

TỈ LỆ RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN VIỆT NAM: TỔNG QUAN TỪ MỘT SỐ CÔNG BỐ TIẾNG ANH

Nguyễn Ngọc Quỳnh Anh

Khoa Tâm lý và Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế

Tóm tắt. Rối loạn tâm thần xuất hiện ở trẻ vị thành niên trên toàn thế giới. Tuy nhiên, rất ít các nghiên cứu được công bố quốc tế về tỉ lệ này ở Việt Nam, nơi có đến 20% tổng quốc dân là trẻ vị thành niên. Vì vậy, nghiên cứu này tìm kiếm những bằng chứng về tỉ lệ rối loạn tâm thần ở trẻ vị thành niên Việt Nam từ các công bố bằng tiếng Anh. Nghiên cứu tiến hành tìm kiếm các nghiên cứu phù hợp với các tiêu chí lựa chọn trên các hệ thống cơ sở dữ liệu trực tuyến và các nghiên cứu rà soát thủ công từ các danh mục tài liệu tham khảo. Tổng cộng có 2.643 nghiên cứu được tìm thấy. Sau khi loại bỏ các nghiên cứu không phù hợp, 9 nghiên cứu được sử dụng để phân tích và đánh giá. Kết quả cho thấy tỉ lệ rối loạn tâm thần ở trẻ vị thành niên Việt Nam khá cao so với thế giới. Tuy nhiên con số này có thể thấp hơn so với thực tế. Nghiên cứu cung cấp những bằng chứng cho thấy cấp thiết cần phát triển các chương trình và dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho lứa tuổi này ở Việt Nam.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, tổng quan, vị thành niên.

1. Mở đầu

Rối loạn tâm thần (RLTT) được hiểu là những suy nghĩ, hành vi và tương tác bất thường. RLTT phổ biến nhất hiện nay bao gồm các dạng như trầm, cảm, lo âu, căng thẳng hậu chấn thương, rối loạn lưỡng cực. Những dạng rối loạn này nếu không được chữa trị kịp thời, người có RLTT ở giai đoạn đầu của cuộc đời có thể dẫn đến những hậu quả mãn tính làm ảnh hưởng đến học tập, công việc cũng như các mối quan hệ xã hội (WHO, 2005). Trẻ vị thành niên (VTN) chiếm khoảng 16,4% dân số thế giới (UNICEF, 2016; WHO, 2014). Nhiều người cho rằng đây là giai đoạn đẹp nhất của đời người, tuy nhiên cũng là giai đoạn dễ tổn thương nhất do sự biến đổi về sinh lý, cảm xúc và nhu cầu xã hội (Keller, Cusick, & Courtney, 2007). Trẻ VTN có RLTT thường nguy cơ cao dẫn đến rối loạn hành vi (như liêu lĩnh, nghiện chất, tự sát), giao tiếp hạn chế, bỏ học hoặc kết quả học tập kém (Knopf, Park, & Mulye, 2008).

Nhiều nghiên cứu mang tầm quốc gia của một số nơi trên thế giới cho thấy khoảng 10-20% trẻ VTN có ít nhất một dạng RLTT mỗi năm. Con số này tương đối cao ở các quốc gia có thu nhập cao theo xếp loại của Ngân hàng Thế giới (World Bank) (Kieling và cộng sự, 2011). Chẳng hạn, ở Anh, khảo sát quốc gia về sức khỏe tâm thần năm 2005 cho thấy 11,5% trẻ em và VTN từ 11 đến 16 tuổi có ít nhất một dấu hiệu RLTT theo các tiêu chí của Phân loại Quốc tế về Bệnh tật phiên bản 10 (the International Classification of Diseases-Tenth Edition; ICD-10) (H Green, McGinnity, Meltzer, Ford, & Goodman, 2005). Khảo sát toàn quốc ở Úc năm 2015 sử dụng Thang phỏng vấn chẩn đoán dành cho trẻ từ 11 đến 17 tuổi (the Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV; DISC-IV) cho thấy 7,7% trẻ có dấu hiệu trầm cảm chính hiệu

Ngày nhận bài: 28/3/2021. Ngày sửa bài: 29/4/2021. Ngày nhận đăng: 15/5/2021.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Quỳnh Anh. Địa chỉ e-mail: nguyennngocquynhanh@dhsphue.edu.vn

theo tiêu chí đánh giá của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê RLTT – phiên bản IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth version; DSM-IV). Cuộc khảo sát này cũng báo cáo rằng có 19,9% trẻ VTN có dấu hiệu lo âu phiền muộn ở mức độ nặng và rất nặng (Kessler, Andrews, & Colpe, 2002). Ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, tỉ lệ RLTT còn cao hơn. Ở Ấn Độ, dựa trên các tiêu chí của ICD-10, Bansal và Barman viết rằng 20,2% học sinh từ 10-15 tuổi có dấu hiệu RLTT (Bansal & Barman, 2011). Tỉ lệ này còn cao hơn ở Trung Quốc trong nghiên cứu năm 2009 của Huan và cộng sự với 40,1% học sinh từ 13-18 tuổi bị rối loạn phiền muộn (Huan, Xia, Sun, Zhang, & Wu, 2009). Sự cao hơn về tỉ lệ này có thể do sự khác biệt về thang đo sử dụng cũng như độ tuổi của nhóm nghiên cứu rộng hơn trong nghiên cứu ở Trung Quốc. Ở Indonesia, có đến 64,7% học sinh lớp 10 ở khu vực thành thị có dấu hiệu phiền muộn (Utama, 2014). Những con số này cho thấy tình trạng đáng lo ngại về RLTT ở lứa tuổi VTN trên thế giới, đặc biệt là các quốc gia đang phát triển.

Trong bối cảnh chung của thế giới, Việt Nam, một quốc gia thu nhập ở mức trung bình theo xếp hạng của Ngân hàng Thế giới (The World Bank, 2011) và cũng là quốc gia đông dân thứ hai trong khu vực Đông Nam Á. Tỉ lệ trẻ VTN ở Việt Nam chiếm 20% tổng quốc dân. Trong giai đoạn Việt Nam đang tăng tốc về thương mại hóa, công nghiệp hóa để phát triển kinh tế và hội nhập toàn cầu, trẻ VTN Việt Nam đang phải đối mặt với nhiều khó khăn và thách thức, dẫn đến nguy cơ mắc các RLTT ngày càng cao (Nguyen Phuoc Cat Tuong, Nguyen Ngoc Quynh Anh, 2020). Trong khi đó các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần để hỗ trợ trẻ VTN vẫn còn rất hạn chế, mặc dù các dịch vụ này là một trong những yếu tố quan trọng làm giảm và ngăn ngừa RLTT cho trẻ VTN. Theo nhận định của nhóm nghiên cứu, hiện tại một số công trình nghiên cứu có chất lượng đã tìm hiểu về tỉ lệ RLTT trẻ VTN ở Việt Nam. Việc có cái nhìn tổng quan về RLTT ở trẻ VTN Việt Nam sẽ giúp các nhà giáo dục học, tâm lý học và phụ huynh hiểu hơn về thực trạng RLTT ở lứa tuổi này. Từ đó, các hướng nghiên cứu xây dựng và phát triển chương trình can thiệp, hỗ trợ có cơ sở rõ ràng hơn để bắt đầu triển khai và thực hiện. Đồng thời, đây cũng sẽ là bằng chứng khoa học có giá trị để Việt Nam xây dựng các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ VTN. Vì thế, bài báo này nhằm mục đích phân tích và tổng hợp các nghiên cứu về tỉ lệ RLTT trên đối tượng trẻ VTN từ 10 đến 19 tuổi ở Việt Nam được công bố trên các tạp chí nước ngoài. Từ đó, cung cấp các cơ sở lí luận cần thiết định hướng cho các nghiên cứu thực nghiệm trong tương lai.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Các khái niệm liên quan

2.1.1. Sức khỏe tâm thần

Khái niệm sức khỏe tâm thần (mental health) đến hiện nay vẫn chưa thống nhất (Manwell và cộng sự, 2015). Các nghiên cứu trên thế giới và nhiều nhà nghiên cứu thường sử dụng định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2001). Theo đó, sức khỏe tâm thần được hiểu là trạng thái khỏe mạnh nói chung của mỗi cá nhân mà họ nhận ra tiềm năng của bản thân, ứng phó được với những căng thẳng bình thường hàng ngày, có thể làm việc hiệu quả, có năng suất, đóng góp vào sự phát triển của cộng đồng. Nói cách khác, có thể hiểu sức khỏe tâm thần không chỉ là trạng thái không rối loạn, cũng không hẳn là trạng thái tinh thần hoàn toàn thoải mái, mà là trạng thái mà ở đó con người hoạt động bình thường dưới góc độ nhận thức, cảm xúc và hành vi. Từ đó, con người đáp ứng được các yêu cầu bình thường của đời sống hàng ngày.

2.1.2. Rối loạn tâm thần

RLTT là những trạng thái không an lạc, ở đó có sự rối nhiễu về nhận thức, hành vi và cảm xúc. Các RLTT thường khó chẩn đoán nhưng được xác định dựa trên các tiêu chí của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê RLTT (DSM) của Hoa Kỳ hoặc Phân loại Quốc tế về Bệnh tật (ICD).

Biểu hiện của RLTT có thể ở nhiều mức độ khác nhau: từ những rối loạn phổ biến như trầm cảm, rối loạn lo âu, căng thẳng, rối loạn sử dụng chất kích thích đến những rối loạn ít phổ biến như rối loạn lưỡng cực, rối loạn tăng động giảm tập trung, rối loạn nhân cách (Bratman và cộng sự, 2019). RLTT có thể do các yếu tố sinh học gây ra như di truyền hay các hoạt chất, cấu trúc bất thường của não bộ (APA, 2018). Do vậy, RLTT không phải là vấn đề đáng xấu hổ.

Ở Việt Nam, một số tác giả sử dụng khái niệm “rối nhiễu tâm trí” để chỉ các RLTT ở mức độ nhẹ (S. Pham & Tran, 2008). Nguyên nhân có thể xuất phát từ định kiến sai lầm của người Việt Nam về RLTT và bệnh tâm thần. Vì thế, khái niệm “rối nhiễu tâm trí” có thể là một thuật ngữ thân thiện và giảm tính áp lực của sự kì thị xã hội. Tuy nhiên, trong khuôn khổ bài báo này, chúng tôi vẫn sử dụng thuật ngữ “rối loạn tâm thần” do các nghiên cứu về tỉ lệ mắc nhiễm có thể có sự phân loại RLTT ở nhiều mức độ khác nhau.

2.1.3. Lứa tuổi vị thành niên

Lứa tuổi VTN là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em lên người lớn. Độ tuổi VTN khác biệt ở từng quốc gia. Tuy nhiên, trong bài báo này chúng tôi dựa theo định nghĩa của WHO, cho rằng VTN nằm trong độ tuổi từ 10 đến 19 (WHO, 2014). Đây là giai đoạn có sự phát triển mạnh mẽ nhưng không đồng đều về mặt thể chất. Vai trò, trách nhiệm trong gia đình và xã hội của trẻ cũng thay đổi theo hướng độc lập và bình đẳng hơn. Tuy nhiên, trẻ cũng gặp phải những khó khăn khi người lớn chưa công nhận sự trưởng thành của trẻ và vẫn có những can thiệp nhất định vào cuộc sống của trẻ. Ở tuổi này, nhu cầu giao tiếp với người lớn giảm đi, thay vào đó là với bạn bè cùng với nhu cầu được công nhận, tin tưởng và bình đẳng từ bạn bè. Về mặt tình cảm, trẻ VTN dễ xúc động, kích động và bốc đồng. Tình cảm trong sáng nhưng bông bột, mang màu sắc cảm xúc cá nhân và nhiều mâu thuẫn (Dau và cộng sự, 2020).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Xác định công cụ tìm kiếm và từ khóa

Nhằm tìm kiếm các nghiên cứu tiềm năng, nhóm nghiên cứu triển khai tìm kiếm từ các hệ thống dữ liệu quốc tế, bao gồm: Medline, Cinahl, PsycInfo, Scopus và Web of Science. Từ khóa được xác định bao gồm: “rối loạn tâm thần” hoặc tên của các RLTT (ví dụ “trầm cảm”. “rối loạn lo âu”, “rối loạn căng thẳng hậu chấn thương”...), “vị thành niên” và “Việt Nam” bằng ngôn ngữ tiếng Anh (Bảng 1). Cuộc tìm kiếm được sàng lọc từ tiêu đề, tóm tắt, nội dung và bảng biểu. Ngoài ra, tránh bỏ qua một số các nghiên cứu không có trên các hệ thống dữ liệu kể trên, nhóm nghiên cứu tiến hành rà soát bằng tay tài liệu tham khảo của các nghiên cứu phù hợp được tìm thấy. Tìm kiếm được giới hạn đến 12 năm 2020.

Bảng 1. Hệ thống từ khóa tìm kiếm

	<i>Các từ khóa</i>
Nhóm 1	“mental health” OR “mental problem*” OR “mental disorder*” OR “mental issue*” OR “mental illness” OR “stress” OR “anxiety” OR “anxious” OR “depression” OR “panic” OR “phobias” OR “post-traumatic stress” OR “PTSD” OR “self-injury” OR “self-harm” OR “suicide*” OR “loneliness” OR “sadness” OR “low mood” OR “mood disorder*” OR “emotion* disorder*” OR “distress” OR “hopeless*” OR “aggressi*” OR “behaviour* disorder*” AND
Nhóm 2	“adolescent*” OR “teen” OR “youth” OR “young adult*” OR “student*” OR “young people” AND
Nhóm 3	“Vietnam” OR “Viet nam” OR “Viet-nam” OR “Viet Nam” OR “Vietnamese”

*Ghi chú: Dấu * thay thế cho một số chữ cái đi kèm sau. Ví dụ: “student*” → hệ thống sẽ tìm kiếm tất cả các nghiên cứu có chứa từ “student” hoặc “students”.*

2.2.2. Xác định và lựa chọn nghiên cứu phù hợp

Nhóm nghiên cứu lựa chọn các nghiên cứu phù hợp dựa trên các tiêu chí sau:

- Các nghiên cứu được viết bằng tiếng Anh;
- Nghiên cứu tiến hành trên đối tượng là trẻ VTN Việt Nam không khuyết tật hoặc không có bất cứ bệnh thực thể nào, từ 10-19 tuổi và đang sinh sống tại Việt Nam;
- Nghiên cứu có các thông tin về tỉ lệ mắc nhiễm RLTT.

Các nghiên cứu trùng lặp giữa các hệ thống cơ sở dữ liệu điện tử, các nghiên cứu không thể tìm thấy bản báo cáo trọn vẹn đều được loại bỏ khỏi quá trình phân tích. Các tiêu chí loại bỏ khác được tóm tắt ở Bảng 2.

Bảng 2. Tiêu chí lựa chọn các nghiên cứu phù hợp

Tiêu chí	Lựa chọn	Loại bỏ
Thời gian	Không giới hạn thời gian bắt đầu, giới hạn thời gian kết thúc 12/2020	Nghiên cứu công bố sau 12/2020
Loại báo cáo	Bài báo đăng trên các tạp chí có thẩm định, kê cả các bài báo phân tích dữ liệu gián tiếp, bài báo đăng trên các tạp chí có chỉ số của Hội thảo, luận văn thạc sĩ, luận án tiến sĩ	Bài báo đăng trên các tạp chí không có thẩm định, khóa luận tốt nghiệp Bài báo từ kỷ yếu của Hội thảo không có chỉ số.
Mẫu nghiên cứu	VTN từ 10-19 tuổi	Ngoài khoảng tuổi trên Nhóm 10-19 tuổi chỉ là một phần của mẫu nghiên cứu và kết quả nghiên cứu không phân tách rõ ràng nhóm tuổi 10-19. Nhóm 10-19 tuổi khuyết tật Nhóm 10-19 tuổi có các bệnh thực thể (ví dụ ung thư, HIV)
Nội dung nghiên cứu	Tỉ lệ mắc nhiễm RLTT	Nghiên cứu về mắc nhiễm RLTT nhưng không có thống kê tỉ lệ % (chỉ xác định điểm trung bình, độ lệch chuẩn hoặc OR)
Bối cảnh	Trường học, cộng đồng hoặc lâm sàng ở Việt Nam	Ngoài Việt Nam

2.3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Kết quả tìm kiếm ghi nhận 2.616 nghiên cứu từ các hệ thống cơ sở dữ liệu điện tử và 27 nghiên cứu từ các nguồn khác. Sau khi sàng lọc theo các tiêu chí nêu trên, có 09 nghiên cứu công bố từ năm 1999 đến 2020 được lựa chọn phù hợp. Thông tin chi tiết của từng nghiên cứu được trình bày ở Bảng 3.

2.3.1. Đặc điểm của các nghiên cứu được lựa chọn

Về phương pháp nghiên cứu, hầu hết đều là nghiên cứu định lượng theo lát cắt ngang (6/9 nghiên cứu), trong đó có một nghiên cứu kết hợp với nghiên cứu định tính thông qua phỏng vấn sâu được trình bày trong hai bài báo (D. Nguyen, Dedding, Pham, Wright, & Bunders, 2013; D. T. Nguyen, Dedding, Pham, & Bunders, 2013). Có ba nghiên cứu phân tích thứ cấp lấy số liệu từ các nghiên cứu khác (Le Cu Linh và cộng sự, 2011; Le Cu Linh và cộng sự, 2015; Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2012).

Bảng 3. Thông tin các nghiên cứu được chọn phân tích

TT	Nghiên cứu (Năm)	Phê duyệt Đạo đức nghiên cứu	Địa bàn nghiên cứu	Thiết kế nghiên cứu	Mẫu nghiên cứu	Độ tuổi	Phương pháp chọn mẫu	Thang đo sử dụng	Dạng RLTT	Tỉ lệ mắc nhiễm
1	McKelvey và cộng sự, 1999	Không đề cập	Thành thị Hà Nội	Cắt ngang	1.526 VTN và phụ huynh	12-18	Ngẫu nhiên trong cộng đồng	- CBCL-PF ^a	RLTT chung	9,5% nam 10,1% nữ
2	Amstadt và cộng sự, 2011	Không đề cập	Đà Nẵng + Khánh Hòa	Cắt ngang	1.368 VTN và phụ huynh	11-18	Ngẫu nhiên trong cộng đồng	- SDQ-25 dành cho phụ huynh	RLTT chung	9,1%
3	Le Cu Linh và cộng sự, 2011	Có	42 tỉnh thành	Phân tích dữ liệu thứ cấp SAVY I	7.584	14-25	Từ khảo sát quốc gia SAVY I và II	Bộ câu hỏi SAVY I	- Tự gây hại - Ý định tự tử	- Tự gây hại: 2,8% - Ý định tự tử: 3,4% (trong đó, 14,7% đã từng thực hiện hành vi tự tử).
4	Le Thị Hồng Minh và cộng sự, 2012	Có	42 tỉnh thành	Phân tích dữ liệu thứ cấp SAVY I và II	4.609 (SAVY I) 6.508 (SAVY II)	14-19	Từ khảo sát quốc gia SAVY I và II	Bộ câu hỏi SAVY I và II	- Phiền muộn - Tự gây hại bản thân - Ý định tự tử	- Phiền muộn: 34,1% (2004) và 37,3% (2009) - Tự gây hại bản thân: 2,8% (2004) và 9,2% (2009) - Ý định tự tử: 5,3% (2004) và 12,2% (2009) - Đã từng tự tử: 0,003% (2004) và 0,01% (2009)
5	- Nguyen Dat Tan và cộng sự,	Có	Thành thị Cần Thơ	Định tính	55	15-19	Trường học	Phỏng vấn bán cấu trúc	Lo âu	27,3% học sinh phần nản cảm thấy lo lắng thường xuyên

Bảng 3. Thông tin các nghiên cứu được chọn phân tích

TT	Nghiên cứu (Năm)	Phê duyệt Đạo đức nghiên cứu	Địa bàn nghiên cứu	Thiết kế nghiên cứu	Mẫu nghiên cứu	Độ tuổi	Phương pháp chọn mẫu	Thang đo sử dụng	Dạng RLTT	Tỉ lệ mắc nhiễm
	2013			Cắt ngang	1,159			CES-D The Anxiety Scale ^a ESSA YRBS	Trầm cảm Rối loạn o âu Tự tử	- Lo âu: 23% - Trầm cảm: 41.1% - Ý định tự tử: 26.3% - Lên kế hoạch tự tử: 12.9% - Tiến hành tự tử: 3.8%
6	Weiss và cộng sự, 2014	Không đề cập	10 tỉnh thành	Cắt ngang	591	12-16	Ngẫu nhiên trong cộng đồng	CBCL SDQ	RLTT	10,7% (theo SDQ) 12,4% (theo CBCL)
7	Le Cu Linh và cộng sự, 2015	Có	42 tỉnh thành	Phân tích thứ cấp	7.584	14-17	Từ khảo sát quốc gia SAVY I và II	Bộ câu hỏi SAVY I và II	Tự làm hại Tự tử	+ Tự làm hại: 2,8% (2004), 7,5% (2009) + Ý nghĩ tự tử: 3,4% trong đó có 0,6% đã thực hiện hành vi tự tử (2004), 4,1% trong đó có 1% đã thực hiện hành vi tự tử (2009)
8	- Le Thị Hồng Minh và cộng sự, 2016	Có	Thành thị và nông thôn Hà Nội	Cắt ngang	1.616	16-18	Trường học	DASS-21 YRBS	RLTT Tự tử	- Ý định tự tử: 14,1% - Lên kế hoạch tự tử: 5,7%
9	La Thị Thu Thủy và cộng sự (2020)	Có	Hà Nội, Huế, TP Hồ Chí Minh	Cắt ngang	757	15-18	Trường học	SDQ	RLTT	16,4%

Về phương pháp chọn mẫu nghiên cứu, ba nghiên cứu tuyển người tham gia thông qua chọn ngẫu nhiên trong cộng đồng (McKelvey và cộng sự, 1999; Amstadler và cộng sự, 2011; và Weiss và cộng sự, 2014); ba nghiên cứu lựa chọn ngẫu nhiên trong môi trường trường học (Nguyen Dat Tan và cộng sự, 2013; Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2016; La Thi Thu Thuy và cộng sự, 2020); và ba nghiên cứu lấy số liệu từ kết quả khảo sát quốc gia SAVY I và II (Le Cu Linh và Blum, 2011; Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2012; Le Cu Linh và Blum, 2015). Năm nghiên cứu lấy kết quả từ mẫu đại diện cho các khu vực Bắc, Trung và Nam (Le Cu Linh và Blum, 2011; Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2012; Weiss và cộng sự, 2014; Le Cu Linh và Blum, 2015; La Thi Thu Thuy và cộng sự, 2020); hai nghiên cứu lấy mẫu ở miền Bắc (Hà Nội) (McKelvey và cộng sự, 1999; Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2016), một nghiên cứu chọn mẫu ở miền Trung (Đà Nẵng và Khánh Hòa) (Amstadter và cộng sự, 2011) và một nghiên cứu chọn mẫu ở miền Nam (Cần Thơ) (Nguyen Dat Tan và cộng sự, 2013).

Về nội dung RLTT được báo cáo trong các nghiên cứu, hơn một nửa số nghiên cứu tìm hiểu về tỉ lệ RLTT nói chung, các dạng RLTT khác bao gồm: buồn rầu, tự gây hại bản thân, tự tử, rối loạn lo âu, căng thẳng và trầm cảm.

Về công cụ đo lường các RLTT, các RLTT được xác định chủ yếu dựa vào các thang đo sàng lọc (screening tools): Thang đo trầm cảm dành cho các nghiên cứu dịch tễ (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D), câu hỏi về tự tử trích dẫn từ Bộ câu hỏi khảo sát về Hành vi nguy cơ ở thanh thiếu niên (Questionnaire of Youth Risk Behaviour Survey, YRBS), Bảng kiểm hành vi ở trẻ (Child Behaviour Checklist, CBCL), Bảng hỏi điểm mạnh và yếu (The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-25), thang đo Căng thẳng trong học tập dành cho trẻ VTN (The Educational Stress Scale for Adolescents (ESSA), thang đo 21 câu về Trầm cảm, Lo âu và Căng thẳng (Depression, Anxiety and Stress Scale-21, DASS-21). Hai nghiên cứu ghi nhận kết quả dựa trên báo cáo của phụ huynh trong khi đó các nghiên cứu còn lại đưa ra kết luận dựa trên tự báo cáo của trẻ VTN.

2.3.2. Đánh giá chung về chất lượng nghiên cứu

Nhìn chung, chất lượng của các nghiên cứu được xếp loại ở mức độ trung bình đến trên trung bình. Nguyên nhân có thể xem xét như sau: Thứ nhất, các thang đo sử dụng trong nghiên cứu hầu hết là thang đo sàng lọc chứ không phải là thang đo lâm sàng. Hơn nữa, những thang đo này chưa được thích nghi để sử dụng trên đối tượng trẻ VTN ở Việt Nam vào thời điểm tiến hành nghiên cứu. Một số thang đo đã được thích nghi nhưng giới hạn giữa bình thường và có RLTT vẫn dựa vào kết quả từ các nghiên cứu trên khách thể nước ngoài. Điều này có thể dẫn đến việc đánh giá sai lệch về tỉ lệ mắc nhiễm RLTT ở Việt Nam. Thứ hai, ba nghiên cứu trong tổng số chín nghiên cứu không đề cập đến sự phê chuẩn về đạo đức nghiên cứu (Bảng 3). Mặc dù có những nhược điểm như trên nhưng tất cả các nghiên cứu đều có tỉ lệ phản hồi (response rate) cao từ người tham gia nghiên cứu (tất cả đều trên 90%). Điều này có thể suy ra rằng các kết quả nghiên cứu có thể chấp nhận được. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu tương lai về RLTT ở Việt Nam, cần lưu ý khắc phục những hạn chế này để kết quả nghiên cứu chính xác và đảm bảo độ tin cậy hơn.

2.3.3. Tỉ lệ các dạng rối loạn tâm thần ở trẻ vị thành niên Việt Nam

2.3.3.1. Rối loạn tâm thần nói chung

Tỉ lệ RLTT nói chung được báo cáo trong bốn nghiên cứu. Nghiên cứu của McKelvey và cộng sự (1999) dựa trên kết quả báo cáo của 1.526 phụ huynh của trẻ VTN Hà Nội từ 12-18 tuổi sử dụng thang đo CBCL phiên bản dành cho phụ huynh, cho thấy tỉ lệ RLTT là 19,6%, trong đó nam chiếm 9,5% và nữ chiếm 10,1%. Hơn mười năm sau, nghiên cứu của Amstadter và cộng sự (2011) tiến hành trên 1.368 phụ huynh của trẻ VTC từ 11-18 tuổi tại miền Trung Việt Nam sử dụng thang đo SDQ-25 cho thấy có 9,1% trẻ có dấu hiệu của RLTT. Nghiên cứu trên diện rộng tại 10 tỉnh thành, vào năm 2014, Weiss và cộng sự sử dụng cả hai thang đo CBCL và SDQ nhưng là phiên bản dành cho trẻ VTN tự đánh giá. Trong 591 trẻ VTN từ 12-16 tuổi trả lời

phiếu điều tra có 10,7% trẻ có dấu hiệu RLTT theo thang đo SDQ và 12,4% theo thang đo CBCL. Nghiên cứu gần đây nhất vào năm 2020 tiến hành trên 757 học sinh Trung học phổ thông ở ba thành phố lớn đại diện cho miền Bắc, miền Trung và miền Nam cho thấy tỉ lệ này là 16,4% theo kết quả tự thuật từ thang đo SDQ. Mặc dù sự khác biệt về tỉ lệ mắc nhiễm ở các nghiên cứu có thể do chênh lệch về số lượng mẫu, thời điểm và địa bàn nghiên cứu, nhưng từ cái nhìn trực quan có thể thấy tỉ lệ RLTT nói chung ở trẻ VTN có xu hướng gia tăng. Những tỉ lệ mắc nhiễm này ghi nhận ở các nghiên cứu Việt Nam cao hơn so với các tỉ lệ báo cáo ở Serbia (5,8%), Ấn Độ (7,6%) hay Indonesia (7,9%) cũng sử dụng thang đo SDQ (Atilola, Balhara, Stevanovic, Avicenna, & Kandemir, 2013).

2.3.3.1. Tự tử

Khái niệm tự tử bao gồm suy nghĩ, lên kế hoạch và thực hiện hành vi tự tử. Một nửa số nghiên cứu có đề cập đến tỉ lệ tự tử. Hai nghiên cứu diện rộng quốc gia (SAVY I và II) giống nhau về phương pháp nghiên cứu và câu hỏi khảo sát liên quan đến tự tử. Hai khảo sát này cho thấy tỉ lệ VTN có suy nghĩ về tự tử cao nhất ở trẻ nữ thành thị và tăng từ 6,5% năm 2004 đến 9,6% năm 2009. Tỉ lệ cao nhất tìm thấy là ở một nghiên cứu miền Nam, ghi nhận 26,3% học sinh đã từng nghĩ đến tự tử ít nhất một lần trong đời, 12,9% đã từng lên kế hoạch tự tử và 3,8% đã từng thử tự tử (Nguyen Dat Tan và cộng sự, 2013). Nghiên cứu vào năm 2016 tiến hành trên học sinh Trung học phổ thông báo cáo tỉ lệ VTN đã từng nghĩ đến tự tử là 14,1% trong vòng 1 năm. Cũng trong vòng một năm, tỉ lệ đã từng lên kế hoạch tự tử là 5,7%. (Lê Thị Hồng Minh và cộng sự, 2016). Các tỉ lệ quốc gia về tự tử ở Việt Nam cao hơn rất nhiều so với mặt bằng chung của thế giới. Dữ liệu của tổ chức WHO từ 90 quốc gia cho thấy tỉ lệ tự tử trong độ tuổi từ 15-19 là 7,4/100.000 (Wasserman, Cheng và cộng sự, 2005).

2.3.3.2. Tự làm hại bản thân

Hai nghiên cứu phân tích dữ liệu thứ cấp từ khảo sát SAVY I cho thấy tỉ lệ cao nhất ở VTN đã từng tự làm hại bản thân ít nhất một lần trong đời là ở trẻ VTN nữ sống ở thành phố trong độ tuổi từ 14 đến 17 (3,4%), tiếp sau đó là trẻ VTN nam ở vùng nông thôn (2,9%) và trẻ VTN nam ở thành phố và VTN nữ ở nông thôn (2,3%). Năm năm sau, trong khảo sát lần hai SAVY II sử dụng cùng câu hỏi, tỉ lệ cao nhất được xác định ở trẻ VTN nam ở nông thôn (10,9%), theo sau đó là trẻ VTN nam ở thành thị (10,6%) (Le Cu Linh và Blum, 2015). Phân tích số liệu từ SAVY I và II phân nhóm tuổi từ 14-19 cho thấy, tỉ lệ tự làm hại bản thân là 2,8% trong năm 2004 và tăng lên 9,2% vào năm 2009 (Le Thi Hong Minh và cộng sự, 2012).

2.3.3.2. Trầm cảm

Nghiên cứu duy nhất tìm thấy có báo cáo về tỉ lệ trầm cảm ở trẻ VTN Việt Nam là trong độ tuổi từ 15 đến 19 là 41,1%, trong đó 25,9% có dấu hiệu trầm cảm nặng (Nguyen Dat Tan và cộng sự, 2013). Tỉ lệ này cao hơn rất nhiều so với các báo cáo ở các quốc gia phát triển như Anh (từ 0,9% (Hazel Green, McGinnity, Melzer, Ford, & Goodman, 2004) đến 2,5% (Meltzer, Gatward, Corbin, và cộng sự, 2000)) hay Mỹ (từ 2,1% (Roberts, Roberts và cộng sự, 2007) đến 3,4% (Canino, Shrout và cộng sự, 2004)). Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu cũng như thang đo sử dụng để đánh giá dấu hiệu trầm cảm.

2.3.3.3. Rối loạn lo âu

Rối loạn lo âu tìm thấy ở một nghiên cứu ở thành phố Cần Thơ, và được báo cáo ở hai bài báo định lượng và định tính. Tỉ lệ rối loạn lo âu ghi nhận trên 1,159 học sinh từ 15-19 tuổi bằng thang đo Lo âu (The Anxiety Scale) là 23%. Tỉ lệ ghi nhận từ phỏng vấn bán cấu trúc trên 55 học sinh trong cùng độ tuổi cho thấy 27,3% học sinh cảm thấy lo lắng thường xuyên (Nguyen Dat Tan và cộng sự, 2013). Tương tự như trầm cảm, tỉ lệ rối loạn lo âu ở trẻ VTN Việt Nam cao hơn so với các tỉ lệ ghi nhận ở Anh và Mỹ. Tỉ lệ rối loạn lo âu của cả trẻ em và trẻ VTN ở Anh là 3,3% (Green, McGinnity và cộng sự, 2004) và ở Mỹ là 9,5% (Canino, Shrout và cộng sự, 2004).

2.3.3.4. *Phiền muộn*

Trải nghiệm những cảm xúc không dễ chịu khi đối mặt với những tình huống khó khăn được định nghĩa như là sự phiền muộn về mặt tâm lý (low mood) (B. Pham, 2015; Ridner, 2004). Sự phiền muộn được tìm hiểu trong nghiên cứu thứ cấp của Lê Cù Linh và Blum năm 2015 từ dữ liệu SAVY. Kết quả phân tích số liệu SAVY I vào năm 2004 cho thấy có 34,1% trẻ VTN ít nhất một lần cảm thấy phiền muộn. Năm năm sau, tỉ lệ này tăng lên 37,2% trong khảo sát SAVY II. 37.3% in SAVY II.

Nhìn chung, các RLTT được tìm thấy ở các nghiên cứu chủ yếu là các vấn đề hướng nội (trầm cảm, rối loạn lo âu, căng thẳng) và tự làm hại bản thân, trong đó có tự tử. Nhiều dạng RLTT khác vẫn chưa được nghiên cứu và báo cáo trên hệ thống các tạp chí quốc tế. Các thang đo sử dụng chưa phải là thang đo lâm sàng và chưa được thích nghi bài bản tại Việt Nam. Các dấu hiệu RLTT ở trẻ VTN Việt Nam đều ghi nhận cao hơn nhiều so với các ghi nhận ở các quốc gia khác trên thế giới. Sự khác biệt có thể giải thích do một số nguyên nhân như sau. Thứ nhất, sự thách thức ngày càng tăng mà trẻ VTN Việt Nam phải đối mặt để đáp ứng với sự thay đổi chóng mặt của quá trình công nghiệp hóa và toàn cầu hóa ở Việt Nam. Thứ hai, sự khó khăn về mặt kinh tế khiến bố mẹ phải mưu sinh nhiều hơn và ít dành thời gian để quan tâm chia sẻ và nói chuyện cùng con cái (Stratton, Edwards và cộng sự, 2014, Phan Thi Mai Huong, 2016). Thứ ba, nhận thức của cộng đồng về sức khỏe tâm thần còn hạn chế dẫn đến tình trạng kì thị khiến trẻ VTN ngại tìm kiếm đến sự giúp đỡ bên ngoài gia đình. Thứ tư, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cấp phép ở Việt Nam còn rất hạn chế. Vì thế, trẻ khó có cơ hội để được hỗ trợ một cách chuyên nghiệp.

3. Kết luận

Dấu hiệu rối loạn tâm thần đánh giá bằng các thang đo sàng lọc trong các nghiên cứu tìm thấy tại các tạp chí công bố quốc tế bằng tiếng Anh cho thấy tỉ lệ RLTT ghi nhận ở trẻ VTN Việt Nam là tương đối cao, cao hơn nhiều so với một số quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, do sự e ngại từ đặc điểm văn hóa cũng như nhiều dạng RLTT khác chưa được tìm hiểu, và thang đo sử dụng chủ yếu là thang đo sàng lọc nên tỉ lệ ghi nhận này từ các nghiên cứu có thể chưa phản ánh đúng thực tế. Tuy vậy, với cái nhìn tổng quát về sức khỏe tâm thần của trẻ VTN ở Việt Nam, bài báo này đã chứng minh được rằng trẻ VTN Việt Nam cũng giống như các quốc gia dân tộc khác trên thế giới, có những dấu hiệu nguy cơ của RLTT. Những rối loạn này có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của chính trẻ, gia đình và xã hội. Với những kết quả ghi nhận được từ các nghiên cứu, cần có chương trình can thiệp và hỗ trợ trẻ VTN về mặt sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu này cũng chỉ ra các khoảng trống chưa khám phá và những hạn chế về nghiên cứu trên trẻ VTN Việt Nam ở các công bố với thế giới. Các nghiên cứu sau này cần làm hoàn thiện hơn và khắc phục những hạn chế này để đảm bảo độ chính xác và tin cậy hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] APA., 2018. *What is mental illness*. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>. Retrieved 06/05/2021 <http://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- [2] Atilola, O., Balhara, Y. P. S., Stevanovic, D., Avicenna, M., & Kandemir, H., 2013. "Self-report mental health problems among adolescents in developing countries: Results from an international pilot sample". *Journal of Developmental and Behavioural Pediatric* 34(2), 129-137.

- [3] Bansal, P. D., & Barman, R., 2011. "Psychopathology of school going children in the age group of 10-15 years". *International Journal of Applied Basic Medicine Research*, 1(1), 43-47. doi:10.4103/2229-516X.81980
- [4] Dau, M. L., Tran, T.-A., Dinh, T. H. V., Nguyen, T. H., Nguyen, C. T., Nguyen, Q. A., . . . Nguyen, T. H., 2020. *Socio-Emotional skills and correlation with mental health in adolescents*. In. Vietnam: Vietnam Ministry of Education and Training.
- [5] Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R., 2005. *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. Retrieved from London:
- [6] Green, H., McGinnity, A., Melzer, H., Ford, T., & Goodman, R., 2004. *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. Retrieved from
- [7] Huan, J. P., Xia, W., Sun, C. H., Zhang, H. Y., & Wu, L. J., 2009. "Psychological distress and its correlates in Chinese adolescents". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 674-681.
- [8] Keller, T. E., Cusick, G. R., & Courtney, M. E., 2007. "Approaching the Transition to Adulthood: Distinctive Profiles of Adolescents Aging out of the Child Welfare System". *Social Serv Rev*, 81(3), 453-484. doi:10.1086/519536
- [9] Kessler, R. C., Andrews, G., & Colpe., 2002. "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress". *Psychological Medicine*, 32, 956-959.
- [10] Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., . . . Rahman, A., 2011. "Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action". *Lancet*, 378, 1515-1525.
- [11] Knopf, D., Park, M. J., & Mulye, T. P., 2008. *The Mental Health of Adolescents: A National profile*, 2008. Retrieved from San Francisco, CA:
- [12] Meltzer, M., Gatward, R., Corbin, T., & al., e., 2000. *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. TSO (The Stationery Office).
- [13] Nguyen, D., Dedding, C., Pham, 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, 1195-1195. doi:10.1186/1471-2458-13-1195
- [14] 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(1046).
- [15] Pham, B., 2015. *Study burden, academic stress and mental health among high school students in Vietnam*. (Doctor of Philosophy). Queensland University of Technology, 2015., Brisbane, Australia. Retrieved from <http://eprints.qut.edu.au/82291/>
- [16] Pham, S., & Tran, T., 2008. *Mental disorders - New dynamics in psychiatry*. Paper presented at the Mental Health Care, Hanoi.
- [17] Ridner, S. H., 2004. "Psychological distress: Concept analysis". *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- [18] The World Bank., 2011. *World development report 2011: Conflict, Security, and Development*. Retrieved from Washington DC:
- [19] UNICEF., 2016. *Some 1.2 billion adolescents aged 10-19 years today make up 16 per cent of the world's population* UNICEF. Retrieved from <https://data.unicef.org/topic/adolescents/adolescent-demographics/#>. Retrieved 21/08/2017, from UNICEF Data: Monitoring the

Situation of Children and Women <https://data.unicef.org/topic/adolescents/adolescent-demographics/#>

- [20] Utama, B., 2014. *Mental Health and Community Violence among Adolescents in Indonesia (School-based study)*. (Master). Universitetet I Oslo,
- [21] WHO., 2001. *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Retrieved from World Health Organisation, France: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- [22] WHO., 2005. *Make every mother and child count*. Retrieved from World Health Organisation, France.
- [23] WHO., 2014. *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade*. Retrieved from Switzerland.

ABSTRACT

Prevalence of mental health problems among adolescents in Vietnam: A systematic review from English publications

Nguyen Ngoc Quynh Anh

Department of Psychology and Education, University of Education, Hue University

Mental disorders are prevalence among adolescents all over the world. However, very few information related to this area in Vietnam, where up to 20% of the total national population, have been published internationally. Therefore, this study sought for evidence of the incidence of mental disorders among Vietnamese adolescents from publications in English. The study searched for studies matching the selection criteria on online database systems and manually reviewed studies from bibliographies. A total of 2,643 studies were found. After eliminating ineligible studies, nine studies were used for analysis and evaluation. The results show that the prevalence of mental disorders among Vietnamese adolescents was quite high compared to the world. However, this number may be underestimated. Research provides evidence that there is an urgent need to develop programs and services to support mental health for this age group in Vietnam.

Keywords: adolescence, mental health, mental disorders, systematic review.