòng ngừa và kiểm soát các rối loạn tâm thần giai đoạn 2018 – 2025, tầm nhìn 2030 (UNICEF & MOLISA, 2015).

Ngoài ra, Chương trình Quốc gia về Bảo vệ Trẻ em ở Việt Nam (2011-2015) thúc đẩy việc thành lập và hoạt động của hệ thống bảo vệ trẻ em dựa vào cộng đồng. Mục tiêu cụ thể của chương trình hướng đến 80% trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt được trợ giúp, chăm sóc để phục hồi và tái hòa nhập vào cộng đồng và 70% trẻ em được phát hiện có nguy cơ rơi vào hoàn cảnh đặc biệt được can thiệp để giảm thiểu, loại bỏ nguy cơ rơi vào hoàn cảnh đặc biệt. Năm dự án ưu tiên trong chương trình bao gồm: a) tuyên truyền, giáo dục và vận động xã hội, b) nâng cao năng lực các cán bộ, cộng tác viên và tình nguyện viên bảo vệ và chăm sóc trẻ em, c) xây dựng và phát triển hệ thống cung cấp dịch vụ bảo vệ trẻ em, d) xây dựng và nhân rộng các mô hình hỗ trợ trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt dựa vào cộng đồng, và e) nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước về bảo vệ, chăm sóc trẻ em. Mặc dù nâng cao sức khỏe tâm thần không được đề cập trực tiếp trong các mục tiêu, nhưng xét về bản chất, các dự án và đối tượng hưởng lợi mục tiêu (ví dụ các nhóm dễ tổn thương như trẻ em, các nạn nhân bị buôn bán, bắt cóc, lạm dụng và bạo lực; trẻ em nghèo) tới được với trẻ em có nhu cầu về dịch vụ sức khỏe tâm thần. Xem thêm Phụ lục 4 để biết thêm chi tiết về những chính sách, chiến lược và chương trình này.

Tóm lại, nhìn vào hệ thống luật pháp, chính sách liên quan quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em thấy rằng hệ thống này đã tạo ra hành lang pháp lý và khuôn khổ chính sách rất cơ bản, giúp tăng cường chăm sóc sức

khỏe trẻ em. Tuy nhiên, trong hệ thống chính sách và văn bản mang tính chất khung này còn thiếu những quy định cụ thể về vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em. Theo Bộ Y tế (2009), hạn chế trong hệ thống chiến lược, chính sách về chăm sóc sức khỏe trẻ em là nội dung và chỉ tiêu của các chiến lược ít dựa vào bằng chứng khoa học và thực tiễn. Việc điều chỉnh, bổ sung sửa đổi một số chính sách còn chậm, không theo kịp với sự phát triển kinh tế, xã hội của đất nước. Các hoạt động phối hợp liên ngành trong chăm sóc trẻ em chưa thực sự mạnh mẽ, và hoạt động kiểm tra, giám sát việc thực hiện chính sách cũng còn hạn chế.

7.2 Các chương trình và kế hoạch về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội hiện có

Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần bắt đầu được triển khai năm 1998 khi Thủ tướng Chính phủ ký bổ sung Dự án Bảo vệ Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng vào Chương trình Mục tiêu Quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/ AIDS (nay thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế). Năm 2001, Chính phủ đã phê duyệt Dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng qua 03 giai đoạn và mỗi giai đoạn có những tên gọi khác nhau: (1) Giai đoạn 2001 – 2005 tập trung vào chăm sóc, bảo vệ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng; (2) Giai đoạn 2006-2010 đưa hai bệnh động kinh và trầm cảm vốn là một phần của dự án “Phòng chống một số bệnh không lây nhiễm” lồng ghép vào dự án; và (3) Giai đoạn 2011- 2015 tập trung vào bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em. Theo báo cáo đánh giá tình hình thực hiện dự án giai đoạn 2011- 2015 của dự án thành phần “Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em” (Bộ Y tế, 2015), người bệnh tâm thần được quản lý và điều trị ở cộng đồng nhanh chóng ổn định bệnh, có môi

trường thuận lợi để hoà nhập với gia đình, cộng đồng và xã hội, đỡ tốn kém về kinh tế trong điều trị bệnh. Hệ thống mạng lưới sức khỏe tâm thần phát triển đều khắp từ trung ương đến địa phương, kiến thức về chuyên khoa tâm thần cũng được nâng cao ở đội ngũ cán bộ tuyến huyện và tuyến xã/phường. Dự án được triển khai tại toàn bộ 63 tỉnh và trong giai đoạn từ 2011 đến 2015 đã điều trị ước đạt 72% số bệnh nhân tâm thần phân liệt, 65% số bệnh nhân động kinh và 19.900 bệnh nhân trầm cảm trên cả nước. Rất tiếc là báo cáo không nêu và phân tích các số liệu liên quan đến trẻ em và vị thành niên.

Tuy nhiên, có rất nhiều thách thức đối với tính hiệu quả của dự án, bao gồm vấn đề tài chính và nguồn lực con người, cũng như thái độ của cộng đồng về bệnh tâm thần. Kinh phí được cấp để thực hiện dự án vào năm đầu tiên, 2011, chỉ đạt 47% do với kinh phí mà kế hoạch đã đề ra, và chênh lệch giữa nguồn kinh phí dự kiến và nguồn kinh phí thực tế được cấp lớn dần theo thời gian. Năm 2012, dự án chỉ nhận được 42% số kinh phí dự kiến, năm 2013, 37% và năm 2014, 11%. Báo cáo cũng chỉ ra các yếu tố làm hạn chế tính hiệu quả của dự án (đồng thời cũng là khó khăn của dự án), bao gồm: bác sĩ chuyên khoa và nhân viên y tế phục vụ ngành tâm thần còn thiếu; công tác giáo dục truyền thông đại chúng còn hạn chế, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa, miền núi và hải đảo; hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chưa đầy đủ, một số địa phương chưa thực sự quan tâm nên chưa có cơ sở điều trị nội trú; nhận thức của nhân dân về bệnh tâm thần còn hạn chế; nhiều bệnh nhân tâm thần ở cộng đồng chưa được điều trị; phương tiện đi lại để triển khai và kiểm tra giám sát không có.

Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2014 đánh giá những khó khăn trong việc thực hiện dự án bao gồm thực hiện chính sách về sức khỏe tâm thần của Việt Nam chưa

toàn diện, thiếu tầm nhìn dài hạn. Luật về sức khỏe tâm thần chưa được xây dựng. Các chính sách hiện hành chưa dựa trên một chiến lược tổng thể, toàn diện, dài hạn với các tầm nhìn, mục tiêu, giải pháp cụ thể về sức khỏe tâm thần. Dự án mới chỉ tập trung vào bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, chưa quan tâm đến một số rối loạn tâm thần phổ biến khác, chưa quan tâm toàn diện đến các đối tượng đặc biệt: trẻ em, vị thành niên, phụ nữ có thai, bà mẹ, người trong các trại giam, người bị rối loạn tâm thần sau thiên tai, thảm họa. Quản lý bệnh nhân trầm cảm hiện tại chỉ được thực hiện tại một số mô hình điểm, chưa được đưa vào chương trình quản lý thường xuyên. Chưa có can thiệp liên quan giảm yếu tố nguy cơ bệnh tâm thần trong cộng đồng, trường học, gia đình, cơ quan (MOH and Health Partnership Group, 2015).

7.3 Hạn chế trong các chính sách

Khi được hỏi về quan điểm của mình đối với các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt là các chính sách dành cho trẻ em và thanh niên, người trả lời thường cho rằng còn thiếu và cần được quan tâm hơn nữa, cả trong ngành y tế nói chung và trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe học đường nói riêng. Thiếu chính sách dẫn đến người dân không thể tiếp cận dịch vụ hoặc tìm đến sai địa chỉ cung cấp dịch vụ. Cũng có ý kiến cho rằng các chính sách về sức khỏe tâm thần, mặc dù không nhất thiết là dành cho trẻ em, ít hoặc không đề cập đến tư vấn tâm lý, và dịch vụ tư vấn tâm lý, thường ở khu vực tư nhân, nếu có cũng không được quản lý (xem Hộp 8).

Thậm chí ở những khu vực có sự hiện diện của các chính sách, như đã đề cập trong phần 4, thì cũng thiếu nguồn lực con người và các nguồn lực khác để thực thi chính sách.

“Về hiệu quả thì về những chính sách nhà nước đưa ra thì nói gì thì nói, cũng

Hộp 8: Các hạn chế trong chính sách

Về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trẻ em

“Bên y tế là chỉ chăm sóc trẻ em về sức khỏe chung, dinh dưỡng thôi. Còn tâm thần tuổi còn nhỏ riêng thì không có chương trình... Về cái y tế học đường thì nó cũng chỉ là nha khoa và mắt là chính. Còn về sức khỏe tâm thần thì nói thật ra là cán bộ y tế ở trường học thì không phát hiện được đâu. Nó không phải là chuyên môn của cán bộ y tế học đường. Hầu như là cán bộ đó là vừa là kế toán vừa là phụ trách phòng y tế học đường chứ không phải là người có chuyên môn về y tế” (TLN cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang).

“Chính sách về sức khỏe tâm thần thì tôi nghĩ là mạng lưới y tế cộng đồng là cần phải quan tâm nhiều hơn so với bây giờ. Tại vì hầu như bệnh nhân toàn đổ lên viện nhi trung ương thôi. Mạng y tế cộng đồng về sức khỏe tâm thần thì chưa thấy, không biết tôi có chủ quan không nhưng chưa thấy có” (PV cán bộ điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội).

“Đây [sức khỏe tâm thần của trẻ em và người trẻ] là một lĩnh vực còn chưa được quan tâm trong cộng đồng. Hiện nay trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung, và đối với trẻ em nói riêng ở Điện Biên gần như trống. Các chỉ đạo của Bộ, tỉnh về lĩnh vực này rất hạn chế. Vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em đúng là cần quan tâm hơn nữa từ chính phủ, Bộ. Sau đó mình mới có thể có định hướng các chương trình về nó, tỉnh cũng cần đào tạo cho công tác này... Mình cần củng cố thêm mạng lưới về chăm sóc sức khỏe tâm thần, ít nhất cũng phải được tuyển huyện trước, rồi sau đó mình quan tâm đến tuyển xã. Ở tuyến xã chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, người khuyết tật được quan tâm hơn (PV cán bộ, Sở Y tế, TP Điện Biên Phủ).

“Chưa có một chính sách gì về mặt hỗ trợ về sức khỏe tâm thần, nhất là về mảng phòng ngừa. Ví dụ trẻ mà có các rối loạn về tâm thần mà đi đến bệnh viện thì hưởng những chính sách như của Bộ Y tế nhưng cũng là những chính sách thông thường cũng không có gì đặc biệt mà hỗ trợ cho trẻ em... Ở Việt Nam mảng hỗ trợ sức khỏe tâm thần trong trường học gần như là không có bất cứ một chính sách nào. Bộ Y tế cũng không có chính sách mà Bộ Giáo dục thì cũng không. Hiện nay, Bộ Giáo dục cũng có thông tư về sức khỏe học đường, rồi về sức khỏe thể chất, ví dụ các môn giáo dục thể chất rồi cũng có thông tư năm 2006 về việc phải có tư vấn tâm lý trong trường học. Tuy nhiên tất cả những cái đấy mới chỉ có thông tư như vậy nhưng hướng dẫn thực hiện thông tư thì không có... Nên thành ra hiện nay bố mẹ với giáo viên thích thế nào thì làm thế đấy thôi” (PV cán bộ, Đại học Quốc gia, Hà Nội).

Về phương diện tâm lý

“Dịch vụ tư thì nở rộ. Như mình thấy ở các thành phố lớn thì các loại trung tâm tư vấn ra đời, rất nhiều, đi đâu cũng thấy trung tâm tư vấn tâm lý. Nhưng mà trung tâm đấy có được phép hành nghề không, ai quản lý trung tâm đấy và chất lượng thế nào thì chưa rõ. Vì tư vấn tâm lý cũng là mảng liên quan rất nhiều đến vấn đề đạo đức hành nghề và giấy phép hành nghề. Như trầm cảm chẳng hạn, bên em hay nói đùa nếu không làm tốt có khi con người ta còn đi tự tử chứ không phải là tốt hơn cho đứa trẻ đấy đâu. Đối với các phòng hay các trung tâm tư vấn tâm lý cũng không có chính sách gì, ví dụ giấy phép hành nghề ra làm sao, và giấy phép hành nghề mang tính nghề nghiệp như thế nào. Tất nhiên là những trung tâm đấy họ đều hoặc là qua Sở Khoa học Công nghệ hay là gì đó, về mặt hành chính thì có nhưng mà về mặt chất lượng nghề nghiệp và quy định về chuyên môn thì không có” (PV cán bộ, Đại học Quốc gia, Hà Nội).

mang lại một cái tác động nào đó cho những đối tượng thụ hưởng, giúp họ ổn định này kia, tháo gỡ một phần khó khăn của gia đình. Nhưng khó khăn nhất hiện tại là các chính sách có như thế nhưng đội ngũ để hỗ trợ các nhóm đối tượng này ở cơ sở là thiếu, hầu như là không có. Tức là bên cạnh tiền thì mình có đội ngũ tư vấn hỗ trợ về tâm lý cho họ, kể cả trong ngành lao động luôn, về giáo dục, về y tế, tôi thấy hầu như thiếu. Mà thiếu thì hiệu quả của các cái chương trình này không cao” (PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH, TP Long Xuyên, An Giang).

Cần lưu ý rằng các chính sách liên quan đến sức khỏe tâm thần hiện tại thường nằm rải rác trong các văn bản pháp luật khác nhau và vấn đề sức khỏe tâm thần cũng được đề cập đến ở nhiều mức độ khác nhau. Nhìn chung, sức khỏe tâm thần thường không được xem là vấn đề chính trong các văn bản này. Thậm chí trong Luật Chăm sóc Sức khỏe Nhân dân, một văn bản pháp luật quan trọng trong lĩnh vực y tế, các vấn đề sức khỏe tâm thần chỉ được đề cập một cách khiêm tốn.

“Chính sách cho ngành tâm thần thì họ cũng có. Còn tâm lý thì chưa có gì hết. Cấp chúng chỉ hành nghề cũng chưa có ai quản lý. Gọi là quản lý chính thức cũng chưa có, nên nó cũng khó cho những người hành nghề, cũng khó cho những người dân đi đến vì họ đâu biết người này trình độ đến đâu, ai kiểm tra, ai giám sát. Cần có những pháp lý rõ ràng về cái đó. Rồi ngành mới như nhi khoa phát triển hành vi thì nó quá mới rồi, tôi cũng chẳng biết xin ai.” (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM).

“Cán bộ tâm lý thì chưa có chế độ gì. Hiện nay các bệnh viện chi trả cho cán bộ tâm lý theo kiểu tự chủ. Gọi là ký hợp đồng riêng với bệnh viện... Cũng không có chính sách gì, ví dụ được đi đào tạo hay đào tạo thêm, đào tạo nâng cao tay nghề thì chưa có” (PV cán bộ, Đại học Quốc gia, Hà Nội)

“Cần có chế độ trợ cấp đặc thù [cho các bác sỹ tâm lý]. Ví dụ bên tâm thần là họ được làm 7 hay 6 tiếng gì đó, họ được trợ cấp độc hại. Bên này tâm lý cũng tiếp xúc những người như vậy nhưng người ta không có ngành là không được tính gì hết. Thứ hai là đi làm như giờ hành chánh là không có luật gì để người ta làm ít hơn” (PV cán bộ, Bệnh viện Nhi đồng 1, TPHCM).

“Thì chương trình quốc gia hiện nay chỉ có tập trung vào ba nhóm bệnh là tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm. Trẻ em thì động kinh thì tỷ lệ 0,05%. Nhưng thực sự là những trẻ động kinh được quản lý hiện nay tại các trạm y tế xã phường thì không đạt được tỷ lệ là 0,05%. Như vậy là phần lớn trẻ chưa được quản lý điều trị. Nhưng nó chưa thể đánh giá hết vì có những trường hợp người ta có điều kiện thì gia đình người ta tự điều trị ở những cơ sở cao hơn, người ta không qua trạm y tế xã. Khoảng trống điều trị động kinh của trẻ em rơi vào khoảng 70 – 80%, tức là chỉ quản lý được 20 – 30% bệnh nhân trẻ em thôi. Mặc dù chính sách của mình có, tức là bệnh nhân động kinh hoặc là tâm thần phân liệt, trầm cảm được quản lý điều trị, được cấp thuốc nhưng thực sự người ta không được tiếp cận dịch vụ này, có thể một phần là do họ đi điều trị ở bên ngoài. Ngoài ra, có thể khi điều trị thì một số thuốc trong chương trình quốc gia là những thuốc thế hệ cũ, nó cũng có nhiều tác dụng phụ, dùng lâu dài cũng gây ra rối loạn những cái khác, như rối loạn tâm thần. Khi trẻ có trường hợp lên cơn co giật nhiều thì lúc đấy người ta đưa đến các bệnh viện chuyên khoa về tâm thần thì được điều trị bằng thuốc thế hệ mới. Lúc đấy người ta không muốn về xã nữa vì về xã lại nhận cái thuốc thế hệ không cập nhật thì nó có nhiều tác dụng phụ. Nó có những rào cản về mặt chính sách như vậy” (PV cán bộ, Cục Quản lý Khám chữa bệnh (Phòng Nghiệp vụ Y và Dược bệnh viện), Bộ Y tế, Hà Nội).

7.4 Kế hoạch xây dựng và thực hiện chính sách trong tương lai

Việt Nam đang xây dựng Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2018-2025, tầm nhìn đến 2030. Dự thảo Chiến lược thể hiện cam kết bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân, trong đó ưu tiên cho các vùng nghèo, những người có hoàn cảnh khó khăn, các nhóm dân tộc thiểu số và các nhóm dễ bị tổn thương khác. Mối quan tâm đến sức khỏe tâm thần của trẻ em được thể hiện ở quan điểm tiếp cận chu kỳ vòng đời, trong đó các chính sách, kế hoạch và dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết kế cho phù hợp với các nhu cầu về y tế và xã hội trong tất cả các giai đoạn cuộc đời (sơ sinh, trẻ em, vị thành niên, người trưởng thành và người già). Đáng chú ý, Dự thảo có một mục tiêu liên quan đến bảo vệ sức khỏe tâm thần cho trẻ em và vị thành niên nhằm dự phòng và phát hiện sớm lên đến 50% các rối loạn tâm thần vào năm 2025 (Dự thảo Quyết định Phê duyệt Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2018-2025)⁷.

Những người tham gia nghiên cứu cũng chia sẻ một vài đề xuất chính sách đang trong giai đoạn dự thảo lấy ý kiến để cải thiện Chương trình sức khỏe tâm thần quốc gia: “Thứ nhất, ngân sách như vậy nên anh chỉ tập trung vào những vấn đề như đào tạo nhân lực, tập trung vào truyền thông, còn lại không nên dùng tiền đó mua thuốc. Vì thuốc điều trị đấy nếu không được cấp từ Chương trình Mục tiêu Quốc gia, mà trẻ có thể bảo hiểm y tế thì vẫn được theo chính sách của bảo hiểm y tế. Họ sẽ được nhận thuốc trong danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y tế, bảo hiểm y tế thanh toán. Như vậy là thay vì anh cứ mua thuốc, mà thực ra ngân sách đấy nếu mà để mua thuốc cũng không đủ, anh tập trung đào tạo nhân lực để người ta giám sát làm tốt công việc thì hay

7. <http://www.chinhphu.vn/portal>.

hơn. Trẻ em dưới 6 tuổi được hưởng chính sách khám chữa bệnh miễn phí rồi, còn những đối tượng trên 6 đến 15 thì hầu như tỷ lệ có bảo hiểm rất cao. Nếu những trẻ có rối loạn tâm thần thì thường là các địa phương có chính sách khác, ví dụ trong hộ cận nghèo thì đều được mua thẻ y tế miễn phí rồi. Theo điều tra ở các bệnh viện tâm thần khác thì họ cũng nói những người rối loạn tâm thần gần như 70 – 80% họ có thẻ bảo hiểm y tế. Nên thay vì mua thuốc cho người ta anh sử dụng chính sách của bảo hiểm y tế, và danh mục thuốc trong bảo hiểm y tế lại được nhiều thuốc hơn” (PV cán bộ, Cục Quản lý Khám chữa bệnh (Phòng Nghiệp vụ Y và Dược bệnh viện), Bộ Y tế, Hà Nội).

Ở cấp địa phương, kết quả khảo sát cho thấy đã có một vài kế hoạch cụ thể cho việc triển khai cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả việc bố trí thêm địa điểm dành cho những người đang gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần. Ở những nơi khác, dường như đã đi đến thống nhất về chính sách và chương trình và chỉ còn chờ nguồn đầu tư, trong đó có đầu tư cho nguồn nhân lực: “Có 2 trung tâm (bảo trợ xã hội) mà đã phê duyệt rồi ở Châu Đốc, tức là nâng cấp Trung tâm Bảo trợ Xã hội lên, bổ sung thêm cho ông nhiệm vụ chăm sóc người tâm thần. Ủy ban tỉnh thống nhất phê duyệt hết nhưng bây giờ đang chờ dự án đầu tư thôi... Bây giờ khó nhất là biên chế” (PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH, TP Long Xuyên, An Giang).

Ở An Giang, các cán bộ cấp tỉnh bày tỏ mong muốn thành lập các điểm tư vấn cộng đồng và kết nối các cán bộ bảo vệ trẻ em với các cán bộ Hội Phụ nữ bởi họ có thể cung cấp thêm các dịch vụ hỗ trợ: “Giai đoạn tới 2016 – 2020 thì chúng tôi cũng đang tính toán để quảng bá đường dây này (xem bên trên) và nâng cấp các trung tâm lên. Thứ hai là trong chương trình bảo vệ trẻ em 2016 – 2020 chúng tôi có một nội dung kết nối, thành lập những điểm tư vấn ở cộng đồng để nhằm giúp trẻ em phòng ngừa trước khi trẻ

em bị sức khỏe tâm thần hay bị bệnh nặng. Chúng tôi tham mưu cho ủy ban tỉnh là sẽ kết nối giữa cán bộ trẻ em với các địa chỉ tin cậy của bên Hội Phụ nữ, hiện đang thành lập ở 156 xã phường. Hiện nay qua theo dõi, chúng tôi thấy địa chỉ này có thành lập nhưng trẻ em và cha mẹ trẻ đến đây rất ít do người ta chưa hiểu biết, chưa hiểu là việc xâm hại trẻ em như thế ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần, nên người ta chưa đến nhiều” (TLN cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang). Cũng ở An Giang, mặc dù ý thức được những trở ngại về nguồn nhân lực, các cán bộ cấp tỉnh vẫn đề xuất nhân rộng mô hình tư vấn tâm lý học đường (hiện có tại 6 trường) cũng như xây dựng thêm các cơ sở công tác xã hội ở 11 quận/huyện và thị trấn “theo đề án 32 của chính phủ” (TLN cán bộ cấp tỉnh, TP Long Xuyên, An Giang).



‘Về hiệu quả thì về những chính sách nhà nước đưa ra thì nói gì thì nói, cũng mang lại một cái tác động nào đó cho những đối tượng thụ hưởng, giúp họ ổn định này kia, tháo gỡ một phần khó khăn của gia đình. Nhưng khó khăn nhất hiện tại là các chính sách có như thế nhưng đội ngũ để hỗ trợ các nhóm đối tượng này ở cơ sở là thiếu, hầu như là không có. Tức là bên cạnh tiền thì mình có đội ngũ tư vấn hỗ trợ về tâm lý cho họ, kể cả trong ngành lao động luôn, về giáo dục, về y tế, tôi thấy hầu như thiếu. Mà thiếu thì hiệu quả của các cái chương trình này không cao’

(PV cán bộ, Phòng Bảo trợ Xã hội, Sở LĐTBXH, TP Long Xuyên, An Giang).





CHƯƠNG 8

Các khuyến nghị

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong khi Việt Nam đạt được những bước tiến lớn về kinh tế và xóa nghèo, các lĩnh vực xã hội thường bị thụt lại ở phía sau, và cùng với toàn cầu hóa và hội nhập nhanh chóng, nhu cầu giải quyết hậu quả của các xung đột văn hóa và liên thế hệ càng trở nên cấp thiết. Thiếu đi một nền tảng hỗ trợ và chăm sóc các bệnh tâm thần và tâm lý xã hội vững chắc, Việt Nam khó có thể đảm bảo rằng thế hệ trẻ của đất nước có đủ các kỹ năng ứng phó để vượt qua những thách thức này trong tương lai. Việt Nam cần tìm ra một con đường cho riêng mình để vượt qua những thách thức này, trong đó, tối thiểu, phải dựa trên các giá trị văn hóa truyền thống (ví dụ tính đoàn kết tập thể, mối quan hệ gia đình bền chặt, v.v.), đồng thời xem xét yêu cầu nâng cao tính linh hoạt và khả năng thích ứng của thời đại thông qua việc đẩy mạnh kỹ năng giao tiếp giữa các thế hệ.

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu, báo cáo đề xuất một số khuyến nghị sau:

CÁC KHUYẾN NGHỊ CHUNG

Về khung chính sách, cần hoàn thiện hệ thống luật pháp và chính sách quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội cho trẻ em. Mặc dù hệ thống luật pháp, chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em đã tạo ra hành lang pháp lý và khuôn khổ chính sách rất cơ bản, giúp tăng cường chăm sóc sức khỏe cho trẻ em, nhưng vẫn còn nhiều khoảng trống về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội cho trẻ em. Trong tương lai, Việt Nam cần sớm bổ sung những quy định cụ thể về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội đối với đối tượng đặc thù là trẻ em và thanh niên.

Bổ sung, hoàn thiện chính sách về tăng cường trách nhiệm và sự phối hợp giữa các cơ quan, ban ngành liên quan đến chăm

sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên. Cần bổ sung và hoàn thiện các chính sách tăng cường vai trò và trách nhiệm của các cơ quan liên quan chính, bao gồm đưa ra các hướng dẫn và quy định rõ nhiệm vụ của tất cả các ban ngành liên quan (như Bộ LĐTBXH, Bộ GD&ĐT, Bộ Y tế, Ủy ban Dân tộc và Hội Phụ nữ) đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên cũng như có chế cụ thể để đảm bảo sự phối hợp hiệu quả giữa các cơ quan này được hiệu quả.

Dựa trên các phát hiện từ nghiên cứu, báo cáo này cũng khuyến nghị **cần tăng số lượng và đẩy mạnh chất lượng nguồn nhân lực,** bao gồm xây dựng kế hoạch đào tạo phát triển số lượng và chất lượng đội ngũ nhân viên công tác xã hội, các nhà tư vấn, bác sĩ tâm thần và chuyên gia tâm lý nhằm giải quyết các trường hợp rối loạn tâm thần phổ biến/ít nghiêm trọng hơn; nội dung đào tạo cũng cần được thiết kế phù hợp nhằm đáp ứng nhu cầu của trẻ em và thanh niên.

Cải thiện và nâng cao nhận thức về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của thanh thiếu niên, cũng như các dịch vụ hỗ trợ sẵn có, bao gồm cả việc cung cấp hỗ trợ và đào tạo cho các bậc phụ huynh, chủ yếu thông qua hoặc kết nối với trường học, về các kỹ năng làm cha mẹ, chăm sóc và giao tiếp, bao gồm theo dõi thường xuyên nhằm thúc đẩy thay đổi hành vi tích cực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên.

Cải thiện số lượng và chất lượng dịch vụ cung ứng hỗ trợ chuyên biệt trên toàn quốc về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho trẻ em và thanh niên. Xây dựng các tiêu chuẩn và hoạt động chẩn đoán lâm sàng cho đối tượng trẻ em và thanh niên, nhằm cho phép phát hiện và điều trị sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội ở trẻ em và thanh niên.

CÁC KHUYẾN NGHỊ CỤ THỂ

8.1. Tăng cường các chính sách phối hợp trong tư vấn tâm lý và sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh niên

Chính sách hiện hành liên quan đến sức khỏe tâm thần mặc dù có khá nhiều nhưng lại nằm tản mạn ở nhiều các văn bản pháp luật khác nhau, và trong các văn bản này, nhìn chung sức khỏe tâm thần chưa phải là vấn đề được quan tâm nhiều của chính sách. Ngay cả trong luật Chăm sóc sức khỏe nhân dân, một văn bản hết sức quan trọng về lĩnh vực y tế, vấn đề sức khỏe tâm thần cũng chỉ được đề cập đến một cách khiêm tốn. Việt Nam cần quan tâm bổ sung và hoàn thiện hệ thống chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội đối với trẻ em và thanh niên, đặc biệt là trong các Chương trình mục tiêu Quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và các chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em. Chương trình Quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cần bao quát các vấn đề liên quan đến rối loạn tâm trí thông thường/phổ biến chứ không chỉ tập trung vào các bệnh tâm thần nặng và mãn tính như tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm.

Cần xem xét **hoàn thiện luật pháp và chính sách** liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần trong hệ thống trợ giúp xã hội và an sinh xã hội tại Việt Nam, vì đây là cơ sở pháp lý cho việc tăng cường nhân lực, và tăng cường mạng lưới tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho thanh thiếu niên, bao gồm cả các chính sách về thực hành công tác xã hội, nhằm mục tiêu: 1) tăng cường nguồn nhân lực; 2) cải thiện chất lượng dịch vụ tại các cơ sở trợ giúp xã hội và cộng đồng; và 3) có những chính sách đặc thù dành cho đối tượng trẻ em và thanh niên. Quá trình này cần sự chỉ đạo của Bộ LĐTBXH, Bộ Y tế và sự phối hợp của các bộ ngành chủ chốt khác.

Các chương trình y tế trường học cũng cần có những nội dung cụ thể hơn về chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội cho học sinh, bao gồm cả những mục tiêu cụ thể về phòng, chống các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh. Hiện nay, chính sách về y tế học đường mới chú trọng đến sức khỏe thể chất của học sinh và tập trung vào vấn đề phòng chống các bệnh cong vẹo cột sống, các bệnh về mắt, các bệnh lây nhiễm, chăm sóc sức khỏe răng miệng mà chưa quan tâm đến chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, bao gồm cả các vấn đề về tư vấn, hỗ trợ về tâm lý xã hội cho học sinh.

Trong tương lai, Chính phủ Việt Nam cần phê duyệt **Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2018-2025**, hướng trọng tâm vào việc cung ứng bảo hiểm y tế toàn dân, ưu tiên cho các vùng nghèo, những người có hoàn cảnh khó khăn, đồng bào dân tộc thiểu số và các nhóm dễ bị tổn thương khác. Do vậy, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cần có những phân bổ ngân sách đầy đủ nhằm không chỉ gia tăng số lượng các nhân viên công tác xã hội, các cán bộ chuyên khoa sâu về y tế, nhà tư vấn ở trường học và cộng đồng, mà còn để thiết lập các tiêu chuẩn và hướng dẫn đào tạo chuyên biệt và đào tạo bổ sung định kỳ, đảm bảo các chuyên gia trong lĩnh vực này ở mọi cấp (trung ương, tỉnh, huyện và xã) được trang bị đầy đủ để có thể xử lý được những tổn thương về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của thanh thiếu niên trong một đất nước đang phát triển với tốc độ nhanh như Việt Nam. Ngoài ra, cũng cần đẩy mạnh sự phối hợp thông qua việc xây dựng kế hoạch hành động và triển khai **Đề án Cải cách và Phát triển hệ thống trợ giúp xã hội giai đoạn 2017-2025 tầm nhìn tới 2030**, trong đó chú trọng đến những trợ giúp xã hội dành cho các nhóm dễ bị tổn thương, gồm cả những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Theo đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cần

đảm trách vai trò chủ chốt trong việc đảm bảo thực hiện chương trình và chính sách tổng thể.

Việc thực hiện chính sách cũng sẽ cần đến những **hướng dẫn và quy định rõ ràng về trách nhiệm của tất cả các cơ quan liên quan** – Bộ Y tế, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội – nhằm đảm bảo các mục tiêu được phản ánh đầy đủ trong các chương trình và chính sách tương ứng của từng cơ quan. Cần tính đến việc nâng cao liên kết với các cơ quan như Vụ Công tác Học sinh Sinh viên (Bộ GD&ĐT), Ủy ban Dân tộc và Hội Liên hiệp Phụ nữ nhằm đảm bảo phương pháp tiếp cận toàn diện trong trợ giúp sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên.

Do nhu cầu về dịch vụ hỗ trợ và điều trị ở trẻ em và thanh niên là rất lớn và chưa thể đáp ứng ngay được, việc huy động các tổ chức phi chính phủ và các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân hiện có thông qua việc chuyển tuyến và hướng dẫn rõ ràng về tiêu chuẩn hành nghề sẽ là một bước đi quan trọng trong ngắn hạn. Tất nhiên, cách tiếp cận như vậy cần được tích hợp trong một mô hình chung, có tính đến việc giải quyết các yếu tố nguy cơ bao quát hơn của bệnh tâm thần và căng thẳng tâm lý, trong đó có nghèo và bất bình đẳng.

8.2. Tăng cường số lượng và chất lượng nguồn nhân lực

Một nhu cầu cấp bách là **cần tăng cường đào tạo để phát triển đội ngũ cán bộ y tế**, từ điều dưỡng đến bác sĩ, cũng như các đào tạo chuyên khoa. Do hệ thống y tế hiện tại chủ yếu dựa vào việc sử dụng thuốc trong điều trị và chưa quan tâm đúng mức đến những chiều cạnh tâm lý xã hội, nên rất cần quan tâm phát triển công tác **đào tạo để có thêm các nhà tư vấn, bác sĩ tâm thần và chuyên gia tâm lý** để có thể xử lý tốt những vấn đề tâm thần và biểu hiện rối loạn tâm thần ít nghiêm

trọng hơn. Thêm vào đó, **cần có những chương trình đào tạo được thiết kế riêng cho từng lĩnh vực nhằm đáp ứng các nhu cầu của trẻ em và thanh niên**. Sẽ đặc biệt hữu ích nếu các đào tạo trên được tích hợp vào một mô hình chung, nhằm mục đích phát hiện sớm, phòng ngừa và can thiệp sớm.

Vai trò của ngành giáo dục nói chung và trường học nói riêng cũng rất quan trọng. Vì vậy, **cần tăng cường đào tạo nhằm thiết lập một đội ngũ các nhà tư vấn và chuyên viên tâm lý học đường chuyên nghiệp và làm toàn bộ thời gian**, mà không phải là giáo viên kiêm nhiệm, chưa qua đào tạo chuyên nghiệp, chính quy như tình trạng phổ biến hiện nay. Cần xây dựng chương trình đào tạo cử nhân ngành Tâm lý học đường, đặc biệt trong bối cảnh nhu cầu được tham vấn tâm lý của trẻ em và thanh niên rất lớn và hệ thống dịch vụ tư vấn tâm lý còn rất hạn chế ở Việt Nam. Do đó, điều không kém phần quan trọng là phải có đủ nguồn ngân sách dành cho **các nhà tư vấn làm toàn bộ thời gian trong môi trường học đường với một cơ sở hạ tầng tương thích (phòng/trung tâm tư vấn)**. Các mô hình với những trợ giúp như vậy trong môi trường học đường (ví dụ có các chuyên gia tư vấn/chuyên viên tâm lý) cần được đưa vào thử nghiệm, có tham khảo các mô hình hiện đang được áp dụng ở Việt Nam cũng như các quốc gia khác.

Cũng cần phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp. Mặc dù các văn bản chính sách có đề cập đến **đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp**, kết quả nghiên cứu không cho thấy sự hiện diện của họ, ít nhất tại bốn địa bàn nghiên cứu. Điều này cũng đặt ra nhu cầu cấp thiết trong tăng cường đào tạo phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu. Đặc biệt, dường như thiếu các chính sách khuyến khích cán bộ di chuyển công

tác đến khu vực nông thôn. Việc triển khai kế hoạch phát triển công tác xã hội đặt ra một hy vọng về khả năng cải thiện tình trạng quá tải công việc. Tuy vậy, kế hoạch mới chỉ đề ra các chính sách hành chính để phát triển lĩnh vực công tác xã hội mà chưa chỉ ra cách thức duy trì chất lượng nhân viên công tác xã hội. Ngoài ra, tăng cường hiểu biết và năng lực của cán bộ tại các Trung tâm Bảo trợ Xã hội cũng là một nhu cầu cấp thiết. Cuối cùng, với gánh nặng số ca mà các nhân viên xã hội hiện đảm nhiệm, cần có ngân sách phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội bán chuyên nghiệp (cộng tác viên cấp xã), những người giữ một vai trò quan trọng trong phối hợp giải quyết ca.

Nhìn chung, những thành công dù trong phạm vi hẹp của **mô hình y tế cộng đồng** gợi ra rằng cần xem xét các đóng góp và hỗ trợ đào tạo nhắc lại cho đội ngũ nhân viên y tế tuyến cộng đồng. Cũng có thể cân nhắc việc đào tạo thêm về hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho các nhân viên y tế cộng đồng, cũng như việc đưa ra những hướng dẫn cụ thể và hỗ trợ nguồn lực từ tuyến huyện, tỉnh và trung ương.

Nội dung các chương trình/giáo trình đào tạo, tập huấn cần được xây dựng bởi các chuyên gia sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, trên cơ sở những bài học thực tiễn trên thế giới, nhưng cũng đảm bảo phù hợp với thực tế và bối cảnh cụ thể của Việt Nam. Cần đưa vào đó nội dung về các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên và những thảo luận xoay quanh các chuẩn mực cũng như các vấn đề về bạo lực và biến đổi xã hội dẫn đến những tổn thương tâm thần và tâm lý xã hội của lứa tuổi này.

Đối với các cán bộ và nhân viên làm việc trong lĩnh vực này, cần có cơ chế phù hợp cho họ, đặc biệt khuyến khích họ tới làm việc tại các địa bàn ngoài khu vực đô thị lớn. Điều này là

do con số các cán bộ, nhân viên có thể xử lý các rối loạn tâm thần thể nhẹ (nhân viên công tác xã hội, nhà tư vấn, v.v.) vẫn còn rất ít ỏi. Ngoài ra, cũng cần **hướng dẫn và giám sát một cách đầy đủ** và có chất lượng cho đội ngũ cán bộ này.

8.3. Nâng cao nhận thức về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của thanh thiếu niên cũng như các dịch vụ hỗ trợ hiện có

Hiện tại, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội hỗ trợ chính sách cho đối tượng bảo trợ xã hội trong đó có đối tượng người tâm thần đặc biệt nặng, nặng và nhẹ đang sống trong các cơ sở trợ giúp xã hội và ngoài cộng đồng. Hàng năm, Bộ LĐTBXH tổ chức đào tạo, tập huấn nâng cao nhận thức cho cán bộ, nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội và gia đình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, cần tập trung đẩy mạnh các hoạt động nhằm **nâng cao nhận thức công chúng về các nhu cầu sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thể nhẹ của trẻ em và thanh niên**. Cụ thể, cần nâng cao nhận thức về mối liên hệ giữa các chuẩn mực xã hội có tính phân biệt đối xử - ví dụ: ép buộc tảo hôn, hạn chế cơ hội của em gái nông thôn do các vai trò giới truyền thống – với các bệnh lý tâm thần và tình trạng cô lập xã hội ở các em gái.

Việc nâng cao nhận thức có thể được thực hiện thông qua một loạt các hoạt động bao gồm: **thiết kế chương trình đào tạo** cho các cán bộ hoặc nhân viên trong các lĩnh vực liên quan (ví dụ y tế, giáo dục); đẩy mạnh **hoạt động truyền thông** nhằm vào cộng đồng; và thông qua việc cung cấp thông tin (tờ rơi, v.v.) tại các điểm dịch vụ (ví dụ như trung tâm y tế/trạm y tế xã, trường học, v.v.).

Việc nâng cao nhận thức có thể được thực hiện ở nhiều cấp, nhưng đặc biệt cần bắt đầu ở xã/phường, bằng

cách cung cấp thêm thông tin về triệu chứng, biểu hiện và các dịch vụ sẵn có, trong đó có vai trò của các nhân viên công tác xã hội (nếu có) và các đường dây nóng, tới các cộng đồng. Tại cấp xã, các nhân viên y tế thôn/bản có thể đảm nhiệm thêm vai trò nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần, cần đào tạo họ để họ có thể phát hiện các dấu hiệu của bệnh tâm thần, về tư vấn và chuyển tuyến. Hội Phụ nữ cũng như các tổ chức chính trị xã hội cơ sở khác có thể giữ trách nhiệm nâng cao nhận thức cho các thành viên và cộng đồng nói chung, phát hiện sớm các dấu hiệu bệnh tâm thần và chỉ dẫn họ tới các địa chỉ cung ứng dịch vụ.

Cũng liên quan đến chủ đề này, việc hỗ trợ và đào tạo cho các bậc phụ huynh về các **kỹ năng làm cha mẹ**, chăm sóc và giao tiếp, thường xuyên theo dõi nhằm hướng tới thay đổi chuẩn mực hành vi, sẽ đem lại những lợi ích không nhỏ. Việc làm này đã được một số trường dân lập triển khai và cần được mở rộng sang các trường công lập hoặc các môi trường ngoài học đường, ví dụ thông qua các nhân viên y tế cộng đồng sau khi họ được đào tạo thích hợp.

Điều quan trọng là phải đảm bảo áp dụng phương pháp tiếp cận **liên ngành**, chẳng hạn, ở cấp xã, phải làm việc với giáo viên bởi họ có cơ hội gần gũi với trẻ em và bởi họ có những hiểu biết chung về tình hình cộng đồng, đồng thời có những đào tạo thích hợp để họ có thể phát hiện sớm các dấu hiệu và sau đó giới thiệu học sinh tới với các giáo viên tư vấn tâm lý học đường, các chuyên gia y tế liên quan, các cán bộ xã và cán bộ công tác xã hội.

Tích hợp nội dung **phòng ngừa các nguy cơ tiềm ẩn đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em** trong các chương trình truyền thông về sức khỏe tâm thần ở cộng đồng đang được triển khai theo Đề án 1215, Đề án 32, Đề án 647, Đề án 529 của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội cũng là một việc làm quan

trọng. Đội ngũ các nhân viên bảo trợ xã hội của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội ở các cấp cũng cần được đào tạo và bổ sung kiến thức về phòng ngừa các nguy cơ tiềm ẩn cho sức khỏe tâm thần trẻ em, đồng thời khích lệ họ tham gia vào công tác truyền thông. Ở cấp cộng đồng, đặc biệt là khu vực nông thôn, cần nâng cao hơn nữa sự phối hợp giữa nhân viên bảo vệ trẻ em, nhân viên y tế, cán bộ hội phụ nữ và đoàn thanh niên trong việc phổ biến kiến thức về những nguy cơ tiềm ẩn cho sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh niên cũng như các cách thức ngăn ngừa bệnh lý tâm thần. Các hoạt động truyền thông về sức khỏe tâm thần trẻ em cũng cần được đưa vào nội dung của các chương trình hiện có, chẳng hạn các chương trình của Hội Phụ nữ, nhằm tối ưu hóa hiệu quả chi phí.

Ngoài ra, việc tổ chức các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người dân về các kiến thức chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ em có các vấn đề về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội ngay tại cộng đồng cũng rất cần thiết. Đồng thời, cũng nên có các hình thức kết nối một cách chuyên nghiệp các dịch vụ hỗ trợ xã hội cho các gia đình có trẻ em gặp phải các vấn đề về sức khỏe tâm thần và các khó khăn về tâm lý xã hội, để hỗ trợ các gia đình trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho trẻ em.

8.4. Cải thiện số lượng và chất lượng dịch vụ phối hợp trên toàn quốc

Thông qua hệ thống các cơ ở y tế và cơ sở trợ giúp xã hội, Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội cần tập trung:

(i) Tăng số lượng và chất lượng dịch vụ sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội trên toàn quốc, đồng thời, thiết lập một hệ thống **hạ tầng cơ sở phù hợp** với việc cung ứng các hỗ trợ chuyên biệt liên quan đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội;

(ii) Cần sớm xây dựng và hoàn thiện các tiêu chuẩn và công cụ chẩn đoán lâm sàng cho trẻ em và thanh niên, nhằm cho phép phát hiện và điều trị sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội. Điều này đòi hỏi những hỗ trợ tích cực cũng như nguồn ngân sách từ Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội;

(iii) Đồng thời, cũng cần thiết lập các mối quan hệ hợp tác và phối hợp giữa các bộ ngành liên quan trong cung cấp dịch vụ nhằm đảm bảo bổ sung lẫn nhau và sử dụng nguồn lực một cách hiệu quả nhất. Có thể thiết lập một nhóm công tác và quy chế phối hợp liên ngành để hỗ trợ hoạt động này ở cấp quốc gia, và có thể tiếp tục mở rộng xuống cấp tỉnh và xã.

Hiện nay, Bộ Y tế và Bộ Giáo dục & Đào tạo đã phối hợp thực hiện tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh vào đầu năm học. Tuy nhiên, việc khám sức khỏe định kỳ này mới chủ yếu tập trung kiểm tra chiều cao, cân nặng, các bệnh về mắt, cột sống mà chưa hề cung cấp dịch vụ khám và phát hiện sớm các vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh. Do vậy, Bộ Y tế và Bộ Giáo dục cần xem xét bổ sung sự cung cấp dịch vụ khám và sàng lọc, phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần và căng thẳng tâm lý xã hội của học sinh, dựa trên các tiêu chuẩn và công cụ chẩn đoán thống nhất trên toàn quốc.

(iv) Cùng với hệ thống cơ sở hạ tầng vật chất đó, cũng cần đầu tư hơn nữa cho việc gắn kết thanh thiếu niên với nhau và đảm bảo những **nguồn thông tin và trợ giúp trực tuyến** **đổi dào** cho phép truy cập trên máy tính hoặc điện thoại di động. Đồng thời, cần trang bị đầy đủ và sẵn sàng các biện pháp bảo vệ trẻ em khỏi những chiều cạnh tiêu cực của truyền thông xã hội và những hành vi gây nghiện.

(v) Cần đẩy mạnh hoạt động của các **nhóm tương trợ phụ huynh**, đặc

biệt là với những phụ huynh có con được chẩn đoán mắc những rối loạn tâm thần chẳng hạn như tự kỷ hoặc động kinh. Mô hình nhóm tương trợ phụ huynh đã tồn tại ở nhiều nơi trên thế giới và cả ở Việt Nam, vì vậy cần tìm hiểu các bài học kinh nghiệm từ các mô hình này, tiến tới chỉnh sửa cho phù hợp với các nhu cầu địa phương.

Ngoài ra, do tính tương tác của các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, đầu tư cho **tư vấn gia đình** là một việc cần tính đến, ví dụ làm việc chặt chẽ với gia đình để họ quan tâm và chăm sóc đầy đủ cho con họ. Tư vấn hệ thống gia đình đã được thực hiện thành công ở một số trường, do đó cần được nhân rộng ra các trường khác và thậm chí ở các khu vực khác ngoài giáo dục.

Để có thể hiện thực hóa những thay đổi nói trên, điều kiện tiên quyết là nâng cao nhận thức về tính đặc thù trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của trẻ em trên bình diện quốc gia và ở mọi ban ngành do một đơn vị **đại diện Chính phủ** dẫn đầu, nhằm đẩy nhanh tiến trình trên cả hai chiều cạnh tâm thần và tâm lý xã hội.

8.5 Bộ Giáo dục và Đào tạo là cơ quan chủ chốt trong hỗ trợ nâng cao sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội cho trẻ em và thanh niên

Nghiên cứu cho thấy số lượng đáng kể các nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em có liên quan đến áp lực học tập và mối quan hệ với thầy cô và bạn bè, trong khi dịch vụ phòng chống, ngăn ngừa các nguy cơ còn rất hạn chế và thiếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tư vấn tâm lý trong môi trường học đường. Bởi vậy, Bộ GD&ĐT cần tiếp tục là đầu mối liên quan đến việc cải thiện sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên. Cụ thể, Bộ GD&ĐT cần i) hướng trọng tâm vào công tác

phòng ngừa thông qua việc trang bị cho trẻ những kỹ năng cần thiết để ứng phó với những khó khăn tâm lý và tình cảm trong mối quan hệ với cha mẹ, thầy cô, bạn bè và những người xung quanh – điều này có thể được thực hiện thông qua việc tăng thời lượng các giờ giáo dục kỹ năng sống trong chương trình chính khóa ở cả trường tiểu học và trung học; ii) **giảm áp lực** học tập thông qua việc đánh giá lại khối lượng kiến thức kỳ vọng trẻ tiếp nhận; iii) **đầu tư** phát triển tư vấn tâm lý ở tất cả các trường, đặc biệt là cho trẻ em dân tộc thiểu số; và iv) **trang bị cho phụ huynh** những kỹ năng để họ có thể giúp làm dịu các vấn đề con em họ gặp phải ở trường và trong gia đình, thông qua giáo dục kỹ năng giao tiếp và trang bị kiến thức về những khó khăn tâm lý và tình cảm tương ứng với những đặc điểm tâm sinh lý của trẻ em và thanh niên. Bên cạnh đó, cũng cần giúp cha mẹ hiểu được tầm quan trọng của sự phát triển cân bằng ở trẻ, trong đó thành tích học tập chỉ là một chiều cạnh.

Bộ Giáo dục và Đào tạo có thể xem xét xây dựng và triển khai thực hiện thí điểm một số mô hình về cung cấp dịch vụ phòng chống bệnh tâm thần và trợ giúp tâm lý xã hội tại trường học cho học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Hiện nay, trong hệ thống các trường học ở Việt Nam hầu hết đã có cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm là nhân viên y tế học đường. Đây là cơ sở thuận tiện cho việc khám, sàng lọc, quản lý, tư vấn, tham vấn kịp thời cho học sinh và cha mẹ học sinh trong quá trình hỗ trợ cho trẻ mắc bệnh tâm thần đang theo học tại trường, đồng thời cũng tạo điều kiện cho trẻ được tiếp cận với các hoạt động xã hội phù hợp với điều kiện sức khỏe của trẻ. Tuy nhiên, điều này cũng đòi hỏi sự đầu tư của Chính phủ trong đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân viên y tế học đường về lĩnh vực sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội.

Ngoài ra, Bộ giáo dục và Đào tạo cũng cần tăng cường sự phối hợp

giữa gia đình và nhà trường trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội, thông qua sự liên lạc thường xuyên để chia sẻ giữa gia đình và nhà trường về các vấn đề và các khó khăn về tâm lý xã hội mà trẻ em gặp phải ở trường hoặc ở gia đình, và có sự phối hợp kịp thời giữa giáo viên và phụ huynh trong hỗ trợ trẻ em cải thiện các khó khăn về tâm lý xã hội. Mặt khác, Bộ Giáo dục và Đào tạo cũng cần có hình thức tuyên truyền phù hợp để cả giáo viên và phụ huynh hiểu được tầm quan trọng của sự phát triển cân bằng của trẻ, trong đó thành tích học tập chỉ là một phần mà thôi.

8.6. Hướng nghiên cứu và thu thập dữ liệu tiếp theo

Do nghiên cứu này giới hạn trong một số lĩnh vực trọng tâm, thiết nghĩ cần có thêm những nghiên cứu tiếp theo với địa bàn nghiên cứu được mở rộng về mặt địa lý nhằm bao quát được một loạt các khu vực và các dân tộc khác nhau. Đặc biệt, chúng tôi kiến nghị một số bước tiếp theo nhằm giải quyết những thiếu hụt về dữ liệu liên quan đến vấn đề tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em ở Việt Nam. Những khoảng trống về kiến thức bao gồm:

- Lập bản đồ dịch vụ cấp địa phương để thông báo cho cộng đồng địa phương về các dịch vụ sẵn có. Trước khi lập bản đồ dịch vụ cấp địa phương cần thực hiện nghiên cứu, khảo sát để đánh giá số lượng, chất lượng, tính đa dạng và mật độ các cơ sở cung cấp dịch vụ, như dịch vụ xã hội cơ bản, dịch vụ công tác xã hội;
- Thu thập dữ liệu quốc gia về các biểu hiện và mức độ phổ biến của bệnh tâm thần và các vấn đề tâm lý xã hội;
- Cải thiện cơ chế báo cáo giám sát và đánh giá ở tất cả các cấp, từ cấp xã cho đến cấp trung ương, liên quan đến việc cung

ứng dịch vụ cho trẻ em và thanh niên;

- Cải thiện việc thu thập dữ liệu và duy trì cơ sở dữ liệu về chuyển tuyến và theo dõi;
- Phân tích sâu hơn về các mối liên quan mạnh với các chuẩn mực xã hội có đặc thù tiềm ẩn về giới ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ vị thành niên;
- Trong tương lai cũng thực hiện những nghiên cứu với quy mô lớn về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và vị thành niên Việt Nam. Đồng thời cũng cần tiến hành các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội đối với các nhóm trẻ em và thanh niên đặc thù, như nhóm trẻ em và thanh niên có hoàn cảnh đặc biệt, nhóm dân tộc thiểu số.

Tài liệu tham khảo

- Abeyasekera, S. (2005) Quantitative analysis approaches to qualitative data: why, when and how? In: Holland, J.D. and Campbell, J. (eds.) *Methods in Development Research; Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. ITDG Publishing, Warwickshire, pp. 97-106.
- Amstadter, Ananda B., Lisa Richardson, Alicia Meyer, Genelle Sawyer, Dean G. Kilpatrick, Trinh Luong Tran, Lam Tu Trung, et al. (2011). "Prevalence and Correlates of Probable Adolescent Mental Health Problems Reported by Parents in Viet Nam." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46 (2): 95–100. doi:10.1007/s00127-009-0172-8.
- Anh, H., Minh, H., & Phuong, D. (2006). Social and behavioral problems among high school students in Ho Chi Minh City. In L. B. Dang & B. Weiss (Eds.), *Research findings from the Viet Nam Children's Mental Health Research Training Program* (pp. 111–196). Hanoi, Viet Nam: Educational Publishing House. [Anh, H., Minh, H., và Phuong, D. (2006). Các vấn đề xã hội và hành vi của học sinh trung học phổ thông ở TPHCM. Trong L. B. Dang và B. Weiss (chủ biên). *Kết quả nghiên cứu của Chương trình đào tạo nghiên cứu sức khỏe tâm thần của trẻ em ở Việt Nam* (tr. 111-196). Hà Nội. Việt Nam].
- Bazley, P. (2004) *Issues in Mixing Qualitative and Quantitative Approaches to Research*. Published in: R. Buber, J. Gadner, & L. Richards (eds). *Applying qualitative methods to marketing management research*. UK: Palgrave Macmillan, pp141-156
- Bloom, D.E., Caferio, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z. and Weinstein, C. (2011) *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Blum, Robert, May Sudhinaraset, and Mark R. Emerson. (2012). "Youth at Risk: Suicidal Thoughts and Attempts in Viet Nam, China, and Taiwan." *Journal of Adolescent Health* 50 (3 SUPPL.). Elsevier Inc.: S37–44. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.006. Bronfenbrenner, 1979
- Bragin, M. (2014). *Clinical social work with survivors of disaster and terrorism: A social ecological approach*. In Brandell, J. R. (Ed.). *Essentials of clinical social work* (366-401). SAGE Publications.
- Chan B and Parker G. (2004). "Some recommendations to assess depression in Chinese people in Australia". *Aust N Z J Psychiatry*, 38(3):141–147.
- Đặng Bích Thủy, 2010. Báo cáo tóm tắt đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ "Mối quan hệ cha mẹ - con cái vị thành niên ở Việt Nam: thực trạng và các vấn đề quan tâm". Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới. Hà Nội.
- Dang, Hoang-Minh, Bahr Weiss, and Lam T. Trung. (2015). "Functional Impairment and Mental Health Functioning among Vietnamese Children." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 51 (1). Springer Berlin Heidelberg: 39–47. doi:10.1007/s00127-015-1114-2.
- Diep, Pham Bich, Ronald A. Knibbe, Kim Bao Giang, and Nanne De Vries. (2013). "Alcohol-Related Harm among University Students in Hanoi, Viet Nam." *Global Health Action* 6: 1–10. doi:10.3402/gha.v6i0.18857.
- Do, Mai, Nhu Ngoc K Pham, Stacy Wallick, and Bonnie Kaul Nastasi. (2014). "Perceptions of Mental Illness and Related Stigma Among Vietnamese Populations: Findings from a Mixed Method Study." *Journal of Immigrant and Minority Health* 16 (6): 1294–98. doi:10.1007/s10903-014-0018-7.
- Dzator J (2013) Hard Times and Common Mental Health Disorders in Developing Countries: Insights from Urban Ghana. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 40(1), 71–87.
- Erikson, E. (1968). *Youth: Identity and crisis*. New York, NY: WW.
- Tổng cục Thống kê (2011), *Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ 2011*. Báo cáo tổng kết, Hà Nội, Việt Nam].

Giang TL (2010) Social Protection in Viet Nam: Current State and Challenges. In: Asher M, Oum S, Parulian F (eds) Social Protection in East Asia—Current State and Challenges. pp. 292–315. Economic Research Institute for ASEAN and East Asia, Jakarta.

Giang, K. B. (2006). Assessing health problems: Self reported illness, mental distress and alcohol problems in a rural district in Viet Nam. Dissertations from Karolinska Institutet.

Tổng cục Thống kê (2010). Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam, vòng 2. Hà Nội.

Huong, T.N. (2009) "Child Maltreatment in Viet Nam: Prevalence and associated mental and physical health problems". Unpublished thesis, Queensland University of Technology.

Huy, N V, M P Dunne, and J Debattista. (2015). "Factors Associated with Depression Among Male Casual Laborers in Urban Viet Nam." *Community Mental Health Journal* 51 (5): 575–84. doi:10.1007/s10597-015-9835-y.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

International Organization for Migration (n.d.) Welcome to IOM Viet Nam, <http://www.iom.int.vn/joomla/index.php>.

Jones et al., (2014) "Falling between the cracks: How poverty and migration are resulting in inadequate care for children living in Viet Nam's Mekong Delta". Final report, Overseas Development Institute, London UK.

Jordan, Lucy P, Elspeth Graham, and Nguyen Duc Vinh. (2013). "Alcohol Use among Very Early Adolescents in Viet Nam: What Difference Does Parental Migration Make?" *Asian and Pacific Migration Journal* 22 (3): 401–19.

Kaljee LM, Genberg BL, Minh TT, Tho LH, Thoa LTK, Stanton B. (2005) "Alcohol use and HIV risk behaviors among rural adolescents in Khanh Hoa Province Viet Nam". *Health Educ Res*, 20: 71_89.

Kaljee, L.M. et al. (2011) "Gender, Alcohol Consumption Patterns, and Engagement in Sexually Intimate Behaviors among Adolescents and Young Adults in Nha Trang, Viet Nam," *Youth & Society*, 43(1):118- 141.

Kidd, S., Abu-el-Haj, T., Khondker, B., Watson, C., Ramikisson, S. (2016) 'Social Assistance in Viet Nam: A Review And Proposals For Reform. MOLISA & UNDP.

Kieling, C., & Rohde, L. A. (2012). Going global: Epidemiology of child and adolescent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1236–1237. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.011

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N. and Rahman, A. (2011) 'Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action', *Lancet* 378 (9801): 1515-1525.

Ko, I., and Xing, J. (2009). 'Extra Classes and Subjective Well-being: Empirical Evidence from Vietnamese Children', Working paper no. 49. Accessed from: <http://www.younglives.org.uk/sites/www.younglives.org.uk/files/YL-WP49-Ko-ClassesAndWellbeing.pdf>

Lê T.N.D, 2009. Thực trạng sức khỏe tâm thần của trẻ em ở TPHCM – nghiên cứu trường hợp các vị thành niên ở các trường THPT: báo cáo tóm tắt nghiên cứu.

Le, Minh Thi Hong, Huong Thanh Nguyen, Thach Duc Tran, and Jane R W Fisher. (2012). "Experience of Low Mood and Suicidal Behaviors among Adolescents in Viet Nam: Findings from Two National Population- Based Surveys." *Journal of Adolescent Health* 51 (4): 339–48. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.027.

Levinson, D., Lakoma, M.D., Petukhova, M., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A.M., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Karam, A.N., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Browne, M.O., Okoliyski, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Viana, M.C., Williams, D.R. and Kessler, R.C. (2010) 'Associations of serious mental illness with earnings: results from the WHO World Mental Health surveys', *British Journal of Psychiatry* 197: 114-121.

Marcus, R. with Harper, C. 2014. Gender Justice and Social norms – processes of changes for adolescent girls. Towards a conceptual framework. ODI publication.

McKelvey RS, Davies LC, Sang DL, Pickering KR, Tu HC (1999) Problems and competencies reported by parents of Vietnamese children in Hanoi. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry* 38:731–737

Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (2010a). Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam – Vòng 2. (SAVY 2) Hà Nội, Việt Nam.

Bộ Kế hoạch và Đầu tư (Tổng cục Thống kê), 2015. Tổng điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ ở Việt Nam, thời điểm 1/4/2014: các kết quả chính. Hà Nội.

Bộ Y tế, Đại học Y Hà Nội, Tổng cục Thống kê, Trung tâm Phòng ngừa Dịch bệnh và Tổ chức Y tế Thế giới (2010b). Khảo sát toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS), Việt Nam.

Bộ Y tế (2005). Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam. Bộ Y tế Việt Nam. Hà Nội.

Bộ Y tế, 2006. Báo cáo Y tế 2006: Bình đẳng, hiệu quả và phát triển trong tình hình mới. Hà Nội.

Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế, 2015. Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế. Tăng cường phòng chống các bệnh không lây nhiễm. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.

Bộ LĐTBXH, 2014. Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện đề án hỗ trợ xã hội và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần và rối nhiễu tâm trí giai đoạn 2011-2015 và định hướng giai đoạn 2016-2020.

Bộ LĐTBXH, 2015. Báo cáo tổng kết quy hoạch mạng lưới hỗ trợ xã hội 2016-2025. Hà Nội.

Nguyen H.M., 2006. Family – Support Source for Youth and Adolescents. *Journal of Sociology*, No 3/2006.

Nguyen, D. T., Dedding, C., Pham, T. T., & Bunders, J. (2013). Perspectives of pupils, parents, and teachers on mental health problems among Vietnamese secondary school pupils. *BMC Public Health*, 13(1), 1046. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1046>

Nguyen, D. T., Dedding, C., Pham, T. T., Wright, P., & Bunders, J. (2013). Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13(1), 1195. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1195>

Nguyen, Huong Thanh, Michael P Dunne, and Anh Vu Le. (2009). "Multiple Types of Child Maltreatment and Adolescent Mental Health in Viet Nam." *Bull World Health Organization* 88 (October 2008): 22–30. doi:10.2471/BLT.08.060061.

Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. and McGorry, P. (2007) 'Mental health of young people: a global public- health challenge', *Lancet* 369(9569): 1302-1313.

Pham, Diep B. et al. 2010 "Alcohol Consumption and Alcohol-related Problems among Vietnamese Medical Students," *Drug and Alcohol Review*, 29(2):219-226.

Pham, H. N., Protsiv, M., Larsson, M., Ho, H. T., de Vries, D. H., & Thorson, A. (2012). Stigma, an important source of dissatisfaction of health workers in HIV response in Viet Nam: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 474. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-474>

Phan, T., & Silove, D. (1999). An overview of indigenous descriptions of mental phenomena and the range of traditional healing practices amongst the Vietnamese. *Transcultural psychiatry*, 36(1), 79–94.

Phuong, T B, N T Huong, T Q Tien, H K Chi, and M P Dunne. (2013). "Factors Associated with Health Risk Behavior among School Children in Urban Viet Nam." *Global Health Action* 6: 78–86. doi:10.3402/gha.v6i0.18876.

- Samman, E. and Rodriguez-Takeuchi, L.K. (2013) Old age, disability and mental health: data issues for a post- 2015 framework, ODI Background Note. London: Overseas Development Institute.
- Samuels, F. Gupta, T. and T. Dang Bich. (2018) Mental health of children and young people in Viet Nam. Draft Literature review. ODI.
- Stern, L. M. (1998). The Vietnamese Communist Party's agenda for reform: A study of the eighth national party congress. Jefferson, NC: McFarlane.
- Stratton et al. (2014) "Caretaker mental health and family environment factors are associated with adolescent psychiatric problems in a Vietnamese sample". *Psychiatry Res.* 2014 December 15; 220(0): 453–460. doi:10.1016/j.psychres.2014.08.033.
- Thanh, H T T, G X Jiang, T N Van, D P T Minh, H Rosling, and D Wasserman. (2005). "Attempted Suicide in Hanoi, Viet Nam." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (1): 64–71. doi:10.1007/ s00127- 005-0849-6.
- Thanh, H. T. T., Tran, T. N., Jiang, G. X., Leenaars, A., & Wasserman, D. (2006). Life time suicidal thoughts in an urban community in Hanoi, Viet Nam. *BMC public health*, 6(1), 1.
- Tho LH, Singhasivanon P, Kaewkungwal J, Kaljee LM, Charoenkul C. Sexual behaviors of alcohol drinkers and non-drinkers among adolescents and young adults in NhaTrang, Viet Nam. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007; 38:152_60.
- Trang, Minh, and Chau Duc. (2014). "Violent Disciplinary Practices towards Children among Caregivers in Viet Nam : A Cross-Sectional Survey" 5 (1).
- UNICEF (1997). Capetown Principles. Accessed from: [http://www.unicef.org/emerg/files/Cape_Town_Principles\(1\).pdf](http://www.unicef.org/emerg/files/Cape_Town_Principles(1).pdf)
- UNICEF & BỘ LĐTBXH (2015) 'Đánh giá hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần của ngành Lao động và Xã hội'. Hà Nội.
- Vuong, D.A., et al., (2011) 'Mental health in Viet Nam: Burden of disease and availability of services'. *Asian Journal of Psychiatry* doi:10.1016/j.ajp.2011.01.005
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G.X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114–120
- Weiss, Bahr, Minh Dang, Trung Lam, Minh Cao Nguyen, Tam Hong Thuy Nguyen, and Amie Pollack. (2014). "A Nationally Representative Epidemiological and Risk Factor Assessment of Child Mental Health in Viet Nam." *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation* 3 (3): 139–53. doi:10.1037/ipp0000016.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J. Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L. and Vos, T. (2013) 'Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010', *Lancet* 382(9904): 1575-1586.
- WHO (2001a) Burden of mental and behavioral disorders. Available via <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/>.
- WHO (2001b) The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005) Maternal mortality in Viet Nam, 2000: an in-depth analysis of causes and determinants (Report No.: ISBN 92 9061 191 X). Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2005.
- WHO (2007) Helping youth overcome mental health problems. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008) The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization

WHO (2010). 'Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group'. Geneva, World Health Organization.

WHO (2011) Mental Health Atlas 2011. Geneva: World Health Organization.

WHO (2011). Alcohol. Fact sheet. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> [cited 3 March 2016].

WHO (2015a) 'Mental Disorders: Fact Sheet'. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> [cited Jan 25, 2016]

WHO (2015b) 'Suicide: Fact Sheet'. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/> [cited Jan 25, 2016]

WHO (2015c) 'Mental Health Action Plan 2013-2020'. Geneva, World Health Organization.

World Bank (2013) Gini Index Viet Nam, Retrieved from <http://www.unicef.org/Viet Nam/protection.html#2>. [cited March 3, 2016]

World Economic Forum and the Harvard School of Public Health (2011) 'The global economic burden of non-communicable diseases'. Geneva, World Economic Forum

Phụ lục 1: Số liệu về tự tử ở tỉnh Điện Biên

Bảng 1: Tỉnh Điện Biên, 2015

Nguồn: Sở Y tế Điện Biên

Tổng số	Các ca toan tự tử	Các ca dẫn đến tử vong (từ tổng số các ca tự tử)	Số nữ trong tổng số các ca	
			Toan tự tử	Dẫn đến tử vong
Tổng số	333	73	159	35
0-4 tuổi	1			
5-14 tuổi	63	3	36	
15-19 tuổi	76	13	41	11
20-60 tuổi	191	57	82	24
Trên 60 tuổi	2			

Bảng 2: Số liệu tự tử bằng lá ngón ở huyện Điện Biên Đông từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2015⁸

Nguồn: Phòng LDTBXH Điện Biên Đông

Tổng số	Các ca toan tự tử	Các ca dẫn đến tử vong	Số nữ trong tổng số các ca	
			Toan tự tử	Dẫn đến tử vong
Tổng số	62	12	43	7
0-9	-	-	-	-
10-14	16	-	15	-
15-19	25	7	17	5
20-24	7	3	4	2
Trên 24	14	2	7	-

Bảng 3: Số liệu tự tử bằng lá ngón ở huyện Điện Biên Đông từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2016

Nguồn: Phòng LDTBXH Điện Biên Đông

Tổng số	Các ca toan tự tử	Các ca dẫn đến tử vong	Số nữ trong tổng số các ca	
			Toan tự tử	Dẫn đến tử vong
Tổng số	53	25	39	15
0-9	3	2	3	2
10-14	10	3	9	2
15-19	12	5	9	4
20-24	11	5	8	3
Trên 24	17	10	12	4

8. Không có số liệu về các ca tự tử trong giai đoạn từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2015

Bảng 4: Các ca tự tử ở xã Keo Lôm, giai đoạn 2007-2015

(Nguồn: Trạm y tế xã)

Tổng số	Tổng		Các ca tự tử theo giới tính
	Nam	Nữ	
Tổng số	40	16	24
0-9	3	-	3
10-14	4	1	3
15-19	14	5	9
20-24	5	3	2
Trên 24	14	7	7

Bảng 5: Các ca tự tử ở xã Keo Lôm chia theo năm⁹

(Nguồn: Trạm y tế xã)

Năm	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Số ca	4	3	3	3	6	5	7	6	3

Lưu ý: Có 35 người Hmông, 3 người Thái và 1 người Khơ Mú trong tổng số 40 trường hợp. 36/40 trường hợp sử dụng lá ngón.

9. “Không có số liệu chia tách về giới và độ tuổi theo các năm”

Phụ lục 2: Bối cảnh tham vấn/tư vấn tâm lý học đường ở Việt Nam

Thuật ngữ

Thuật ngữ “tham vấn tâm lý học đường” và “tư vấn tâm lý học đường” được dùng không thống nhất trong hệ thống các trường học ở Việt Nam. Mặc dù về mặt tính chất thì khác nhau, nhưng cả 2 thuật ngữ này khi được dịch sang tiếng Anh trong các tài liệu/văn bản đều là “School Psychology Counseling” hoặc là “Psychology Counseling at School”. Tại chỉ thị số 9971/BGD&ĐT- HSSV ngày 28/10/2005 của Bộ Giáo dục & Đào tạo về việc triển khai công tác tư vấn cho học sinh, sinh viên, đã nêu rõ: “Công tác tư vấn (có nơi gọi là tham vấn) hướng nghiệp và tư vấn về tâm lý xã hội, gọi chung là *tư vấn học đường*, chủ yếu tập trung vào học sinh khối trung học cơ sở và trung học phổ thông”.

Trong nghiên cứu này, qua thực tế khảo sát tại các trường phổ thông có phòng tham vấn/tư vấn, hai thuật ngữ này được dùng khác nhau ở TPHCM và Hà Nội. Các trường ở TPHCM dùng thuật ngữ “Phòng tư vấn học đường”, các trường ở Hà Nội (trong khuôn khổ sự án PLAN) dùng từ “Phòng tham vấn tâm lý học đường”. Tuy nhiên, mục tiêu và cách thức thực hiện thì khá giống nhau, và sát với nghĩa “tham vấn tâm lý” hơn.

Trong nghiên cứu về tư vấn học đường ở các trường học trên địa bàn TPHCM, Nguyễn Thị Thúy Dung (2014) đã xây dựng một khái niệm làm việc về “tư vấn học đường” như sau: *Tư vấn học đường là một quá trình tương tác giữa chuyên viên tư vấn với học sinh và các đối tượng liên quan trong các cơ sở giáo dục, đang gặp khó khăn về các vấn đề trong cuộc sống học tập và sinh hoạt cần được trợ giúp để giải quyết vấn đề*. Tuy nhiên, bản thân tác giả cũng chia sẻ những điểm khác nhau giữa tham vấn và tư vấn được đề cập ở các công trình nghiên cứu khác. Tác giả đã trích dẫn

quan điểm của Trần Tuấn Lộ (2006) rằng, tư vấn là sự tham khảo và cung cấp ý kiến giữa một bên A - có thể là một cá nhân, một tổ chức cần tìm câu trả lời cho một thắc mắc hoặc tìm giải pháp với bên B - một cá nhân, một tổ chức khác có chuyên môn, kinh nghiệm và giúp họ giải đáp những thắc mắc hay vấn đề của họ. Tác giả Nguyễn Thị Thúy Dung (2014, đã dẫn) cho rằng, “tham vấn” không chỉ dừng lại ở việc giúp đỡ tượng có lối thoát mà còn hướng tới mục tiêu nâng cao khả năng tự nhận thức và tự giải quyết vấn đề.

Theo Trần Thị Minh Đức (2003), tham vấn là một tiến trình tương tác giữa người làm tham vấn - người có nghề chuyên môn và kỹ năng tham vấn, có phẩm chất đạo đức của nghề tham vấn và được pháp luật thừa nhận - với thân chủ - người đang có vấn đề khó khăn về tâm lý cần được giúp đỡ. Thông qua các kỹ năng trao đổi, chia sẻ thân mật, tâm tình, giúp thân chủ hiểu và chấp nhận thực tế của mình, tự tìm lấy tiềm năng bản thân để giải quyết vấn đề của chính mình (Dẫn theo Nguyễn Thị Thúy Dung 2014).

Số lượng các trường THCS và THPT có phòng tư vấn/tham vấn học đường

Hiện nay không có số liệu chính thống về số lượng các trường học có phòng tham vấn/tư vấn tâm lý trên toàn quốc. Tuy nhiên, trong khuôn khổ nghiên cứu này, theo thông tin thu được từ trao đổi với các chuyên gia tâm lý và các giáo viên đang làm công tác tư vấn tại các trường có phòng tư vấn/tham vấn tâm lý thì mô hình này chủ yếu phổ biến ở TPHCM. Hầu hết các trường THCS và THPT trên địa bàn TPHCM đều có “Phòng tư vấn học đường”. Mô hình chưa phổ biến ở Hà Nội. Ở địa bàn An Giang thì có 4 trường có phòng tư vấn tâm lý nhưng đang ở dạng thí điểm. Ở Điện Biên không ghi

nhận được thông tin về sự tồn tại của mô hình tư vấn học đường. Ở Hà Nội có một số trường áp dụng mô hình tham vấn tâm lý và được các chuyên gia tâm lý trực tiếp làm việc tuy nhiên hầu hết là trường dân lập, hoặc trường quốc tế¹⁰. Gần đây, tổ chức PLAN International tại Việt Nam đã tài trợ và hỗ trợ triển khai thí điểm mô hình “Trường học An toàn, Thân thiện và Bình đẳng” tại 20 trường THCS và THPT trên địa bàn thành phố Hà Nội. Trong khuôn khổ dự án này, mỗi trường đều triển khai thành lập “Phòng tham vấn học đường” để trợ giúp các em học sinh ứng phó với các vấn đề khó khăn liên quan đến bạo lực học đường, tâm lý xã hội và những khó khăn trong học tập (dự án sẽ kết thúc vào 30/11/2016).

TPHCM được cho là nơi áp dụng một cách phổ biến mô hình Phòng tư vấn học đường. Theo số liệu thống kê của Sở GD - ĐT TPHCM (Sở GD-ĐT TPHCM, 2013). Dẫn theo Nguyễn Thị Thúy Dung, 2014) công tác tư vấn học đường được thực hiện hầu khắp các trường phổ thông trên địa bàn của thành phố: 89% trường THCS công lập và 86% trường THPT công lập; 57% trường THCS ngoài công lập và 22% THPT ngoài công lập.

Đội ngũ cán bộ phụ trách phòng tư vấn/tham vấn học đường

Những cán bộ/giáo viên phụ trách phòng tư vấn/tham vấn hiện nay chủ yếu là giáo viên kiêm nhiệm, phổ biến nhất là giáo viên dạy môn Giáo dục công dân, Phụ trách Đoàn/Đội, và hầu hết không được đào tạo bài bản, chuyên sâu, chủ yếu là chỉ được tham gia các khóa đào tạo ngắn hạn. Đặc điểm phổ biến này của mô hình phòng tư vấn/tham vấn học đường đã được nhiều chuyên gia tâm lý đề cập như là những thách thức và hạn

10. Các nguồn số liệu khác nhau cho thấy những con số khác nhau (từ 5-10 trường)

chế của thực trạng tư vấn/tham vấn học đường hiện nay ở Việt Nam (xem Cao Xuân Lộc, 2014; Ngô Thị Thu Dung & Nguyễn Thị Vân Anh, 2014; Nguyễn Thị Trâm Anh, 2014).

Ví dụ, tại TPHCM, cũng theo số liệu của Sở GD-ĐT (đã dẫn, 2013), trong số 480 chuyên viên tư vấn học đường (305 ở trường THCS và 175 ở trường THPT), chỉ có 21% là chuyên trách và 79% là kiêm nhiệm¹¹. Số chuyên viên có bằng cấp phù hợp (Tâm lý học, Giáo dục học, Xã hội học) chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ (18%) (Dẫn theo Nguyễn Thị Thúy Dung, 2014).

Một nghiên cứu thực hiện vào năm 2013 đối với 16 trường học (10 trường THCS và 6 trường THPT) trên địa bàn 13 quận, huyện của TPHCM cho thấy, trong tổng số 26 chuyên viên tư vấn học đường của mẫu khảo sát hầu hết là kiêm nhiệm. Những người được giao kiêm nhiệm đa số là giáo viên đang giảng dạy (54%), còn lại là giám thị (19%), Tổng phụ trách Đội (15%), Ban giám hiệu (8%), thậm chí cả nhân viên y tế trường học (4%). Những người này có bằng cấp thuộc các chuyên ngành khoa học xã hội như: Giáo dục Chính trị, Sư phạm Kỹ thuật, Văn, Sử, Địa, Kinh tế, thậm chí Mĩ thuật và Thể dục Thể thao. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, những cán bộ kiêm nhiệm này cũng gặp các khó khăn trong quá trình tư vấn cho học sinh như *thiếu kiến thức hỗ trợ công tác tư vấn, thiếu kĩ năng tư vấn* (chiếm thứ hạng cao nhất), các khó khăn như chế độ đãi ngộ, lương bổng ít, không có phòng tư vấn riêng, không đủ thời gian vì nhu cầu tư vấn quá nhiều được ghi nhận nhưng chiếm thứ hạng thấp hơn (Nguyễn Thị Thúy Dung, 2014).

Một lý do quan trọng (xét về mặt chuyên môn) dẫn đến tình trạng đội ngũ cán bộ/giáo viên là người tư vấn/tham vấn trong các trường

học của Việt Nam hiện nay được tác giả Cao Xuân Lộc (2014) đưa ra là cho đến thời điểm hiện tại (2014) Bộ GD&ĐT chưa ban hành quy định cho phép đào tạo chương trình cử nhân ngành Tâm lý học đường nên những người làm công tác tâm lý học đường hầu như chưa được đào tạo bài bản, chính quy và chuyên nghiệp.

Mặc dù hiện nay chưa có chương trình đào tạo cử nhân ngành tâm lý học đường, nhưng trong một số trường đại học đã dạy bộ môn hoặc học phần, chương trình liên quan đến tâm lý học đường. Tại khoa Tâm lý giáo dục trường Đại học Sư phạm Hà Nội¹² chương trình tâm lý học đường đã được đưa vào đào tạo và trở thành chuyên ngành chính từ năm 2008 (Trần Thị Lệ Thu, 2011. Dẫn theo Cao Xuân Liễu, 2014). Ngành tâm lý học tại Khoa Tâm lý học Trường ĐH Khoa học Xã hội và Nhân văn có những học phần liên quan đến tâm lý học đường (chiếm tỷ lệ 12.5% chương trình học). Từ năm 2000 tổ bộ môn tâm lý học lâm sàng được thành lập, và đến năm 2008 thì tổ bộ môn tâm lý học tham vấn cũng được thành lập (Cao Xuân Liễu, 2014).

Bình luận về hiệu quả của mô hình

Dựa trên các kết quả nghiên cứu hiện có về những khó khăn về tâm lý xã hội của học sinh, Nguyễn Thị Trâm Anh (2014) đúc kết rằng hầu hết học sinh, sinh viên có những khó khăn tâm lý và có nhu cầu cao về tư vấn, tham vấn tâm lý, tuy nhiên một thực tế cho thấy, do tính chất hoạt động của phòng tư vấn tâm lý hiện nay nên dẫn đến quan niệm sai lệch rằng phòng tư vấn/tham vấn tâm lý là nơi “chữa” cho những ai có vấn đề, học sinh ngại đến vì sợ ánh mắt nhòm ngó của các bạn. Nhiều học sinh còn lại thì hầu như không biết đến nhà tâm lý và sự tồn tại của hoạt động hỗ trợ tâm lý trong trường học

là như thế nào. Đội ngũ cán bộ hỗ trợ tâm lý tại các trường học còn chưa đảm bảo về chất lượng. Hiện nay, các cán bộ đảm nhận vai trò là nhà tâm lý trong trường học thường là kiêm nhiệm, chỉ xuất hiện tại phòng tư vấn khi có học sinh được đưa đến. Thiếu kế hoạch và chương trình hoạt động cụ thể nhằm hướng tới sự phát triển toàn diện cho học sinh và các mối quan hệ trong nhà trường¹³.

Một số nghiên cứu cũng đã nhấn mạnh đến tính thiếu chuyên nghiệp của phòng tâm lý học đường và những khó khăn về chuyên môn đào tạo cũng như điều kiện làm việc của các tham vấn (Nguyễn Thị Mỹ Lộc, 2014; Nguyễn Thị Thúy Dung, 2014). Đinh Thị Hồng Vân và Nguyễn Cát Tường (2014) cho rằng, các trung tâm tham vấn trong các trường học vẫn chưa có những biện pháp, kế hoạch chủ động trợ giúp những học sinh có nguy cơ gặp nhiều khó khăn và rối nhiễu tâm lý một cách hiệu quả.

Nhu cầu tham vấn của học sinh phổ thông

Thời gian gần đây, các nhà tâm lý học đã quan tâm nhiều đến nhu cầu tham vấn tâm lý của học sinh xuất phát từ đặc điểm tâm sinh lý của lứa tuổi vị thành niên có nhiều biến đổi về tâm sinh lý cũng như những tác động từ cuộc sống xã hội bên ngoài. Một số tác giả đã công bố các công trình nghiên cứu và cung cấp những bằng chứng cho thấy nhu cầu được tham vấn tâm lý của học sinh là rất lớn trong khi thực tế nhu cầu này của các em chưa được đáp ứng.

Nghiên cứu ở thành phố Đà Nẵng với 349 học sinh THPT và 9 giáo viên làm công tác tham vấn tâm lý ở Đà Nẵng (năm 2004) cho thấy một tỷ lệ rất lớn học sinh trong mẫu nghiên cứu muốn được tham vấn về những vấn đề khó khăn, vướng mắc trong vấn đề học tập, trong các mối quan hệ xã

11. Thông tin này nhất quán với sự quan sát của nghiên cứu viên và sự chia sẻ thông tin của các giáo viên được phỏng vấn tại các trường trong mẫu khảo sát tại tp Hanoi và tp HCM

12. Tham khảo thêm KII Giảng viên Khoa Công tác Xã Hội, Trường ĐH Sư Phạm Quốc gia Hà Nội

13. Điều này khá phù hợp với những thông tin định tính ghi nhận được từ phỏng vấn giáo viên và học sinh tại Hà Nội và TPHCM

hội và về bản thân là khá cao. Mức độ rất cần thiết được tham vấn trong các lĩnh vực như sau: học tập là 71.1%, quan hệ bạn bè là 64.8%, quan hệ với thầy cô là 60.2%, quan hệ với cha mẹ: 52.7%, và khó khăn liên quan đến bản thân là 51.3%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, hiện nay các em học sinh chủ yếu tìm kiếm sự tham vấn và lời khuyên từ bạn bè, các em rất khó tâm sự với thầy cô và cha mẹ. Các tác giả cho rằng hiện đang tồn tại một nghịch lý giữa một bên là nhu cầu cao về tham vấn tâm lý của học sinh và sự đáp ứng nhu cầu thấp từ phía nhà trường và các thiết chế giáo dục, và rằng điều này tiềm ẩn nguy cơ đối với sức khỏe tâm thần của học sinh (Xem Lê Quang Sơn & Hồ Thanh Thủy, 2014).

Một nghiên cứu khác vào năm 2012 đối với 622 học sinh tại 3 trường THPT ở tp Huế cũng cho thấy những kết quả những kết quả khá cao về nhu cầu được tham vấn tâm lý của học sinh THPT trong mẫu khảo sát 57,8 % học sinh mong muốn được các chuyên gia tâm lý giúp đỡ trong việc giải quyết các khó khăn của bản thân. Các lĩnh vực cần tham vấn của học sinh rất đa dạng. Lĩnh vực cần được tham vấn nhiều nhất là hướng nghiệp và học tập, tiếp đến là quan hệ, ứng xử với giáo viên; với bạn bè; với bố mẹ và người thân; tình yêu và quan hệ, ứng xử với bạn khác giới (Đinh Thị Hồng Vân & Nguyễn Phước Cát Tường, 2014).

Một nghiên cứu về nhu cầu và mô hình đào tạo theo năng lực trong lĩnh vực giáo dục thực hiện vào năm 2011-2013 với mẫu khảo sát là 466 giáo viên, cán bộ quản lý, cán bộ đoàn đội, chuyên viên công tác học sinh, sinh viên của 466 cơ sở giáo dục- đào tạo thuộc 63 tỉnh thành đã cung cấp những thông tin hữu ích về những khó khăn liên quan đến tâm lý xã hội của học sinh, sinh viên. Mặc dù đề tài này không khảo sát đối tượng học sinh, sinh viên nhưng việc lấy ý kiến của đội ngũ cán bộ làm công tác quản lý và giảng dạy trong lĩnh vực giáo dục về khó khăn

của học sinh, sinh viên là rất quan trọng để từ đó có thể thu hút được mối quan tâm của các nhà quản lý trong lĩnh vực giáo dục về nhu cầu cần thiết phải đào tạo có một đội ngũ cán bộ/chuyên gia tham vấn cho học sinh, sinh viên để giúp các em kiểm soát và vượt qua các khó khăn về tâm xã hội và phòng ngừa được những rủi ro đối với sức khỏe tâm thần. Theo kết quả nghiên cứu, có tới 75,75% người được hỏi ý kiến cho rằng cần có tham vấn tâm lý cho học sinh, sinh viên. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, hiện nay việc hỗ trợ học sinh, sinh viên trong việc kiểm soát các khó khăn rất hạn chế trong các cơ sở giáo dục- đào tạo (Xem Ngô Thị Thu Dung, 2014).

Tài liệu trích dẫn

Nguyễn Thị Thúy Dung. 2014. *Thực trạng công tác tư vấn học đường tại các trường THCS và THPT ở thành phố Hồ Chí Minh hiện nay*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 67-78. Hà Nội 14-15/8/2014.

Nguyễn Thị Trâm Anh. 2014. *Bàn về chương trình hỗ trợ tâm lý học đường trong bối cảnh giáo dục Việt Nam hiện nay*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 35-44. Hà Nội 14-15/8/2014.

Cao Xuân Liễu. 2014. *Đề xuất xây dựng khung chương trình đào tạo ngành tâm lý học đường trình độ đại học hệ chính quy theo hình thức học chế tín chỉ tại Việt Nam*. Page 243-255. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 243-255. Hà Nội 14-15/8/2014.

Ngô Thị Thu Dung & Nguyễn Thị Vân Anh. 2014. *Mô hình tổ chức mạng lưới tư vấn học đường, hỗ trợ học sinh, sinh viên trong các cơ sở đào tạo*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 59-66. Hà Nội 14-15/8/2014.

Đinh Thị Hồng Vân & Nguyễn Phước Cát Tường. 2014. *Mối quan hệ giữa nhu cầu tham vấn tâm lý của học sinh*

trung học phổ thông và một số yếu tố tâm lý xã hội. Page 337-346.

Ngô Thị Thu Dung. 2014. *Dự báo nhu cầu nhân lực tư vấn học đường trong các cơ sở giáo dục- đào tạo giai đoạn 2011- 2020*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 213-224. Hà Nội 14-15/8/2014.

Lê Quang Sơn & Hồ Thanh Thủy. 2014. *Đặc điểm nhu cầu tham vấn của học sinh trung học phổ thông (Nghiên cứu trên học sinh thành phố Đà Nẵng)*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 453-460. Hà Nội 14-15/8/2014.

Nguyễn Thị Mỹ Lộc. 2014. *Tiêu chuẩn năng lực đối với cán bộ tâm lý học đường/tư vấn học đường trên thế giới và một số đề xuất xây dựng chương trình đào tạo cán bộ tâm lý/tư vấn học đường ở Việt Nam*. Kỷ yếu Hội thảo Tâm lý học đường lần thứ IV. Page 15-32. Hà Nội 14-15/8/2014.

Phụ lục 3: Kết quả phân tích số liệu theo thang đo điểm mạnh và khó khăn (SDQ) và thang đo sự tự tin và khả năng ứng phó

Giới thiệu về thang đo

Để xác định được các vấn đề về sức khỏe tâm thần nhóm nghiên cứu sử dụng Bảng hỏi điểm mạnh và điểm yếu (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ). Đây là công cụ đánh giá sàng lọc cho những dạng tâm bệnh phổ biến ở trẻ em và vị thành niên (3 – 16 tuổi) (Goodman, Ford, Simmons & Gatward, 2000, trích theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013). SDQ là một công cụ được sử dụng phổ biến nhằm phát hiện các vấn đề tâm thần ở cộng đồng. SDQ được thiết kế để sử dụng như một công cụ sàng lọc trong đánh giá lâm sàng, đánh giá kết quả các can thiệp và như một công cụ nghiên cứu. SDQ là một trong những bộ công cụ tin cậy và có hiệu lực, được xây dựng trên các bằng chứng thực nghiệm, sử dụng để thu nhập thông tin từ nhiều nguồn như trẻ em, cha mẹ và thầy cô giáo. SDQ có ba phiên bản dành cho trẻ tự thuật, cha mẹ báo cáo và giáo viên báo cáo. Nghiên cứu này chỉ sử dụng bộ câu hỏi dành cho trẻ em tự thuật. Bộ công cụ này đã được chứng minh là có các thuộc tính tâm trắc tốt, được sử dụng để sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần trẻ em ở nhiều nước phương Tây cũng như các nước châu Á như Bangladesh, Iran, Malaysia... (Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013). Bảng hỏi SDQ đã được dịch sang tiếng Việt (Trần Tuấn (2006); Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013), Vũ Công Nguyên và cộng sự¹⁴...) và được áp dụng khá rộng rãi trong nghiên cứu sức khỏe tâm thần của trẻ em Việt Nam, như nghiên cứu của Bệnh viện tâm thần Mai Hương (2005), nghiên cứu của Hoàng Cẩm Tú và Đặng Hoàng Minh (2010) học sinh 2 trường

trung học phổ thông ở Hà Nội và Hà Tây cũ, nghiên cứu của Amstadter, Richardsson và cộng sự (2011) ở nhóm trẻ em ở hai tỉnh miền Trung Việt Nam, nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự năm 2013.

Bảng hỏi SDQ mà nhóm tác giả báo cáo này thực hiện đối với học sinh thuộc mẫu nghiên cứu của dự án là do nhóm tác giả tự dịch, sau đó đã tham khảo các bản dịch của dự án Younglives, bản dịch của tổ chức CSAGA và một số bản dịch của các nghiên cứu khác từ công trình nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013; Vũ Công Nguyên và cộng sự (tłđđ). Do vậy, về mặt nội dung thì hầu như vẫn giống với các bản dịch trước đó, nhưng câu chữ có sự điều chỉnh cho thoát nghĩa và phù hợp với bối cảnh của Việt Nam hơn.

So với các bộ công cụ nghiên cứu khác về sức khỏe tâm thần thì SDQ có ưu thế hơn ở tính ngắn gọn do chỉ có 25 câu (tập trung vào đánh giá hành vi và cảm xúc) so với các bộ công cụ khác có tới 118 câu như Bản kiểm hành vi trẻ em dành cho cha mẹ (Child Behavior Checklist -CBCL), Bản tự đánh giá của thiếu niên (Youth Self-Report-YSR); tuy nhiên SDQ cũng có điểm hạn chế là không đánh giá được các vấn đề tâm bệnh nghiêm trọng (như ám ảnh, ảo tưởng), không phân biệt bệnh cơ thể với các triệu chứng cảm xúc... (Đặng Hoàng Minh & cộng sự, 2013).

Bảng hỏi SDQ dành cho nhóm trẻ em từ 12-16 tuổi gồm có 25 câu/ nhận định (items), trong đó có 10 câu về điểm mạnh, 14 câu về điểm yếu, 1 câu trung lập. Mỗi câu/nhận định có mức độ trả lời tương ứng là: 0 – Không đúng; 1 – Đúng một phần; 2 – Chắc chắn đúng. Bảng hỏi chia thành 5 thang, mỗi thang gồm 5 câu: 1) vấn đề về cảm xúc/ tình cảm

(Emotional Problems); 2) vấn đề về hành vi (Conduct problems); 3) vấn đề tăng động giảm chú ý (gọi tắt là vấn đề tăng động – Hyperactivity); 4) vấn đề bạn bè (Peer Problems); và 5) vấn đề xã hội tích cực (Prosocial Problem). Riêng thang xã hội tích cực (Prosocial Problem) được tính theo chiều hướng dương tính (thang thứ 5), thì bốn thang còn lại (vấn đề về cảm xúc/ tình cảm; vấn đề về hành vi; vấn đề tăng động giảm chú ý; vấn đề bạn bè) được xếp theo chiều khó khăn (chiều âm tính) và bốn thang này được cộng chung thành *điểm tổng các khó khăn*.

Một số điểm hạn chế của SDQ bao gồm: các vấn đề xung quanh độ chính xác, nét đặc trưng, tính nhạy cảm hay khi được sử dụng như một công cụ chẩn đoán cụ thể. Tương tự, nền tảng văn hóa có thể có vai trò khiến điểm số bị tiết lộ và không phù hợp với người từ 18 tuổi trở lên.

Dựa theo cách tính thang điểm về triệu chứng và xác định trường hợp có vấn đề (Caseness) từ thang điểm về triệu chứng (Interpreting Symptom Scores and Defining “Caseness” from Symptom Score)¹⁵, cách tính điểm giới hạn (cut-off) cho tổng điểm các khó khăn (0-40) trong nghiên cứu này là 15, với điểm trung bình từ 0-15 được coi là mức bình thường (Normal); mức ranh giới (Borderline) tương đương với mức điểm từ 16-19; và khoảng bất thường (Abnormal) được tính ở mức từ 20 - 40 theo thang SDQ.

Một số nghiên cứu cũng sử dụng cách xác định điểm giới hạn tương tự. Ví dụ, Shojaei T và cộng sự (2009) sử dụng SDQ để nghiên cứu xác nhận ở trẻ em tuổi đi học ở Pháp và

14. <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Vietnamese>

15. <http://www.copmi.net.au/images/pdf/Research/sdq-english-uk-self-scoring.pdf>

so sánh giữa các nền văn hóa. Các tác giả xem xét các thuộc tính tâm lý của phiên bản tiếng Pháp trong bảng hỏi SDQ, so sánh các ước tính của các vấn đề sức khỏe tâm thần trẻ em và điểm SDQ ở Pháp, Mỹ và Anh. Điểm giới hạn của Pháp cho khung điểm tương tự như của Anh và Mỹ, với một vài trường hợp ngoại lệ (các vấn đề về quan hệ bạn bè và hành vi xã hội tích cực)¹⁶.

Ở Việt Nam, một số nghiên cứu sử dụng cách tính thang điểm về triệu chứng dành cho trường hợp trẻ tự báo cáo, tuy nhiên việc xác định điểm giới hạn cũng có khác nhau tùy theo đối tượng nghiên cứu. Ví dụ như nghiên cứu Dang Hoang Minh et al. năm 2013 được tiến hành trên mẫu gồm cả cha mẹ và trẻ em, điểm giới hạn ở mức bất thường/có vấn đề giống nhau cho cả hai nhóm cha mẹ và trẻ em, với điểm trung bình >16 (17-40) (Dang Hoang Minh et al, 2013).

Trong khi đó, nghiên cứu của Yasong Du, Jianhua Kou, David Coghill (2008) về "Hiệu lực, độ tin cậy và điểm chuẩn của các phiên bản cho phụ huynh, giáo viên và tự trả lời của bảng hỏi SDQ ở Trung Quốc" lại xác định điểm giới hạn (cut-off) ở mức bất thường/có vấn đề "Abnormal" khác nhau giữa 2 nhóm: cha mẹ và nhóm giáo viên và triển, điểm giới hạn (cut-off) ở mức bất thường/có vấn đề nhóm cha mẹ ở mức điểm trung bình >16 (từ 17-40), trong khi nhóm giáo viên và trẻ em lại có điểm giới hạn giống nhau, đều ở mức điểm trung bình >17 (từ 18-40).

Thang đo Sự tự chủ (Self-Efficacy)

Khác với bảng hỏi SDQ, trong quá trình hoàn thiện bộ cung cụ trước khi tiến hành khảo sát, nhóm tác giả không tiếp cận được với bất kỳ phiên bản dịch sang tiếng Việt nào của thang đo này để tham khảo và so sánh. Tự nhận biết sự tự chủ của mỗi cá nhân được coi là một yếu tố để kháng tích cực. Nó là một cấu trúc mang tính điều khiển/vận hành; có liên quan đến hậu quả của hành vi tiếp theo, do đó, có liên quan đến các vấn đề thực hành lâm sàng và thay đổi hành vi. Sự tự chủ dùng để chỉ niềm tin của một cá nhân về năng lực thực hiện thành công các nhiệm vụ khác nhau; phản ánh khả năng phục hồi và ứng phó của cá nhân đó. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng sự tự chủ là một thông số kết quả trung chuyển bởi những thay đổi trong niềm tin về sự tự chủ có mối liên hệ chặt chẽ với những thay đổi trong hành vi/năng lực thực tế (Neil, 2011) do kết quả của những kinh nghiệm sống hoặc các can thiệp lập trình. Các thang đo sẽ được sử dụng để đo lường khả năng phục hồi và sự tự chủ như là những thông số ứng phó.

Một số tham khảo mà nhóm nghiên cứu có thể tận dụng trong so sánh với các nghiên cứu theo thang đo này ở Việt Nam đó là tên gọi của thang đo trong một số nguồn tài liệu tham khảo ít ỏi, trong khi đó cách chuyển ngữ từ các nguồn tài liệu cũng cung cấp những tên gọi khác nhau, trong khi tiếng Anh thì có cùng một từ tương đương là "Self-Efficacy". Trong quá trình hoàn thiện bản dịch sang tiếng Việt của thang đo này, nhóm nghiên cứu đã tranh thủ các ý kiến của một số chuyên gia để bản dịch đạt chất lượng cao nhất về độ chính xác của bản gốc tiếng Anh.

Để đo lường và xác định được mức độ tự chủ của trẻ, nghiên cứu này sử dụng công cụ thang đo lường về sự tự chủ (Self-Efficacy). Có một cách gọi khác từ các nguồn tài liệu tiếng

Anh là Generalized Self-Efficacy scale - GSE. GSE sử dụng để đo lường sự tự chủ/tự tin trong việc thiết lập mục tiêu, các nỗ lực và kiên trì theo đuổi (Schwarzer và Jerusalem, 1995). Các câu hỏi trong thang đo này cho phép phân loại, đánh giá sự thích ứng, sự lạc quan và khả năng giải quyết các vấn đề thường ngày hoặc khả năng đối phó/đối mặt với các vấn đề khó khăn, nghịch cảnh trong cuộc sống của mỗi cá nhân. Thang đo này gồm có 10 câu nhận định, mỗi nhận định có mức độ trả lời tương ứng: 1-Hoàn toàn không đúng; 2. Không đúng lắm; 3. Khá đúng; 4. Hoàn toàn đúng. Từ phương án trả lời chúng tôi sẽ nhóm thang đo cho mỗi nhận định thành 2 thang đo: 1- Đúng, 0- Sai, sau đó tính điểm trung bình cho mỗi câu nhận định với thang điểm từ 0 đến 10, để đánh giá được mức độ tự tin ở trẻ từ 0 (ít tự tin nhất) đến 10 (thể hiện mức tự tin cao nhất) (Lynne Omes và Lynda B.Ransdell, 2010)¹⁷. Điểm số càng cao thì càng thể hiện mức độ tự tin/tự chủ của trẻ cao; ở mức độ cao nhất cho thấy trẻ tự tin rằng sẽ thực hiện các công việc ở các loại tình huống khác nhau.

Phương pháp phân tích

Để có thể nhận diện các biểu hiện về sức khỏe tâm thần và sự tự tin của trẻ em cũng như xác định một số yếu tố liên quan, nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả tần suất, tính điểm trung bình và tính tổng điểm trung bình của các thang đo, phân tích tương quan các vấn đề về sức khỏe tâm thần và sự tự tin của trẻ em theo các đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ như giới tính, độ tuổi, cấp học, khu vực sống. Hệ số Cronbach's Alpha cũng được sử dụng kiểm định thống kê về mức độ tin cậy và tương quan trong giữa các biến quan sát trong thang đo, sự chặt chẽ và thống nhất trong các câu trả lời nhằm đảm

16. Phiên bản tiếng Pháp của SDQ được chuyển tới cho cha mẹ của mẫu đại diện gồm 1.348 trẻ em Pháp trong độ tuổi 6-11 tuổi. Tỷ lệ trả lời là 57,6%. Các tác giả đã thực hiện ba phương pháp cho điểm và kiểm tra các liên kết với các dữ liệu nhân khẩu học xã hội. Điểm SDQ của Pháp được so sánh với điểm SDQ từ các cuộc khảo sát quốc gia của Mỹ và Anh. Điểm giới hạn của Pháp cho khung điểm tương tự như của Anh và Mỹ, với một vài trường hợp ngoại lệ (các vấn đề về quan hệ bạn bè và hành vi xã hội tích cực).

17. Lynne Omes và Lynda B.Ransdell (2010) A pilot study examining exercise self-efficacy as a mediator for walking behavior in college-age women in Perceptual and Motor Skills 110(3 Pt 2):1098-104 · June 2010

bảo những người được hỏi đều hiểu đúng khái niệm như nhau theo thang đo SDQ. Phân tích tương quan tổng điểm trung bình của SDQ và SE theo các điểm cá nhân của trẻ được tính toán bằng phương pháp phân tích phương sai một yếu tố (oneway anova) dùng để kiểm định giả thuyết trung bình bằng nhau của các nhóm mẫu với khả năng sai số là 5% (tức khoảng tin cậy 95%). Cụ thể như sau:

- Tỷ lệ các vấn đề về cảm xúc, hành vi và điểm mạnh của trẻ (thang đo SDQ) (xem Sơ đồ 1 dưới đây)
- Tính điểm trung bình tổng các khó khăn (thang đo SDQ)
- Tương quan giữa tỷ lệ trẻ em có vấn đề về sức khỏe tâm thần và tổng điểm các khó khăn theo đặc trưng nhân khẩu xã hội (thang đo SDQ)
- Tỷ lệ về mức độ tự chủ của trẻ (thang đo SE)
- Tính điểm trung bình và tỷ lệ về sự tự chủ (thang đo SE)
- Tỷ lệ trẻ tự nhận biết về sự tự chủ (SE Scale).
- Tương quan mức độ tự chủ theo đặc điểm cá nhân của trẻ (thang đo SE)

Sơ đồ 1: Phân loại điểm số SDQ cho trẻ từ 4-17 tuổi

Tự hoàn thành	Bình thường	Mức ranh giới	Bất thường
Tổng điểm khó khăn	0-15	16-19	20-40
Điểm các vấn đề cảm xúc	0-5	6	7-10
Điểm các vấn đề hành vi	0-3	4	5-10
Điểm tăng động	0-5	6	7-10
Điểm các vấn đề bạn bè	0-3	4-5	6-10
Điểm các vấn đề xã hội tích cực	6-10	5	0-4

Hạn chế của nghiên cứu này mới tiến hành thu thập thông tin ở nhóm trẻ 12-17 chứ chưa tiến hành đồng thời ở cả nhóm cha mẹ và giáo viên; ngoài ra, các đặc trưng cá nhân và nhân khẩu xã hội của trẻ mới chỉ còn thiếu thông tin liên quan đặc trưng mức sống gia đình, nghề nghiệp và học vấn của cha mẹ. Điều này phần nào hạn chế khả năng so sánh với kết quả nghiên cứu khác có cùng thang SQD được đánh giá từ cả cha mẹ, giáo viên và từ trẻ em; đồng thời, do thiếu thông tin liên quan đến đặc điểm gia đình và cha mẹ nên nghiên cứu này không xác định các yếu tố nguy cơ/có ảnh hưởng tới vấn đề sức khỏe tâm thần và sự tự chủ của trẻ em trẻ. Trước khi chính thức điều tra, nhóm nghiên cứu đã kiểm tra độ hiệu lực của từng câu, độ hiệu lực của Bảng hỏi được dịch ra tiếng Việt, xem mỗi mẫu/trẻ có khả năng có cùng một cách hiểu với những trả lời khác nhau bằng việc tiến hành điều tra thử để đánh giá độ tin cậy, độ hiệu lực để đo việc thức ứng của thang đo. Đánh giá sơ bộ độ tin cậy và giá trị thang đo bằng hệ số tin cậy Cronbach alpha thông qua phần mềm xử lý SPSS 12.0 nhằm đánh giá độ tin cậy của thang đo, qua đó loại bỏ các biến quan sát không đạt độ tin cậy đặt cơ sở cho việc hiệu chỉnh các nội dung phân tích và kiểm định tiếp theo.

Hệ số Cronbach's Alpha (CA) của tổng điểm khó khăn là 0,62, cho biết mức độ tin cậy của các thang đo, và giá trị hệ số tương qua lớn hơn 0,4

($\geq 0,6$) cho phép áp dụng cách phân tích so sánh¹⁸.

Một vài điểm lưu ý về thuật ngữ trong quá trình phân tích số liệu

"Có vấn đề về sức khỏe tâm thần" là thuật ngữ được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu y khoa. Thuật ngữ này được sử dụng trong nghiên cứu này vì nó biểu đạt được hàm ý tự nhẹ đến nặng và khi chưa xác định được chuẩn đoán rõ ràng. "Có vấn đề về sức khỏe tâm thần" trong nghiên cứu này được hiểu theo hàm ý nhóm trẻ em có vấn đề về hành vi và cảm xúc nằm trong khoảng bất thường (Abnormal) được tính ở mức từ 20 - 40 theo thang SDQ.

Sự tự chủ

Tùy vào cách tiếp cận nghiên cứu mà thuật ngữ "Self-efficacy" khi dịch sang tiếng Việt nó được sử dụng với tên khác nhau như: *sự tự chủ, sự tự tin, sự tự quyết, cái tôi hiệu quả, sự tự đánh giá, hiệu năng của bản thân...* Sự tự chủ là ý thức và niềm tin cá nhân vào bản thân về việc họ có thể tạo ra sự thay đổi và mong muốn đạt hiệu quả thông qua các hoạt động. Người có sự tự chủ cao là người có sự

18. Nunnally & Burnstein (1994) cho rằng Alpha càng lớn thì độ tin cậy nhất quán nội tại càng cao nhưng nhìn chung tiêu chuẩn chọn thang đo khi có độ tin cậy Alpha lớn hơn 0,6 (dẫn theo Nguyễn Đình Thọ & Nguyễn Thị Mai Trang, 2009). Như vậy, mặc dù Cronbach Alpha trong mẫu nghiên cứu này tương đối thấp (0,62) nhưng đối chiếu với mức tiêu chuẩn vừa nêu cho thấy thang đo này đủ độ tin cậy ở mức chấp nhận được.

tự tin, có khả năng tự đánh giá được chính xác, sẵn sàng đối phó với rủi ro và ý thức hoàn thành công việc/ thành công¹⁹. Bandura (1977) đã phát hiện ra tầm quan trọng của sự nhận biết về “hiệu năng của bản thân” (self-efficacy) hay còn gọi là năng lực cá nhân trong việc hướng dẫn hành vi con người.

Trong nghiên cứu này sự tự chủ “Self-efficacy” của trẻ em có hàm ý là “*khả năng trẻ tự chủ, tự tin vào năng lực bản thân để đưa ra các quyết định trong mọi tình huống*”. Bandura (1986) cho rằng sự tự chủ là niềm tin vào khả năng bản thân hoàn thành công việc hay còn gọi sự tự tin vào năng lực bản thân. Nghiên cứu về sự tự chủ của trẻ em chính là việc xem xét khả năng tự quyết của bản thân trong việc biết cách làm thế nào để giải quyết các công việc liên quan đến học tập và cuộc sống hàng ngày; các quan hệ đối với bạn bè trang lứa và quan hệ xã hội nói chung. Trẻ em có sự tự chủ thường có thái độ không ngại khó khăn, không tránh né những nhiệm vụ/công việc khó khăn, quyết tâm theo đuổi chinh phục những mục tiêu đã đặt ra. Khi

đối mặt với những nhiệm vụ khó khăn, trẻ biết cách tập trung vào làm thế nào để thực hiện thành công các nhiệm vụ, mục tiêu đặt ra và có sự nỗ lực và không từ bỏ khi đối mặt với khó khăn.

Công tác điều tra và xử lý số liệu

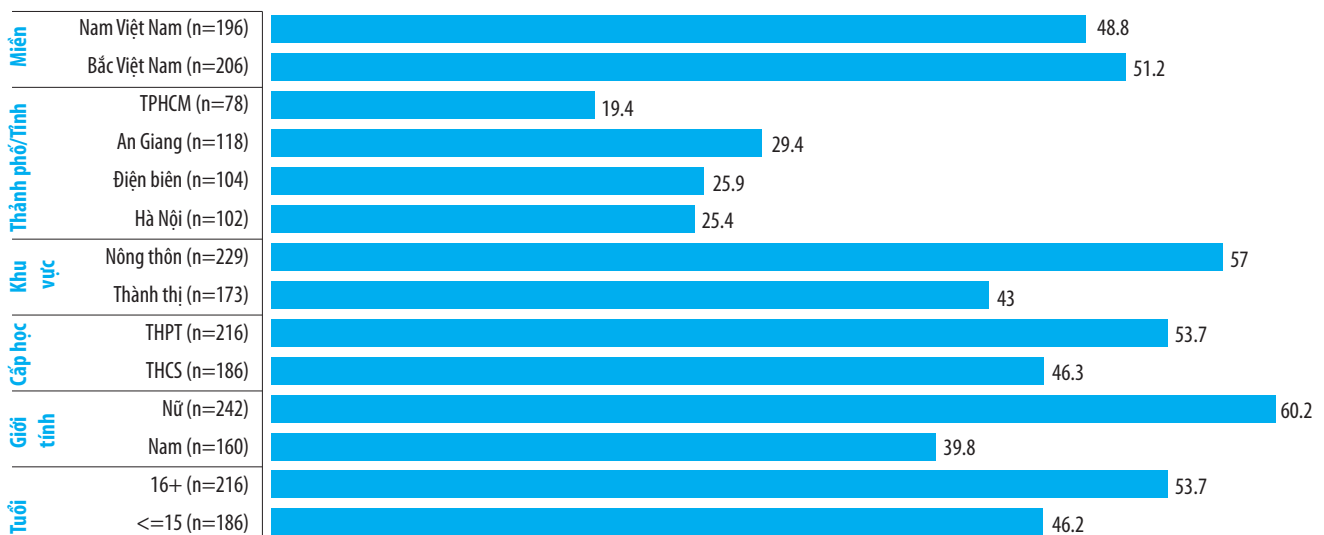
Trong khuôn khổ của nghiên cứu về Sức khỏe tâm thần của trẻ em và những người trẻ tuổi ở Việt Nam, bên cạnh việc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đối với học sinh thuộc 4 trường THCS và 4 trường THPT tại 4 địa bàn nghiên cứu (như phần miêu tả về nghiên cứu), nhóm nghiên cứu đã thực hiện điều tra qua bảng hỏi SDQ và SE đối với hơn 400 em học sinh. Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata và được nhập 2 lần độc lập, sau đó các tập số liệu được kiểm tra chéo để xác định lỗi sai. Số liệu sau đó được chuyển sang phần mềm SPSS để xử lý và phân tích dữ liệu.

Mẫu điều tra và đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Dựa vào mục tiêu nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu đã lựa chọn là nhóm trẻ em trong độ tuổi đang học cấp trung học cơ sở và trung học phổ thông, đảm bảo các tiêu chí về

19. Tự chủ cao: Tự tin, có khả năng đánh giá chính xác, sẵn sàng chấp nhận rủi ro, cảm giác thành công

Biểu 1: Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (N=402)



giới tính, độ tuổi và cấp học, đại diện khu vực sống của trẻ em.

Tổng số mẫu nghiên cứu là 402 trẻ em (N = số người trả lời). Nhóm nghiên cứu đã xác định địa bàn nghiên cứu thuộc tỉnh/thành gồm Hà Nội, Điện Biên, Tp. Hồ Chí Minh, và An Giang. Mỗi địa bàn, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn tiến hành phỏng vấn trẻ em là học sinh ở 2 cấp học phổ thông là Trung học cơ sở và Trung học phổ thông trong độ tuổi từ 12- 17. Tổng số mẫu là 402 trẻ em có độ tuổi trung bình là 15,07 (độ lệch chuẩn là 2,14), trẻ nhỏ nhất là 12 tuổi và lớn nhất là 17 tuổi. Trẻ em gái chiếm 60,2% và trẻ em trai là 39,8%. Trong nghiên cứu này có 46,3% trẻ em đang ở cấp học Trung học cơ sở, tỷ lệ trẻ em học Trung học phổ thông là 53,7%. Tính theo khu vực sống: số trẻ em hiện sống ở khu vực nông thôn là 43% và ở thành thị là 57%. Miền Bắc là 51,2% và 48,8% ở miền Nam. Tính theo địa bàn nghiên cứu: 25,4% trẻ ở Hà Nội, 25,9% ở Điện Biên, 29,4% ở An Giang và 19,4% ở thành phố Hồ Chí Minh (Biểu đồ 1)

Vấn đề cảm xúc/tình cảm

Ở trẻ em, các biểu hiện có vấn đề cảm xúc/tình cảm thường là sự sợ hãi quá mức, buồn rầu hoặc trạng thái lo lắng, bực bội. Rối loạn lo âu cũng là biểu hiện phổ biến nhất ở lứa tuổi trẻ em ở lứa tuổi học đường, đặc biệt là các em THCS và THPT vì các em đang ở trong độ tuổi vị thành niên, giai đoạn có nhiều thay đổi về tâm sinh lý và phát triển các kỹ năng xã hội nên các em có những nguy cơ liên quan đến những khó khăn trong việc cân bằng cảm xúc, có hành vi hợp lý trước mọi tình huống trong cuộc sống. Kết quả phân tích số liệu cho thấy, có một bộ phận không nhỏ trẻ em ở tuổi học đường trong mẫu nghiên cứu đang gặp vấn đề khó khăn về mặt cảm xúc (Bảng 1). Tỷ lệ trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” ở các câu nhận định vấn đề cảm xúc có tỷ lệ dao động từ 11,9% đến 35,3%. Cụ thể có 13,7% trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” đối với nhận định

“Em hay đau đầu, đau bụng hoặc bị ốm, bị mệt”; tương tự có 22,6% đúng đối với nhận định *“Em rất hay lo lắng”*, 11,9% đối với nhận định *“Em hay cảm thấy buồn bã, chán nản, hay khóc”* và có tới 1/3 số trẻ (35,3%) cảm thấy lo lắng khi ở môi trường mới hoặc dễ mất tự tin; 15,4% cho biết *“Em sợ nhiều thứ; em dễ bị sợ hãi”*. Các biểu hiện lo lắng, buồn rầu, sợ hãi, lo lắng sẽ có ảnh hưởng lớn đến khả năng học tập và phát triển xã hội của trẻ em.

Cùng với đó còn có bộ phận không nhỏ trẻ em ít nhiều đang có các vấn đề về cảm xúc/tình cảm. Trên dưới 1/2 số trẻ em trong mẫu nghiên cứu thừa nhận đang gặp phải về vấn đề cảm xúc ở mức độ “đúng một phần” (dao động từ 42% đến 51,7%). Có 51,5% lựa chọn phương án “*đúng một phần*” với nhận định liên quan đến bệnh lý tiêu cực như hay đau đầu, đau bụng hoặc bị ốm, bị mệt; 51,7% cho biết rất hay lo lắng, 46% trẻ hay cảm thấy buồn bã, chán nản, hay khóc và 43,5% đúng một phần ở nhận định “*luôn cảm thấy lo lắng khi ở môi trường mới và dễ mất tự tin*”; 42,8% đúng một phần nhận định “sợ nhiều thứ; dễ bị sợ hãi”.

Nhóm trẻ em có các biểu hiện về cảm xúc/tình cảm bình thường là tương đối thấp. Số trẻ lựa chọn phương án “*không đúng*” với các nhận định về cảm xúc/tình cảm đã liệt kê trong bảng hỏi chỉ chiếm khoảng từ 1/5 đến 1/2 (dao động từ 21% đến 42%). Cụ thể có 34,8% khẳng định các em không có biểu hiện đau đầu, đau bụng hoặc bị ốm, bị mệt; 25,6% cho rằng bản thân không hay lo lắng, 42% trẻ không hay cảm thấy buồn bã, chán nản hoặc hay khóc; 21% không cảm thấy lo lắng khi ở môi trường mới hoặc dễ mất tự tin; 41,8% cho biết không dễ bị sợ hãi hoặc sợ nhiều thứ.

Như vậy, có một tỷ lệ tương đối cao trẻ ít nhiều có biểu hiện không bình thường về mặt cảm xúc/tình cảm, một trong những dấu hiệu sớm của chứng về rối loạn cảm xúc mà

nguyên nhân gây ra chủ yếu các vấn đề có thể liên quan về mặt sinh lý và mặt sinh học. Như vậy, nếu không được nhận sự quan tâm kịp thời của cha mẹ, gia đình và nhà trường có thể có nguy cơ trở thành nhóm phát sinh sớm của chứng về rối loạn cảm xúc.

Vấn đề về hành vi/rối loạn ứng xử (Conduct problems)

Trẻ có vấn đề về hành vi, ở mức độ nặng hơn gọi là rối loạn ứng xử, thường có các biểu hiện như ít quan tâm đến người khác, có hành vi giận dữ, thô bạo hoặc gây hấn với bạn bè, không tuân thủ các quy tắc xã hội như trốn học, không làm bài tập... hoặc có hành động thái quá như chống đối, vi phạm quy định, nói dối hoặc ăn cắp/lấy đồ của người khác... Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ có vấn đề về hành vi là khá cao, biểu hiện rõ nhất là trạng thái dễ bị nổi giận và mất bình tĩnh, không tự chủ hoặc thường làm những gì người khác bảo. Hơn 1/5 số trẻ lựa chọn phương án “*hoàn toàn đúng*” với nhận định “*Em dễ bị nổi giận và mất bình tĩnh*” (21,4%) và gần 1/3 số trẻ (28,4%) đối với nhận định “*Em thường làm những gì người khác bảo*”. Cùng với đó, tỷ lệ trẻ lựa chọn phương án “*đúng một phần*” với 2 nhận định này khá cao chiếm tới 47,3% và 63,4%. Đáng chú ý là chỉ có 8,2% trong tổng số 402 trẻ em trong mẫu khẳng định chắc chắn bản thân không bị người khác lôi kéo. Những biểu hiện hành vi này ở trẻ em rất cần được gia đình và nhà trường quan tâm, một số nghiên cứu quốc tế và Việt Nam đã chỉ ra rằng có mối liên hệ giữa các vấn đề hành vi hoặc rối loạn hành vi ở trẻ với quan hệ với bạn bè đồng trang lứa. Nói cách khác, những trẻ có vấn đề hoặc rối loạn hành vi sẽ có khó khăn đặc biệt trong quan hệ với bạn bè đồng trang lứa.

Phần lớn trẻ em ở trong mẫu nghiên cứu không có các hành vi đánh nhau, uy hiếp/bắt nạt (bắt người khác làm theo ý mình), hoặc bị cho có hành vi nói dối hay gian dối như lấy đồ

của người khác. Có 86,8% trẻ em lựa chọn phương án *"không đúng"* đối với nhận định *"hay đánh nhau, có thể bắt người khác làm theo ý mình"*; 73,6% đối với nhận định *"là người nói dối hoặc ăn gian"* và có tới 90,5% ở nhận định *"lấy đồ không phải của mình ở nhà, ở trường hoặc ở các nơi khác"*.

Mặc dù, nhóm trẻ có biểu hiện có tính chất rối loạn ứng xử như: đánh nhau, uy hiếp/bắt nạt (bắt người khác làm theo ý mình), bị cho nói dối, lấy đồ của người khác chỉ chiếm một tỷ lệ khá nhỏ từ 0,7% đến 2,5%; nhưng đồng thời với đó, nếu xem xét tỷ lệ trẻ tự đánh giá *"đúng một phần"* ở các nhận định về tính không trung thực và gian lận như *"nói dối hoặc ăn gian"* (23,9%) và *"lấy đồ của người khác"* (8,7%) nhưng đây là các biểu hiện thể hiện đến hành vi rối loạn ứng xử rất cần được uốn nắn từ gia đình và nhà trường.

Vấn đề tăng động/ Giảm chú ý (Hyperactivity/Inattention)

Tăng động – giảm chú ý là một trong những rối loạn phát triển thường gặp ở trẻ em. Trẻ em có vấn đề về tăng động thường có những hành vi hiếu động quá mức đi kèm sự suy giảm khả năng chú ý, vậy nên vấn đề này thường gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng học tập cũng như gây khó khăn trong quan hệ của trẻ với mọi người xung quanh.

Số liệu Bảng 1 cho thấy có khoảng 2/3 số trẻ trong mẫu nghiên cứu báo cáo có vấn đề hoặc có dấu hiệu tăng động giảm chú ý. Cụ thể là 17,9% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 46,5% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em luôn có cảm giác bồn chồn, không ngồi yên một chỗ được lâu"*; 18,4% lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 32,6% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em hay ngọ nguậy tay chân hoặc vặn vẹo người"*; và 20,6% lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và có tới 60,2% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em hay bị phân tâm, khó tập trung"*.

Đồng thời, số trẻ em có khả năng về sự tập trung, phán đoán phân tích, và có kết quả công việc luôn đạt hiệu quả là rất thấp. Tỷ lệ các em lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* với nhận định *"thường suy nghĩ trước khi làm điều gì đó"* và *"luôn hoàn tất công việc và có khả năng tập trung tốt"* chỉ chiếm tỷ lệ tương ứng là 3,2% và 8,2%.

Nhóm trẻ có biểu hiện tiêu cực như thường không suy nghĩ trước khi tiến hành công việc, không tập trung và hiệu quả công việc không tốt là khá cao. Hơn 1/2 số trẻ lựa chọn phương án *"không đúng"* ở nhận định *"thường suy nghĩ trước khi làm điều gì đó"* (57,7%) và *"luôn hoàn tất công việc và có khả năng tập trung tốt"* là 21,6%.

Cùng với đó là một tỷ lệ không nhỏ trẻ em lựa chọn phương án *"đúng một phần"* với các nhận định này: 39,1% lựa chọn phương án *"đúng một phần"* với nhận định *"Em thường suy nghĩ trước khi làm điều gì đó"*, 2/3 lựa chọn phương án chỉ *"đúng một phần"* đối với nhận định *"Em luôn hoàn tất công việc của mình. Em có khả năng tập trung tốt"* (70,1%) là một vấn đề đáng lưu tâm. Các biểu hiện này ở trẻ sẽ ảnh hưởng ít nhiều tới khả năng tập trung học tập và kết quả học tập, nhất là ở Việt Nam, các dấu hiệu này thường dễ bị cha mẹ và nhà trường bỏ qua, ít được quan tâm để có phương pháp giáo dục phù hợp.

Vấn đề bạn bè

Bạn bè có ý nghĩa quan trọng đối với trẻ em, nhưng tác động từ nhóm bạn có ảnh hưởng tích cực và tiêu cực đến hành vi của trẻ em. Trong quan hệ bạn bè, nếu ở trẻ có các dấu hiệu biểu hiện sự cô đơn, không muốn kết bạn cùng trang lứa, muốn rút lui khỏi các mối quan hệ xã hội. Có thể là những dấu hiệu sớm của sự trầm cảm.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy có một bộ phận không nhỏ trẻ em có lối sống khép kín, các em chỉ có một hoặc vài bạn thân, không nhận được

sự yêu mến của các bạn cùng lứa tuổi yêu mến, thích chơi với người lớn tuổi hơn và một số em còn là nạn nhân của sự trêu trọc bắt nạt của bạn bè. Số liệu Bảng 1 cho thấy gần một nửa số trẻ em thích hoặc có xu hướng thích chơi một mình, không kết bạn, lảng tránh giao tiếp. Có 9,2% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 38,8% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em thường ở một mình, chơi một mình và làm mọi thứ một mình"* và 7,2% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 22,1% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em có một hoặc vài người bạn thân"*.

Nhóm trẻ có cảm giác nhận được sự tôn trọng và yêu mến từ bạn bè tương đối thấp. Chỉ có 9,5% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 65,2% *"đúng một phần"* với nhận định *"thường được các bạn cùng lứa tuổi yêu mến"*; trong khi có tới hơn 1/4 số trẻ lựa chọn phương án *"không đúng"* (25,4%) với nhận định này.

Đa số trẻ thích chơi hoặc có xu hướng thích chơi với người lớn tuổi hơn với bạn cùng tuổi. 21,6% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 44,3% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em dễ chơi với người lớn hơn là với bạn cùng lứa tuổi"*. Như vậy chỉ có khoảng 1/3 số trẻ (34,1%) trong mẫu nghiên cứu có mối quan hệ tốt với bạn bè cùng tuổi.

Gần một nửa số trẻ em là nạn nhân hoặc có nguy cơ bị bạn bè trêu trọc bắt nạt. Có 6,2% số trẻ lựa chọn phương án *"hoàn toàn đúng"* và 38,6% *"đúng một phần"* với nhận định *"Em hay bị các bạn khác trêu chọc hoặc bắt nạt"*.

Bảng 1: Phân bố tần suất của SDQ12

Mục	Vấn đề	Không đúng	Đúng một phần	Hoàn toàn đúng	N
Vấn đề cảm xúc					
SD3	Em hay đau đầu, đau bụng hoặc bị ốm, bị mệt	34,8	51,5	13,7	402
SD8	Em rất hay lo lắng	25,6	51,7	22,6	402
SD13	Em hay cảm thấy buồn bã, chán nản, hay khóc	42,0	46,0	11,9	402
SD16	Em cảm thấy lo lắng khi ở môi trường mới. Em dễ mất tự tin.	21,0	43,5	35,3	402
SD24	Em sợ nhiều thứ, em dễ bị sợ hãi	41,8	42,8	15,4	402
Vấn đề hành vi					
SD5	Em dễ bị nổi giận và mất bình tĩnh	31,3	47,3	21,4	402
SD7*	Em thường làm những gì người khác bảo	8,2	63,4	28,4	402
SD12	Em hay đánh nhau. Em có thể bắt người khác làm theo ý mình	86,8	11,7	1,5	402
SD18	Em hay bị người khác bảo là người nói dối hoặc ăn gian	73,6	23,9	2,5	402
SD22	Em hay lấy đồ không phải của mình ở nhà, ở trường hoặc ở các nơi khác	90,5	8,7	0,7	402
Tăng động					
SD2	Em luôn có cảm giác bồn chồn, không ngồi yên một chỗ được lâu	35,6	46,5	17,9	402
SD10	Em hay ngo nguậy tay chân hoặc vặn vẹo người	49,0	32,6	18,4	402
SD15	Em hay bị phân tâm, khó tập trung	19,2	60,2	20,6	402
SD21	Em thường suy nghĩ trước khi làm điều gì đó	57,7	39,1	3,2	402
SD25	Em luôn hoàn tất công việc của mình. Em có khả năng tập trung tốt	21,6	70,1	8,2	402
Vấn đề bạn bè					
SD6	Em thường ở một mình, chơi một mình và làm mọi thứ một mình	52,0	38,8	9,2	402
SD11	Em có một hoặc vài người bạn thân	70,6	22,1	7,2	402
SD14	Em thường được các bạn cùng lứa tuổi yêu mến	25,4	65,2	9,5	402
SD19	Em hay bị các bạn khác trêu chọc hoặc bắt nạt	55,2	38,6	6,2	402
SD23	Em dễ chơi với người lớn hơn là với bạn cùng lứa tuổi	34,1	44,3	21,6	402
Hành vi xã hội tích cực (Minh họa trong Biểu đồ 2)					
SD1	Em cố gắng đối xử tốt với người khác. Em quan tâm đến cảm giác của họ	1,2	63,9	34,8	402
SD4	Em thường chia sẻ đồ của mình với người khác (đồ ăn, đồ chơi, bút, v.v.)	4,2	59,2	36,6	402
SD9	Em hay giúp đỡ người khác khi họ bị tổn thương, buồn bã hoặc bị ốm, bị mệt	1,7	48,0	50,2	402
SD17	Em đối xử tốt với các em nhỏ hơn	4,0	35,6	60,4	402
SD20	Em hay xung phong giúp đỡ người khác (cha mẹ, thầy cô, các bạn khác)	6,7	60,9	32,3	402

Vấn đề quan hệ/giao tiếp xã hội

Phần lớn trẻ em trong mẫu nghiên cứu có mối quan hệ xã hội tích cực. Đại đa số trẻ lựa chọn phương án trả lời “hoàn toàn đúng” và “đúng một phần” đối với tất cả các nhận định đưa ra. Tỷ lệ trẻ lựa chọn phương án trả lời “không đúng” đối với tất cả các nhận định trên rất thấp chỉ dao động từ 1,2% đến 6,7%. Số liệu Biểu đồ 2 cho thấy có 34,8% số trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” và 63,9% “đúng một phần” với nhận định “Em cố gắng đối xử tốt với người khác. Em quan tâm đến cảm giác của họ”; 36,6% số trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” và 59,2% “đúng một phần” với nhận định “Em thường chia sẻ đồ của mình với người khác (đồ ăn, đồ chơi, bút v.v.)”; 50,2% số trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” và 48% “đúng một phần” với nhận định “Em hay giúp đỡ người khác khi họ bị tổn thương, buồn bã hoặc bị ốm, bị mệt”; 60,4% số trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” và 35,6% “đúng một phần” với nhận định “Em đối xử tốt với các em nhỏ hơn”; 32,3% số trẻ lựa chọn phương án “hoàn toàn đúng” và 60,9% “đúng một phần” với nhận định “Em hay xung phong giúp đỡ người khác (cha mẹ, thầy cô giáo, các bạn khác)”.

Tỷ lệ trẻ có vấn đề về sức khỏe tâm thần theo thang đo SDQ

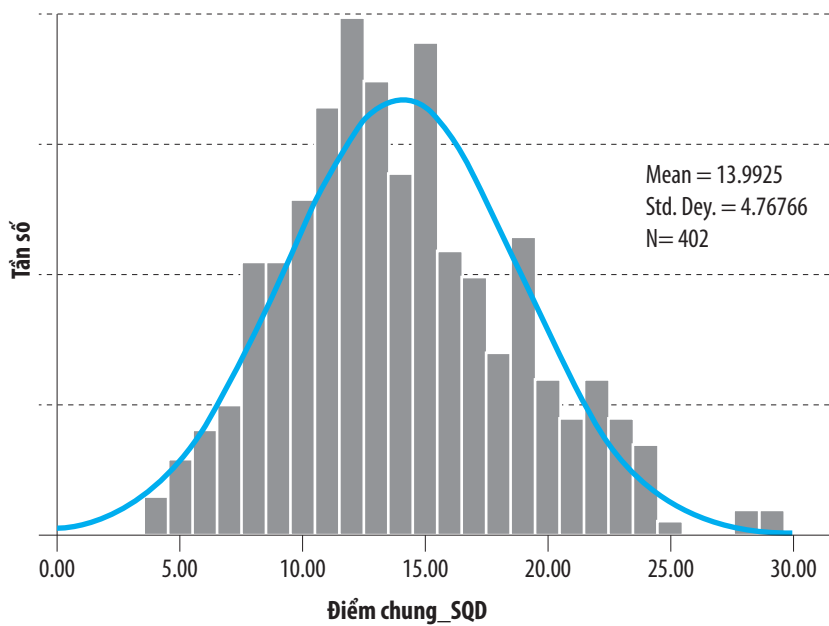
Các vấn đề cảm xúc, hành vi và các khó khăn của trẻ em

Biểu 3 mô tả phân phối điểm trung bình tổng các khó khăn do trẻ tự thuật/báo cáo theo thang SQD. Kết quả cho thấy điểm trung bình thang Tổng các khó khăn ở trẻ em trong mẫu nghiên cứu là 13,99 với độ lệch chuẩn là 4,76 (tổng số mẫu là 402), độ nhọn đo mức độ tập trung của phân phối xác suất của một biến ngẫu nhiên là -0,058. Điểm cao nhất là 29 và điểm thấp nhất là 4. Hệ số Cronbach's Alpha (CA) của tổng điểm các khó khăn là 0,61 cho thấy các thang đo đủ độ tin cậy và hệ số tương quan lớn hơn 0,4 (0,66) phù hợp trong phân tích tương quan.

Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) với điểm trung bình tổng khó khăn theo thang đo SDQ là 9,56 do vị thành niên (12-16 tuổi) báo cáo (độ lệch chuẩn là 4,84, trong tổng mẫu 591 trẻ) và điểm trung bình tổng khó khăn của trẻ 6-16 tuổi do cha mẹ báo cáo là 8,41 (độ lệch chuẩn là 4,73, trong tổng mẫu 1320 người).

Biểu 2: Phân bố tần suất các hành vi xã hội tích cực (%)

Em hay xung phong giúp đỡ người khác (cha mẹ, thầy cô giáo, các bạn)	32.3	60.9
Em đối xử tốt với các em nhỏ tuổi hơn	60.1	35.6
Em hay giúp đỡ người khác khi họ bị tổn thương, buồn hoặc bị ốm, mệt	50.2	48.0
Em thường chỉ sẻ đồ của mình với người khác (đồ ăn, đồ chơi, bút,...)	36.6	59.2
Em cố gắng đối xử tốt với người khác. Em quan tâm đến cảm giác của họ	34.8	63.9

Biểu 3: Phân bố tổng điểm khó khăn của SDQ

Bảng 2 trình bày tổng điểm khó khăn và tổng điểm trung bình cho từng thang đo các vấn đề về cảm xúc, về hành vi ứng xử, vấn đề tăng động, vấn đề bạn bè và điểm trung bình của thang đo về quan hệ xã hội của trẻ. Theo thang điểm về triệu chứng và xác định các trường hợp có vấn đề từ thang điểm về triệu chứng, kết quả từ nghiên cứu này cho thấy nhóm trẻ em mức bình thường chiếm 66,9%, 19,7% trẻ ở mức

ranh giới và 13,4% số trẻ ở mức bất thường.

Một số kết quả nghiên cứu khác về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở nhóm vị thành niên (12-16 tuổi) ở Việt Nam theo SQD do trẻ báo cáo/tự thuật và cha mẹ báo cáo như của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) cho thấy, với điểm giới hạn trên 15 cho các trường hợp có vấn đề ở thang SDQ thì tỷ lệ vị thành niên có vấn đề là 10,73% (trong đó

3,89% ở mức bất thường); tỷ lệ vị thành niên có vấn đề do cha mẹ báo cáo là 13,2%; hoặc trong nghiên cứu Amstadter và cộng sự (2011) trên 1368 vị thành niên Việt Nam²⁰ cho thấy tỷ lệ trẻ có vấn đề được tính trên điểm trung bình tổng các khó khăn theo thang đo SDQ là 99,1%.

Như vậy, so với kết quả của nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) thì tỷ lệ trường hợp trẻ em tự báo được cho bất thường/có vấn đề ở nghiên cứu này cao hơn khoảng 2,67 điểm % (13,4% so với 10,73%), nhưng lại có tỷ lệ tương đương với tỷ lệ trẻ có vấn đề do cha mẹ báo cáo (13,4% so với 13,2%); đồng thời cao hơn so với tỷ lệ trẻ có vấn đề (9,1%) của nghiên cứu Amstadter và cộng sự (2011). Như vậy, với mức dao động từ 9,1% đến 13,4%, cho thấy ở Việt Nam có dưới khoảng 1/10 số trẻ em có vấn đề theo thang đo SDQ và kết quả này cũng ở ngưỡng tỷ lệ có vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em ở các nước châu Á là từ 10-20% (Sirath, Kandasamy, Golthar (2010) trích theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013).

20. Nghiên cứu ở 2 tỉnh miền Trung là Đà Nẵng và Khánh Hòa.

Bảng 2: Điểm trung bình, độ lệch chuẩn của SDQ và trường hợp có vấn đề (theo thang điểm triệu chứng)

Thang đo	Trung bình, Độ lệch chuẩn		Trường hợp có vấn đề (thang điểm triệu chứng)		
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Bình thường	Mức ranh giới	Bất thường
Tổng điểm khó khăn (0-40)	13,99	4,76	66,9 (0-15)	19,7(16-19)	13,4(20-40)
Các vấn đề cảm xúc (0-10)	4,34	2,32	68,7 (0-5)	11,7 (6)	19,7 (7-10)
Các vấn đề hành vi (0-10)	2,63	1,29	77,4 (0-3)	15,2 (4)	7,5 (5-10)
Tăng động (0-10)	3,85	1,92	81,6 (0-5)	10,0 (6)	8,5(7-10)
Các vấn đề bạn bè (0-10)	3,16	1,58	62,4 (0-3)	30,6 (4-5)	7,0 (6-10)
Các vấn đề xã hội tích cực (10-0)	6,96	1,66	80,6 (6-10)	14,9 (5)	4,5 (0-4)

Nghiên cứu này cũng ghi nhận biểu hiện vấn đề nhiều nhất ở trẻ em là ở khía cạnh tình cảm/cảm xúc. Tính theo tổng điểm trung bình các khó khăn thì tỷ lệ trẻ em có vấn đề cảm xúc ở mức bất thường chiếm tới 19,7%, với mức điểm trung bình cao nhất là 4,34 (độ lệch chuẩn 2,32); tỷ lệ ở mức bất thường này cao hơn gấp 2 lần so với các vấn đề khác, cho thấy vấn đề phát triển cảm xúc/tình cảm là vấn đề trẻ gặp khó khăn nhiều nhất trong giai đoạn vị thành niên, vốn giai đoạn thích nghi khó khăn nhất trong cuộc sống.

Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ánh Hồng và cộng sự về các vấn đề hành vi và xã hội ở nhóm học sinh THCS ở thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ trẻ có vấn đề về cảm xúc là 16% (trích theo Lâm & Weiss, 2007- trích theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013).

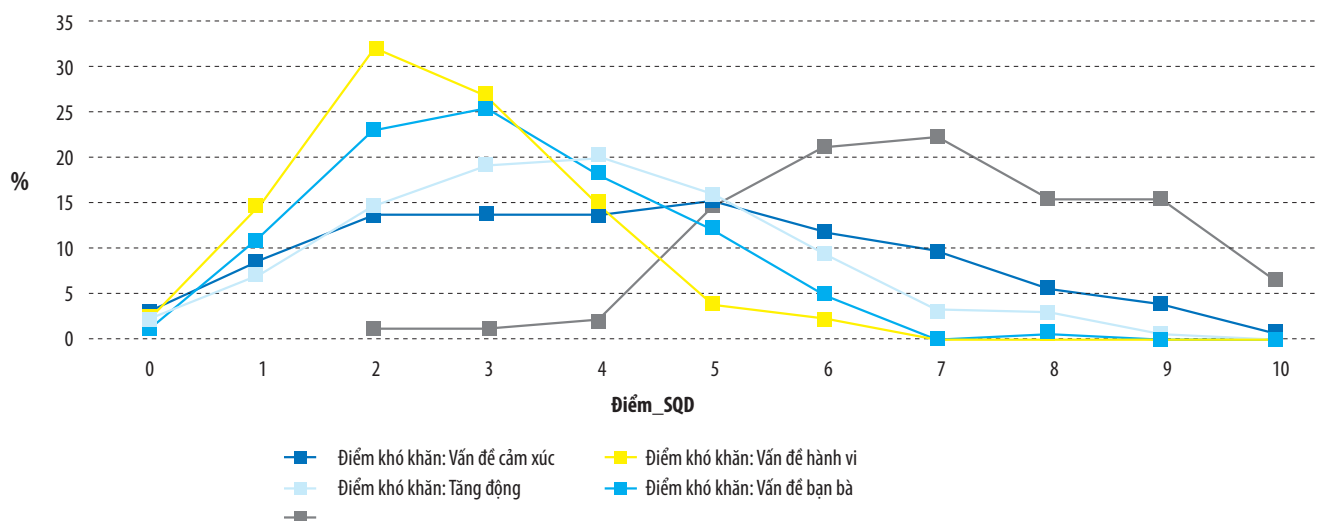
Tỷ lệ trẻ có vấn đề về tăng động chiếm 8,5% ở mức bất thường là một vấn đề rất đáng lưu tâm, vì tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) với tỷ lệ trẻ ở mức bất thường 2,85% (do trẻ báo cáo) và 2,69% (do cha mẹ báo cáo). Nghiên cứu về trẻ em của WHO ở cả nước phát triển và đang phát triển đã cho thấy có mối tương quan giữa các rối

loạn liên quan đến sử dụng các chất kích thích, rối loạn kiểm soát xung động và việc bỏ học sớm. Hoặc ở Brazil, số trẻ tăng động giảm chú ý có tỉ lệ thi trượt, đình chỉ học hoặc đuổi học cao. Số học sinh bỏ học ngay ở năm đầu tiểu học cũng rơi nhiều vào số trẻ có rối loạn hành vi và chậm phát triển tâm thần (theo Kieling & cộng sự, 2013, trích theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013).

Ở vấn đề hành vi, tỷ lệ trẻ ở mức bất thường là 7,5%, tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) với tỷ lệ trẻ ở mức bất thường về hành vi là 2,68% (do trẻ báo cáo) và 3,36% (do cha mẹ báo cáo), song thấp hơn đáng kể so với 24% học sinh ở thành phố Hồ Chí Minh có vấn đề về hành vi trong nghiên cứu của Nguyễn Ánh Hồng và cộng sự (trích theo Lâm & Weiss, 2007- trích theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự, 2013).

Ngược lại, tỷ lệ trẻ em có vấn đề quan hệ bạn bè ở mức bất thường chỉ chiếm 7%, thấp hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) với tỷ lệ trẻ ở mức bất thường về quan hệ bạn bè lên tới 22,18% (do cha mẹ báo cáo) và có cao hơn tỷ lệ do trẻ báo cáo (3,18%).

Biểu 4: Phân bố tần suất của tổng điểm khó khăn của SDQ và điểm hành vi xã hội tích cực (%)



Nhưng điểm đáng chú ý nhất trong mẫu nghiên cứu này là tỷ lệ trẻ em có khó khăn về vấn đề bạn bè ở mức ranh giới cao gấp 2-3 so với các vấn đề khác (30,6% so với các vấn đề khác chỉ có tỷ lệ từ 10 đến 15%), cho thấy một bộ phận không nhỏ trẻ em đang ở ngưỡng có các dấu hiệu khó khăn trong khả năng phát triển quan hệ xã hội.

Đối với vấn đề xã hội tích cực cho thấy đa số trẻ em trong mẫu nghiên cứu này có quan hệ xã hội tích cực (80,6% ở mức bình thường), có 14,9% và 4,5% trẻ ở mức ranh giới và mức bất thường, điểm trung bình 6,96 (độ lệch chuẩn là 1,66). So với kết quả nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự (2013) thì tỷ lệ trẻ ở mức bất thường về vấn đề xã hội tích cực của nghiên cứu này cao hơn và mức điểm trung bình thấp hơn không đáng kể (với tỷ lệ tương ứng là 4,5% so với 2,18% do trẻ em báo cáo (điểm trung bình 7,94 và độ lệch chuẩn là 1,77) và so với tỷ lệ do cha mẹ báo cáo là 2,69% (điểm trung bình 8,43 và độ lệch chuẩn là 1,76).

Biểu đồ 4 mô tả điểm trung bình các khó khăn của từng vấn đề và điểm trung bình của vấn đề xã hội tích cực. Quan sát thang đo vấn đề xã hội tích cực (tính theo chiều tích cực) thì tỷ lệ trẻ có vấn đề xã hội tích cực chủ yếu đạt ở mức điểm trung bình từ 5 đến 9; trong khi ở chiều ngược lại là điểm khó khăn (tính theo chiều tiêu cực) cho thấy tỷ lệ phổ biến ở thang điểm thấp, ví dụ phần lớn trẻ tập trung ở thang điểm từ 2-5 ở các về vấn đề cảm xúc/tình cảm và vấn đề tăng động; đạt ở mức điểm 2-4 đối với vấn đề hành vi và vấn đề bạn bè.

Tỷ lệ trẻ có vấn đề cảm xúc và hành vi theo các đặc trưng nhân khẩu xã hội

Bảng 3, 4 và Biểu đồ 5 mô tả điểm trung bình tổng các khó khăn, điểm trung bình của từng nhóm vấn đề khó khăn và của vấn đề xã hội tích cực theo đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ. Kết quả cho thấy ở nhóm trẻ lớn tuổi, học ở cấp học cao hơn có vấn đề khó khăn cao hơn so nhóm trẻ em ít tuổi hơn và ở cấp học thấp

hơn; trẻ em gái có các vấn đề khó khăn cao hơn trẻ em trai. Điểm trung bình tổng các khó khăn nhóm trẻ từ 16 tuổi trở lên cao hơn 0,8 điểm so với nhóm trẻ từ 15 tuổi trở xuống (14,36 so với 13,56); trẻ em ở cấp trung học phổ thông cao hơn so với cấp trung học cơ sở (14,36 so với 13,56). Tổng điểm trung bình các khó khăn trẻ em gái cao hơn so với nhóm trẻ em trai (14,15 so với 13,75). Kết quả phân tích phương sai một yếu tố (one-way ANOVA) cho thấy không có khác biệt về điểm tổng các khó khăn theo đặc điểm cá nhân của trẻ (Bảng 3 & 4).

Bảng 3: Điểm trung bình (độ lệch chuẩn) theo các đặc điểm của trẻ em

Thang đo	Tất cả trẻ em (N=402)	Tuổi		Giới/Giới tính		Cấp học	
		<=15 (n=186)	16+ (n=216)	Boys (n=160)	Girls (n=242)	LSS (n=186)	USS (n=216)
Tổng điểm khó khăn	13,99	13,56	14,36	13,75	14,15	13,56	14,36
	(4,76)	(4,68)	(4,81)	(4,53)	(4,91)	(4,68)	(4,81)
Các vấn đề cảm xúc	4,22	4,22	4,44	3,67	4,77	4,22	4,43
	(2,32)	(2,26)	(2,37)	(2,15)	(2,33)	(2,26)	(2,37)
Các vấn đề hành vi	2,63	2,62	2,64	2,65	2,62	2,62	2,64
	(1,29)	(1,38)	(1,22)	(1,42)	(1,20)	(1,38)	(1,22)
Tăng động	3,85	3,49	4,16	3,99	3,76	3,49	4,16
	(1,92)	(1,82)	(1,95)	(2,01)	(1,86)	(1,82)	(1,95)
Các vấn đề bạn bè	3,16	3,22	3,11	3,42	2,99	3,22	3,11
	(1,58)	(1,56)	(1,60)	(1,56)	(1,58)	(1,56)	(1,60)
Các vấn đề xã hội tích cực		* (P=0.024)		* (P=0.011)		* (P=0.024)	
	6,96	7,16	6,79	6,70	7,13	7,16	6,79
		(1,64)	(1,67)	(1,83)	(1,52)	(1,64)	(1,67)

Các vấn đề hành vi và tình cảm/cảm xúc của trẻ em có khác biệt theo khu vực sống. Khi xem xét điểm trung bình thang tổng các khó khăn, của từng nhóm vấn đề và vấn đề xã hội tích cực của trẻ có khác biệt đáng lưu ý theo khu vực sống (Bảng 5). Trẻ em ở An Giang có điểm trung bình tổng các khó khăn cao hơn so với nhóm trẻ em ở 3 địa bàn còn lại là Điện Biên, Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh (14,67 so với 13,23 đến 13,99). Trẻ em ở khu vực nông thôn có điểm trung bình tổng các khó khăn cao hơn khu vực đô thị, ở miền nam cao hơn miền Bắc.

Về vấn đề tình cảm/cảm xúc, trẻ em ở tỉnh Điện Biên và An Giang có điểm tổng trung bình vấn đề cảm xúc/tình cảm cao hơn đáng kể so với trẻ em ở hai thành phố lớn nhất cả nước là Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh (4,75 và 4,66 so với 3,92 và 3,82); tương tự trẻ em ở khu vực nông thôn cũng có điểm trung bình về vấn đề cảm xúc/tình cảm cao hơn trẻ em ở thành thị (4,76 so với 4,15).

Trẻ em gái gặp vấn đề về cảm xúc/tình cảm cao hơn so với trẻ em trai, với điểm trung bình tổng các biểu hiện về cảm xúc là 4,77 so với 3,67; ngược lại, trẻ em trai gặp vấn đề về bạn bè cao hơn so với trẻ em gái, với điểm trung bình các biểu hiện về quan hệ bạn bè là 3,42 so với 3,11. Trẻ em ở nhóm tuổi cao hơn có vấn đề về tăng động cao hơn so nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn, với điểm trung bình các biểu hiện về tăng động ở nhóm trẻ từ 16 tuổi trở lên là 4,16 so với 3,49 ở trẻ từ 15 tuổi trở xuống.

Trẻ em sống ở thành thị và ở thành phố lớn có vấn đề tăng động cao hơn. Tổng điểm trung bình của vấn đề tăng động ở trẻ em thành thị cao hơn ở nông thôn (4,15 so với 3,62). Đặc biệt ở thành phố Hồ Chí Minh cao hơn so với 3 tỉnh thành còn lại (4,14 so với 3,66 - 3,89 điểm).

Vấn đề xã hội tích cực có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trẻ em theo khu vực sống. Điểm tổng trung bình vấn đề xã hội tích cực được ghi nhận cao hơn ở nhóm trẻ sống ở nông thôn (với điểm trung bình là 7,15 so

với 6,71 ở thành thị) và cao hơn ở 2 tỉnh Điện Biên và An Giang và ở nhóm trẻ em sống miền Bắc (Bảng 4). Kết quả phân tích tương quan cho thấy có sự khác biệt về vấn đề xã hội tích cực theo tuổi, giới tính, cấp học, địa bàn khảo sát và khu vực sống của trẻ. Trẻ em trai, trẻ em ở cấp học thấp hơn và nhóm trẻ sống ở nông thôn có vấn đề xã hội tích cực cao hơn so với các nhóm trẻ em còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$, $P < 0,001$), cho thấy mối liên hệ này không phải là ngẫu nhiên (Bảng 3 & 4).

Số liệu Bảng 5 cho thấy tỷ lệ trẻ có vấn đề ở mức bất thường cao hơn đáng kể ở nhóm tuổi từ 16 tuổi trở lên (14,8% so với 11,8%), trẻ em gái có tỷ lệ ở mức bất thường cao hơn trẻ em trai, ở khu vực nông thôn cao hơn so thành thị và ở nhóm trẻ em ở miền Bắc cao hơn. Kết quả phân tích tương quan cho thấy tỷ lệ trẻ ở vùng nông thôn có vấn đề “bất thường” cao đáng kể so trẻ em ở thành thị (10,4% so với 15,7%) và sự khác biệt này không là ngẫu nhiên (với ý nghĩa thống kê $P < 0,05$).

Bảng 4: Điểm trung bình (độ lệch chuẩn) theo khu vực cư trú

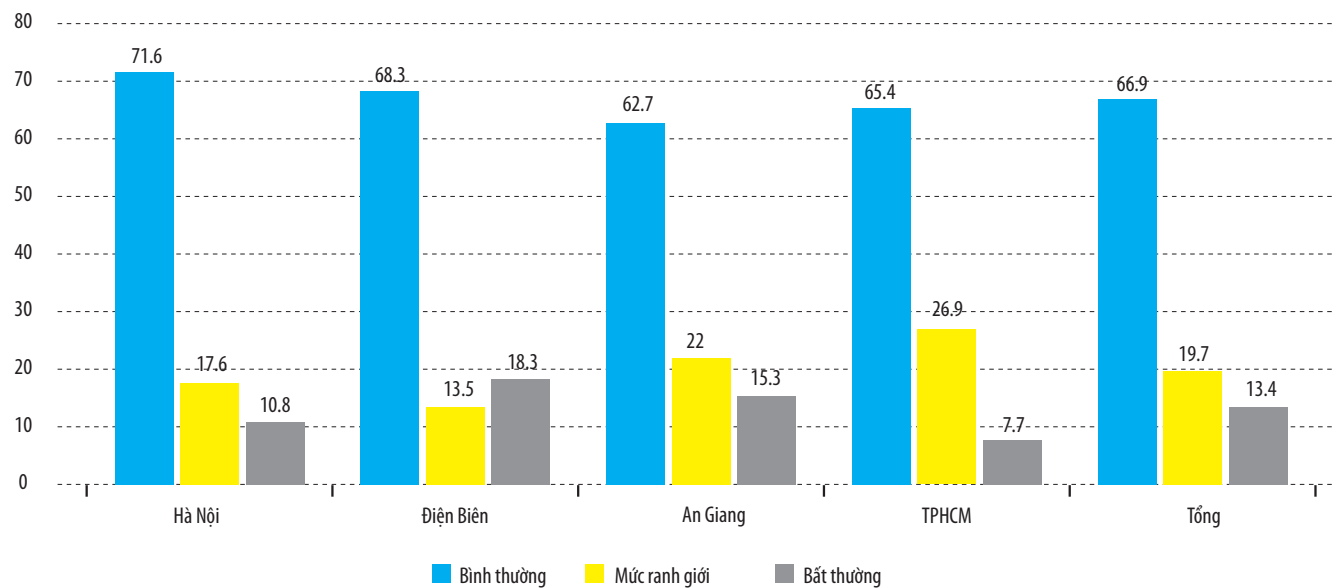
Thang đo	Tỉnh				Khu vực		Miền	
	Hà Nội (n=102)	Điện Biên (n=104)	An Giang (n=118)	TPHCM (n=78)	Đô thị (n=173)	Nông thôn (n=229)	Bắc (n=206)	Nam (n=196)
Tổng điểm khó khăn	13,23	13,98	14,67	13,99	13,90	14,07	13,61	14,40
	(4,55)	(5,56)	(4,41)	(4,32)	(4,40)	(5,03)	(5,08)	(4,38)
Các vấn đề cảm xúc	3,93	4,75	4,66	3,82	4,15	4,76	4,34	4,32
	(2,33)	(2,32)	(2,28)	(2,23)	(2,31)	(2,32)	(2,35)	(2,29)
Các vấn đề hành vi	2,62	2,36	2,71	2,91	2,69	2,59	2,49	2,79
	(1,32)	(1,36)	(1,26)	(1,16)	(1,15)	(1,39)	(1,34)	(1,22)
Tăng động	3,77	3,66	3,89	4,14	4,15	3,62	3,71	3,99
	(1,86)	(2,08)	(1,90)	(1,79)	(1,88)	(1,92)	(1,97)	(1,86)
Các vấn đề bạn bè	2,89	3,20	3,39	3,11	2,90	3,36	3,04	3,28
	(1,77)	(1,62)	(1,34)	(1,57)	(1,50)	(1,61)	(1,70)	(1,44)
Các vấn đề xã hội tích cực	*** (P=0.000)				** (P=0.009)			
	6,58	7,53	7,01	6,61	6,71	7,15	7,06	6,85
		(1,56)	(1,67)	(1,82)	(1,68)	(1,62)	(1,58)	(1,74)

Bảng 5: Trường hợp có vấn đề (thang điểm triệu chứng) theo các đặc điểm của trẻ em

Biến số		Trường hợp có vấn đề (thang điểm triệu chứng)		
		Bình thường	Mức ranh giới	Bất thường
Tổng điểm khó khăn		66,9	19,7	13,4
Độ tuổi	>=15	71,5	16,7	11,8
	16+	63,0	22,2	14,8
Giới tính	Em trai	70,0	18,8	11,3
	Em gái	64,9	20,2	14,9
	Trường THCS	71,5	16,7	11,8
	Trường THPT	63,0	22,2	14,8
Khu vực * (P=0,023)	Đô thị	64,2	25,4	10,4
	Nông thôn	69,0	15,3	15,7
Miền	Miền Bắc Việt Nam	69,9	15,5	14,6
	Miền Nam Việt Nam	63,8	24,0	12,2

Số liệu Biểu 5 cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ trẻ em có vấn đề ở mức bất thường theo tỉnh/địa bàn khảo sát. Tỷ lệ trẻ em có vấn đề ở mức bất thường cao nhất ở Điện Biên - tỉnh miền núi phía Bắc và An Giang - một tỉnh thuộc vùng đồng bằng sông

Cửu Long. Tỷ lệ trẻ có vấn đề ở mức bất thường cao nhất ở Điện Biên (18,3%), tiếp đến là An Giang (15,3%), cao hơn 2 địa bàn còn lại trên dưới 2 lần (tỷ lệ trẻ em mức bất thường ở Hà Nội là 10,8% và ở thành phố Hồ Chí Minh là 7,7% (Biểu 5).

Biểu 5: Trường hợp có vấn đề (thang điểm triệu chứng) theo tỉnh (%)

Sự tự chủ của trẻ em

Mức độ tự chủ của trẻ em

Tự chủ là một phẩm chất quan trọng đối với nhóm trẻ em đang trong lứa tuổi học đường. Trẻ em có tính tự chủ sẽ giúp tạo ra các động lực và sự quyết tâm trong học tập. Có nhiều nghiên cứu về những tác động tích cực của sự tự chủ đến lứa tuổi học sinh, sinh viên (Schunk, 1990; Multon, Brown & Lent, 1991; Hoover Dempsey, Bassler & Brissie, 1987). Khi những đứa trẻ có sự tự chủ đạt được những mục tiêu trong học tập thì thậm chí chúng có thể đạt được những mục tiêu mang tính thách thức hơn (Schunk, 1990). Điều này còn dẫn đến những kết quả học tập tốt hơn ở những lớp học cao hơn và có thể theo học những môn học khó hơn (Multon, Brown & Lent, 1991). Những sinh viên có sự tự chủ/tự tin cao về khoa học có thể học hành chăm chỉ hơn bởi vì các em tin rằng các em có thể sử dụng khả năng của mình trong học tập một cách hiệu quả (Hoover-Dempsey, Bassler & Brissie, 1987).

Các nhà nghiên cứu giáo dục và tâm lý học cũng cho rằng một đứa trẻ càng có sự tự chủ càng có thái độ học tập nghiêm túc và chăm chỉ hơn, đồng thời cũng có thái độ lạc quan, không ỷ lại, không né tránh, kiên trì và ít lo lắng hơn, vậy nên hiệu quả trong học tập và trong cuộc sống cũng tốt hơn. Như vậy sự tự chủ ở mỗi cá nhân hay "*cái tôi hiệu quả*" ảnh hưởng đáng kể tới sự thành công hay thất bại trong học tập và trong việc đạt được các mục tiêu cuộc sống. Các nhà tâm lý học gọi đó là "*cái tôi hiệu quả*" và coi nó như một yếu tố dự báo kết quả học tập của học sinh. Ngoài ra, trẻ em có sự tự chủ thường không có thái độ ỷ lại hoặc né tránh những công việc khó khăn và có quyết tâm cao để theo đuổi những mục tiêu đã đặt ra. Khi đối mặt với những nhiệm vụ khó khăn, trẻ tự mình biết cách hoặc tìm mọi cách để đạt mục đích đặt ra dù trong bất cứ hoàn cảnh nào.

Số liệu Bảng 6 trình bày tỷ lệ trẻ em tự đánh giá về mức độ tự tin của bản thân theo 10 nhận định của thang đo tự tin (SE). Kết quả cho thấy, ngoại trừ 2 nhận định "*Em tự tin rằng em có thể đối phó một cách hiệu quả khi gặp sự việc không lường trước*" và "*Nhờ sự tháo vát của mình, em biết cách đối phó với các tình huống bất ngờ xảy ra*" có tỷ lệ trẻ lựa chọn 2 phương án "*khá đúng*" và "*hoàn toàn đúng*" thấp hơn, chỉ đạt trên dưới 50% (45,3% và 53,0%); 8 nhận định còn lại thể hiện sự tự chủ của trẻ trong các hoàn cảnh khó khăn như: "*Em tự xoay sở để giải quyết được các vấn đề khó khi em thực sự cố gắng*"; "*Nếu bị ai đó ngăn cản, em luôn tìm được phương tiện và cách thức để đạt được điều mình muốn*", "*Em có thể dễ dàng tập trung theo đuổi mục tiêu và đạt được mục đích của mình*" "*Em có thể giải quyết hầu hết các vấn đề gặp phải nếu em có đủ nỗ lực*" "*Em có thể giữ bình tĩnh khi gặp khó khăn vì em tin vào khả năng đương đầu với thử thách của mình*" "*Khi đối đầu với một vấn đề nào đó, em thường có thể tìm được vài giải pháp khác nhau để giải quyết*" "*Nếu gặp rắc rối, em thường có thể nghĩ ra cách giải quyết*" "*Em thường có thể giải quyết vấn đề theo cách của mình*". Các nhận định này có tỷ lệ trẻ em lựa chọn phương án từ "*khá đúng*" và "*hoàn toàn đúng*" rất cao, dao động từ 60,7% đến 80,8%. Ngược lại, tỷ lệ trẻ lựa chọn phương án "*hoàn toàn không đúng*" ở cả 10 nhận định chỉ chiếm tỷ lệ khá thấp, dao động từ 1,5 đến 11,2%; trong khi điểm trung bình chung của các nhận định khá cao (từ 2,45 đến 3,11) cho thấy nhiều trẻ em trong mẫu nghiên cứu này có tính tự chủ trong cuộc sống.

Nhìn chung khi đối mặt với các tình huống bất ngờ, số trẻ có mức độ tự chủ để tự giải quyết được vấn đề thấp hơn so với số trẻ có khả năng giải quyết các rắc rối, thậm chí là tình huống rất khó khăn. Khi gặp tình huống bất ngờ, chỉ có trên dưới 1/2 số trẻ em tin vào khả năng bản thân có thể tự giải quyết được vấn đề xảy ra: 45,3% trẻ em cho rằng các em "*có thể đối phó một cách hiệu quả khi gặp*

sự việc không lường trước" và 53% tin vào "*sự tháo vát của mình, em biết cách đối phó với các tình huống bất ngờ xảy ra*".

Trong khi phải đối mặt với trường hợp gặp rắc rối hoặc với các vấn đề khó khăn một cách chủ động, phần đông trẻ cho rằng bản thân có thể nghĩ ra cách giải quyết theo cách riêng của mình (60-80%). Đặc biệt đối với các vấn đề khó khăn thử thách, nhiều trẻ tin vào khả năng đương đầu của mình, các em cho rằng mình có thể giữ được thái độ bình tĩnh để giải quyết công việc, cũng như tin vào sự nỗ lực cố gắng của bản thân trong việc giải quyết các khó khăn, hay vào khả năng tập trung của bản thân để theo đuổi các mục tiêu đạt được được mục đích của mình một cách dễ dàng.

Bảng 6: Phân bố tần suất, điểm trung bình và tỷ lệ trung bình về sự tự chủ của trẻ em

	Tần suất (%)				Điểm trung bình			N
	Hoàn toàn không đúng	Không đúng lắm	Khá đúng	Hoàn toàn đúng	Trung bình	%	Độ lệch chuẩn	
Em luôn tự xoay xở để giải quyết được các vấn đề khó khi em thực sự cố gắng	2,5	20,4	55,0	22,1	2,97	74,2	0,72	402
Nếu bị ai đó ngăn cản, em luôn tìm được phương tiện và cách thức để đạt được điều mình muốn	8,0	31,3	43,5	17,2	2,70	71,5	0,84	402
Em có thể dễ dàng tập trung theo đuổi mục tiêu và đạt được mục đích của mình	3,0	29,9	45,8	21,4	2,86	67,5	0,78	402
Em tự tin rằng em có thể đối phó một cách hiệu quả khi gặp sự việc không lường trước	11,2	43,5	34,3	10,9	2,45	61,2	0,83	402
Nhờ sự tháo vát của mình, em biết cách đối phó với các tình huống bất ngờ xảy ra	7,2	39,8	40,8	12,2	2,58	64,5	0,79	402
Em có thể giải quyết hầu hết các vấn đề gặp phải nếu em có đủ nỗ lực	4,0	15,2	46,5	34,3	3,11	77,7	0,80	402
Em có thể giữ được bình tĩnh khi gặp khó khăn vì em tin vào khả năng đương đầu với thử thách của mình	7,0	26,4	40,8	25,9	2,86	71,5	0,88	402
Khi đối đầu với một vấn đề nào đó, em thường có thể tìm được vài giải pháp khác nhau để giải quyết	4,2	25,9	47,0	22,9	2,89	72,2	0,80	402
Nếu gặp rắc rối, em thường có thể nghĩ ra cách giải quyết	1,5	25,1	50,5	22,9	2,95	73,7	0,73	402
Em thường có thể giải quyết vấn đề theo cách của mình	4,2	23,6	37,1	35,1	3,03	75,7	0,87	402
Tổng điểm (0- 40)					28,38	71,0	4,23	

* Tỷ lệ trung bình: Chuyển từ 4 cột trung bình sang dạng phần trăm

Về lý thuyết, điểm số càng cao thì mức độ tự chủ ở trẻ càng cao. Kết quả phân tích cho thấy mức độ tự chủ của trẻ tương đối tích cực, 7/10 nhận định về sự tự chủ do trẻ báo cáo có tỷ lệ trung bình trên 70%, tính chung điểm trung bình của 10 nhận định trên có giá trị trung bình từ 2,45 đến 3,11 (cao nhất ở nhận định “Em có thể giải quyết hầu hết các vấn đề gặp phải nếu em có đủ nỗ lực”). Tổng điểm trung bình về sự tự chủ của trẻ trong nghiên cứu này là tương đối cao 28,38 (SD = 4,23) (tổng điểm trung bình thấp nhất là 16 và cao nhất là 40).

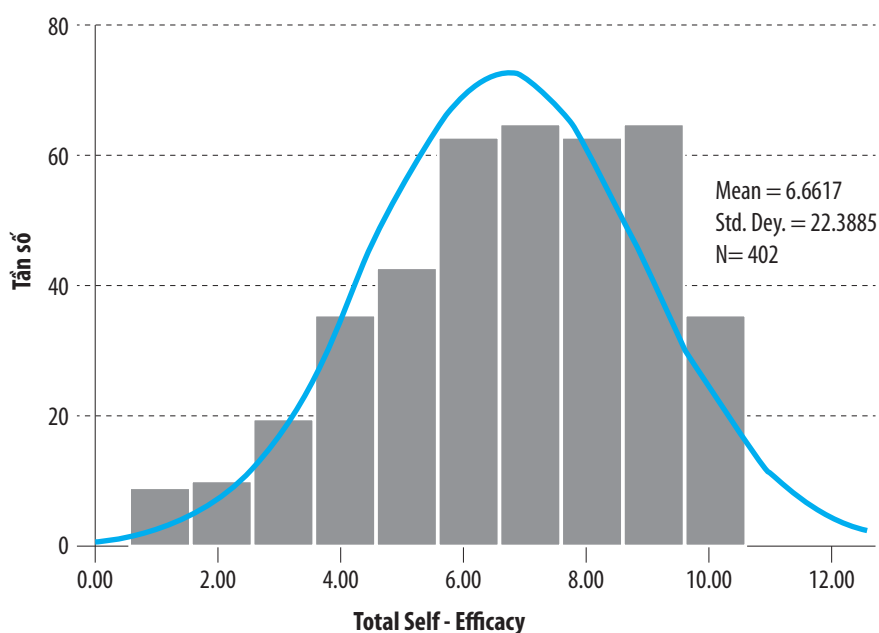
Để tìm hiểu **nhận thức về sự tự chủ của bản thân trẻ (Perceived self-efficacy)** nghiên cứu dựa vào tỷ lệ những trẻ có câu trả lời từ mức khá đúng cho đến hoàn toàn đúng cho mỗi item. Như vậy, từ phương án trả lời chúng tôi sẽ nhóm lại thang đo cho mỗi nhận định thành 2 nhóm: 1- đúng và 0- sai. Cụ thể ở thang đo có giá trị 1- Đúng sẽ gồm hai phương án Khá đúng và Hoàn toàn đúng (giá trị 3 và 4); và thang đo có giá trị 0 - Sai gồm hai phương án trả lời Hoàn toàn không đúng và Không đúng lắm (có giá trị 1 và 2).

Số liệu Bảng 7 trình bày tỷ lệ trẻ em trả lời đúng về các nhận định đánh giá về mức độ tự chủ. Kết quả phân tích cho thấy có 2 trong số 8 nhận định đưa ra có tỷ lệ trẻ em trả lời đúng, đạt từ mức 75% trở lên, đó là nhận định: “Em luôn tự xoay xở để giải quyết được các vấn đề khó khi em thực sự cố gắng” (77,1%) và “Em có thể giải quyết hầu hết các vấn đề gặp phải nếu em có đủ nỗ lực” (80,8%). Các nhận định còn lại chỉ đạt từ 45,3% đến 73,4%.

Bảng 7: Phân bố tần suất về mức độ tự chủ mà trẻ em tự nhận thấy ở bản thân ở hai thang đo

	Sai	Đúng	N
Em luôn tự xoay xở để giải quyết được các vấn đề khó khi em thực sự cố gắng	22,9	77,1	402
Nếu bị ai đó ngăn cản, em luôn tìm được phương tiện và cách thức để đạt được điều mình muốn	39,3	60,7	402
Em có thể dễ dàng tập trung theo đuổi mục tiêu và đạt được mục đích của mình	32,8	67,2	402
Em tự tin rằng em có thể đối phó một cách hiệu quả khi gặp sự việc không lường trước	54,7	45,3	402
Nhờ sự tháo vát của mình, em biết cách đối phó với các tình huống bất ngờ xảy ra	47,0	53,0	402
Em có thể giải quyết hầu hết các vấn đề gặp phải nếu em có đủ nỗ lực	19,2	80,8	402
Em có thể giữ được bình tĩnh khi gặp khó khăn vì em tin vào khả năng đương đầu với thử thách của mình	33,3	66,7	402
Khi đối đầu với một vấn đề nào đó, em thường có thể tìm được vài giải pháp khác nhau để giải quyết	30,1	69,9	402
Nếu gặp rắc rối, em thường có thể nghĩ ra cách giải quyết	26,6	73,4	402
Em thường có thể giải quyết vấn đề theo cách của mình	27,9	72,1	402

Biểu đồ 6 mô tả tỷ lệ đánh giá mức độ tự chủ của trẻ em theo thang điểm trung bình từ 0-10 cho thấy, sự tự chủ ở trẻ em khá cao với điểm trung bình là 6,66 (độ lệch chuẩn là 2,23). Trong đó chỉ có 18,2% số trẻ có điểm trung bình về mức độ tự chủ dưới mức trung bình (từ 0-4 điểm), 41% có điểm trung bình ở từ 5-7 điểm và 40% có điểm trung bình ở khoảng từ 8-10 điểm. Kết quả này cho thấy bản thân trẻ em có mức độ tự chủ tương đối cao.

Biểu 6: Phân bố tần suất tổng điểm tự chủ

Bảng 8: Điểm trung bình (độ lệch chuẩn) của SE theo các đặc điểm của trẻ em

Tất cả trẻ em (N=402)	Tuổi		Giới tính		Cấp học	
	<15 (n=186)	15+ (n=216)	Em trai (n=160)	Em gái (n=242)	THCS (n=186)	THPT (n=216)
			* (P=0.015)			
6.66 (2.23)	6.66 (2.14)	6.66 (2.32)	6.99 (1.93)	6.44 (2.39)	6.66 (2.14)	6.66 (2.32)
Tỉnh				Khu vực		Miền
Hà Nội (n=102)	Điện Biên (n=104)	An Giang (n=118)	TPHCM (n=78)	Đô thị (n=173)	Nông thôn (n=229)	Bắc (n=206) Nam (n=196)
** (P=0.001)						*** (P=0.000)
6.40 (2.31)	6.13 (2.09)	7.22 (2.15)	6.84 (2.26)	6.86 (2.30)	6.51 (2.17)	6.26 (2.20) 7.07 (2.20)

Mức độ tự chủ theo các đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ

Kết quả phân tích cho thấy mức độ tự chủ của trẻ em trong mẫu nghiên cứu này không có sự khác biệt theo nhóm tuổi, cấp học, nhưng lại cho thấy sự khác biệt theo giới tính và theo khu vực sống, như đã thể hiện ở Bảng 8. Mức độ tự chủ của trẻ em sống ở thành thị cao hơn so với trẻ em ở khu vực nông thôn. Trẻ em ở thành thị có sự tự chủ cao hơn trẻ ở nông thôn với điểm trung bình là 6,86 (độ lệch chuẩn 2,30) so với 6,51 (độ lệch chuẩn 2,17).

Kết quả phân tích tương quan cho thấy có sự khác biệt về mức độ tự chủ của theo giới tính, tỉnh và khu vực. Sự khác biệt là có ý nghĩa về mặt thống kê ($P < 0,05$, $P < 0,001$, $P = 0,000$). Mức độ tự chủ ở trẻ em trai cao hơn so với trẻ em gái, với mức điểm trung bình là 6,99 (độ lệch chuẩn 1,93) so với 6,44 (độ lệch chuẩn 2,39) ($P < 0,05$). Trẻ em ở An Giang và TPHCM có mức độ tự chủ cao hơn trẻ em ở Hà Nội và Điện Biên ($P = 0,001$). Trẻ em ở miền Nam có mức độ tự tin cao đáng kể hơn trẻ em ở miền Bắc với mức điểm trung bình là 7,07 (độ lệch chuẩn 2,20) so với 6,26 (độ lệch chuẩn 2,20) ($P = 0,000$).

4. Kết luận

Nghiên cứu về sức khỏe tâm thần và sự tự chủ của trẻ em trong lứa tuổi học đường là vấn đề khá phức tạp nhưng rất quan trọng cho việc phát triển sức khỏe tâm thần của trẻ em. Để xác định và đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần và sự tự chủ của trẻ em đang trong lứa tuổi học đường ở Việt Nam nhóm nghiên cứu đã sử dụng hai bộ công cụ là SDQ và SE để thu thập và phân tích dữ liệu. Kết quả nghiên cứu này cũng góp phần xác nhận sự phù hợp của thang đo SQD trong xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em Việt Nam. Các phân tích bước đầu dựa trên mẫu trẻ em 12-17 tuổi đang là học sinh ở hai cấp học trung học cơ sở và trung học phổ thông ở 4 tỉnh/thành phố, đại diện cho 2 miền ở Việt Nam cho phép đưa ra một số các kết luận như sau:

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần

Trong số 4 vấn đề về hành vi và cảm xúc, nghiên cứu này đã ghi nhận ở trẻ em các biểu hiện liên quan vấn đề tình cảm/cảm xúc được thể hiện nhiều nhất. Tỷ lệ trẻ em có vấn đề cảm xúc ở mức bất thường cao hơn gấp 2 lần so với các vấn đề khác, cho thấy việc phát triển cảm xúc/

tình cảm là vấn đề trẻ gặp khó khăn nhiều nhất trong giai đoạn vị thành niên là giai đoạn thích nghi khó khăn nhất trong cuộc sống. Nhóm trẻ có vấn đề về hành vi cũng được ghi nhận khá cao trong nghiên cứu này với các biểu hiện điển hình như dễ nổi giận và mất bình tĩnh, không tự chủ hoặc thường làm những gì người khác sai bảo. Hiện tượng trẻ em có các hành vi rối loạn ứng xử như đánh nhau, uy hiếp/bắt nạt bạn bè, hoặc có hành vi không trung thực là rất nhỏ, nhưng lại có nhiều trẻ ít nhiều có xu hướng có hành vi này là vấn đề cần được gia đình và nhà trường quan tâm, bởi trẻ có các rối loạn hành vi này không chỉ gặp khó khăn trong xây dựng các mối quan hệ xã hội mà còn trong việc phát triển nhân cách.

Phần đông số trẻ trong mẫu nghiên cứu báo cáo là có vấn đề hoặc có dấu hiệu tăng động giảm chú ý. Rất ít trẻ em có khả năng tập trung, phán đoán phân tích, và có kết quả công việc luôn đạt hiệu quả. Các dấu hiệu này thường dễ bị cha mẹ và nhà trường bỏ qua, ít được quan tâm để có phương pháp giáo dục phù hợp.

Nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ trẻ em có vấn đề bạn bè ở mức “bất thường” theo thang đo SDQ thấp

hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu khác; nhưng tỷ lệ trẻ có khó khăn về vấn đề bạn bè ở mức ranh giới (Borderline) cao gấp 2-3 so với các vấn đề khác. Trong vấn đề bạn bè có một bộ phận không nhỏ trẻ em có lối sống khá khép kín, ít bạn thân, không được bạn bè yêu mến, có xu hướng thích chơi với người lớn tuổi, đặc biệt gần một nửa số trẻ là nạn nhân hoặc có nguy cơ bị bạn bè trêu chọc bắt nạt, cho thấy quan hệ bạn bè là một vấn đề khó khăn đối với trẻ em trong lứa tuổi học đường.

Các vấn đề khó khăn về hành vi và cảm xúc nêu trên có sự khác biệt theo đặc trưng nhân khẩu xã hội của trẻ em. Nhóm trẻ lớn tuổi hơn, học ở cấp học cao hơn có các vấn đề khó khăn cao hơn so nhóm trẻ em ít tuổi hơn và ở cấp học thấp hơn; trẻ em gái có các vấn đề khó khăn cao hơn trẻ em trai. Trẻ em gái gặp vấn đề về cảm xúc/tình cảm cao hơn so với trẻ em trai; ngược lại, trẻ em trai gặp vấn đề về bạn bè cao hơn so với trẻ em gái. Trẻ em ở nhóm tuổi cao hơn có vấn đề về tăng động cao hơn so nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn, và trẻ em sống ở thành thị và ở thành phố lớn có vấn đề tăng động cao hơn.

Đánh giá điểm trung bình tổng các khó khăn theo thang đo SDQ do trẻ em báo cáo cho thấy, điểm trung bình tổng các khó khăn ở trẻ em là tương đối cao so với một số kết quả nghiên cứu khác về sức khỏe tâm thần của trẻ em ở Việt Nam có sử dụng thang đo SDQ. Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ có vấn đề ở mức bất thường là phù hợp với các nghiên cứu khác về trẻ em ở Việt Nam. Nhìn chung kết quả này cũng ở ngưỡng tỷ lệ có vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em ở các nước châu Á. Điểm trung bình tổng các khó khăn của trẻ em cũng có sự khác nhau theo khu vực sống. Trẻ em ở khu vực nông thôn có điểm trung bình tổng các khó khăn cao hơn khu vực đô thị, ở miền nam cao hơn miền Bắc.

Tương tự, nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ trẻ có vấn đề ở mức "bất thường" có

sự khác biệt theo nhóm tuổi, khu vực sống. Trẻ có vấn đề ở mức bất thường cao hơn đáng kể ở nhóm tuổi từ 16 tuổi trở lên, trẻ em gái có tỷ lệ ở mức bất thường cao hơn trẻ em trai, ở khu vực nông thôn cao hơn so thành thị và ở nhóm trẻ em ở miền Bắc cao hơn. Đáng chú ý tỷ lệ trẻ em có vấn đề ở mức bất thường cao nhất ở Điện Biên – là tỉnh miền núi phía Bắc và An Giang – một tỉnh thuộc vùng đồng bằng sông Cửu Long. Phân tích so sánh tương cũng cho thấy tỷ lệ trẻ em có vấn đề ở mức "bất thường" là khác nhau giữa các khu vực, và điều này là có ý nghĩa thống kê.

Đối với vấn đề xã hội tích cực, đa số trẻ em trong mẫu nghiên cứu này có quan hệ xã hội tích cực. Nhìn chung không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trẻ em về vấn đề xã hội tích cực, nhưng tổng điểm trung bình vấn đề xã hội tích cực được ghi nhận cao hơn ở nhóm trẻ tuổi từ 15 trở xuống, nhóm trẻ em gái, nhóm trẻ học cấp trung học cơ sở và ở trẻ sống ở nông thôn. Phân tích tương quan gợi ý rằng có mối liên hệ giữa các yếu tố tuổi, giới tính, trình độ học vấn, địa điểm trường học và khu vực sống của trẻ em đối với các vấn đề xã hội tích cực.

Về sự tự chủ và nhận thức của trẻ em về sự tự chủ

Phân tích số liệu của trẻ trong mẫu nghiên cứu này khá tích cực. Tỷ lệ trẻ em có sự tự chủ tương đối cao, thể hiện ở cả trong các tình huống bất ngờ và đặc biệt trong hoàn cảnh khó khăn, dù số trẻ tự chủ trong việc đối phó với tình huống bị động, bất ngờ có thấp hơn. Đặc biệt đối với các khó khăn thử thách, nhiều trẻ tin vào khả năng đương đầu của bản thân. Các em có thể giữ được thái độ bình tĩnh để giải quyết công việc và tự tin vào nỗ lực cố gắng của bản thân, vào khả năng tập trung để theo đuổi nhằm đạt được các mục tiêu một cách dễ dàng.

Phân tích tương quan cho thấy, sự tự chủ và mức độ tự chủ của trẻ em

cũng có sự khác biệt theo giới tính và theo khu vực sống của trẻ. Mức độ tự chủ ở trẻ em trai cao hơn so với trẻ em gái; ở nhóm trẻ em sống ở thành thị cao hơn so với trẻ em ở khu vực nông thôn, ở trẻ em sống ở miền Nam cao hơn so với trẻ em ở miền Bắc. Trong bối cảnh xã hội Việt Nam ngày càng có sự hội nhập quốc tế sâu rộng, sự tự chủ của trẻ em Việt Nam rất cần cha mẹ, gia đình và nhà trường quan tâm nuôi dưỡng và phát triển, để trẻ em có tính tự lập, sự tự chủ cao, tự tin vào khả năng của bản thân để ra các quyết định và đối phó với những tình huống khó khăn trong học tập và cuộc sống.

Tài liệu trích dẫn

- Amstadter, Richardson L, Meyer A, Sawyer G, Kilpatrick DG, Tran TL, Trung LT, Tam NT, Tuan T, Buoi LT, Ha TT, Thach TD, Gaboury M, Acierno R. 2011. Prevalence and correlates of probable adolescent mental health problems reported by parents in Vietnam. In *Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Feb. 46(2):95-100, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20012859>
- Bandura, A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Prentice Hall.
- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, Vol. 84, No.2, p.195-215, <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Chương trình sức khỏe tâm thần học đường, Bệnh viện tâm thần Mai Hương, <http://www.maihuong.gov.vn/m/suc-khoe-tam-than-tre-em/62-chuong-trinh-suc-khoe-tam-than-hoc-duong.html>
- Đặng Hoàng Minh, Bahr Weiss, Nguyễn Cao Minh. 2013. *Sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam: Thực*

trạng và các yếu tố nguy cơ. Đại học Quốc Gia, Trường Đại học Giáo dục.

Hoàng Cẩm Tú, Đặng Hoàng Minh. 2009. Thực trạng sức khỏe tâm thần (SKTT) ở 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.

Lynne Omes, Lynda B.Ransdell (2010) A pilot study examining exercise self-efficacy as a mediator for walking behavior in college-age women in Perceptual and Motor Skills 110(3 Pt 2):1098-104 · June 2010.

Nicholas A Keks, Graham D Burrows. 1997. The essential practice of mental health care. Medical Journal Australia (MJA), Volume 167, Issue 3.

Nguyễn Viết Thiêm. 2002. Sức khỏe tâm thần cộng đồng. Tài liệu đào tạo sau đại học. Đại học Y Hà Nội.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1995. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Vũ Dũng. 2008. Từ điển tâm lý học. Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa.

WHO. 2003. Investing in mental health. Geneva, World health organization.

Nguyễn Đình Thọ, Nguyễn Thị Mai Trang. 2009. Nguyên lý marketing. Nxb. Lao động.

Hoover-Dempsey, K. V., Bassler, O. C., & Brissie, J. S. (1987). Parent involvement: Contributions of teacher efficacy, school socioeconomic status, and other school characteristics. American Educational Research Journal, 24(3), 417-435.

Schunk, D. H. (1991). Self-efficacy and academic motivation. Educational Psychologist, 26(3-4), 207-231.

Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. 2009. "The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons". Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Sep;44(9):740-7.

Multon, K. D., Brown, S. D., & Lent, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. Journal of Counseling Psychology, 38(1)

Yasong Du, Jianhua Kou, David Coghill. 2008. "The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China". Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008; 2: 8. Published online 2008 Apr 29

SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. 2008. <http://www.sdqinfo.com>

Ralf Schwarzer. 2014. Documentation of the General Self-Efficacy Scale. Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask by Ralf Schwarzer May 30, 2014.

Phụ lục 4: Các chính sách và văn bản quy phạm luật liên quan đến sức khỏe tâm thần, bảo trợ xã hội và trẻ em

Các văn bản pháp lý liên quan đến chăm sóc sức khỏe tinh thần cho trẻ em

Luật Bảo bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em, được ban hành lần thứ nhất vào ngày 16/9/1991, và sau đó được sửa đổi và ban hành vào ngày 15/6/2004 có những quy định rõ ràng về chăm sóc sức khỏe trẻ em mặc dù không có những điều khoản cụ thể về chăm sóc sức khỏe tâm thần. Điều 15 của bộ Luật này nêu rõ: “*Trẻ em có quyền được chăm sóc, bảo vệ sức khỏe*” (Khoản 1) và “*trẻ em dưới sáu tuổi được chăm sóc sức khỏe ban đầu, được khám bệnh, chữa bệnh không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập*” (Khoản 2). Luật này cũng quy định 17 điều về trách nhiệm của nhà nước, gia đình và xã hội trong đảm bảo các điều kiện để trẻ em được hưởng các quyền do Luật quy định. Khoản 4 Điều 27 quy định: “*Nhà nước có chính sách phát triển sự nghiệp y tế, đa dạng hoá các loại hình dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; có chính sách miễn, giảm phí khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng cho trẻ em; bảo đảm kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới sáu tuổi*”.

Khoản 3 của Điều 27 cũng có những quy định liên quan đến trách nhiệm của một số cơ quan quản lý nhà nước liên quan đến CSSK trẻ em: “*Bộ Giáo dục và Đào tạo có trách nhiệm tổ chức y tế học đường. Bộ Y tế có trách nhiệm phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo trong việc hướng dẫn thực hiện các biện pháp phòng tránh bệnh học đường và các bệnh khác cho trẻ em*”. Khoản 2 của điều luật này cũng nêu rõ trách nhiệm của cơ sở y tế công lập: “*Cơ sở y tế công lập có trách nhiệm hướng dẫn và tổ chức thực hiện việc chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh, chữa bệnh cho trẻ em*”, trong khi đó trách nhiệm của gia

đình đối với CSSK trẻ em được quy định tại khoản 1: “*Cha mẹ, người giám hộ có trách nhiệm thực hiện những quy định về kiểm tra sức khỏe, tiêm chủng, khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em*”.

Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 có những điều khoản quy định liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em và những quy định liên quan đến sự ưu tiên chăm sóc sức khỏe đối với nhóm trẻ em bị khuyết tật và bảo vệ sức khỏe cho đồng bào dân tộc thiểu số. Khoản 1 Điều 46 quy định: “*Trẻ em được y tế cơ sở quản lý sức khỏe, được tiêm chủng phòng bệnh, phòng dịch, được khám bệnh, chữa bệnh*”. Khoản 1 Điều 42 nêu: “*Nhà nước dành ngân sách thích đáng để củng cố mở rộng mạng lưới y tế khám bệnh, chữa bệnh cho đồng bào các dân tộc thiểu số, đặc biệt là y tế cơ sở ở vùng cao, vùng xã xôi hẻo lánh*”. Ngoài ra, bộ luật này cũng quy định các trách nhiệm của gia đình và xã hội trong chăm sóc sức khỏe trẻ em: Điều 46, khoản 2 quy định: “*Ngành y tế có trách nhiệm phát triển, củng cố mạng lưới chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em*”. Vai trò của gia đình được quy định ở khoản 3 của Điều 46 như sau: “*Cha mẹ, người nuôi dưỡng trẻ em có trách nhiệm thực hiện những quy định về kiểm tra sức khỏe và tiêm chủng theo kế hoạch của y tế cơ sở, chăm lo trẻ em khi đau ốm và thực hiện các quyết định của người thầy thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em*”. Điều 47 thể hiện trách nhiệm của nhà nước trong việc quan tâm CSSK cho trẻ em bị khuyết tật: “*Bộ y tế, Bộ lao động - thương binh và xã hội, Bộ giáo dục có trách nhiệm tổ chức chăm sóc và áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng cho trẻ em có khuyết tật*”. Quy định mang tính luật pháp này là rất quan trọng đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em trong bối cảnh Việt Nam xếp người bị bệnh tâm thần vào nhóm

người khuyết tật (đối với các bệnh tâm thần phân liệt và động kinh) để được hưởng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần theo Chương trình mục tiêu quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần nhân dân được bắt đầu từ năm 1999.

Luật Bình đẳng giới 2006 mặc dù không có quy định trực tiếp về chăm sóc sức khỏe cho trẻ em trai và trẻ em gái nhưng có những điều khoản liên quan, làm cơ sở pháp lý cho việc chăm sóc sức khỏe trẻ em trên cơ sở bình đẳng giới. Điều 18, Khoản 4 quy định: “*Con trai, con gái được gia đình chăm sóc, giáo dục và tạo điều kiện như nhau để học tập, lao động, vui chơi, giải trí và phát triển*”. Ngoài ra, khoản 5 của Điều 16 này cũng có sự đề cập đến việc ngăn ngừa những rủi ro về sức khỏe tâm thần khi trẻ em trai và trẻ em gái bị cha mẹ phân biệt đối xử trong phân công lao động trong gia đình, đặc biệt trong bối cảnh văn hóa Việt Nam là con trai thường được ưu tiên hơn trong chia sẻ công việc gia đình, dẫn đến nguy cơ trẻ em gái có những mặc cảm/khó khăn nhất định về tâm lý tình cảm trong mối quan hệ với cha mẹ và anh/em trai. Khoản 5 Điều quy định: “*Các thành viên nam, nữ trong gia đình có trách nhiệm chia sẻ công việc gia đình*”.

Luật Phòng, chống bạo lực gia đình 2007 nêu những hành vi nghiêm cấm về các hình thức bạo lực trong gia đình, điều này không những làm giảm thiểu nguy cơ bạo lực giữa vợ - chồng, mà còn giảm thiểu những nguy cơ về bạo lực của bố mẹ đối với con cái - một yếu tố thúc đẩy các rủi ro về sức khỏe tâm thần đối với trẻ em. Điều này còn có ý nghĩa hơn nữa, khi trong thực tiễn của Việt Nam, việc cha mẹ sử dụng các hình thức bạo lực như một hình thức giáo dục con cái vẫn còn tương đối phổ

biến. Đặc biệt, Khoản e) Điều 2 của bộ luật này cũng quy định cưỡng ép tảo hôn, cưỡng ép kết hôn cũng là một hình thức bạo lực gia đình. Như vậy, quy định mang tính pháp lý này nếu được tuyên truyền, phổ biến tốt ở cộng đồng bà con dân tộc thiểu số có truyền thống ép con cái tảo hôn, kết hôn thì sẽ góp phần giảm thiểu được nguy cơ trẻ em bị trầm cảm dẫn đến tự tử do cha mẹ ép tảo hôn hoặc kết hôn.

Chương trình, chiến lược và chính sách có những ảnh hưởng nhiều tới chăm sóc sức khỏe cho trẻ em ở Việt Nam những năm qua

Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em Việt Nam giai đoạn 2001- 2010 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 23/2001/QĐ-TTg ngày 26/02/2001. Mục tiêu tổng quát của Chương trình là xây dựng môi trường an toàn và lành mạnh để trẻ em Việt Nam có cơ hội được bảo vệ, chăm sóc, giáo dục và phát triển toàn diện về mọi mặt, có cuộc sống ngày càng tốt đẹp hơn. Chương trình này có những mục tiêu liên quan đến vấn đề vui chơi giải trí cho trẻ em- một lĩnh vực giúp trẻ em có được sự phát triển sức khỏe tinh thần lành mạnh. Chương trình cũng nhấn mạnh đến việc tăng cường công tác truyền thông nhằm nâng cao nhận thức và trách nhiệm của gia đình, nhà trường, cơ quan Nhà nước, tổ chức kinh tế, tổ chức xã hội và mọi công dân trong công tác bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em; Chú trọng hình thức tư vấn, tham vấn, công tác xã hội và vận động trực tiếp đối với gia đình và cộng đồng dân cư về kỹ năng bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em; Tập trung hoạt động truyền thông - giáo dục vào những vùng dân tộc ít người, miền núi, hải đảo, địa bàn có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn hoặc khó khăn và những nhóm đối tượng còn hạn chế trong thực hiện trách nhiệm của mình đối với trẻ em.

Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2012 - 2020 (Quyết định số 1555/QĐ-TTg ngày 17/10/2013 của Thủ tướng Chính phủ). Tiếp tục nghiên cứu hoàn thiện hệ thống chính sách phúc lợi cho trẻ em theo hướng mở rộng đối tượng trẻ em được hưởng lợi trong các lĩnh vực y tế, giáo dục, trợ giúp xã hội, vui chơi, giải trí, thể thao, du lịch, thông tin, truyền thông và thực hiện quyền tham gia của trẻ em. Liên quan đến CSSK trẻ em Chương trình giao trách nhiệm cho Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành, địa phương tuyên truyền và thực hiện các mục tiêu về dinh dưỡng, chăm sóc sức khỏe cho trẻ em, xây dựng các chương trình, đề án liên quan đến trẻ em do ngành quản lý; xây dựng các chương trình về dinh dưỡng, chăm sóc sức khỏe cho trẻ em; chỉ đạo tổ chức thực hiện có hiệu quả chính sách khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, trẻ em của hộ gia đình nghèo; phục hồi chức năng cho trẻ em khuyết tật; thí điểm các loại hình dịch vụ y tế đặc thù cho trẻ em.

Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010 (Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/3/2001). Chiến lược này đã đưa ra những quan điểm và mục tiêu cơ bản cho việc phát triển y tế và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và trẻ em. Chiến lược nhấn mạnh nhiều đến đối tượng trẻ em. Trong số 21 chỉ tiêu mục tiêu ngành y tế đến 2010 có 7 chỉ tiêu liên quan trực tiếp đến trẻ em, tuy nhiên, chủ yếu là vấn đề chăm sóc sức khỏe trẻ em dưới 6 tuổi, giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, và cải thiện dinh dưỡng cho trẻ em và các vấn đề liên quan đến CSSK bà mẹ trước và sau sinh. Chiến lược này nêu rõ Nhà nước giữ vai trò chủ đạo trong đầu tư cho y tế, từng bước phấn đấu tăng mức chi thường xuyên cho y tế trong tổng chi ngân sách Nhà nước. Ưu tiên đầu tư cho vùng nghèo, vùng núi, vùng sâu, vùng xa về các hoạt động y tế phòng, chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở, khám chữa bệnh cho người nghèo và các đối tượng chính

sách, bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Trong chiến lược này, các thuật ngữ như “tâm thần”, “tự tử” được xuất hiện cùng với các nhóm bệnh không lây nhiễm cần được phòng chống và quản lý, nhưng không có những mục tiêu cụ thể về CSSK tâm thần cho trẻ em.

Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011- 2020, tầm nhìn đến 2030 (Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013). Chiến lược này cũng có nhiều nội dung liên quan đến chăm sóc sức khỏe trẻ em nhưng cũng chưa có các nội dung cụ thể về chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung và CSSK tâm thần cho trẻ em nói riêng. Chiến lược này có những mục tiêu quan trọng về đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng Công bằng - Hiệu quả - Phát triển; bảo đảm mọi người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm người dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản có chất lượng. Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị y tế gắn với việc thực hiện lộ trình bảo hiểm y tế toàn dân để nhanh chóng thích ứng với thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa trong các hoạt động của ngành y tế. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và tàn tật; khống chế các bệnh truyền nhiễm, các bệnh gây dịch thường gặp và mới nổi, không để dịch lớn xảy ra. Chiến lược nhấn mạnh đến mục tiêu hạn chế, tiến tới kiểm soát các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm, các bệnh liên quan đến môi trường, lối sống, hành vi, an toàn vệ sinh thực phẩm, dinh dưỡng, bệnh học đường. Việc đề cập đến bệnh học đường (mặc dù không có chỉ tiêu và nội dung cụ thể) nhưng cũng cho thấy đây là cơ sở chính sách quan trọng để xây dựng những chương trình liên quan đến phòng ngừa các rủi ro đối với sức khỏe tâm thần của trẻ em trong môi trường

học đường, như bạo lực học đường, các vấn đề về sức khỏe tâm thần liên quan đến sức ép học hành. Ngoài ra, cũng như các Chiến lược, chương trình mục tiêu quốc gia trước đó, chiến lược này cũng tiếp tục đề ra nhiệm vụ tăng cường nhân lực y tế cho khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo.

Văn bản pháp lý liên quan đến công tác xã hội trong lĩnh vực y tế

1. Quyết định phê duyệt Đề án về “Phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 – 2020”.

Ngày 25/3/2010 Thủ tướng Chính phủ đã ra quyết định số 32/2010/QĐ-TTg Phê duyệt đề án “*Phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 – 2020*”. Mục tiêu của đề án là phát triển công tác xã hội trở thành một nghề ở Việt Nam. Nâng cao nhận thức của toàn xã hội về nghề công tác xã hội; xây dựng đội ngũ cán bộ, viên chức, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội đủ về số lượng, đạt yêu cầu về chất lượng gắn với phát triển hệ thống cơ sở cung cấp dịch vụ công tác xã hội tại các cấp, góp phần xây dựng hệ thống an sinh xã hội tiên tiến. Đây là văn bản pháp lý quan trọng cho việc phát triển nghề CTXH ở Việt Nam trong lĩnh vực y tế.

2. Quyết định số 2514-QĐ-BYT về việc Phê duyệt Đề án “Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2011-2020”

Ngày 15/7/2011 Bộ Y tế ban hành quyết định số 2514-QĐ-BYT về việc Phê duyệt Đề án “*Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2011-2020*” với mục tiêu tổng quát là: Hình thành và phát triển nghề công tác xã hội trong ngành Y tế, góp phần tăng cường chất lượng, hiệu quả của sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Tại văn bản này, Bộ Y tế đã đề cập rằng, việc xây dựng đề án phát triển

nghề Công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020 là hết sức cần thiết nhằm cụ thể hóa Quyết định số 32 của Thủ tướng Chính phủ vào thực tiễn của ngành Y tế góp phần giải quyết những nhu cầu bức thiết trong CSSK, hỗ trợ nâng cao chất lượng dịch vụ cũng như làm gia tăng sự hài lòng của người dân khi sử dụng dịch vụ Y tế.

Văn bản cũng đánh giá rằng những năm gần đây, tại một số bệnh viện tuyến Trung ương cũng đã triển khai hoạt động CTXH với sự tham gia của đội ngũ nhân viên y tế kiêm nhiệm và tình nguyện viên nhằm hỗ trợ thầy thuốc trong phân loại bệnh nhân, tư vấn, giới thiệu dịch vụ chuyển tiếp, hỗ trợ chăm sóc người bệnh góp phần làm giảm bớt khó khăn trong quá trình tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh... Tuy nhiên, hoạt động CTXH trong ngành y tế hiện mới chỉ mang tính tự phát, chưa được điều chỉnh bởi các văn bản mang tính pháp lý. Đội ngũ cán bộ tham gia hoạt động chủ yếu mới chỉ có nhiệt huyết và kinh nghiệm, chưa được đào tạo, bồi dưỡng về kiến thức, kỹ năng nên thường thiếu tính chuyên nghiệp, hiệu quả hoạt động chưa được như mong đợi.

3. Thông tư số 43/2015/TT-BYT Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của Bệnh viện

Ngày 26/11/2015 Bộ Y tế ra thông tư số 43/2015/TT-BYT Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của Bệnh viện. Thông tư này quy định về nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện.

Về *nhiệm vụ*, thông tư quy định 5 nhiệm vụ của công tác xã hội của bệnh viện bao gồm (1) Hỗ trợ, tư vấn giải quyết các vấn đề về công tác xã hội cho người bệnh và người nhà người bệnh trong quá trình

khám bệnh, chữa bệnh; (2) Thông tin, truyền thông và phổ biến, giáo dục pháp luật (Thực hiện công tác phát ngôn; truyền thông cho người bệnh các chính sách, luật pháp liên quan đến công tác khám bệnh, chữa bệnh...); (3) Vận động tiếp nhận tài trợ (để hỗ trợ người bệnh có hoàn cảnh khó khăn); (4) Hỗ trợ nhân viên y tế; (5) Đào tạo, bồi dưỡng về CTXH (cho sinh viên, nhân viên y tế...); (6) Tổ chức đội ngũ cộng tác viên làm công tác xã hội của bệnh viện; và (7) Tổ chức các hoạt động từ thiện, công tác xã hội của bệnh viện tại cộng đồng (nếu có).

Về *hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện*, thông tư quy định căn cứ quy mô giường bệnh, điều kiện về nhân lực, kinh phí và phạm vi hoạt động chuyên môn, giám đốc bệnh viện quyết định thành lập hoặc báo cáo cấp có thẩm quyền quyết định thành lập một trong các hình thức Phòng Công tác xã hội thuộc bệnh viện; hoặc Tổ Công tác xã hội thuộc Khoa khám bệnh hoặc Phòng điều dưỡng hoặc Phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện.

Về *nhân lực*, thông tư quy định phòng/tổ Công tác xã hội bao gồm các viên chức, nhân viên chuyên ngành công tác xã hội; chuyên ngành truyền thông, y tế hoặc ngành khoa học xã hội khác được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về công tác xã hội.

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.



Overseas Development Institute
203 Blackfriars Road
London SE1 8NJ

Tel: +44 (0) 20 7922 0300
Fax: +44 (0) 20 7922 0399
E-mail: info@odi.org.uk

www.odi.org
www.odi.org/facebook
www.odi.org/twitter



UNICEF Việt Nam
Địa chỉ: Ngôi nhà Xanh Một Liên Hợp Quốc
304 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội

Điện thoại: (+84 24) 3850 0100
Fax: (+84 24) 3726 5520
Email: hanoi.registry@unicef.org

Follow us:

- www.unicef.org/vietnam
- www.facebook.com/unicefvietnam
- www.youtube.com/unicefvietnam