

NÂNG CAO NHẬN THỨC CỦA GIÁO VIÊN PHỔ THÔNG VỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Bùi Thị Thanh Diệu

Khoa Tâm lý – Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Đà Nẵng

Tóm tắt. Bài báo đi sâu phân tích nhận thức của giáo viên trung học cơ sở về sức khỏe tâm thần. Theo đó, nhận thức về sức khỏe tâm thần của giáo viên trung học cơ sở tại địa bàn Đà Nẵng được nhận định là chưa hoàn toàn đầy đủ và chính xác. Nguyên nhân của những rối loạn tập trung vào các yếu tố như phụ huynh không quan tâm, học sinh bị lạm dụng, chứng kiến bạo lực hoặc tiếp xúc quá nhiều với các thiết bị công nghệ. Ngoài ra, một số giáo viên vẫn có niềm tin vào các yếu tố tâm linh như số phận hoặc gia đình không có công đức. Giáo viên lựa chọn nhiều phương pháp điều trị khác nhau khi học sinh bị rối loạn tâm thần. Bài báo cũng đã đề xuất một số biện pháp nhằm nâng cao hiểu biết cho giáo viên về các vấn đề liên quan.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, nhận thức của giáo viên, giáo viên trung học cơ sở.

1. Mở đầu

Theo tổ chức Y tế thế giới, sức khỏe tâm thần (SKTT) “là trạng thái khỏe mạnh của mỗi cá nhân để họ nhận biết được khả năng của bản thân, có thể đương đầu với những căng thẳng thông thường trong cuộc sống, có thể học tập, làm việc một cách hiệu quả và có thể tham gia, góp phần vào các hoạt động của cộng đồng” [1]. Nếu như sức khỏe thể chất đang dần được xã hội đặt đúng vị trí của nó thì SKTT còn phải bền bỉ đấu tranh để thay đổi những quan điểm sai lệch của mọi người. Vì lẽ đó, hiểu biết về SKTT được xem là yếu tố quan trọng trong chiến dịch phòng ngừa và giảm nhẹ bệnh tật ở khắp mọi nơi trên thế giới.

Thuật ngữ hiểu biết về SKTT (mental health literacy) xuất phát từ khái niệm hiểu biết về sức khỏe trong lĩnh vực y tế. Khái niệm này được Anthony F Jorm và đồng nghiệp định nghĩa đầu tiên vào năm 1997, đó là “các kiến thức và niềm tin về những rối loạn tâm thần mà có thể giúp họ nhận diện, quản lý hoặc phòng ngừa” [2]. Tuy nhiên, hiểu biết về SKTT không có nghĩa là một người có ít hoặc không có kiến thức mà nó còn liên quan đến những kiến thức và niềm tin như mê tín hay tín ngưỡng văn hóa của cá nhân, cộng đồng. Chính vì thế, khái niệm của Anthony F Jorm chưa phản ánh được sự định kiến, niềm tin của một người hay cộng đồng về các vấn đề tâm bệnh [3]. Với các điều kiện y tế được dự kiến, sự trải nghiệm bệnh tật thể chất của mỗi người sẽ giống nhau dù họ ở bất kỳ đất nước hay nền văn hóa nào, ví dụ như những trải nghiệm về bệnh sỏi hay viêm họng. Nhưng nếu một cá nhân cho biết họ có thể nghe thấy tiếng nói của tổ tiên đã chết của họ hoặc thông báo rằng họ đã bị bắt cóc bởi vị thần nào đó. Họ sẽ được coi là “rối loạn tâm thần” hay được tin tưởng, thậm chí được xem là thần linh? Câu trả lời có thể phụ thuộc vào việc họ sống ở châu Âu, châu Phi, Châu Á hay châu Mỹ.

Ngày nhận bài: 19/2/2019. Ngày sửa bài: 29/5/2019. Ngày nhận đăng: 12/6/2019.

Tác giả liên hệ: Bùi Thị Thanh Diệu. Địa chỉ e-mail: diethanh02@gmail.com

Từ những minh chứng trên, hiểu biết về SKTT được mở rộng gồm: (1) khả năng nhận ra các rối loạn cụ thể hoặc các loại căng thẳng tâm lý khác nhau; (2) kiến thức và niềm tin về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân; (3) kiến thức và niềm tin về sự tự can thiệp; (4) kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp chuyên nghiệp; (5) thái độ đối với sự ghi nhận và tìm kiếm sự giúp đỡ; (6) biết cách tìm thông tin về SKTT [3].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu thực trạng nhận thức hay hiểu biết về SKTT của giáo viên trung học cơ sở (GV THCS) tại Đà Nẵng trên các biểu hiện: khả năng nhận diện rối loạn tâm thần, kiến thức về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân gây bệnh, kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp chuyên nghiệp và cách ứng xử với HS khi các em có rối loạn tâm thần. Qua đó, đề xuất các biện pháp giúp nâng cao nhận thức của GV về SKTT học sinh (HS).

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Các nghiên cứu nhận thức về sức khoẻ tâm thần

2.1.1. Trên thế giới

Với nguy cơ hơn 25% dân số mắc bất kì một rối loạn tâm thần và mọi người có thể bị ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp, SKTT là vấn đề đáng lo ngại trên toàn thế giới [4]. Chính vì thế, các nghiên cứu về SKTT được quan tâm, chú trọng đặc biệt là ở các nước phát triển. Theo Liên đoàn SKTT thế giới, thực hiện khảo sát tại 14 nước (6 nước kém phát triển, 8 nước phát triển), có đến 50% trường hợp bệnh tâm thần nghiêm trọng ở các nước phát triển và 85% trường hợp nghiêm trọng ở nước kém phát triển không nhận được điều trị trong 12 tháng (WFMH). Mức độ bệnh nhân được hưởng lợi từ các dịch vụ chăm sóc không chỉ bị ảnh hưởng bởi chất lượng và tính sẵn sàng của dịch vụ mà còn bởi nhận thức, hiểu biết về SKTT của chính họ [4]. Thuật ngữ nhận thức về SKTT được Anthony F Jorm và đồng nghiệp định nghĩa đầu tiên vào năm 1997. Kể từ khi giới thiệu thuật ngữ nhận thức về SKTT, một loạt các nghiên cứu đã được tiến hành giữa các nhóm dân số ở các nước phát triển và đang phát triển. Các nghiên cứu này được phát triển mạnh mẽ theo ba hướng: một là nhận thức chung của cộng đồng; hai là nhận thức của các nhà chuyên môn, quản lí; ba là nhận thức của HS, GV và các lực lượng liên quan đến trường học.

Bên cạnh đó, các nghiên cứu cho thấy người dân có thái độ kì thị tương đối cao đối với người bệnh. Người bệnh tâm thần bị xem là nguy hiểm, không thể dự đoán được vì thế luôn tồn tại khoảng cách xã hội với họ. Trong nghiên cứu này, người tham gia cảm thấy sợ hãi, né tránh và không muốn chia sẻ với người tâm thần. Kết quả này trùng lặp với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Kermode M tại Ấn Độ năm 2007 hay nghiên cứu của Vijayalakshmi năm 2015. Tuy nhiên, nghiên cứu của Mohammad S. Mahfouz (2016) cho thấy, 60,7% sinh viên tham gia nghiên cứu sẵn sàng duy trì tình bạn với người bệnh và 82,5% cho rằng người mắc bệnh tâm thần cần có quyền giống như bất cứ ai khác.

Mặt khác, các nghiên cứu cũng chỉ ra sự khác biệt về các yếu tố như giới tính, học vấn, vùng miền, độ tuổi trong mức độ hiểu biết về SKTT. Nhận thức về SKTT của phụ nữ có xu hướng cao hơn nam giới, tuy nhiên ít có sự khác biệt trong thái độ kì thị. Người có học vấn cao thì mức độ hiểu biết về SKTT cũng cao hơn. Đối với biến độ tuổi ở các nước phát triển, nhóm người dưới 25 tuổi có xu hướng tìm đến bạn bè và chuyên gia tâm lý để được hỗ trợ nếu họ có vấn đề về SKTT. Nhóm người lớn tuổi thường tìm đến bác sĩ và gia đình để được hỗ trợ. Không có sự khác biệt liên quan đến hiểu biết về SKTT đối với biến độ tuổi ở các nước chậm phát triển.

2.1.2. Ở Việt Nam

Ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu mang tính quốc gia nhằm khảo sát mức độ hiểu biết về SKTT của người dân. Tuy nhiên, trong các dự án, luận văn hay các nghiên cứu cũng tìm hiểu nhận thức của người dân, giáo viên hay phụ huynh về rối loạn cụ thể như tự kỉ, trầm cảm, tăng động giảm chú ý. Các nghiên cứu này có thể chia thành hai hướng, một là nghiên cứu nhận thức

của GV, phụ huynh về các rối loạn chuyên biệt. Hai là nghiên cứu liên quan đến nhận thức về SKTT nói chung.

Theo hướng thứ nhất, một số nghiên cứu đã được tiến hành như:

Nghiên cứu của Nguyễn Linh Trang (2011) về nhận thức của GV trong chiến lược quản lý hành vi đối với trẻ tăng động giảm chú ý ở HS tiểu học. Kết quả là hầu hết GV đều nghe qua thuật ngữ “tăng động giảm chú ý”. Nguyên nhân của rối loạn này được xác định là do khiếm khuyết bẩm sinh, di truyền và căng thẳng trong học tập. Về cách hỗ trợ, 90% GV cho rằng nên tập huấn cho phụ huynh, trên 70% đánh giá cao phương pháp dạy kỹ năng cho trẻ và giáo dục đặc biệt, can thiệp hành vi. Mức độ nhận thức của GV khác nhau theo kinh nghiệm và khối lớp mà GV phụ trách.

Năm 2012, tác giả Trần Văn Hò có nghiên cứu *Nhận thức của GV về rối loạn hành vi ở HS tiểu học tại một số trường trên địa bàn huyện Từ Liêm – Thành phố Hà Nội*. 138 GV tham gia khảo sát nhận biết được một số dấu hiệu của rối loạn hành vi. Tuy nhiên, phần lớn GV xác định nguyên nhân từ chính bản thân HS, do HS không nghe lời và ít người cho rằng rối loạn hành vi là một rối loạn tâm thần.

Thứ hai là các nghiên cứu nhận thức về SKTT nói chung. Trong hướng này có nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Ly (2015) *Nhận thức của giáo viên tiểu học về SKTT HS* trong khuôn khổ luận văn thạc sĩ chuyên ngành Tâm lý học lâm sàng trẻ em và vị thành niên của Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc Gia Hà Nội. Nghiên cứu được tiến hành trên 235 GV tiểu học ở Hà Nội. Công cụ khảo sát chính là bảng hỏi, trong đó, các trường hợp về rối loạn tâm thần phổ biến ở lứa tuổi HS tiểu học được xây dựng để GV nhận diện, gọi tên, xác định nguyên nhân của từng rối loạn và thái độ cũng như hành vi ứng xử của GV. Kết quả về nhận diện: đa số GV đều nhận ra trẻ có vấn đề về hành vi cảm xúc, nhưng tỉ lệ gọi tên chính xác tương đối thấp: không ai gọi tên chính xác rối loạn dạng cơ thể và rối loạn lo âu chia ly, 8% xác định đúng tăng động giảm chú ý, 12% với tự kỷ, 2% GV gọi đúng trầm cảm và stress sau sang chấn. Những nguyên nhân được lựa chọn nhiều nhất là: Trẻ từng có chấn thương tâm lý trong cuộc sống; Trẻ có vấn đề về hành vi cảm xúc; Trẻ thiếu các kỹ năng xã hội; Trẻ có vấn đề về nhận thức hoặc trí tuệ. 10% GV lựa chọn nguyên nhân từ yếu tố tâm linh và do bản thân trẻ. Cách can thiệp được lựa chọn là tư vấn gia đình và trường học. Có sự khác biệt giữa độ tuổi, số năm kinh nghiệm, khu vực sống và làm việc, trình độ bằng cấp của giáo viên, khối lớp chủ nhiệm trong việc lựa chọn nguyên nhân và cách can thiệp, trong đó khu vực sống có mức độ ảnh hưởng nhiều nhất.

Tóm lại, các nghiên cứu ở Việt Nam mới dừng lại ở việc khảo sát với quy mô nhỏ và tập trung vào các rối loạn chuyên biệt.

2.2. Nhận thức của giáo viên phổ thông về sức khỏe tâm thần

2.2.1. Nhận thức về sức khỏe tâm thần

Thuật ngữ nhận thức về SKTT được Anthony F Jorm và đồng nghiệp định nghĩa đầu tiên vào năm 1997, đó là “các kiến thức và niềm tin về những rối loạn tâm thần mà có thể giúp họ nhận diện, quản lý hoặc phòng ngừa” [1]. Hiểu biết về sức khỏe tâm thần bao gồm khả năng nhận biết rối loạn cụ thể, biết cách tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần, kiến thức về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân, tự trị liệu và khả năng tìm sự giúp đỡ từ các chuyên gia, thái độ thúc đẩy họ ghi nhận và tìm kiếm sự giúp đỡ thích hợp [6].

Tuy nhiên, nhận thức về SKTT không có nghĩa là một người có ít hoặc không có kiến thức mà nó còn liên quan đến những kiến thức và niềm tin như mê tín hay tín ngưỡng văn hóa của cá nhân, cộng đồng. Chính vì thế, khái niệm của Anthony F Jorm chưa phản ánh được sự định kiến, niềm tin của một người hay cộng đồng về các vấn đề tâm bệnh.

Với các điều kiện y tế được dự kiến, sự trải nghiệm bệnh tật thể chất của mỗi người sẽ giống nhau dù họ ở đất nước hay nền văn hóa khác nhau, ví dụ như những trải nghiệm về bệnh

sỏi hay đau họng. Nhưng nếu một cá nhân cho biết họ có thể nghe thấy tiếng nói của tổ tiên đã chết của họ hoặc thông báo rằng họ đã bị bắt cóc bởi vị thần nào đó? Họ sẽ được coi là “rối loạn tâm thần” hay được tin tưởng? Câu trả lời có thể phụ thuộc vào việc họ sống ở châu Âu, châu Phi, Châu Á hay châu Mỹ. Ví dụ, một nghiên cứu tại Nam Phi trên bệnh nhân tâm thần phân liệt cho thấy, tỉ lệ lớn người tham gia cho rằng tâm thần phân liệt được gây ra bởi phép thuật hay sự độc ác. Những người chăm sóc cho bệnh nhân tâm thần ở Negiria cũng khẳng định rằng yếu tố siêu nhiên có ảnh hưởng đến các vấn đề tâm bệnh [8].

Từ những minh chứng trên, nhận thức về SKTT bao gồm: (1) khả năng nhận ra các rối loạn cụ thể hoặc các loại căng thẳng tâm lí khác nhau; (2) kiến thức và niềm tin về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân; (3) kiến thức và niềm tin về sự tự can thiệp; (4) kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp chuyên nghiệp; (5) thái độ đối với sự ghi nhận và tìm kiếm sự giúp đỡ; (6) biết cách tìm thông tin về SKTT.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiếp cận khái niệm nhận thức về SKTT theo quan điểm của Kutcher. Đó là “khả năng nhận ra các rối loạn cụ thể hoặc các loại căng thẳng tâm lí khác nhau; kiến thức và niềm tin về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân; kiến thức và niềm tin về sự tự can thiệp; kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp chuyên nghiệp; thái độ đối với sự ghi nhận và tìm kiếm sự giúp đỡ; biết cách tìm thông tin về sức khỏe tâm thần”.

2.2.2. Nhận thức của giáo viên trung học cơ sở về sức khỏe tâm thần và vai trò của học đối với sức khỏe tâm thần học sinh

GV THCS là những người giảng dạy ở các trường cấp hai từ lớp 6 đến lớp 9. Giáo viên THCS có kiến thức về đặc điểm tâm sinh lí lứa tuổi thiếu niên, đặc điểm những HS dễ bị tổn thương và các phương pháp giáo dục phù hợp giúp HS nâng cao kiến thức và hình thành nhân cách của mình.

Nhận thức của GV về SKTT là việc GV sử dụng sự hiểu biết của bản thân về SKTT, về sự phát triển lứa tuổi để nắm bắt được những vấn đề suy nghĩ, hành vi, cảm xúc của HS. Đó là quá trình họ tìm hiểu thông tin để nhận diện được các triệu chứng của rối loạn, biết được nguyên nhân của các vấn đề này và những biện pháp có thể giúp đỡ chúng. Trong nghiên cứu này, nhận thức của GV về SKTT là khả năng mà GV nhận ra các rối loạn cụ thể hoặc các loại căng thẳng tâm lí khác nhau; kiến thức và niềm tin về các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân; kiến thức và niềm tin về sự tự can thiệp; kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp chuyên nghiệp; thái độ đối với sự ghi nhận và tìm kiếm sự giúp đỡ; biết cách tìm thông tin về SKTT.

Các nghiên cứu về nhận thức chỉ ra rằng, nhận thức của con người phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như bản thân chủ thể nhận thức (thái độ, động cơ, mối quan tâm, kinh nghiệm, kì vọng...); mục tiêu nhận thức và trường hợp nhận thức. Ngoài ra, một số yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến khả năng nhận thức của cá nhân, như thời gian, thói quen và chế độ sinh hoạt... [9]. Trong các nghiên cứu về SKTT, kết quả cho thấy yếu tố tuổi tác, số năm kinh nghiệm, khu vực sống tác động đến quá trình nhận thức của cá nhân, [9]. Nhiều nghiên cứu cũng nhận thấy có sự khác biệt trong nhận thức ở các GV phụ trách các khối lớp khác nhau. Tóm lại, một số yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức của GV về SKTT như: động cơ, số năm kinh nghiệm, độ tuổi, giới tính, số năm kinh nghiệm, bằng cấp, khu vực sống. Mức độ ảnh hưởng của mỗi yếu tố đến nhận thức của GV về SKTT HS là khác nhau.

Bên cạnh đó, nhiều nhà nghiên cứu đã nhận định rằng, GV đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa, phát hiện, hỗ trợ và can thiệp các vấn đề về SKTT cho HS. Ngày nay, thời gian HS tiếp xúc với GV có thể nhiều hơn ở gia đình nên hơn hết, GV thường là người đầu tiên quan sát hành vi của trẻ và chỉ ra sự phát triển hoặc xấu đi của các vấn đề của SKTT. Mặt khác, GV cũng là người có thể giúp nâng cao nhận thức của HS về vấn đề này thông qua dạy học, giáo dục và các hoạt động xã hội khác.

2.3. Một số nhận định về thực trạng nhận thức của giáo viên trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Đà Nẵng về sức khỏe tâm thần

Những nhận định dưới đây về thực trạng nhận thức của giáo viên về SKTT được chúng tôi rút ra từ một nghiên cứu trong đó có thực hiện khảo sát nhận thức của giáo viên về SKTT trên các phương diện bao gồm: khả năng nhận diện các rối loạn, nguyên nhân, cách thức điều trị, nhận thức về cách ứng xử và các dịch vụ hỗ trợ SKTT cho HS thông qua quá trình nghiên cứu thực tiễn được tiến hành theo 3 bước chính:

(1) Thích nghi hóa thang đo, thiết kế bảng hỏi và khảo sát thử

- Mục đích: Hoàn chỉnh bộ công cụ có độ tin cậy và tính hiệu lực cho việc khảo sát thực trạng nhận thức của GV về SKTT

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Phương pháp chuyên gia: nhằm (a) hiệu chỉnh tính rõ ràng, dễ hiểu và mạch lạc của các trắc nghiệm khi được chuyển dịch sang tiếng Việt; (b) tìm hiểu nguyên nhân của các rối loạn tâm thần để thiết kế bảng hỏi.

+ Phương pháp phân tích độ hiệu lực và độ tin cậy: nhằm xác định độ tin cậy và tính hiệu lực của các trắc nghiệm sau quá trình thích nghi hóa và khảo sát thử.

- Nội dung thực hiện

+ Thích nghi hóa bảng khảo sát nhận thức về SKTT của Jorm và đồng nghiệp.

+ Thiết kế bảng hỏi: Nội dung bảng hỏi gồm tìm hiểu một số thông tin chung về cá nhân như tên, tuổi, giới tính, số năm kinh nghiệm, bằng cấp; các trường hợp mô tả về một người trong độ tuổi thiếu niên với các biểu hiện rối loạn cụ thể. Sau mỗi trường hợp là các câu hỏi tìm hiểu khả năng nhận diện các rối loạn tâm thần và nhận thức của GV về cách ứng xử đối với HS có vấn đề về xúc cảm, hành vi...

(2) Điều tra

Mẫu khảo sát được lựa chọn ngẫu nhiên 7 trường trung học cơ sở thuộc 7 quận, huyện trên địa bàn thành phố Đà Nẵng. Mỗi trường chọn ngẫu nhiên 40 GV. Lựa chọn đối tượng là GV THCS xuất phát từ luận điểm nghiên cứu: “HS THCS là lứa tuổi khởi phát cho nhiều vấn đề về SKTT” [3].

(3) Phân tích số liệu

Sau khi thu lại các phiếu điều tra, chúng tôi tiến hành lọc phiếu và làm sạch dữ liệu bằng cách lập bảng tần số cho tất cả các biến, rồi chỉnh sửa các biến thiếu sót hoặc có lỗi. Với những phiếu thiếu sót thông tin hoặc không hợp lệ sẽ bị loại bỏ nhằm đảm bảo cho tính chính xác của kết quả nghiên cứu. Số phiếu phát ra 280, số phiếu thu lại và hợp lệ là 269. Dữ liệu sau khi lọc được xử lý bằng phần mềm SPSS.

Kết quả khảo sát thu được những kết luận cơ bản như sau:

Khả năng nhận diện các rối loạn cụ thể của GV tương đối thấp. Không ai có thể nhận diện, thậm chí một số GV chưa từng nghe đến các thuật ngữ như rối loạn dạng cơ thể, ám ảnh sợ xã hội, stress sau sang chấn. Trong các trường hợp được mô tả, trầm cảm được nhận diện cao nhất với 11.5%, tiếp theo là tăng động giảm chú ý với 8.4% và 5.2% cho lo âu. Không có sự khác biệt ý nghĩa trong các biến về độ tuổi, khu vực, bằng cấp, giới tính.

Kết quả nhận thức về nguyên nhân gây ra các rối loạn tâm thần: GV tập trung nhiều hơn vào các yếu tố như bố mẹ không quan tâm, HS từng bị lạm dụng, chứng kiến bạo lực hay tiếp xúc quá nhiều với các thiết bị công nghệ. Bên cạnh đó, một số GV vẫn có niềm tin vào yếu tố tâm linh như do số phận hay gia đình không có phước đức. Trong đó, GV nữ có xu hướng tin vào yếu tố tâm linh cao hơn GV nam. Có sự khác biệt giữa các giai đoạn lứa tuổi trong nhận thức về nguyên nhân gây ra rối loạn tâm thần. GV dưới 30 tuổi thiên về các tác nhân từ môi

trường trong khi GV từ 41 đến 50 tuổi tập trung vào các rối loạn của não và ảnh hưởng từ quá trình mẹ mang thai.

Kết quả nhận thức về cách ứng xử với HS mắc các rối loạn: nói chuyện hay cho lời khuyên được nhiều GV lựa chọn. Bên cạnh đó, không ít GV nghĩ rằng mình cần học thêm kỹ năng để giúp đỡ các em và chính các em cũng cần được hỗ trợ và thưởng cho những hành vi tốt. Tuy nhiên, bên cạnh những lựa chọn tích cực, nhiều GV chọn hình thức phạt, thậm chí là đuổi học. Sự khác biệt giới tính thể hiện qua sự lựa chọn trong 2 trường hợp HS bị trầm cảm và lo âu. GV nam chọn hình thức khuyến khích các em thể hiện cảm xúc trong khi GV nữ chọn hình thức thưởng và phạt. Trong nghiên cứu này còn có sự khác biệt giữa các độ tuổi, GV dưới 30 tuổi ít chọn cách phạt trong khi GV từ 41 đến 50 tuổi cho rằng phạt thì HS mới nghe lời.

Kết quả nhận thức về cách thức điều trị: trong các cách thức điều trị, GV tin tưởng nhiều hơn vào hỗ trợ từ trường học, tây y và cả yếu tố tâm linh. Có sự khác biệt giữa các khu vực với nhau, GV các quận ngoại thành tin tưởng nhiều hơn vào tây y và tâm linh như cầu nguyện, cúng bái.

Như vậy, có thể nhận thấy, nhìn chung, khả năng nhận diện các rối loạn tâm thần của GV THCS ở Đà Nẵng tương đối thấp. Cụ thể là không có GV nào nhận diện được các trường hợp rối loạn dạng cơ thể, ám ảnh sợ xã hội, stress sau sang chấn, thậm chí nhiều GV chưa nghe thấy những rối loạn này bao giờ. Trầm cảm được GV xác định chính xác với tỉ lệ 11.5%. Trong các nguyên nhân gây bệnh, yếu tố từ môi trường được GV lựa chọn nhiều hơn và có sự khác biệt về giới tính, độ tuổi. Về các phương pháp điều trị, GV có niềm tin vào tây y, hỗ trợ từ trường học và các yếu tố tâm linh.

2.4. Một số biện pháp nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần cho giáo viên trung học cơ sở Đà Nẵng

Trên cơ sở nghiên cứu lí luận và thực trạng nhận thức về SKTT HS lứa tuổi THCS, chúng tôi đề xuất một số biện pháp nhằm nâng cao nhận thức cho GV như sau:

2.4.1 Xây dựng chương trình tập huấn cho giáo viên

Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng các chương trình can thiệp có thể nâng cao nhận thức về SKTT cho người dân, giảm thái độ kì thị và thúc đẩy hành vi tìm kiếm, trợ giúp phù hợp. Vì thế chúng tôi đề xuất chương trình tập huấn về SKTT cho GV như sau:

Về mục đích: nâng cao hiểu biết về SKTT cho GV cụ thể là tăng nhận thức, giảm thái độ kì thị, thay đổi hành vi tìm kiếm, trợ giúp cho người có rối loạn tâm thần.

Về nội dung: chương trình gồm các module liên quan đến hiểu biết về SKTT

Module 1: Thái độ kì thị đối với người có rối loạn tâm thần

Module 2: Các rối loạn tâm thần phổ biến

Module 3: Nguyên nhân của các rối loạn tâm thần

Module 4: Cách thức điều trị và các dịch vụ hỗ trợ người có rối loạn tâm thần

Module 5: Làm thế nào để có SKTT tích cực

Cách thực hiện: tập huấn cho GV trong thời gian 2 ngày, học liệu gồm sổ tay SKTT (các module), slide và video minh họa. Để đảm bảo đặc điểm về lứa tuổi, giới tính, các module được thiết kế thành các hoạt động phù hợp. Lớp học được tổ chức từ 30 - 40 người. GV được chọn ngẫu nhiên để họ có thể chia sẻ quan điểm của mình và sử dụng hình thức giáo dục đồng đẳng tạo ảnh hưởng lẫn nhau cho các nhóm tuổi và giới tính.

2.4.2 Kết hợp với website, mạng xã hội của trường

Trong nghiên cứu này, một số GV nhận diện được trầm cảm, tăng động vì đã từng xem ở tivi. Hơn nữa số lượng người Việt Nam truy cập Internet tương đối cao so với các nước trong khu vực. Theo thống kê năm 2016, nước ta có khoảng 52 triệu người dùng internet, chiếm 54%

dân số, đứng thứ 5 Châu Á – Thái Bình Dương (Tù Hải, 2017). Vì vậy, việc tận dụng Internet để nâng cao hiểu biết về SKTT cho người dân nói chung, GV, HS nói riêng một cách hệ thống là điều cần thiết. Hơn nữa hiện nay, các trường đều có website, mạng xã hội nên chúng ta có thể tích hợp, lồng ghép với các phương tiện này.

Cách thực hiện: thiết kế chuyên mục sức khỏe học đường trong các website hay bản tin sức khỏe trên các trang mạng xã hội của trường.

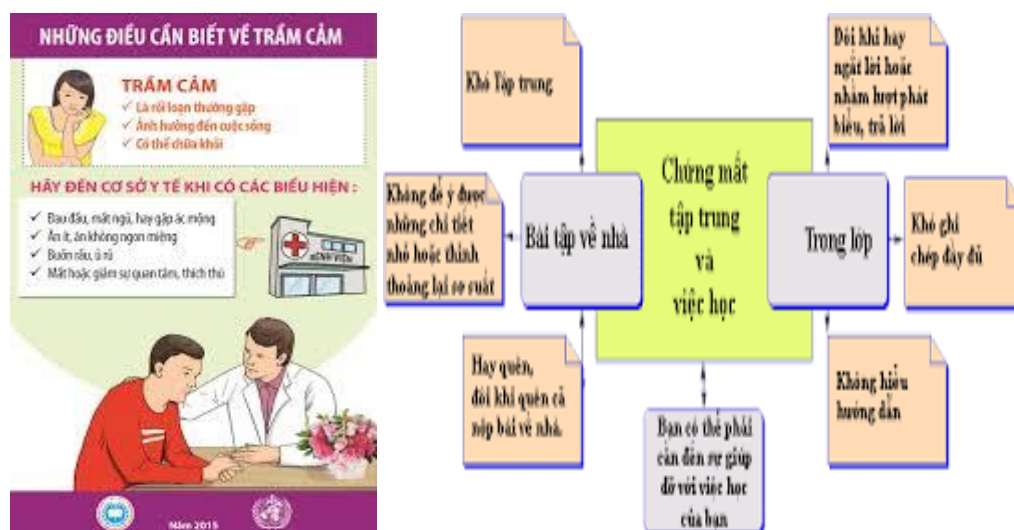
Nội dung: các chuyên mục được sắp xếp theo chủ đề với từng rối loạn cụ thể như trầm cảm, rối loạn lo âu ... Trong đó cung cấp các dấu hiệu nhận biết, cách hỗ trợ và giúp đỡ người bệnh, các dịch vụ xã hội liên quan hay kết nối nguồn lực. Tuy nhiên, các kiến thức liên quan về SKTT trên mạng Internet phải được kiểm duyệt, bài viết có nguồn trích dẫn và địa chỉ liên hệ.

2.4.3 Tổ chức các hoạt động ngoại khóa trong trường

Một trong những hình thức có thể nâng cao nhận thức cho GV lẫn HS là tổ chức các hoạt động ngoại khóa khác trong nhà trường.

Nội dung: tổ chức, thiết kế theo các chuyên đề như trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn hành vi... Mỗi chuyên đề gồm các dấu hiệu nhận biết hay triệu chứng, nguyên nhân, cách hỗ trợ điều trị và cách tìm kiếm thông tin về các rối loạn tâm thần này.

Cách thực hiện: tổ chức trong các giờ chào cờ với hình thức hái hoa dân chủ, rung chuông vàng hay các chuyên gia trong lĩnh vực tâm thần như bác sĩ, nhà tâm lý trực tiếp chia sẻ với GV, HS. Ngoài ra, có thể sử dụng trong các bản tin sức khỏe học đường hay thiết kế thành các pano dán ở hành lang lớp học hoặc nơi thường xuyên tổ chức hoạt động của nhà trường. Mặt khác, có thể tổ chức cho HS đến thăm các cơ sở chăm sóc, điều trị bệnh tâm thần ở địa phương.



3. Kết luận

SKTT là khái niệm tương đối rộng. Đó là trạng thái hoàn toàn thoải mái mà mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả, năng suất và có thể đóng góp cho cộng đồng. Thời điểm khởi phát cho các rối loạn tâm thần là trước 25 tuổi (Kutcher, 2015) và HS ở lứa tuổi THCS thường mắc các rối loạn như: rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn hành vi, tăng động giảm chú ý. Hiện nay, các rối loạn tâm thần được điều trị theo liệu pháp sinh học kết hợp với các liệu pháp tâm lý.

Nghiên cứu về mức độ nhận thức SKTT của GV các trường THCS Đà Nẵng cho thấy khả năng nhận diện các rối loạn tâm thần của GV THCS ở Đà Nẵng tương đối thấp. Trầm cảm được GV xác định chính xác với tỉ lệ 11.5%. Trong các nguyên nhân gây bệnh, yếu tố từ môi trường được GV lựa chọn nhiều hơn và có sự khác biệt về giới tính, độ tuổi. Về các phương pháp điều trị, GV có niềm tin vào tây y, hỗ trợ từ trường học và các yếu tố tâm linh. Xuất phát từ thực trạng này, chúng tôi đề xuất các biện pháp nhằm nâng cao hiểu biết cho GV như tập huấn, lồng ghép các thông tin về SKTT trong website của trường và tổ chức các hoạt động ngoại khóa cho HS, thông qua đó GV cũng nâng cao nhận thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Who, Investing in mental health, 2003. World health organization, Geneva.
- [2] Anthony F. Jorm, 2000. “*Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*”. The British Journal of Psychiatry Nov 2000, 177 (5) 396 401; DOI: 10.1192/bjp.177.5.396.
- [3] Kutcher, H.Gilberds, C.Morgan¹, R.Greene¹, K.Hamwaka and K.Perkins, 2015. “*Improving Malawian teachers’ mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach*”, Global Mental Health, 2, e1, 1 – 10.
- [4] World Health Organization (WHO), 2013. *Health literacy: the solid facts*, Geneva (CH): WHO Regional Office for Europe.
- [5] Ganasen, S Parker, CJ Hugo², DJ Stein, RA Emsley, S Seeda, 2008. “*Mental health literacy: focus on developing countries*”. African Journal of Psychiatry, February, 23-28.
- [6] Anthony F. Jorm, 2011. “*Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*”, American Psychologist, Advance online publication. doi: 10.1037/a0025957.
- [7] Mohamed S, 2016. “*Mental Health Literacy Among Undergraduate Students of a Saudi Tertiary Institution: A Cross-sectional Study*”. Ment Illn. 2016 Nov 23; 8(2): 6806.
- [8] Jessica Whitley, J. David Smith and Tracy Vaillancourt, 2013. “*Promoting Mental Health Literacy Among Educators: Critical in School- Based Prevention and Intervention*”, Canadian Journal of School Psychology 28(1) 56– 70.
- [9] Ganasen, S Parker, CJ Hugo², DJ Stein, RA Emsley, S Seeda., 2008. *Mental health literacy: focus on developing countries*. African Journal of Psychiatry, February, 23-28.
- [10] Tommy G. Thompson, 1999. *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- [11] Yasutaka Ojio, 2015. “*Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study*”. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2015; 69: 572–579. doi:10.1111/pcn.12320.
- [12] Yael Perry, 2014. “*Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomized controlled trial*”. Journal of Adolescence 37 (2014) 1143e1151.

ABSTRACT

Mental health literacy of Secondary school teachers

Bui Thi Thanh Dieu

Education and Psychology Department,

University of Science and Education, The University of Danang

The paper presents the awareness of secondary school teachers related to mental health. The level of mental health knowledge of lower secondary school teachers in Da Nang has not been complete and accurate yet. The cause of the disorder is focused on factors such as uninteresting parents and abused students, who witnessed violence or exposed too much to technological devices. In addition, some teachers still have faith in spiritual factors such as fate or family without merit. Teachers choose a variety of behaviors when students have mental disorders. However, in some cases, negative behaviors tend to be more selective, especially when students experience behavioral problems. Teachers believe more in the forms of support from schools and Western schools, but there are those who believe in spiritual forms such as praying. In order to change, they need to participate in training courses or need to implement many different activities to suit cultural and economic conditions of each school.

Keywords: Mental health, teacher awareness, secondary school teacher.