

**BỘ GIÁO DỤC & ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

NGUYỄN THÁI QUỲNH CHI

**KẾT QUẢ CAN THIỆP THỬ NGHIỆM
NÂNG CAO NĂNG LỰC SỨC KHỎE TÂM THẦN
CHO SINH VIÊN KHOA XÃ HỘI HỌC,
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN,
HÀ NỘI**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG
MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62.72.03.01**

HÀ NỘI, 2021

**BỘ GIÁO DỤC & ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

NGUYỄN THÁI QUỲNH CHI

**KẾT QUẢ CAN THIỆP THỬ NGHIỆM
NÂNG CAO NĂNG LỰC SỨC KHỎE TÂM THẦN
CHO SINH VIÊN KHOA XÃ HỘI HỌC,
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN,
HÀ NỘI**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG
MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62.72.03.01**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC
PGS. TS. Đặng Hoàng Minh
TS. Lê Thị Kim Ánh**

HÀ NỘI, 2021

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của cá nhân tôi cùng sự hỗ trợ của các đồng nghiệp ở Bộ môn Xã hội học-Giáo dục sức khỏe, trường Đại học Y tế công cộng và các bạn ở Trung tâm Thông tin hướng nghiệp và Tư vấn tâm lý, trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội. Nghiên cứu can thiệp này được thực hiện tại hai Khoa Xã hội học của trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn và Học viện Báo chí và Tuyên truyền. Các số liệu và kết quả trình bày trong luận án là trung thực và chưa được công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác ngoài các công bố trong khuôn khổ của nghiên cứu này.

Tác giả luận án

Nguyễn Thái Quỳnh Chi

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành cuốn luận án này, có rất nhiều người mà tôi muốn gửi lời cảm ơn đến họ. Những người đầu tiên tôi muốn cảm ơn là chồng tôi và hai con của tôi. Chồng tôi, mặc dù rất bận với công việc ở cơ quan nhưng vẫn sẵn sàng hỗ trợ tôi đi chợ, nấu cơm và rửa bát. Tôi cảm ơn chồng và hai con của tôi đã luôn cố gắng chịu đựng những cơn đau gập của tôi mỗi lúc tôi quá stress với việc học của mình. Tôi cũng muốn gửi lời cảm ơn đến mẹ tôi, người đã luôn đồng hành cùng tôi trong những lúc khó khăn nhất.

Xin trân trọng cảm ơn PGS. TS. Đặng Hoàng Minh và TS. Lê Thị Kim Ánh đã nhiệt tình hướng dẫn tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu can thiệp này. Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến PGS. TS. Nguyễn Thanh Hương, mặc dù cô không phải là giáo viên hướng dẫn nhưng cô luôn sẵn lòng giúp tôi giải đáp những thắc mắc trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Chân thành cảm ơn các bạn đồng nghiệp tại Bộ môn Xã hội học-Giáo dục sức khỏe, trường Đại học Y tế công cộng đã hỗ trợ tôi trong công việc và động viên tôi cả về tinh thần trong giai đoạn “chạy nước rút” để tôi có thể trình luận án của mình tại hội đồng. Tôi cũng xin cảm ơn các bạn đang công tác tại Trung tâm Thông tin hướng nghiệp và Tư vấn tâm lý, trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội đã hỗ trợ tôi về phần mềm Shining Mind cho can thiệp của tôi.

Xin gửi lời cảm ơn tới lãnh đạo của hai Khoa Xã hội học thuộc hai trường mà tôi chọn làm nghiên cứu đã tạo điều kiện để tôi tiến hành nghiên cứu với sinh viên của Khoa. Xin cảm ơn các giảng viên, cán bộ lớp và các bạn sinh viên của hai Khoa đã hỗ trợ tôi rất nhiều trong suốt quá trình khảo sát trước-sau can thiệp và giai đoạn thực hiện can thiệp.

Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn trân trọng đến Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo trường Đại học Y tế công cộng đã tạo điều kiện và luôn hỗ trợ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tác giả luận án
Nguyễn Thái Quỳnh Chi

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ĐHKHXHVN	: Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn
ĐTNC	: Đối tượng nghiên cứu
HVBCTT	: Học viện Báo chí và Tuyên truyền
NCS	: Nghiên cứu sinh
RLLA	: Rối loạn lo âu
RLTT	: Rối loạn tâm thần
SCT	: Sau can thiệp
SKTT	: Sức khỏe tâm thần
TCT	: Trước can thiệp
WHO	: World Health Organization - Tổ chức Y tế thế giới

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	iii
LỜI CẢM ƠN	iv
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	v
DANH MỤC BẢNG	ix
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	xi
DANH MỤC SƠ ĐỒ.....	xi
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	5
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	6
1.1. Các khái niệm sử dụng trong nghiên cứu	6
1.1.1. Sức khỏe tâm thần, vấn đề sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần	6
1.1.2. Năng lực sức khỏe tâm thần	8
1.2. Một số vấn đề sức khỏe tâm thần đề cập trong nghiên cứu	11
1.2.1. Rối loạn lo âu	11
1.2.2. Trầm cảm.....	13
1.3. Nghiên cứu về năng lực về rối loạn lo âu và trầm cảm.....	15
1.3.1. Các nghiên cứu nước ngoài.....	15
1.3.2. Các nghiên cứu trong nước	24
1.4. Công cụ đo lường năng lực SKTT	25
1.5. Các chương trình can thiệp nâng cao năng lực SKTT của sinh viên	28
1.6. Phương pháp đánh giá bộ công cụ/thang đo	31
1.7. Khung lý thuyết.....	35
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	37
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	37
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	37
2.3. Thiết kế nghiên cứu	38
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	40
2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu.....	42
2.6. Biến số/Chủ đề nghiên cứu.....	44

2.7. Xử lý và phân tích số liệu.....	45
2.8. Chiến lược can thiệp.....	57
2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	61
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	62
3.1. Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, và cấu trúc) của bộ công cụ.....	62
3.2. Sự thay đổi năng lực SKTT về rối loạn lo âu và trầm cảm của sinh viên Khoa Xã hội học ở hai trường trước và sau can thiệp	66
3.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu	66
3.2.2. Thay đổi về nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm.....	68
3.2.3. Thay đổi trong hiểu biết về người trợ giúp cho người mắc RLLA và trầm cảm	73
3.2.4. Thay đổi trong hiểu biết về biện pháp hỗ trợ cho người mắc RLLA và trầm cảm.....	79
3.2.5. Thay đổi trong hiểu biết về các hoạt động tự giúp mình (self-help) để thoát khỏi tình trạng RLLA và trầm cảm	83
3.2.6. Thay đổi trong hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc giúp đỡ vấn đề RLLA và trầm cảm	88
3.2.7. Thay đổi về thái độ đối với RLLA và trầm cảm.....	94
3.2.8. Đánh giá sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của ĐTNC trước và sau can thiệp	97
Chương 4. BÀN LUẬN	100
4.1. Bàn luận về đối tượng nghiên cứu	100
4.2. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT.....	101
4.2.1. Tham khảo và phát triển bộ công cụ mô tả năng lực SKTT	101
4.2.2. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm.....	104
4.3. Bàn luận về kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT.....	106
4.3.1. Sự thay đổi năng lực SKTT của ĐTNC về RLLA và trầm cảm.....	107
4.3.2. Bàn luận về các hoạt động can thiệp.....	111
4.4. Hạn chế của nghiên cứu	112
4.5. Tính mới và đóng góp của luận án	113
KẾT LUẬN.....	115
1. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT.....	115
2. Kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT cho sinh viên.....	115
KHUYẾN NGHỊ.....	117

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN NGHIÊN CỨU	118
TÀI LIỆU THAM KHẢO	119
PHỤ LỤC	134
Phụ lục 1. Bảng biến số định lượng	134
Phụ lục 2: Email cho phép sử dụng bộ công cụ của tác giả.....	138
Phụ lục 3: Tóm tắt kết quả thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC và chuyên gia.....	139
Phụ lục 4. Bộ công cụ thu thập số liệu định lượng	144
Phụ lục 5. Hướng dẫn thảo luận nhóm ĐTNC trước-sau can thiệp.....	170
Phụ lục 6. Sách mỏng “Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm?”	172
Phụ lục 7. Hình ảnh và một số nội dung trên phần mềm ShiningMind.....	173
Phụ lục 8. Hình ảnh buổi tập huấn về rối loạn lo âu và trầm cảm cho ĐTNC	177

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Tóm tắt các nghiên cứu về năng lực SKTT liên quan đến rối loạn lo âu và trầm cảm của người trẻ tuổi >18 tuổi	19
Bảng 3.2. Kết quả thử nghiệm đoạn mô tả RLLA và trầm cảm với chuyên gia.....	63
Bảng 3.3. Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC tham gia khảo sát.....	66
Bảng 3.4. Tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm	71
Bảng 3.5. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn người “có thể giúp được” cho vấn đề RLLA	74
Bảng 3.6. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn người “có thể giúp được” cho vấn đề trầm cảm.....	76
Bảng 3.7. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn biện pháp hỗ trợ “có thể giúp được”	79
Bảng 3.8. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn biện pháp hỗ trợ “có thể giúp được” cho vấn đề trầm cảm	82
Bảng 3.9. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn hoạt động có thể thực hiện để tự giúp bản thân vượt qua tình trạng RLLA.....	84
Bảng 3.10. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn hoạt động có thể thực hiện để tự giúp bản thân vượt qua tình trạng trầm cảm.....	86
Bảng 3.11. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc RLLA nếu CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT	89
Bảng 3.12. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc RLLA nếu KHÔNG CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT.....	90
Bảng 3.13. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc trầm cảm nếu CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT	92
Bảng 3.14. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc trầm cảm nếu KHÔNG CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT.....	93
Bảng 3.15. Tỷ lệ ĐTNC “đồng ý” về một số quan điểm đối với RLLA	94
Bảng 3.16. Tỷ lệ ĐTNC “đồng ý” về một số quan điểm đối với trầm cảm.....	96
Bảng 3.17. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng	97

Bảng 3.18. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng	98
Bảng 3.19. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng	98
Bảng 3.20. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng	99

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn các tài liệu/kênh truyền thông phù hợp với ĐTNC (n=724)	59
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của RLLA, trước và sau can thiệp	68
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA, theo nhóm trường,.....	69
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm, trước và sau can thiệp.....	70
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm, theo nhóm trường,	71
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm,	72
Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm theo trường, trước và sau can thiệp	73

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1: Khung lý thuyết	36
Sơ đồ 2: Các giai đoạn thiết kế nghiên cứu.....	39
Sơ đồ 3: Quy trình đánh giá tính giá trị của bộ công cụ	54
Sơ đồ 4: Khung logic của chương trình can thiệp.....	58

ĐẶT VẤN ĐỀ

"Sẽ không có sức khỏe nếu không có sức khỏe tâm thần - There's no health without mental health" (Ban Ki Moon, Tổng thư ký Liên hợp quốc, 2011).

Theo nhận định của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trên toàn thế giới hiện có khoảng 450 triệu người mắc các rối loạn tâm thần (RLTT) (mental disorders) và nhiều hơn con số đó là những người gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần (SKTT) (mental health problems); 75% người mắc RLTT không được điều trị hiện đang sống ở các nước đang phát triển; các RLTT chiếm khoảng 13% gánh nặng bệnh tật toàn cầu và đang ngày càng trở nên phổ biến hơn (1). Ở Việt Nam, báo cáo từ kết quả nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật và tuổi thọ khỏe mạnh (2019) cho thấy: các RLTT chiếm 4,93% trong tổng gánh nặng bệnh tật (2). Cũng trong báo cáo này, hơn 1/3 tổng gánh nặng do tàn tật ở các nhóm tuổi từ 14 trở lên ở nam giới là do các bệnh tâm thần kinh và ở nữ giới cũng tương tự như vậy. Các vấn đề SKTT thường khởi phát sớm và nếu không có các biện pháp dự phòng sớm hoặc không được can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài cho cá nhân.

Các giải pháp giải quyết các vấn đề SKTT hiện nay đi theo hai hướng là điều trị và dự phòng, trong đó chủ yếu vẫn là điều trị bằng thuốc và trị liệu về tâm lý; các biện pháp dự phòng chưa được đề cập nhiều. Trong những năm 1970, khái niệm “năng lực sức khỏe” (health literacy) xuất hiện lần đầu tiên tại Mỹ và trở thành một chủ đề được đề cập nhiều từ những năm 1990. Từ đó đến nay có nhiều khái niệm về năng lực sức khỏe đã được các nhà nghiên cứu trên thế giới đưa ra. Năm 2012, tác giả Kristine Sorensen và cộng sự đã tổng hợp và phân tích 17 khái niệm năng lực sức khỏe để đưa ra định nghĩa như sau: *“Năng lực sức khỏe có liên quan đến khả năng đọc viết và bao hàm kiến thức, động cơ và khả năng của cá nhân để tiếp cận, hiểu, đánh giá, và ứng dụng các thông tin về sức khỏe để có những nhận định, từ đó đưa ra các quyết định trong việc phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế để nâng cao chất lượng cuộc sống trong suốt cuộc đời”* (3). Các nhà nghiên cứu hiện nay đã chuyển sang hướng nghiên cứu năng lực

sức khỏe để tìm hiểu kiến thức, động cơ và khả năng của người dân trong cộng đồng trong việc tiếp cận, hiểu, đánh giá và ứng dụng các thông tin về một vấn đề sức khỏe nào đó để tự quyết định hành vi của mình.

Năm 1997 khái niệm “*năng lực SKTT*” (mental health literacy) lần đầu tiên được đề cập đến trong các nghiên cứu về SKTT. Theo đó, năng lực SKTT được định nghĩa là “*hiểu biết và niềm tin của cá nhân về các RLTT để từ đó hỗ trợ cá nhân trong việc phát hiện, quản lý và phòng ngừa*” (4). Khái niệm này nhấn mạnh đến vai trò của hiểu biết và niềm tin của cá nhân về các vấn đề SKTT trong việc phát hiện ra các vấn đề SKTT và biết cách dự phòng. Khi cá nhân nhận biết được các dấu hiệu của vấn đề SKTT hoặc khi họ có người thân/bạn bè gặp các vấn đề SKTT sẽ có xu hướng cố gắng tìm cách xử lý vấn đề. Các dự định về giải pháp để xử lý các vấn đề SKTT (làm gì để hỗ trợ) phụ thuộc rất nhiều vào năng lực SKTT của cá nhân đó.

WHO đã nhấn mạnh vào vấn đề can thiệp nâng cao SKTT cho nhóm người trẻ tuổi bởi đây là nhóm có nhiều nguy cơ phát triển các vấn đề SKTT (5). Các vấn đề SKTT thường khởi phát sớm và nếu không có các biện pháp dự phòng sớm hoặc không được can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài cho cá nhân. Khoảng một nửa số người có các vấn đề SKTT nói rằng vấn đề SKTT của họ khởi phát từ trước tuổi 18 (6). Theo thống kê của tổ chức NAMI (National Alliance on Mental Illness) ở Mỹ (7), hơn 25% sinh viên đại học (18-24 tuổi) được chẩn đoán và điều trị bởi người có chuyên môn tâm thần; hơn 11% sinh viên mắc rối loạn lo âu và khoảng 10% mắc trầm cảm; 73% sinh viên có trải nghiệm với khủng hoảng tinh thần trong quá trình học tại trường nhưng 34,2% nói rằng bạn bè họ không biết gì về các vấn đề mà họ đang gặp phải. Nghiên cứu về các vấn đề SKTT trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc các vấn đề SKTT (như stress, lo âu, trầm cảm, lạm dụng chất kích thích, rối nhiễu hành vi) trong nhóm người trẻ tuổi rơi vào khoảng 25-75% (8-12). Ở Việt Nam, tỷ lệ thanh niên (trong đó có nhóm sinh viên) có xuất hiện các triệu chứng khác nhau của các vấn đề SKTT khoảng 25-60% (13, 14). Nhận biết sớm về các vấn đề SKTT và hành vi tìm kiếm sự trợ giúp phù hợp sẽ chỉ có được khi những người trẻ tuổi có đủ năng lực về vấn đề này.

Nghiên cứu của Jorm (2000) đã chỉ ra rằng phần lớn người dân nói chung đều có hiểu biết rất hạn chế về các vấn đề SKTT: họ không xác định được đúng các RLTT, họ không nêu được nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT đó, nhiều người cảm thấy sợ những người có các vấn đề SKTT, họ không tin vào hiệu quả của các can thiệp, thường chần chừ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp, và không biết hỗ trợ những người khác như thế nào (4). Khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT được cho là một yếu tố quan trọng bởi việc không xác định được các vấn đề SKTT sẽ dẫn đến việc chậm trễ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp phù hợp (15). Người dân nói chung biết đến các vấn đề SKTT như trầm cảm, lo âu nhưng lại không coi các vấn đề SKTT phổ biến này là nghiêm trọng (4). Thái độ của mọi người đối với các vấn đề SKTT thường liên quan đến định kiến, kì thị. Người có các vấn đề SKTT rất sợ sự kì thị của xã hội và điều này làm ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sự trợ giúp (16). Liên quan đến hành vi tìm kiếm sự trợ giúp, một số nghiên cứu đã cho thấy số người tìm đến sự hỗ trợ của người có chuyên môn đang tăng dần trong những năm vừa qua mặc dù đây vẫn là con số vô cùng nhỏ trong số những người có các vấn đề SKTT (17-19). Hành vi tìm kiếm sự trợ giúp chịu ảnh hưởng bởi hiểu biết của cá nhân về vấn đề, về nguyên nhân gây ra vấn đề đó và chẩn đoán vấn đề.

Can thiệp nâng cao năng lực SKTT nhằm giúp đối tượng có kiến thức về bệnh, có khả năng hành động phù hợp để phòng ngừa và phát hiện sớm vì thế có ý nghĩa rất lớn trong lĩnh vực y tế công cộng. Mặc dù vậy, đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đi vào tìm hiểu năng lực SKTT trên các nhóm đối tượng khác nhau tại cộng đồng. Trong bối cảnh này, câu hỏi đặt ra là người trẻ tuổi ở Việt Nam, trong đó có nhóm sinh viên đại học, có hiểu biết thế nào về các vấn đề SKTT phổ biến (cụ thể là rối loạn lo âu và trầm cảm)? Họ có khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT phổ biến như thế nào? Họ đã từng tham gia một chương trình nâng cao sức khỏe nào tập trung vào các vấn đề SKTT chưa? Sinh viên đã từng ứng phó ra sao khi cảm thấy bản thân đang có vấn đề về SKTT hoặc khi thấy bạn học của mình có vấn đề SKTT? v.v. Để có thể trả lời được những câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo tiếp cận của y tế công cộng,

với thiết kế nghiên cứu can thiệp trước-sau có nhóm chứng "**Đánh giá kết quả can thiệp thử nghiệm nâng cao năng lực sức khỏe tâm thần của sinh viên Khoa Xã hội học, trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội**". Việc thực hiện nghiên cứu này sẽ góp phần cho thấy hiểu biết của nhóm người trẻ tuổi về các vấn đề SKTT như thế nào để từ đó có những định hướng can thiệp phù hợp. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng góp phần khẳng định tính giá trị của các giải pháp can thiệp nâng cao năng lực SKTT.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ mô tả năng lực sức khỏe tâm thần;
2. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao năng lực sức khỏe tâm thần về rối loạn lo âu và trầm cảm của sinh viên Khoa Xã hội học, trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Các khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

1.1.1. Sức khỏe tâm thần, vấn đề sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, bệnh tâm thần

Hiện nay có nhiều sự nhầm lẫn cũng như cách hiểu khác nhau về các khái niệm/thuật ngữ liên quan đến SKTT. Nhiều người nghĩ rằng những hành vi bất thường, hay hành vi lệch chuẩn, là RLTT nhưng hai điều này không giống nhau. Các tác giả Rogers và Parker (20) giải thích rằng những điều chúng ta biết về SKTT và RLTT bị ảnh hưởng bởi hai yếu tố: 1/ Ngôn ngữ thông dụng hàng ngày (cách nói, phim ảnh, truyền thông...) và 2/ Ngôn ngữ chuyên môn của những người trong nghề (bác sĩ tâm thần, cán bộ tâm lý, công tác xã hội...). Hai yếu tố này tương tác với nhau theo một cách phức tạp, không có quy chuẩn nên đã tạo ra sự nhầm lẫn giữa các từ thông dụng với kiến thức khoa học.

Từ định nghĩa của WHO về sức khỏe "là trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tâm thần, và xã hội, chứ không chỉ đơn thuần là trạng thái không có bệnh tật hay tình trạng ốm yếu", chúng ta có thể thấy SKTT là một phần không thể thiếu của sức khỏe. WHO cũng đã định nghĩa SKTT "*là một tình trạng thái sức khỏe (well-being) mà trong đó cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể ứng phó với những căng thẳng bình thường của cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả, từ đó tạo ra những đóng góp cho chính cộng đồng của mình*" (21). Theo cuốn từ điển thuật ngữ Tâm lý học của Vũ Dũng, SKTT "*là một trạng thái thoải mái, dễ chịu về tinh thần, không có các biểu hiện rối loạn về tâm thần, một trạng thái đảm bảo cho sự điều khiển hành vi, hoạt động phù hợp với môi trường*" (22). Với cả hai định nghĩa này, chúng ta thấy SKTT là nền tảng cho sự khỏe mạnh và các hoạt động chức năng hiệu quả của cá nhân và cộng đồng.

Ở Việt Nam, khái niệm SKTT và sức khỏe tinh thần được dùng thay thế cho nhau. Hai khái niệm này có ý nghĩa như nhau và đều xuất phát từ khái niệm tiếng Anh "mental health". Trong bối cảnh xã hội Việt Nam, từ tâm thần mang nhiều định kiến vì nó gắn

liên với những bệnh tâm thần nặng như động kinh, tâm thần phân liệt nên các nhà nghiên cứu thường sử dụng từ "sức khỏe tinh thần" để thay thế nhằm làm giảm nhẹ những định kiến xã hội với SKTT. Tuy nhiên, để thống nhất chung với các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi sẽ sử dụng thuật ngữ SKTT trong nghiên cứu này.

Ngược lại với SKTT là có vấn đề về SKTT (mental health conditions). Trong sáng kiến đặc biệt đối với SKTT của WHO giai đoạn 2019-2023 về bao phủ chăm sóc SKTT toàn dân, WHO sử dụng thuật ngữ “mental health conditions” để chỉ *“các rối loạn tâm thần, thần kinh và rối loạn do sử dụng chất kích thích, nguy cơ tự tử và các khuyết tật về tâm lý xã hội, nhận thức và trí tuệ có liên quan”* (23).

Các chuyên gia trong lĩnh vực tâm thần còn sử dụng các thuật ngữ khác như rối nhiễu tâm trí/RLTT (mental disorder), bệnh tâm thần (mental illness). Rối nhiễu tâm trí và RLTT là hai thuật ngữ hiện đang được dùng song song ở Việt Nam và đều xuất phát từ thuật ngữ tiếng Anh là "mental disorder". Tác giả Nguyễn Khắc Viện đề xuất nên dùng thuật ngữ "rối nhiễu tâm trí" (24). Tác giả Trần Tuấn, trong một bài viết của mình, cũng đã phân tích thuật ngữ "mental" hiện nay đang được các chuyên gia về sức khỏe hiểu thế nào và được cộng đồng hiểu ra sao. Từ đó ông khuyến nghị dịch sang tiếng Việt là "tâm trí" và không nên dịch là "tâm thần" để tránh định kiến trong cộng đồng xã hội. Tương tự như vậy, thuật ngữ "mental health" cũng được dịch là "sức khỏe tâm trí" thay cho thuật ngữ "sức khỏe tâm thần" mà các chuyên gia hoạt động trong lĩnh vực này vẫn sử dụng. Rối nhiễu tâm trí được định nghĩa là *"tình trạng lệch lạc của sức khỏe tâm trí ra khỏi ngưỡng bình thường, là trạng thái bệnh nhưng vẫn còn khả năng tự điều chỉnh trở về bình thường"*. Khi nói đến rối nhiễu tâm trí, cộng đồng sẽ liên tưởng đến "bệnh" nhưng ở mức độ và trạng thái dễ chấp nhận hơn so với RLTT hay bệnh tâm thần (25).

Trong từ điển Tâm lý học của Hiệp hội Tâm lý học Mỹ (American Psychology Association - APA), RLTT được định nghĩa là *“bất kỳ tình trạng nào được đặc trưng bởi rối loạn nhận thức và cảm xúc, hành vi không bình thường, suy giảm chức năng, hoặc bất kỳ sự kết hợp nào của những tình trạng này”* (26).

WHO cũng định nghĩa RLTT là "*một loạt các vấn đề với những triệu chứng khác nhau. Hiện tượng này được ghi nhận bởi sự kết hợp của những suy nghĩ, cảm xúc, hành vi không bình thường, ảnh hưởng đến các mặt đời sống của cá nhân như công việc, gia đình, xã hội*" (27).

Bệnh tâm thần được Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) định nghĩa là "*tập hợp của tất cả các RLTT cần có sự can thiệp của bác sĩ tâm thần*" (28). Như vậy, khi dùng tiếng Anh, các thuật ngữ này khá rõ ràng về ý nghĩa và bản chất. Tuy nhiên, khi dịch sang tiếng Việt lại có nhiều thuật ngữ khác nhau được sử dụng để phù hợp với quan điểm và cách suy nghĩ của người Việt Nam.

Tóm lại, để có sự thống nhất với các nghiên cứu khác, trong nghiên cứu này, NCS sử dụng các thuật ngữ "sức khỏe tâm thần", "rối loạn tâm thần", và "bệnh tâm thần" tương ứng với các thuật ngữ trong tiếng Anh "mental health", "mental disorder", và "mental illness". Dựa trên những định nghĩa phía trên, NCS tạm thời phân biệt ba thuật ngữ này, theo cách hiểu của mình, như sau:

- Mental health: sức khỏe tâm thần.
- Mental disorder: tình trạng SKTT bị lệch khỏi ngưỡng bình thường, chưa được hoặc đã được chẩn đoán rõ ràng, nếu phát hiện kịp thời vẫn có thể tự điều chỉnh hoặc có sự hỗ trợ của người có chuyên môn để trở về trạng thái bình thường.
- Mental illness: tình trạng SKTT bị lệch khỏi ngưỡng bình thường, có sự chẩn đoán rõ ràng và cần có sự can thiệp của bác sĩ tâm thần.

NCS cũng thống nhất sử dụng thuật ngữ chung trong nghiên cứu này là "vấn đề SKTT" mà không phân biệt RLTT hay bệnh tâm thần vì nó có khả năng biểu đạt được hàm ý từ nhẹ (RLTT) đến nặng (bệnh tâm thần).

1.1.2. Năng lực sức khỏe tâm thần

Năng lực SKTT (mental health literacy) là khái niệm được phát triển dựa trên khái niệm năng lực sức khỏe (health literacy). Trong những năm 1970, khái niệm năng lực sức khỏe xuất hiện lần đầu tiên tại Mỹ và trở thành một chủ đề được nhiều nghiên cứu

đề cập từ những năm 1990. Năm 2012, tác giả Kristine Sorensen và cộng sự đã tổng hợp và phân tích 17 khái niệm năng lực sức khỏe để đưa ra định nghĩa như sau: “*Năng lực sức khỏe có liên quan đến khả năng đọc viết và bao hàm kiến thức, động cơ và khả năng của cá nhân để tiếp cận, hiểu, đánh giá, và ứng dụng các thông tin về sức khỏe để có những nhận định, từ đó đưa ra các quyết định trong việc phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế để nâng cao chất lượng cuộc sống trong suốt cuộc đời*” (3). Từ khi khái niệm năng lực sức khỏe được đưa vào sử dụng, nhiều nhà nghiên cứu trên thế giới chuyển hướng sang nghiên cứu về năng lực sức khỏe thay cho nghiên cứu K-A-P (kiến thức, thái độ, thực hành). Nghiên cứu về năng lực sức khỏe chỉ ra được mối liên hệ giữa kiến thức và dự định hành động. Các nhà nghiên cứu đã đi vào nghiên cứu năng lực sức khỏe để tìm hiểu kiến thức, động cơ và khả năng của người dân trong cộng đồng trong việc tiếp cận, hiểu, đánh giá và ứng dụng các thông tin về một vấn đề sức khỏe nào đó để tự quyết định hành vi của mình. Nghiên cứu về năng lực sức khỏe hiện nay ngày càng được thực hiện nhiều hơn K-A-P và tập trung nhiều hơn vào kiến thức, khả năng tiếp cận, ứng dụng thông tin sức khỏe để ra quyết định về sức khỏe mà không đi vào đo lường một yếu tố khó đo lường trong các nghiên cứu là yếu tố thực hành.

Khái niệm năng lực SKTT (mental health literacy) được tác giả Anthony F. Jorm trường Đại học Melbourne phát triển và giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1997. Năng lực SKTT là yếu tố quyết định quan trọng đối với SKTT và có ý nghĩa trong việc nâng cao sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng (29-31). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng nâng cao kiến thức về SKTT và RLTT, nhận thức tốt hơn về tìm kiếm sự trợ giúp và điều trị, và giảm kỳ thị với bệnh tâm thần ở các cấp độ cá nhân, cộng đồng, và toàn xã hội có thể giúp tăng cường khả năng nhận biết sớm các RLTT, nâng cao SKTT và tăng cường việc sử dụng các dịch vụ y tế (32-34). Năng lực SKTT theo định nghĩa của Jorm là “*kiến thức và niềm tin của cá nhân về các rối loạn tâm thần để từ đó giúp cá nhân phát hiện và có biện pháp dự phòng*” (4). Định nghĩa này đề cập đến 6 yếu tố:

1. Khả năng nhận biết sớm dấu hiệu của các vấn đề SKTT.
2. Kiến thức và niềm tin về yếu tố nguy cơ/nguyên nhân của các vấn đề SKTT.

3. Kiến thức và niềm tin về khả năng tự hỗ trợ bản thân (self-help) khi gặp các vấn đề SKTT.
4. Kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp của người có chuyên môn (professional help).
5. Thái độ của cá nhân về các vấn đề SKTT dẫn đến khả năng nhận biết cũng như dự định tìm kiếm trợ giúp.
6. Kiến thức về việc làm sao để tìm kiếm được các thông tin về SKTT.

Năng lực SKTT không chỉ giới hạn trong phạm vi khả năng nhận biết triệu chứng và các nguyên nhân dẫn đến các vấn đề SKTT. Năng lực SKTT còn đề cập đến niềm tin về khả năng tìm kiếm sự trợ giúp, từ đó quyết định thái độ đối với hành động cần làm (ví dụ như không biết về dấu hiệu của các vấn đề SKTT nên chần chừ trong việc tìm đến sự giúp đỡ chuyên môn khi có ý nghĩ hoặc biểu hiện hành vi không bình thường).

Năm 2015, trong nghiên cứu tổng quan về cách đánh giá năng lực SKTT, tác giả Yifeng Wei và cộng sự đã thao tác hóa khái niệm năng lực SKTT theo 4 mảng: 1/ Hiểu về cách đạt được và duy trì SKTT tốt; 2/ Hiểu biết về các RLTT và cách điều trị; 3/ Giảm kỳ thị với bệnh tâm thần; 4/ Tăng cường tính tự chủ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp (35). Theo cách này, khái niệm SKTT đề cập đến ba khía cạnh có liên quan đến nhau: kiến thức (về RLTT và SKTT), thái độ, và tự chủ trong tìm kiếm sự trợ giúp. Việc thao tác hóa khái niệm của Wei và cộng sự cũng có sự trùng hợp với khái niệm năng lực SKTT mà Jorm đưa ra vào năm 1997.

Một số tài liệu nghiên cứu ở Việt Nam dịch thuật ngữ “mental health literacy” là “Hiểu biết về SKTT” (36, 37). Tuy nhiên, theo khái niệm mà Jorm nêu ra, thuật ngữ này không chỉ đề cập đến hiểu biết về SKTT và các RLTT mà còn đề cập đến thái độ dẫn đến khả năng nhận biết vấn đề và dự định tìm kiếm sự trợ giúp. Những khái niệm này vượt xa khỏi cụm từ “hiểu biết”. Vì vậy, trong nghiên cứu của mình, chúng tôi thống nhất dịch thuật ngữ này là “năng lực SKTT” và sử dụng cụm từ này trong toàn bộ nghiên cứu. Mặc dù đưa ra khái niệm năng lực SKTT và đề cập đến 6 yếu tố nhưng Jorm không nhấn mạnh năng lực SKTT là tổ hợp của 6 yếu tố đó mà có thể mô tả và phân tích riêng biệt cho từng yếu tố. Ngoài ra, trong một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh đến khả năng

nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT và dự định hỗ trợ các vấn đề đó đóng vai trò quan trọng để xác định năng lực SKTT của cá nhân (4, 18, 29, 38-40). Trên cơ sở đó, NCS lựa chọn biến đầu ra cho nghiên cứu của mình là năng lực SKTT được đánh giá dựa trên hai yếu tố nhận biết dấu hiệu và dự định hỗ trợ.

1.2. Một số vấn đề sức khỏe tâm thần đề cập trong nghiên cứu

1.2.1. Rối loạn lo âu

Lo âu được dùng để mô tả cảm giác bình thường khi một người nào đó cảm nhận bản thân đang bị đe dọa, gặp nguy hiểm, hay bị căng thẳng. Trong những hoàn cảnh này, lo âu có thể giúp cá nhân có khả năng sáng tạo, nghĩ ra cách giải quyết; tuy nhiên, lo âu cũng có thể làm cá nhân tê liệt mà không làm được gì (41). Cảm giác lo âu có thể là kết quả của việc cá nhân trải qua các sự kiện như mất việc làm, quan hệ đổ vỡ, kết quả học tập không như mong muốn, người thân nằm viện... Vì cảm giác lo âu rất thường thấy nên cần phân biệt được lo âu ở mức độ bình thường - cá nhân có thể thích ứng với hoàn cảnh và rối loạn lo âu - cảm giác lo âu lên cao, ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của cá nhân làm cho cá nhân không thực hiện được các hoạt động mà bình thường họ vẫn làm.

Rối loạn lo âu (anxiety disorders) là một nhóm chứng bệnh, biểu hiện bằng cảm giác lo âu quá mức kéo dài, có ảnh hưởng đến thể chất, cảm xúc và mọi khía cạnh của cuộc sống (42, 43). Khi tình trạng lo âu kéo dài trong nhiều tuần, nhiều tháng, khi lo âu trở thành mối lo sợ không dứt hoặc bắt đầu cản trở đến cuộc sống hàng ngày thì lúc đó lo âu đã vượt quá phạm vi lo âu bình thường. Nói về mặt cảm xúc, người mắc chứng rối loạn lo âu có thể luôn cảm thấy sợ hãi, khó chịu hoặc luôn e ngại là họ hoặc những người thân của họ sẽ gặp chuyện không hay. Tùy theo mức độ, rối loạn lo âu có thể khiến cá nhân đó quá sợ và không dám bước chân ra khỏi nhà.

Lo âu là một vấn đề SKTT thông thường nhất. Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia Mỹ (NIMH) đã thống kê tại Mỹ có khoảng 40 triệu người trưởng thành (khoảng 18% dân số) mắc chứng rối loạn lo âu (44). Hầu hết mọi người bắt đầu có các triệu chứng của

lo âu trước tuổi 21 và phụ nữ được chẩn đoán mắc rối loạn lo âu nhiều hơn nam giới (44, 45). Các chứng rối loạn lo âu phổ biến bao gồm:

- Rối loạn hoảng sợ (Panic disorder): Rối loạn hoảng sợ có liên quan đến cảm giác hốt hoảng không mong muốn và lặp đi lặp lại. Cảm giác hốt hoảng là cảm giác của một nỗi sợ hãi đột ngột xuất hiện, kéo dài trong một khoảng thời gian ngắn. Cảm giác này gây ra một vài triệu chứng về thể chất như tim đập nhanh, thở gấp, hoặc buồn nôn. Cảm giác hốt hoảng có thể là một phản ứng bình thường đối với một tình huống gây căng thẳng. Với rối loạn hoảng sợ, cảm giác hoảng hốt dường như xảy ra mà không có lý do gì. Những người đã từng trải qua rối loạn hoảng sợ có cảm giác sợ hãi đột ngột nhiều hơn và thường lo lắng chuyện gì đó xấu có thể xảy ra. Một vài người thậm chí còn thay đổi thói quen của mình để tránh cảm giác hốt hoảng đột ngột.
- Ám ảnh sợ hãi (Phobias): Ám ảnh sợ hãi là một nỗi sợ hãi tập trung vào một thứ cụ thể nào đó như một vật, một con vật, hoặc một tình huống nào đó. Hầu hết mọi người đều sợ một cái gì đó, nhưng cảm giác này không ảnh hưởng đến cuộc sống của họ. Với ám ảnh sợ hãi thì không vậy. Nhiều người đã thay đổi cách sống/cuộc sống của mình để tránh gặp một sự vật hoặc tình huống nào đó.
- Rối loạn lo âu xã hội (Social anxiety disorder): Rối loạn lo âu xã hội liên quan đến cảm giác sợ bị xấu hổ trước đám đông hoặc sợ bị người khác đánh giá tiêu cực về mình. Kết quả là người ta tránh các tình huống phải có mặt ở những chỗ đông người. Cảm giác này không đơn thuần là sự ngại ngùng khi ở chốn đông người. Triệu chứng rối loạn lo âu xã hội ảnh hưởng rất lớn đến việc học hành tại trường hoặc công việc và ảnh hưởng đến các mối quan hệ.
- Rối loạn lo âu lan tỏa (Generalized anxiety disorder - GAD): Rối loạn lo âu lan tỏa là sự lo lắng quá mức về một loạt vấn đề của cuộc sống hàng ngày trong vòng hơn 6 tháng. Sự lo âu này thường quá mức, ví dụ như lúc nào ra khỏi nhà cũng lo không biết mình đã khóa cửa hay chưa nên phải quay lại để kiểm tra. Nhiều người cũng có các triệu chứng về thể chất như căng cơ hoặc rối loạn giấc ngủ.

Sau đây chúng tôi thống nhất sử dụng chung một thuật ngữ là "rối loạn lo âu" trong nghiên cứu này. Nguyên nhân dẫn đến các chứng rối loạn lo âu vẫn chưa được xác định một cách rõ ràng. Tuy nhiên, theo một số nhận định từ các nghiên cứu, nguyên nhân gây rối loạn lo âu là sự kết hợp của nhiều yếu tố, trong đó có tiền sử gia đình, các sự kiện gây căng thẳng (stress), các vấn đề sức khỏe thể chất, tính cách cá nhân (46-48).

Rối loạn lo âu thường đi kèm với một số vấn đề SKTT khác như trầm cảm, tăng động giảm chú ý, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ và có thể làm cho các vấn đề này trầm trọng hơn (41, 46, 49). Vì vậy, điều quan trọng là phải đến gặp người có chuyên môn về SKTT khi các triệu chứng của rối loạn lo âu bắt đầu ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày. Để làm được điều đó thì rất cần biết về các dấu hiệu/triệu chứng của rối loạn lo âu và tìm kiếm sự giúp đỡ sớm.

1.2.2. Trầm cảm

Đa phần mọi người đều đã từng có những lúc cảm thấy buồn chán vào lúc nào đó trong cuộc sống hàng ngày. Các cảm giác chán nản, buồn phiền, bực bội, ngay cả cảm giác tuyệt vọng đều là các phản ứng bình thường khi gặp những sự kiện không như mong muốn. Đối với nhiều người, các cảm giác tiêu cực này đều tồn tại trong một vài ngày rồi tự nhiên mất đi. Sau vài tuần mà các cảm giác này vẫn không mất đi và bắt đầu ảnh hưởng đến việc làm, gia đình, các mối quan hệ và các khía cạnh khác trong cuộc sống thì đó thường là dấu hiệu của chứng trầm cảm (50, 51).

Rối loạn trầm cảm (depressive disorder) hay trầm cảm (depression) là một vấn đề về SKTT phổ biến, được xác định bởi việc cá nhân cảm thấy buồn chán, mất hứng thú, cảm thấy mình không có giá trị, bị rối loạn giấc ngủ hoặc ăn uống, luôn cảm thấy mệt mỏi, mất năng lượng, luôn có cảm giác bi quan, kém tập trung, không thực hiện được các hoạt động thường ngày, và có ý định tự tử (52-55). Trầm cảm là vấn đề SKTT phổ biến nhưng nó là vấn đề sức khỏe khá nghiêm trọng. Theo thống kê của WHO năm 2017, thế giới có ít nhất 332 triệu người mắc trầm cảm (56). Trầm cảm có thể xảy ra với bất kỳ người nào và thường khởi phát ở tuổi thanh thiếu niên và phụ nữ có tỷ lệ mắc trầm

cảm nhiều hơn nam giới. Theo các nhà tâm thần học, rối loạn trầm cảm bao gồm nhiều thể:

- Trầm cảm nặng (Major depression): được xác định bởi một nhóm các triệu chứng có ảnh hưởng đến khả năng làm việc, học tập, ngủ, ăn uống, và tham gia các hoạt động vui vẻ. Khi mắc trầm cảm nặng, quan điểm chung của cá nhân về cuộc sống có thể thay đổi nhiều. Cá nhân có thể thay đổi cách suy nghĩ của họ về gia đình, người thân, bạn bè. Trong một số trường hợp, các thói quen cả đời có thể mất đi và thay vào đó là cảm giác lãnh đạm hoàn toàn. Một số người có thể mắc trầm cảm nặng một lần trong đời, nhưng cũng có nhiều người mắc trầm cảm nặng một vài lần.
- Trầm cảm mạn tính (Persistent depressive disorder): được xác định bởi việc xuất hiện của các triệu chứng trầm cảm trong thời gian dài (2 năm hoặc nhiều hơn) nhưng các triệu chứng không trầm trọng như trầm cảm nặng; tuy nhiên, khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày vẫn bị ảnh hưởng.
- Trầm cảm nhẹ (Minor depression): được xác định bởi sự xuất hiện các triệu chứng trầm cảm trong vòng 2 tuần hoặc lâu hơn và các triệu chứng này chưa ở mức độ trầm cảm nặng. Nếu không được phát hiện kịp thời và có liệu pháp chữa trị, người mắc trầm cảm nhẹ có nguy cơ phát triển thành trầm cảm nặng. Các loại trầm cảm nhẹ bao gồm: trầm cảm đi kèm với loạn thần (Psychotic depression), trầm cảm sau sinh, rối loạn cảm xúc theo mùa (Seasonal affective disorder - SAD).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không có ý định đi sâu vào từng loại rối loạn trầm cảm nên thống nhất sử dụng một thuật ngữ chung là "trầm cảm".

Theo NIMH, trầm cảm do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó có thể do gen, do yếu tố sinh học, yếu tố môi trường, và yếu tố tâm lý (55). Beyond Blue - một tổ chức phi chính phủ được thành lập ở Úc từ năm 2000 để thực hiện nghiên cứu, truyền thông, tư vấn về trầm cảm - chỉ ra rằng, nguyên nhân gây trầm cảm có thể xuất phát từ các sự kiện của cuộc sống, từ các yếu tố thuộc về cá nhân (tiền sử gia đình, tính cách, mắc bệnh nặng, sử dụng ma túy/rượu bia...), và do những thay đổi trong não (53). Vì nguyên nhân gây trầm cảm rất đa dạng và ở mỗi cá nhân, đó là sự tổ hợp của nhiều yếu tố khác nhau.

Vì vậy, chúng ta khó có thể xác định một cách chính xác cái gì dẫn đến trầm cảm ở một cá nhân. Tuy nhiên, điều vô cùng quan trọng là nhận biết các triệu chứng/dấu hiệu của trầm cảm và tìm kiếm sự trợ giúp.

1.3. Nghiên cứu về năng lực về rối loạn lo âu và trầm cảm

1.3.1. Các nghiên cứu nước ngoài

Hầu hết các nghiên cứu mà chúng tôi tham khảo được về năng lực về rối loạn lo âu và trầm cảm đều sử dụng bộ công cụ được thiết kế bắt đầu bằng mô tả một trường hợp mắc rối loạn lo âu hoặc trầm cảm với các triệu chứng được mô tả trong cuốn “Chẩn đoán và Thống kê các RLTT - phiên bản IV” (DSM-IV) (57). Tiếp sau đó là các câu hỏi liên quan đến nhận biết dấu hiệu của hai vấn đề SKTT này, về yếu tố nguy cơ, về các biện pháp hỗ trợ, dự định tìm kiếm sự trợ giúp, thái độ đối với người mắc hai vấn đề SKTT này. Cách thiết kế công cụ này được gọi là công cụ dựa trên mô tả trường hợp (sau đây trong luận án thống nhất gọi là bộ công cụ dạng mô tả tình huống).

✚ Nhận biết dấu hiệu

Các nghiên cứu sử dụng bộ công cụ dạng mô tả trường hợp đều chỉ ra được tỷ lệ người trẻ tuổi nhận biết được dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm nằm trong khoảng 34% đến >80% (17, 18, 36, 38, 58-68). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở các nước phương Tây nhận biết dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm cao hơn đối tượng nghiên cứu ở các nước phương Đông. Tương tự như vậy, sinh viên ngành y có khả năng nhận biết dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm tốt hơn sinh viên các ngành khác.

Nghiên cứu trên nhóm người trưởng thành nói chung từ 18 tuổi trở lên, Anthony F. Jorm và các cộng sự đã thực hiện hai cuộc điều tra với quy mô quốc gia vào năm 1997 và 2011 về năng lực SKTT và kỳ thi, trong đó có khả năng nhận biết dấu hiệu của một số vấn đề SKTT, trong đó có trầm cảm, của người dân nước Úc. Nghiên cứu thứ nhất vào năm 1997 với cỡ mẫu là 1.010 người trong độ tuổi 18-74 (38). Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ về năng lực SKTT do chính Jorm và cộng sự phát triển. Kết quả nghiên cứu

chỉ ra rằng chỉ có 39% số người được hỏi xác định đúng dấu hiệu của trầm cảm. Số còn lại chỉ nói được rằng đó là một vấn đề SKTT nào đó. Nghiên cứu lần thứ hai là năm 2011, cỡ mẫu 1.016 người độ tuổi từ 15 trở lên (18). So với kết quả nghiên cứu của năm 1997, nghiên cứu năm 2011 cho một kết quả khả quan hơn với 73,7% số đối tượng xác định đúng trầm cảm. Vẫn có tỷ lệ nhất định đối tượng nghiên cứu cho rằng vấn đề mô tả trong trường hợp không phải là trầm cảm mà là các vấn đề SKTT khác như lo âu, vấn đề tâm lý nào đó, lo lắng/hoảng sợ...

Năm 2012, Madalyn Marcus và Henny Westra thực hiện nghiên cứu về kiến thức và niềm tin của người trưởng thành Canada về ba vấn đề SKTT (trầm cảm, lo âu và tâm thần phân liệt) cũng sử dụng bộ công cụ mà Jorm và cộng sự của ông phát triển (59). Đây là một nghiên cứu được thực hiện trên phạm vi quốc gia với cỡ mẫu 1.004 người chia làm 2 nhóm tuổi 18-24 (123 người) và 25-64 (881 người). Kết quả cho thấy tỷ lệ người trưởng thành trong nhóm 18-24 tuổi xác định được đúng trầm cảm và rối loạn lo âu lần lượt là 80% và 46%.

Paul Gorczynski và cộng sự (2017) nghiên cứu trên 379 người trưởng thành 18 tuổi trở lên ở Anh về năng lực SKTT, hành vi tìm kiếm trợ giúp và tình trạng SKTT, sử dụng công cụ Mental Health Literacy Scale, tính điểm 35-160 (64). Khả năng nhận biết dấu hiệu của một số vấn đề SKTT nêu trong nghiên cứu ở mức khá (điểm trung bình 122,88). Tuy nhiên, khi tính tỷ lệ theo từng vấn đề SKTT thì có 18,4% nhận biết ám ảnh sợ hãi, 30% nhận biết rối loạn lo âu lan tỏa, 22,9% nhận biết trầm cảm nặng.

Các nghiên cứu trong nhóm sinh viên cho thấy tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT nói chung, của rối loạn lo âu và trầm cảm nói riêng, cao hơn trong nhóm người trưởng thành. Nghiên cứu về năng lực SKTT của sinh viên ngành Y ở Mỹ năm 2005 của tác giả Patricia A. Cheslock (69). Nghiên cứu về “Đánh giá năng lực SKTT của sinh viên y khoa năm thứ nhất và năm thứ ba: Kiến thức và niềm tin về các vấn đề SKTT”. Đối tượng tham gia nghiên cứu này là 436 sinh viên năm 1 (172 người) và năm 3 (192 người) của trường Cao đẳng Y khoa Philadelphia. Các vấn đề SKTT được giới thiệu trong từng trường hợp bao gồm tâm thần phân liệt, trầm cảm và rối loạn lo âu. Kết quả nghiên cứu

cho thấy 80% cả sinh viên năm 1 và năm 3 xác định được đúng rối loạn lo âu. Tỷ lệ xác định đúng trầm cảm là 87,5% sinh viên năm 1 và 90% sinh viên năm 3.

Nghiên cứu về năng lực về trầm cảm trong nhóm 500 sinh viên không học ngành y được Tahir M Khan và cộng sự thực hiện tại Malaysia (2010) (63). Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi tự xây dựng dựa trên tổng quan tài liệu, gồm 21 câu về thông tin nhân khẩu học, nguyên nhân, triệu chứng, điều trị và tìm kiếm sự hỗ trợ (tính điểm từ 0-9). Điểm nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở nhóm đối tượng nghiên cứu nằm trong khoảng 3-4 (mức khá), trong đó 28,8% sinh viên gốc Malaysia, 25% sinh viên gốc Trung Quốc, và 33,3% sinh viên gốc Ấn Độ.

Năm 2012, các tác giả Nichola J. Reavley, Terence V. McCann và Anthony F. Jorm đã thực hiện nghiên cứu “Năng lực SKTT trong nhóm sinh viên đại học” để tìm hiểu kiến thức và niềm tin của sinh viên về trầm cảm (60). Nghiên cứu được thực hiện với 774 sinh viên của trường Đại học Victoria, Úc sử dụng bộ công cụ mà Jorm đã phát triển. Kết quả ghi nhận có 74% số đối tượng nghiên cứu xác định được chính xác trường hợp đưa ra là “trầm cảm”. Cũng trong năm này, Emily Klineberg và cộng sự tiến hành nghiên cứu về “Nhận biết dấu hiệu và tìm kiếm sự trợ giúp cho trầm cảm trong nhóm người trẻ tuổi” tại Anh với 3.004 người 16-24 tuổi (17). Có 61,4% đối tượng nghiên cứu xác định được dấu hiệu của trầm cảm nặng và 41,8% xác định được dấu hiệu của trầm cảm vừa. Cũng thực hiện nghiên cứu về năng lực SKTT trong nhóm sinh viên, tác giả Marshae Antoinette McNeal hoàn thành vào năm 2015, sử dụng công cụ dạng vignette về “Đánh giá thái độ, niềm tin, và năng lực SKTT của sinh viên học sau đại học người Mỹ gốc Phi” (65). Nghiên cứu được thực hiện trên 118 sinh viên sau đại học tuổi từ 21-34 để tìm hiểu thái độ, niềm tin và năng lực SKTT của họ về 4 vấn đề: trầm cảm nặng, tâm thần phân liệt, lạm dụng thuốc và lạm dụng đồ uống có cồn. Kết quả cho thấy có 92,3% sinh viên nhận ra dấu hiệu của trầm cảm. Cũng trong năm 2015, tại Iran, Azadeh Sayarifard và cộng sự thực hiện về năng lực SKTT về trầm cảm của sinh viên y khoa sử dụng bộ công cụ dạng vignette (66). 342 sinh viên của Đại học Khoa học sức khỏe tham gia nghiên cứu này, trong đó 35,6% số sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm.

Cũng liên quan đến đối tượng sinh viên ngành y, năm 2017, Louisa Picco và cộng sự thực hiện nghiên cứu để tìm hiểu khả năng nhận biết dấu hiệu của một số vấn đề SKTT của sinh viên ngành y (61). Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên nhận biết được dấu hiệu của trầm cảm là 90%. Với kết quả nghiên cứu này có thể thấy rằng sinh viên nhóm ngành y có kiến thức về các vấn đề SKTT khá tốt.

Gần đây nhất có hai nghiên cứu vào năm 2018 của Wei Liu và S.M. Yasir Arafat cùng cộng sự (2019) tiến hành tại Mỹ và Bangladesh trên nhóm sinh viên về năng lực SKTT liên quan đến trầm cảm. Nghiên cứu của Wei Liu thực hiện trên 305 sinh viên ngành điều dưỡng (150 sinh viên Mỹ và 155 sinh viên Trung Quốc), sử dụng bộ công cụ dạng vignette (68). Tỷ lệ sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm khá cao (98% sinh viên Mỹ và 92,3% sinh viên Trung Quốc). Nghiên cứu của S.M. Yasir Arafat tiến hành trên 306 sinh viên năm thứ nhất, sử dụng bộ công cụ Depression Literacy Scale (tính điểm 0-22) (67). Điểm trung bình trong nhận biết dấu hiệu của trầm cảm là 6,55. Kết quả này cho thấy sinh viên của Bangladesh có khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở mức thấp.

Bảng 1.1. Tóm tắt các nghiên cứu về năng lực SKTT liên quan đến rối loạn lo âu và trầm cảm của người trẻ tuổi >18 tuổi

Tác giả và năm NC	Nơi thực hiện NC	Vấn đề SKTT	Công cụ và cách đánh giá	ĐTNC và cỡ mẫu	Tỷ lệ nhận biết dấu hiệu
S.M. Yasir Arafat et. al (2019) (67)	Bangladesh	Trầm cảm	Depression Literacy Scale (22 tiêu mục) Điểm 0-22	306 sinh viên	Điểm trung bình 6.55 (nhận biết dấu hiệu kém)
Wei Liu (2018) (68)	Mỹ	Trầm cảm	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	305 sinh viên (150 SV Mỹ và 155 SV Trung Quốc)	98% SV Mỹ và 92,3% SV Trung Quốc
Paul Gorczynski et. al (2017) (64)	UK	Ám ảnh sợ hãi Rối loạn lo âu lan tỏa Trầm cảm nặng	Mental Health Literacy Scale (35 tiêu mục) Điểm 35-160	379 người trưởng thành trên 18 tuổi	Khả năng nhận biết dấu hiệu ở mức khá (điểm trung bình 122.88): 18,4% nhận biết ám ảnh sợ hãi 30% nhận biết rối loạn lo âu lan tỏa 22,9% nhận biết trầm cảm nặng

Tác giả và năm NC	Nơi thực hiện NC	Vấn đề SKTT	Công cụ và cách đánh giá	ĐTNC và cỡ mẫu	Tỷ lệ nhận biết dấu hiệu
Mohamed S. Mahfouz et. al (2016) (70)	Arab Saudi	N/A	N/A	531 sinh viên	90,3% có năng lực SKTT ở mức khá
Azadeh Sayarifard et. al (2015) (66)	Iran	Trầm cảm	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	342 sinh viên Đại học Khoa học sức khỏe	35,6%
Reavley et. al (2012) (60)	Úc	Trầm cảm	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	774 sinh viên	74%
Marcus, Madalyn and Westra, Henny (2012) (59)	Canada	Trầm cảm Lo âu Tâm thần phân liệt	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	123 thanh niên 18-24 tuổi	Trầm cảm: 80,1% Lo âu: 48,4%
Klineberg, E., et al. (2010) (17)	Anh	Trầm cảm vừa và nặng	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	3.004 thanh niên: 1.087 trả lời vignette trầm cảm nhẹ; 1.054 trả lời vignette trầm cảm nặng	Trầm cảm nặng: 61,4%. Trầm cảm vừa: 41,8%

Tác giả và năm NC	Nơi thực hiện NC	Vấn đề SKTT	Công cụ và cách đánh giá	ĐTNC và cỡ mẫu	Tỷ lệ nhận biết dấu hiệu
				16-24 tuổi	
Tahir M Khan et al (2010) (63)	Malaysia	Trầm cảm	Bộ câu hỏi tự xây dựng dựa trên tổng quan tài liệu, gồm 21 câu về thông tin nhân khẩu học, nguyên nhân, triệu chứng, điều trị và tìm kiếm sự hỗ trợ. Điểm 0-9	500 sinh viên	Khả năng nhận biết dấu hiệu ở mức khá (3-4): 28,8% SV gốc Malaysia 25% SV gốc Trung Quốc 33,3% SV gốc Ấn Độ
Cheslock, Patricia A. (2005) (69)	Mỹ	Rối loạn lo âu lan tỏa Trầm cảm nặng Tâm thần phân liệt Stress	Mô tả tình huống Tính tỷ lệ	Sinh viên y khoa năm 1 và năm 3	RLLA lan tỏa: 80%. Trầm cảm nặng: 87,5% SV năm 1 và 92% SV năm 3.

✚ Các biện pháp hỗ trợ người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm

Các nghiên cứu sử dụng công cụ dạng vignette do Jorm và cộng sự phát triển bao hàm cả nội dung về hỗ trợ người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm. Hỗ trợ được chia thành các nhóm: người hỗ trợ (18, 38, 60, 69, 71), biện pháp cấp cứu/hỗ trợ ban đầu (first-aid) (18, 38, 69, 72), thuốc hỗ trợ (18, 38, 69). Hiểu biết về nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT sẽ làm thay đổi hành vi tìm kiếm sự trợ giúp. Các biện pháp hỗ trợ cũng có thể được chia thành 2 loại: tự giúp mình (self-help) và tìm sự trợ giúp của người có chuyên môn (professional help). Đánh giá về các biện pháp hỗ trợ cho người có vấn đề SKTT, các kết quả nghiên cứu ở Anh và Úc cũng chỉ ra “tự giúp mình” là biện pháp ưu tiên hàng đầu (18). Trong các biện pháp tự giúp mình, phổ biến nhất là tìm sự trợ giúp từ gia đình và bạn bè, tham gia các hoạt động giải trí, tập thể dục. Mặc dù vậy, các bằng chứng về hiệu quả của biện pháp tự giúp mình không có nhiều bằng các bằng chứng liên quan đến tìm sự trợ giúp của người có chuyên môn. Tuy nhiên, đối với trầm cảm ở mức trung bình, một số nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của hỗ trợ xã hội, tập thể dục, tự đọc sách về liệu pháp nhận thức hành vi đến tình trạng này. Kiến thức về cách hỗ trợ người có vấn đề SKTT là một trong các thành tố của năng lực SKTT; tuy nhiên, trên thế giới vẫn còn rất ít nghiên cứu được thực hiện về chủ đề này.

Liên quan đến hiểu biết về sự trợ giúp của người có chuyên môn, nhiều nghiên cứu đã cho thấy đối tượng nghiên cứu tin rằng bác sĩ đa khoa là lựa chọn hàng đầu, đặc biệt đối với rối loạn trầm cảm. Nghiên cứu của Patricia Cheslock cũng chỉ ra sự tin tưởng của sinh viên về các giải pháp có thể hỗ trợ rối loạn lo âu và trầm cảm (69). Bác sĩ tâm thần là người được tin tưởng sẽ hỗ trợ tốt cho người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm. Dường như ngành học giúp họ có kiến thức tốt hơn về xác định bệnh và cũng giúp họ tin tưởng vào người có chuyên môn về tâm thần hơn. Hiểu biết của các đối tượng nghiên cứu ở các nước phát triển và các nước đang phát triển rất khác nhau. Chẳng hạn như một nghiên cứu ở Ethiopia cho thấy, đối với đa phần các RLTT, các biện pháp truyền thống như làm phép, nước thánh được ưa chuộng hơn việc cho dùng thuốc (4). Niềm tin của người dân nói chung về biện pháp cho dùng thuốc đối lập với quan điểm của các chuyên

gia tâm thần. Người dân cho rằng việc dùng thuốc chống trầm cảm và thuốc an thần không hiệu quả bởi nó chỉ chữa được triệu chứng mà không trị được tận gốc. Lý do khác nữa của việc họ không tin vào việc dùng thuốc sẽ có hiệu quả với RLTT, đó là các tác dụng phụ của thuốc và họ sợ rằng người bệnh sẽ phụ thuộc vào thuốc, không có thuốc thì tình trạng bệnh sẽ xấu đi. Tương tự như vậy, một nghiên cứu ở Nigeria (73) và một nghiên cứu ở Pakistan (74) cũng cho thấy người dân có niềm tin vào các biện pháp trị liệu mang tính tâm linh hoặc từ các thầy lang.

✚ Dự định hỗ trợ ban đầu (first-aid intention)

Các biện pháp hỗ trợ được đề cập trong các nghiên cứu của Jorm cũng như các tác giả khác về năng lực SKTT bao gồm: lắng nghe để hiểu vấn đề, động viên đối tượng tìm đến người có chuyên môn để được hỗ trợ, tìm gặp bác sĩ, kêu gọi bạn bè tụ tập để làm đối tượng vui lên, làm cho đối tượng bận rộn với việc học, khuyến khích tham gia hoạt động thể chất (16, 18, 71). Các biện pháp hỗ trợ mà phần lớn những người tham gia nghiên cứu trả lời là: lắng nghe để hiểu vấn đề, động viên người đó đi gặp bác sĩ, động viên đối tượng tìm đến người có chuyên môn để được hỗ trợ, tìm gặp bác sĩ, và khuyến khích họ tham gia các hoạt động thể chất. Với mỗi vấn đề SKTT cụ thể, dự định hỗ trợ của các đối tượng nghiên cứu là khác nhau; tuy nhiên, một trong các giải pháp mà nhiều người dự định tìm đến là gợi ý người có vấn đề SKTT đến gặp người có chuyên môn.

Năm 2011, hai tác giả Marie Bee Yui Hap và Anthony F. Jorm đã tiến hành phân tích kết quả của cuộc điều tra toàn quốc về năng lực sức khỏe tâm thần năm 2006 để trả lời câu hỏi "Liệu dự định hỗ trợ ban đầu và niềm tin của người trẻ tuổi về các biện pháp cấp cứu có giúp dự đoán hành vi trợ giúp thực sự của họ không?" (75). Trong 2.005 đối tượng nghiên cứu có 608 người nói rằng họ có quen biết người có vấn đề SKTT. Kết quả phân tích cho thấy dự định hỗ trợ ban đầu và niềm tin của người trẻ tuổi về hiệu quả của các biện pháp hỗ trợ ban đầu có tác động tích cực đến hành vi trợ giúp thực sự của họ với người có vấn đề SKTT. Phát hiện này đã khẳng định dự định hỗ trợ và niềm tin của người trẻ tuổi là một chỉ báo về hành vi thực sự của họ.

Nhìn chung, từ các nghiên cứu trên thế giới mà chúng tôi tổng hợp được về năng lực SKTT của các nhóm đối tượng khác nhau đều sử dụng công cụ thiết kế dạng mô tả tình huống. Trên cơ sở đó, chúng tôi hình thành cho nghiên cứu này cách tiếp cận tương tự để tìm hiểu về năng lực SKTT trên nhóm sinh viên đại học ở Hà Nội.

1.3.2. Các nghiên cứu trong nước

Cho đến thời điểm hiện tại, nghiên cứu về các vấn đề SKTT trong nhóm người trẻ tuổi ở Việt Nam đã được nhiều tác giả thực hiện (13, 14, 76-79). Tuy nhiên, nghiên cứu về năng lực SKTT dường như vẫn còn là chủ đề nghiên cứu khá mới tại Việt Nam. Các nghiên cứu về năng lực SKTT trên các nhóm đối tượng khác khá hiếm (80-82), nghiên cứu thực hiện trên nhóm người trẻ tuổi >18 tuổi còn hiếm hơn và chủ yếu tập trung vào sinh viên đại học. Nghiên cứu về năng lực SKTT của sinh viên được thực hiện ở Việt Nam mà chúng tôi tham khảo được cho thấy tỷ lệ sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm không cao như sinh viên của các quốc gia khác. Tỷ lệ này nằm trong khoảng 38-61% đối với rối loạn lo âu và 31-69% đối với trầm cảm (36, 62).

Năm 2015, tác giả của luận án thực hiện trên hơn 1.016 sinh viên thuộc 2 nhóm ngành xã hội học và y tế công cộng (62, 83), sử dụng bộ câu hỏi thiết kế dạng vignette của Jorm. Tỷ lệ sinh viên của 2 nhóm ngành này xác định đúng các dấu hiệu của 2 vấn đề rối loạn lo âu và trầm cảm lần lượt là 35,9% và 32,4%. Nếu so sánh giữa sinh viên của hai nhóm ngành, tỷ lệ sinh viên nhóm ngành y tế công cộng xác định đúng dấu hiệu của các vấn đề SKTT là: rối loạn lo âu (61,7%), trầm cảm (69,0%), tâm thần phân liệt (68,7%). Tỷ lệ này trong nhóm sinh viên ngành xã hội học lần lượt là: rối loạn lo âu (38,3%), trầm cảm (31,0%), tâm thần phân liệt (31,3%).

Ngoài ra, chúng tôi cũng tìm được nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương và Đặng Hoàng Minh (2017) thực hiện trên 559 sinh viên năm 3 thuộc các nhóm ngành kỹ thuật, kinh tế, khoa học xã hội, khoa học sức khỏe về hiểu biết về SKTT của sinh viên. Nghiên cứu này sử dụng bộ công cụ thiết kế dạng thang đo Likert (Likert scale) của Matt O'Connor (84). Với mỗi câu hỏi, phương án trả lời đi từ “Hoàn toàn không đúng” đến

“Hoàn toàn đúng”. Kết quả cho thấy có 29,7% trả lời chắc chắn với các khái niệm về một số RLTT mà nghiên cứu đưa ra như ám sợ xã hội, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn trầm cảm nặng (36).

Như vậy, trong những năm gần đây, các nghiên cứu về tình trạng SKTT của người trẻ tuổi Việt Nam, trong đó có sinh viên đại học, đã được thực hiện khá nhiều và cũng chỉ ra tỷ lệ sinh viên mắc các vấn đề SKTT khác nhau. Điều này cũng cho thấy Việt Nam bắt đầu đi vào xu thế chung với nhiều nước trên thế giới là việc khởi phát của các vấn đề SKTT trong nhóm người trẻ tuổi. Tuy nhiên, hiểu biết của người trẻ tuổi Việt Nam nói riêng và cộng đồng nói chung về các vấn đề SKTT phổ biến như rối loạn lo âu và trầm cảm vẫn còn thấp.

1.4. Công cụ đo lường năng lực SKTT

Khái niệm năng lực SKTT của Jorm đề cập khả năng nhận biết dấu hiệu của các RLTT, hiểu biết về các yếu tố nguy cơ, về các biện pháp trợ giúp, thái độ dẫn đến hành vi tìm kiếm sự trợ giúp phù hợp (4). Công cụ dùng để xác định năng lực SKTT đầu tiên do Jorm và cộng sự phát triển năm 1997 và cho tới hiện tại, một số công cụ khác cũng đã được các tác giả khác xây dựng. Theo kết quả tìm kiếm các công cụ đo lường năng lực SKTT, có hai loại công cụ chính đã được các nghiên cứu sử dụng: 1/ Công cụ dạng mô tả tình huống (vignette) và 2/ Công cụ dạng thang đo (scale).

Công cụ dạng mô tả tình huống do chính Jorm và các cộng sự phát triển (1997). Công cụ này bao hàm được các yếu tố nêu ra trong định nghĩa năng lực SKTT và được sử dụng khá phổ biến trong một số nghiên cứu về năng lực SKTT (31, 40, 60, 71, 75, 85-88). Công cụ của Jorm bắt đầu bằng một đoạn mô tả dấu hiệu của một vấn đề SKTT cụ thể, theo sau đó là các câu hỏi về dấu hiệu nhận biết, dự định hỗ trợ, người hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ, thuốc hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ ban đầu, biện pháp phòng ngừa, vai trò của người có chuyên môn về SKTT, thái độ đối với người có vấn đề SKTT tương tự như đoạn mô tả, khoảng cách xã hội đối với người có vấn đề SKTT. Jorm cùng với các cộng sự đã thực hiện 4 cuộc khảo sát năng lực SKTT tại Úc (18). Khảo sát năng lực SKTT

đầu tiên ở Úc được thực hiện năm 1995 với hai vấn đề trầm cảm và tâm thần phân liệt, đối tượng nghiên cứu từ 18 tuổi trở lên. Khảo sát lần thứ hai được thực hiện năm 2003-2004 với người 18 tuổi trở lên. Đây là dự án phối hợp với chính phủ Nhật Bản, thực hiện khảo sát ở cả hai quốc gia, và thống nhất kết hợp với công cụ đã sử dụng trong khảo sát năm 1995. Bốn vấn đề SKTT được khảo sát trong dự án này bao gồm: trầm cảm, tâm thần phân liệt giai đoạn sớm, trầm cảm với ý định tự tử, và tâm thần phân liệt mạn tính. Khảo sát lần thứ ba được thực hiện năm 2006 trên đối tượng 12-25 tuổi và bao gồm 4 vấn đề SKTT có thể xuất hiện trong giai đoạn tuổi này: trầm cảm, trầm cảm do lạm dụng thuốc kích thần, loạn thần, và ám sợ xã hội. Trong cuộc khảo sát gần đây nhất, năm 2011, Jorm đã sử dụng 6 công cụ để khảo sát năng lực SKTT của người dân Úc từ 15 tuổi trở lên về 6 vấn đề: trầm cảm, trầm cảm với ý nghĩ tự tử, tâm thần phân liệt giai đoạn sớm, tâm thần phân liệt nặng, ám sợ xã hội, và rối loạn stress sau sang chấn. Kết quả này được dùng để so sánh với kết quả của khảo sát lần 1 (1995) và lần 2 (2003-2004). Ngoài ra, ông cũng có 6 công cụ khảo sát riêng với nhóm 15-25 tuổi về 6 vấn đề: trầm cảm, trầm cảm với ý nghĩ tự tử, trầm cảm do lạm dụng thuốc kích thần, ám sợ xã hội, loạn thần, và rối loạn stress sau sang chấn. Kết quả của khảo sát này được dùng để so sánh với kết quả của khảo sát lần 3 (2006). Với cả hai nhóm 15 tuổi trở lên và 15-25 tuổi đều hỏi về 4 vấn đề: trầm cảm, trầm cảm với ý nghĩ tự tử, ám sợ xã hội, và rối loạn stress sau sang chấn. Điểm khác nhau giữa hai nhóm nằm ở tuổi của nhân vật được mô tả trong tình huống. Với nhóm 15 tuổi trở lên, nhân vật được mô tả là người 30 tuổi; trong khi đó, với nhóm 15-25 tuổi, nhân vật được mô tả là người 15 tuổi. Trong cuộc khảo sát, các bộ công cụ được phát ngẫu nhiên cho đối tượng nghiên cứu. Ưu điểm của bộ công cụ dạng mô tả tình huống là hỏi rất chi tiết vào từng vấn đề SKTT cụ thể. Kết quả sẽ rất có ích trong việc phát triển các nội dung truyền thông cho những nghiên cứu can thiệp. Hạn chế là bộ công cụ hơi dài và với mỗi đối tượng chỉ hỏi được về một vấn đề SKTT cụ thể.

Công cụ dạng thang đo đã được một số nghiên cứu sử dụng có thể kể đến bao gồm Thang đo năng lực SKTT - The Mental Health Literacy Scale (MHLS) do O'Connor và Casey công bố năm 2015 (89). Bộ công cụ này được thiết kế dạng thang đo Likert. Từ

câu 1-14 là thang đo Likert 4 mức độ (mức độ 1 là thấp nhất và 4 là cao nhất). Câu 15-35 là thang đo Likert 5 mức độ (mức độ 1 là thấp nhất và 5 là cao nhất). Các câu hỏi được chấm điểm lần lượt là 1, 2, 3, 4, 5 theo mức độ tăng dần của lựa chọn. Điểm thấp nhất là 35 và điểm cao nhất là 160. Tám câu hỏi đầu trong thang đo MHLS cũng hỏi về dấu hiệu của 8 vấn đề SKTT khác nhau (ám sợ xã hội, rối loạn lo âu lan tỏa, trầm cảm nặng, rối loạn nhân cách, rối loạn trầm cảm mạn tính, ám ảnh sợ khoảng trống, rối loạn lưỡng cực, và hội chứng phụ thuộc vào thuốc) nhưng kết luận luôn đó là dấu hiệu của vấn đề gì và yêu cầu đối tượng nghiên cứu lựa chọn theo 4 mức độ từ Rất không đúng đến Rất đúng. Câu 9-10 hỏi về khả năng mắc các vấn đề này ở nam và nữ. Câu 11-12 hỏi về các hoạt động có thể làm để giảm triệu chứng của vấn đề. Câu 13-14 hỏi về vai trò của phương pháp điều trị. Câu 15 hỏi về việc đảm bảo bí mật thông tin của các chuyên gia SKTT. Từ câu 16-35 là những câu hỏi về quan điểm của đối tượng trong việc trợ giúp cũng như thái độ của họ đối với các vấn đề SKTT đã nêu trong câu 1-8. Ưu điểm của thang đo này là ngắn gọn (chỉ có 35 câu hỏi ngắn) và có thể hỏi một đối tượng về cả 8 vấn đề SKTT. Hạn chế của thang đo này là các câu hỏi khá chung chung, đặc biệt là từ câu 9 trở đi, các câu hỏi này hỏi chung cho cả 8 vấn đề SKTT nêu trên. Điều này có thể gây khó khăn cho đối tượng khi trả lời vì họ có thể có suy nghĩ khác nhau cho từng vấn đề.

Ngoài thang đo MHLS của O'Connor và Casey, Kathy Griffiths và nhóm cộng sự tại trường Đại học Quốc gia Úc cũng phát triển hai bộ công cụ để đánh giá hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về RLLA và trầm cảm (90, 91). Đó là hai thang đo Anxiety Literacy (A-Lit) và Depression Literacy (D-Lit). Đây là hai thang đo độc lập, mỗi thang hỏi về một vấn đề. Thang đo có 22 câu hỏi, mỗi câu có 3 phương án trả lời: đúng, sai, không biết. Với một câu trả lời đúng, đối tượng sẽ được 1 điểm. Các câu hỏi trải đều về các nội dung liên quan đến triệu chứng, nguyên nhân, và điều trị RLLA và trầm cảm. Mức độ đánh giá năng lực SKTT tương ứng với mức điểm mà đối tượng có được sau khi trả lời bộ câu hỏi. Ưu điểm của thang đo này là ngắn gọn, phương án trả lời cũng dễ

lựa chọn. Hạn chế của thang đo này là không có câu hỏi về thái độ/quan điểm của đối tượng về RLLA và trầm cảm.

Nhìn chung, mỗi công cụ đều có ưu điểm và hạn chế riêng. NCS lựa chọn công cụ dạng mô tả tình huống của Jorm và cộng sự cho nghiên cứu của mình vì một số lý do sau: 1/ Bộ công cụ có các nội dung rõ ràng để có thể dựa vào đó phát triển nội dung can thiệp; và 2/ Có thể tiếp cận được bộ công cụ gốc và được tác giả cho phép sử dụng không mất phí. Jorm đã gửi cho NCS tham khảo các bộ công cụ mà ông và cộng sự dùng cho khảo sát năm 2011 và cho phép NCS sử dụng tại Việt Nam. Email của Jorm ở Phụ lục 2, trang 138.

1.5. Các chương trình can thiệp nâng cao năng lực SKTT của sinh viên

Can thiệp sớm đối với các vấn đề sức khỏe rất quan trọng, đặc biệt với các vấn đề SKTT lại càng quan trọng. Rất nhiều người có vấn đề SKTT chậm trễ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp dẫn đến hệ quả nghiêm trọng về sức khỏe. Nếu họ được phát hiện sớm khi các dấu hiệu của các vấn đề SKTT mới khởi phát thì họ sẽ sớm nhận được sự hỗ trợ của những người có chuyên môn. Việc phát hiện sớm thường xuất phát từ những người sống xung quanh người bệnh như người thân, bạn bè, họ hàng, thậm chí là hàng xóm.

Trong các nghiên cứu về can thiệp nâng cao năng lực SKTT mà NCS tổng hợp được, hầu hết các nghiên cứu là dành cho đối tượng đang học ở bậc học phổ thông và các đối tượng người trưởng thành khác, rất hiếm nghiên cứu can thiệp trên đối tượng là sinh viên đại học. Các nghiên cứu can thiệp tập trung vào can thiệp tại trường/lớp học (school/classroom-based) (92-98), can thiệp sử dụng internet (internet-based) (99-102), và can thiệp bằng chương trình đào tạo (training-based) (93, 103, 104). Một số can thiệp tại trường/lớp học có sử dụng chương trình đào tạo. Một số ít nghiên cứu can thiệp thực hiện trên đối tượng sinh viên đại học mà NCS tham khảo được là những can thiệp sử dụng internet (99) và can thiệp bằng chương trình đào tạo (100).

✚ Can thiệp tại trường/lớp học và kết hợp can thiệp bằng chương trình đào tạo

Các can thiệp thực hiện tại trường/lớp học đều được thiết kế dưới dạng một chương trình học (program). Chương trình “Sức khỏe tâm thần cho mọi người” (Mental health for everyone) của Ingunn Skre và cộng sự (2013) và chương trình “Nhận thức về trầm cảm cho vị thành niên” (The Adolescent Depression Awareness Program) là hai chương trình nâng cao năng lực SKTT cho học sinh độ tuổi 13-15 (92, 93). Cả hai chương trình này đều được thiết kế với 3 giờ học trên lớp. Chương trình “SKTT cho mọi người” hướng đến các vấn đề SKTT phổ biến như lo âu, trầm cảm, rối loạn ăn uống, và tâm thần phân liệt; trong khi đó, chương trình “Nhận thức về trầm cảm cho vị thành niên” chỉ tập trung vào vấn đề trầm cảm. Cả hai chương trình đều đề cập đến các nội dung chính sau: nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT, kì thị với các vấn đề SKTT, và kiến thức về các biện pháp hỗ trợ. Ngoài ra, chương trình “Nhận thức về trầm cảm cho vị thành niên” còn bao gồm nội dung về hệ quả của trầm cảm và trầm cảm là vấn đề sức khỏe có thể chữa được.

Can thiệp của Robert Milin và cộng sự (2014) thực hiện với học sinh trung học phổ thông ở Canada (98). Chương trình có tên gọi “SKTT và Trường phổ thông” (Mental Health and High School Curriculum Guide - The Guide) được lồng ghép trong chương trình học chung của học sinh. Tài liệu "The Guide" được phát triển nhằm tăng cường kiến thức và thái độ về các vấn đề SKTT cho học sinh. "The Guide" là một cuốn tài liệu được xây dựng với 6 mô đun (module) để dạy trong 10-12 giờ trên lớp thông qua các phương pháp hướng dẫn học, thảo luận nhóm, hoạt động nhóm, tự học, học qua video. Các nội dung trong cuốn sách bao gồm kỳ thị và bệnh tâm thần, hiểu về SKTT và bệnh tâm thần, ảnh hưởng của bệnh tâm thần tới cá nhân và gia đình, tìm kiếm hỗ trợ, và tầm quan trọng của SKTT.

✚ Can thiệp sử dụng Internet

Các can thiệp sử dụng Internet được thiết kế khá đa dạng với nhiều hình thức khác nhau: trò chơi tương tác (99), cung cấp thông tin về các vấn đề SKTT qua trang web

(101, 102, 105). Can thiệp sử dụng Internet là cách can thiệp hấp dẫn và phù hợp với những người trẻ tuổi. Với sáng kiến sử dụng Game Online nhằm cải thiện năng lực SKTT về RLLA, Tim M H Li và cộng sự (2013) ở HongKong đã gửi thư mời đến tất cả sinh viên đang học và sắp tốt nghiệp đại học trong trường (17-25 tuổi) và gửi thông tin về những hoạt động trong quá trình tham gia nghiên cứu (99). Có 136 sinh viên tham gia trò chơi trong suốt quá trình can thiệp. Người chơi làm một khảo sát đầu vào (hoàn thành thông tin nhân khẩu học và câu hỏi tự điền về năng lực SKTT). Trong quá trình chơi, người chơi đóng vai nhân vật Ching Ching và thực hiện các nhiệm vụ khác nhau liên quan đến kiến thức về SKTT. Sau 3 tháng, người chơi được mời hoàn thành bộ câu hỏi tự điền về năng lực SKTT một lần nữa.

Chiến dịch can thiệp “Một Giọng nói (One Voice)” được thực hiện bởi James D Livingston và cộng sự (2013) trong 2 tháng (101). Người trẻ tuổi trong nhóm can thiệp được nhận đường link trang web “mindcheck.ca”, trong đó chứa các nội dung thông tin về RLTT nói chung, RLLA và trầm cảm nói riêng. Ở đây đối tượng có thể tìm hiểu các thông tin về các RLTT, kiểm tra những triệu chứng đối tượng đang trải qua và kết nối với những dịch vụ hỗ trợ. Trang thông tin được cập nhật nội dung hàng ngày, giúp các bạn trẻ dễ dàng đối mặt với những thách thức của cuộc sống.

Can thiệp bằng chương trình đào tạo

Gắn với các can thiệp nâng cao năng lực SKTT bằng chương trình đào tạo là chương trình Cấp cứu SKTT (Mental Health First Aid - MHFA). MHFA là một chương trình đào tạo về SKTT được hai tác giả Betty Kitchener và Anthony F. Jorms phát triển từ sau cuộc khảo sát đầu tiên ở Úc về năng lực SKTT của người dân Úc năm 2001 (106, 107). MHFA được định nghĩa là "sự hỗ trợ dành cho người đang khởi phát vấn đề SKTT hoặc đang trong giai đoạn khủng hoảng về SKTT. Cấp cứu SKTT được thực hiện cho đến khi người có vấn đề SKTT nhận được sự giúp đỡ của người có chuyên môn hoặc cho đến khi họ tự vượt qua được tình trạng của mình" (107). Chương trình đào tạo này được thiết kế ban đầu với 9 giờ học chia làm 3 buổi (3h/buổi). Một năm sau, chương

trình tăng lên thành 12 giờ học (3h/buổi) theo yêu cầu của những người tham gia. Chương trình đào tạo MHFA hướng dẫn các nhóm đối tượng cấp cứu các vấn đề SKTT thông qua một kế hoạch hành động gọi là ALGEE¹, trong đó: A là “Đánh giá nguy cơ”; L là “Lắng nghe không phê phán”; G là “Đưa ra thông tin và đánh giá lại”; E là “Khuyến khích người có vấn đề SKTT tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn”; và E là “Khuyến khích các chiến lược hỗ trợ khác”.

Bên cạnh MHFA, can thiệp nâng cao năng lực SKTT bằng chương trình đào tạo còn có chương trình có tên gọi “SKTT và Trường phổ thông” (Mental Health and High School Curriculum Guide - The Guide) lồng ghép trong chương trình học chung của học sinh trung học phổ thông ở Canada (108). Tài liệu "The Guide" được phát triển nhằm tăng cường kiến thức và thái độ về các vấn đề SKTT cho học sinh (chi tiết đã viết ở mục Can thiệp tại lớp/trường học). Trong cuốn sách cũng có một mô đun dành cho giáo viên tự học. Mô đun này cung cấp thông tin giúp giáo viên hiểu sâu hơn về cuốn tài liệu mà họ sẽ dạy cho học sinh của mình. Hiệu quả của mô đun này trong việc nâng cao năng lực SKTT của giáo viên đã được đánh giá và kết quả cho thấy tác động rất tích cực của cuốn sách tới kiến thức và thái độ của giáo viên.

1.6. Phương pháp đánh giá bộ công cụ/thang đo

Các chỉ số chính được dùng để đo lường chất lượng của một thang đo là tính giá trị và độ tin cậy của thang đo đó (109). **Tính giá trị** của một thang đo giúp trả lời câu hỏi liệu thang đo đó có đo lường đúng biến số (construct) cần đo hay không. **Độ tin cậy** đánh giá sự nhất quán của thang đo khi đo lường biến số cần đo. Sự nhất quán này thể hiện ở

¹ A - Approach, Assess and assist with any crisis;

L - Listen non-judgementally;

G - Give support and information;

E - Encourage appropriate professional help;

E - Encourage other supports.

cả 2 góc độ, đó là sự nhất quán giữa các câu hỏi (across items) trong thang đo và sự nhất quán qua các mốc thời gian (time points). Vì vậy, việc đánh giá những bộ công cụ được xây dựng kiểu thang đo/biến tổ hợp, độ tin cậy là chỉ số không thể không có.

1.6.1. Độ tin cậy (Reliability)

Các bộ công cụ được xây dựng để đo lường các biến tổ hợp, đặc biệt trong lĩnh vực khoa học xã hội và hành vi, cần phải được đánh giá về độ tin cậy. Độ tin cậy của công cụ/thang đo thể hiện điểm đo lường của thang đo phải không phụ thuộc vào sai số đo lường, bao gồm cả sai số hệ thống² và sai số ngẫu nhiên³. Hai chỉ số về độ tin cậy của thang đo thường được sử dụng là sự nhất quán bên trong (internal consistency) và độ tin cậy kiểm định lại (test-retest reliability).

Độ tin cậy đánh giá bằng tính nhất quán bên trong của thang đo chỉ mức độ tất cả các tiêu mục của thang đo đo lường cùng một thuộc tính cơ bản của biến tổ hợp. Một trong những cách đo lường sự nhất quán trong được sử dụng nhiều nhất là hệ số Cronbach's alpha. Hệ số này cho biết mối liên quan trung bình của tất cả các tiêu mục của thang đo. Giá trị của chỉ số này dao động trong khoảng 0-1 với giá trị càng cao càng thể hiện độ tin cậy cao của thang đo. Giá trị Cronbach's alpha chấp nhận được là từ 0,7 trở lên (110, 111). Tuy nhiên, giá trị hệ số Cronbach's alpha phụ thuộc vào số lượng tiêu mục của thang đo. Khi số lượng tiêu mục trong thang đo là nhỏ (ví dụ nhỏ hơn 10) thì giá trị Cronbach's alpha có thể khá nhỏ. Trong tình huống này tốt hơn là nên tính toán và báo cáo giá trị trung bình của mối liên quan giữa các tiêu mục (inter-item correlation). Giá trị đạt yêu cầu của mối liên quan giữa các tiêu mục là từ 0,2-0,4 (111).

² Là sự khác biệt khi chúng ta đo lường lặp lại trên cùng một quần thể bằng một công cụ đo lường. Sai số hệ thống xảy ra có thể do số quan sát giữa hai lần đo không bằng nhau hoặc không có cùng kích cỡ.

³ Bắt nguồn từ những nguyên nhân như do môi trường tự nhiên, do người trả lời thay đổi câu hỏi câu trả lời, do nhà nghiên cứu thay đổi quy trình hỏi, tính chính xác và rõ ràng của từng câu hỏi và định dạng của công cụ. Sai số ngẫu nhiên càng thấp thì độ tin cậy của bộ công cụ/thang đo càng cao.

Độ tin cậy kiểm định lại của một thang đo được đánh giá bằng cách dùng thang đo đó để đo lường trên cùng một đối tượng trong hai thời điểm khác nhau và tính toán mối liên quan giữa điểm của hai lần đo. Để đo lường độ tin cậy kiểm định lại, người ta dùng một số hệ số như hệ số Kappa, hệ số tương quan giữa các nhóm (ICC-intraclass correlation coefficients) cùng biểu đồ Bland-Altman.

Hệ số Kappa là một đại lượng thống kê dùng để đo lường sự phù hợp giữa các thang đo. Hệ số này là phù hợp để đánh giá các thang đo có dạng nhị phân và dạng đo lường là các biến phân loại.

Hệ số tương quan giữa các nhóm (ICC) và *biểu đồ Bland-Altman* được sử dụng để đánh giá thang đo liên tục, so sánh sự đồng nhất so với hệ số tương quan Pearson. Hệ số tương quan Pearson đo lường mối liên quan giữa các biến nhưng không cung cấp thông tin về sự đồng nhất. Trong khi đó, hệ số ICC được cho là phù hợp hơn để đánh giá sự đồng nhất của thang đo liên tục. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chỉ sử dụng hệ số ICC để đánh giá mức độ đồng nhất tổng thể thang đo là chưa đủ mà cần sử dụng thêm biểu đồ Bland-Altman để quan sát các giá trị ngoại lai (outlier) và các kết quả so với giá trị trung bình sẽ là những thông tin quan trọng khi đánh giá sự đồng nhất của thang đo. Biểu đồ Bland-Altman là một phương pháp thống kê để so sánh hai kỹ thuật đo lường hoặc so sánh kết quả của hai lần đo lường với cùng một thang đo. Dùng biểu đồ này sẽ chỉ ra được sự khác nhau giữa hai kỹ thuật đo lường hoặc hai lần đo lường được thể hiện so sánh với giá trị trung bình của hai lần đo. Biểu đồ Bland-Altman là một công cụ hữu ích cho biết mối liên quan giữa sự khác biệt và giá trị trung bình; phát hiện bất kể sai số/thiên lệch mang tính hệ thống (systematic bias); và để phát hiện các giá trị ngoại lai.

1.6.2. Tính giá trị (Validity)

Khi đánh giá các biến tổ hợp thì việc đánh giá độ tin cậy là không thể thiếu; tuy nhiên, với những bộ công cụ mà thang đo không xây dựng theo kiểu biến tổ hợp thì không nhất thiết phải đánh giá độ tin cậy. Ngoài ra, chỉ đánh giá độ tin cậy cũng không đủ để chứng minh tính giá trị của một bộ công cụ.

Tính giá trị của một bộ công cụ có thể được chứng thực bởi một nhóm chuyên gia đánh giá tính giá trị bề mặt (face validity) và tính giá trị về nội dung (content validity). Ngoài ra, người ta còn đánh giá tính giá trị của một bộ công cụ bằng cách sử dụng bộ công cụ đó để khảo sát và lấy kết quả khảo sát để đánh giá tính giá trị tiêu chuẩn (criterion validity) và tính giá trị về cấu trúc (construct validity) (112, 113).

Tính giá trị bề mặt được chứng thực khi một cá nhân hoặc một nhà nghiên cứu là chuyên gia trong lĩnh vực đó, sau khi xem xét bộ công cụ, kết luận rằng bộ công cụ đo lường/phản ánh đúng các khía cạnh mà cả lý thuyết và thực tiễn đã chỉ ra. Một số tác giả cho rằng tính giá trị bề mặt là một phần của tính giá trị về nội dung (114, 115). Việc đánh giá tính giá trị bề mặt đề cập đến việc chuyên gia đó đánh giá các tiêu mục của bộ công cụ và khẳng định các tiêu mục đó đo lường đúng khái niệm cần đo lường. Tính giá trị bề mặt được một số tác giả cho là không đủ mạnh và không coi đây là một phương pháp tích cực để đánh giá tính giá trị. Tuy nhiên, đánh giá tính giá trị bề mặt thường được sử dụng trong các nghiên cứu ở các nước đang phát triển (114).

Tính giá trị về nội dung đề cập đến việc các thành tố (components) của thang đo và các tiêu mục (items) có bao hàm tất cả các khía cạnh cần đo lường hay không. Ở mức độ cơ bản nhất thì nội dung của biến phải phù hợp với tên của biến đã được chỉ ra. Mỗi tiêu mục phải thuộc ít nhất là một khía cạnh về nội dung đã được thống nhất. Số lượng các tiêu mục ở mỗi thành tố cũng cần phải phản ánh tầm quan trọng của nó đối với thuộc tính của thành tố đó. Tính giá trị về nội dung của bộ công cụ được đánh giá dựa vào phân tích của chuyên gia trong lĩnh vực đó. Cụ thể là, các chuyên gia sẽ đọc toàn bộ các tiêu mục của bộ câu hỏi, xem xét tính rõ ràng, dễ hiểu của các tiêu mục và đi đến quyết định về mức độ phù hợp của các tiêu mục. Điểm hạn chế của tính giá trị về nội dung là nó mang tính chủ quan của chuyên gia, giống như tính giá trị bề mặt. Tuy nhiên, biện pháp khắc phục mà các tác giả đưa ra là kết hợp đánh giá tính giá trị nội dung với tính giá trị bề mặt (109, 112, 114).

Tính giá trị tiêu chuẩn đề cập đến liệu biến tổ hợp có được đo lường chính xác hay không. Tính giá trị tiêu chuẩn được định nghĩa là mối tương quan của thang đo với một

thang đo “tiêu chuẩn” nào đó của chủ đề đang nghiên cứu. Đây là cách đo lường để đánh giá xem bộ công cụ tương quan đến mức độ nào với chuẩn. Hạn chế lớn nhất của tính giá trị tiêu chuẩn là đôi khi chúng ta không được chuẩn để so sánh.

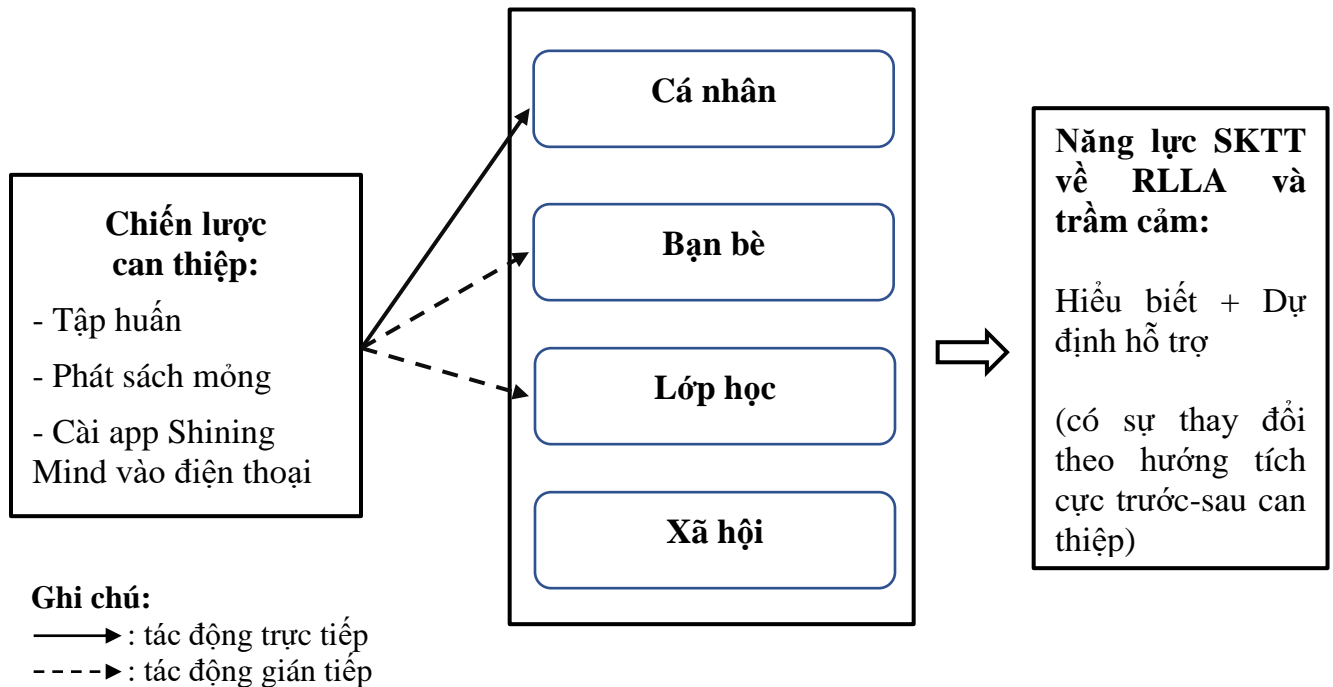
Tính giá trị cấu trúc (construct validity) là sự chứng thực rằng thang đo đo lường đúng khái niệm mà thang đo dự kiến đo lường. Tính giá trị cấu trúc là phù hợp hơn với những lĩnh vực tương đối trừu tượng như tâm lý, xã hội học... Ở những lĩnh vực này các biến muốn đo lường không thể quan sát được một cách trực tiếp. Không giống với đánh giá các kiểu tính giá trị khác, đánh giá tính giá trị cấu trúc bao gồm đánh giá đồng thời cả lý thuyết và phương pháp. Người đánh giá cần phải đưa ra được định nghĩa về mặt khái niệm của biến tổ hợp cần đo lường, cụ thể hóa các thành tố của nó, đưa ra giả thuyết về các mối liên quan về mặt lý thuyết với các biến khác và sau đó là kiểm định chúng. Một vấn đề ở đây cần quan tâm là nếu các dự đoán dựa trên cơ sở lý thuyết không được khẳng định/chứng minh là đúng thì lý do có thể là do tính giá trị của thang đo hoặc có thể là giá trị của lý thuyết (109, 116).

Trong nghiên cứu này, bộ công cụ đo lường năng lực SKTT của Jorm và cộng sự không đo lường năng lực SKTT theo kiểu thang đo/biến tổ hợp nên không áp dụng đánh giá độ tin cậy. Mỗi câu hỏi gồm các biến khác nhau thể hiện các nội dung khác nhau với các ý nghĩa được phiên giải và ứng dụng khác nhau. Các câu hỏi thể hiện nội dung của một biến riêng biệt nói về một vấn đề riêng biệt, và những vấn đề này đã được chấp nhận là các nội dung cần có khi nói đến năng lực SKTT. Bên cạnh đó, NCS không tìm được một “chuẩn vàng” nào để có thể đánh giá tính giá trị tiêu chuẩn. Vì vậy, NCS chỉ thực hiện đánh giá tính giá trị bề mặt, tính giá trị về nội dung và tính giá trị về cấu trúc của bộ công cụ này.

1.7. Khung lý thuyết

Các nghiên cứu về năng lực SKTT trên thế giới và ở Việt Nam cho thấy, cá nhân sẽ có xu hướng đi tìm sự trợ giúp cho các vấn đề SKTT nếu họ có năng lực SKTT về vấn đề đó. Hiểu biết về vấn đề SKTT, dự định hỗ trợ cho vấn đề đó cũng như thái độ đối

với các vấn đề SKTT sẽ có ảnh hưởng nhất định đến hành vi tìm kiếm sự trợ giúp (29, 75, 94, 117). Điều này phù hợp với mô hình lý thuyết Hành động hợp lý và Hành vi có dự định (Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour) do Ajzen (1991) nêu ra (118, 119). Lý thuyết nhấn mạnh đến vai trò của dự định, thái độ, chuẩn mực đối với hành vi. Trong lý thuyết này dự định hành động của cá nhân hầu như là yếu tố quyết định trung gian đối với hành vi của họ.



Sơ đồ 1: Khung lý thuyết

Các hoạt động can thiệp tác động trực tiếp tới cá nhân đối tượng nghiên cứu. Nội dung can thiệp tăng cường hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về dấu hiệu của RLLA và trầm cảm; các biện pháp hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm; vai trò của người có chuyên môn về SKTT đối với người mắc RLLA và trầm cảm. Từ đó làm thay đổi dự định hỗ trợ của họ (chính là tạo ra sự thay đổi về năng lực SKTT). Bên cạnh đó, các hoạt động can thiệp cũng tạo ra những thay đổi gián tiếp ở bạn bè cũng như trong môi trường lớp học.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là sinh viên đang theo học tại Khoa Xã hội học từ năm thứ 1 đến năm thứ 4.

Nghiên cứu về năng lực SKTT là một chủ đề còn khá mới ở Việt Nam. Việc tìm hiểu kiến thức và niềm tin về các vấn đề SKTT phổ biến, tìm hiểu nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT cũng như các biện pháp có thể hỗ trợ người có vấn đề SKTT liên quan nhiều đến kiến thức về khoa học xã hội và khoa học hành vi. Vì vậy, đề tài quyết định chọn sinh viên Khoa Xã hội học với giả định rằng sinh viên đang theo học ngành này tiếp xúc nhiều với các môn học về khoa học xã hội và khoa học hành vi nên họ có hiểu biết hơn về các vấn đề SKTT so với sinh viên các nhóm ngành tự nhiên hay kỹ thuật.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Tháng 1/2016 đến tháng 2/2019:

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả năng lực SKTT của sinh viên đồng thời đánh giá tính giá trị của bộ công cụ: tháng 10/2017 - 5/2018.
- Xây dựng tài liệu can thiệp: Tháng 7-8/2018.
- Thử nghiệm can thiệp và đánh giá sau can thiệp: tháng 12/2018-2/2019.

Địa điểm: Hai trường đại học tại Hà Nội:

1. Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn (Khoa Xã hội học) - ĐHKHXHNV.
2. Học viện Báo chí và Tuyên truyền (Khoa Xã hội học) - HVBCTT.

Đây là hai trường đại học có lịch sử lâu đời trên địa bàn thành phố Hà Nội. Trường ĐHKHXHNV thuộc Đại học Quốc gia Hà Nội có 17 Khoa/Viện đào tạo sinh viên đại học và sau đại học thuộc các chuyên ngành như Du lịch, Báo chí, Tâm lý học, Xã hội học, Việt Nam học, Quốc tế học, Khoa học Quản lý... HVBCTT là trường đại học thuộc Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh. Trường có 16 Khoa đào tạo sinh viên đại học

và sau đại học các chuyên ngành như Lịch sử Đảng, Tư tưởng Hồ Chí Minh, Chính trị học, Xã hội học và Phát triển, Phát thanh-Truyền hình, Quan hệ Quốc tế, Quan hệ công chúng và quảng cáo... Trong chương trình đào tạo của sinh viên Khoa Xã hội học thuộc hai trường này đều không có môn học về nội dung SKTT.

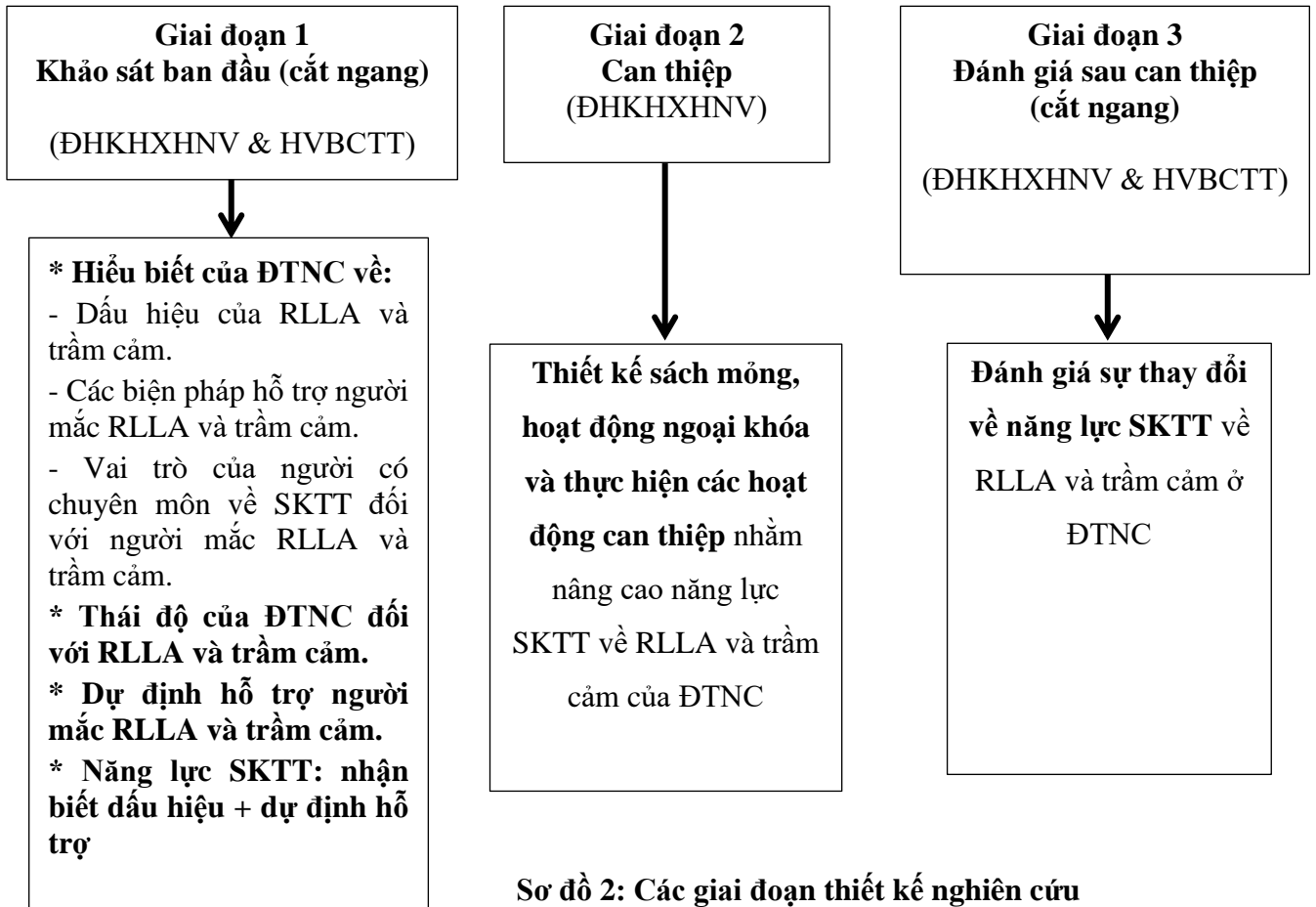
2.3. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài sử dụng thiết kế can thiệp đánh giá trước-sau có nhóm chứng, kết hợp hai phương pháp định lượng và định tính được tiến hành đồng thời.

Nghiên cứu được thực hiện theo 3 giai đoạn: trước can thiệp, thực hiện can thiệp, và sau can thiệp:

3. **Giai đoạn 1:** Tiến hành nghiên cứu cắt ngang để khảo sát năng lực SKTT của sinh viên hai Khoa đồng thời tiến hành đánh giá tính giá trị của bộ công cụ. Ngoài ra nghiên cứu trong giai đoạn 1 cũng tìm hiểu các hình thức can thiệp phù hợp với đối tượng đích.
4. **Giai đoạn 2:** Dựa trên thông tin từ nghiên cứu ban đầu thiết kế các hoạt động/tài liệu can thiệp thử nghiệm trên nhóm sinh viên Khoa Xã hội học, trường ĐHKHXHVN. Khoa Xã hội học, HVBCTT là nhóm chứng.
5. **Giai đoạn 3:** Thực hiện can thiệp và đánh giá kết thúc chương trình can thiệp, xem xét sự thay đổi về năng lực SKTT của sinh viên (kết hợp định lượng và định tính).

Các giai đoạn thiết kế nghiên cứu được thể hiện qua sơ đồ 2 dưới đây.



Về lý thuyết, thiết kế can thiệp so sánh trước-sau có theo dõi và đo lường lặp lại trên cùng các đối tượng được đánh giá là thiết kế tốt hơn so với 2 thiết kế cắt ngang ở 2 thời điểm trước và sau can thiệp. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu của Lee S. Caplan và cộng sự (1995) đã chỉ ra rằng cả hai thiết kế này đều có thể trả lời được hầu hết các câu hỏi nghiên cứu về hiệu quả của các can thiệp, đặc biệt là các can thiệp cộng đồng (120). Trong nghiên cứu này, NCS đã cân nhắc tính khả thi của việc theo dõi và thu thập lại thông tin sau can thiệp của các ĐTNC ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. Thực tế cho thấy cách làm này không khả thi do các lớp học không cố định, sinh viên học theo tín chỉ và thời gian học của các môn/lớp rất khác nhau. Như vậy, thiết kế với hai lần nghiên cứu cắt ngang ở hai thời điểm trước và sau can thiệp được lựa chọn với các lý do:

- Hiệu quả can thiệp của nghiên cứu được đánh giá ở cấp độ cộng đồng, không phải ở cấp độ cá nhân. Nghĩa là câu hỏi nghiên cứu về hiệu quả của can thiệp là can thiệp đã thay đổi tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm của quần thể ĐTNC, không phải đánh giá sự thay đổi việc nhận biết của từng cá nhân.
- Không cần theo dõi đối tượng từ giai đoạn trước cho đến sau can thiệp vì khó khả thi như trình bày ở trên. Điều này cũng sẽ hạn chế tỷ lệ không trả lời ở cả hai giai đoạn.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Nghiên cứu định lượng

Để đạt được mục tiêu 1 "Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung và cấu trúc) của bộ công cụ đo lường năng lực SKTT", đồng thời khảo sát ban đầu về năng lực SKTT của ĐTNC, đề tài chọn mẫu toàn bộ sinh viên từ năm 1 đến năm 4 tại hai trường đại học đã nêu. Số lượng sinh viên cả 4 khóa ở mỗi trường lần lượt là:

- ĐHKHXHVN có 520 sinh viên (mỗi khóa là 1 lớp với 130 sinh viên).
- HVBCCTT có 300 sinh viên (mỗi khóa là 1 lớp với 75 sinh viên).

Trên thực tế, số lượng sinh viên tham gia điền bộ câu hỏi để đánh giá mục tiêu 1 là 724 sinh viên; trong đó, cỡ mẫu tại ĐHKHXHNV là 446 sinh viên và 278 là cỡ mẫu tại HVBCCTT.

Để đạt được mục tiêu 2 "*Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao năng lực sức khỏe tâm thần về rối loạn lo âu và trầm cảm của sinh viên Khoa Xã hội học, Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội*", đề tài chọn thử nghiệm can thiệp trên sinh viên Khoa Xã hội học của trường ĐHKHXHVN và so sánh với nhóm chứng là sinh viên Khoa Xã hội học của HVBCCTT.

Sử dụng phần mềm Ssize của WHO (121) để tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cho một nhóm;
- Mức ý nghĩa $\alpha=0,5$ (độ tin cậy 95%), kiểm định một phía do giả định năng lực SKTT của sinh viên tăng lên sau can thiệp;
- Lực kiểm định $(1-\beta) = 90\%$;
- P1: Tỷ lệ trước can thiệp: Theo kết quả từ một nghiên cứu của NCS và cộng sự, tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm lần lượt là 35,9% và 32,4% (62, 83). Như vậy, ở đây có giá trị $P1.1=0,36$ và giá trị $P1.2=0,32$. Để có được cỡ mẫu lớn nhất cho can thiệp, đề tài quyết định chọn giá trị $P1=0,36$.
- P2: Tỷ lệ thay đổi sau can thiệp: $P2=0,6$.
- Mẫu điều tra tối thiểu $n=73$ sinh viên.

Ước lượng tỷ lệ không tham gia, điền phiếu không đạt yêu cầu... khoảng 10%, mẫu điều tra tại mỗi trường được lấy tròn là 83 sinh viên. Do nghiên cứu thực hiện tại trường học nên tính thêm hiệu lực mẫu $DE=2$ cho mẫu cụm (lớp học). Như vậy, cỡ mẫu của mỗi trường là 166 sinh viên.

Vì đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên về chủ đề này trên nhóm sinh viên đại học nên đề tài quyết định chọn mẫu toàn bộ sinh viên năm 2 và năm 3 của ĐHKHXHNV vào chương trình can thiệp thử nghiệm với mong muốn toàn bộ sinh viên được tham gia chương trình can thiệp mà đề tài thực hiện. Vào thời điểm can thiệp, sinh viên năm 1 chưa được đánh giá ban đầu, sinh viên năm 4 đi thực tập và chuẩn bị tốt nghiệp, không còn học tại trường. Việc thu thập số liệu ở HVBCTT (nhóm chứng) cũng được thực hiện trên sinh viên năm 2 và năm 3. Cỡ mẫu thực tế tại ĐHKHXHNV và HVBCTT lần lượt là 215 và 168 sinh viên.

2.4.2. Nghiên cứu định tính

Thông tin định tính được thu thập qua kỹ thuật thảo luận nhóm (TLN). Tại mỗi trường NCS thực hiện 1 cuộc TLN với 6-8 sinh viên năm 1 và năm 2; 1 cuộc TLN với sinh viên năm 3 và năm 4. Tổng số có 4 cuộc TLN tại 2 trường. Đánh giá sau can thiệp cũng được thực hiện với 4 cuộc TLN tại 2 trường. Như vậy, tổng cộng trước và sau can thiệp là 8 cuộc TLN với tối đa 64 sinh viên. Chọn mẫu thuận tiện sinh viên vào các TLN bằng cách nhờ lớp trưởng mời các ĐTNC tham gia TLN.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu

✚ Nghiên cứu định lượng:

Bộ câu hỏi tự điền được thử nghiệm và điều chỉnh phù hợp trước khi tiến hành khảo sát chính thức (Phụ lục 4, trang 144).

Giai đoạn 1 (nghiên cứu ban đầu): NCS liên hệ với lãnh đạo hai Khoa Xã hội học của hai trường để trình bày mục tiêu nghiên cứu và xin phép lãnh đạo Khoa triển khai thu thập số liệu nghiên cứu trên sinh viên của hai Khoa. Dựa trên lịch học của các lớp, NCS liên hệ với giảng viên của buổi học đó để xin phép vào lớp phát bộ câu hỏi tự điền cho sinh viên.

Tại buổi thu thập số liệu, NCS giải thích nhanh về mục tiêu của nghiên cứu, về việc tự nguyện tham gia nghiên cứu của sinh viên. Nếu không đồng ý trả lời bộ câu hỏi, sinh viên đó có thể tạm thời ra khỏi lớp và chờ ở ngoài hành lang hoặc ngồi tại chỗ nhưng không làm ảnh hưởng đến việc điền phiếu của bạn bên cạnh. Mỗi sinh viên được phát một bộ câu hỏi, trong đó có đính kèm trang thông tin nghiên cứu ở trang 1 và giấy đồng ý tham gia nghiên cứu để sinh viên ký tên ở trang 2. Sinh viên được NCS giải thích và hướng dẫn ký tên vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu trước khi điền bộ câu hỏi. Sau khi điền xong bộ câu hỏi, sinh viên nộp lại cho nghiên cứu viên ngay tại lớp. Hầu hết

việc thu thập số liệu do NCS tự làm vì lịch học của các lớp rất rải rác nên không bị trùng lịch.

Giai đoạn 3 (đánh giá can thiệp): Việc thu thập thông tin cũng được thực hiện tương tự như giai đoạn 1.

✚ Nghiên cứu định tính:

Áp dụng kỹ thuật TLN có ghi âm với bản hướng dẫn TLN (Phụ lục 5, trang 170). Hướng dẫn TLN bao gồm những câu hỏi mở nhằm khai thác thông tin liên quan với những nội dung cần tìm hiểu thêm. Nghiên cứu viên liên hệ với lớp trưởng của các khóa để nhờ lớp trưởng mời một số bạn sinh viên của khóa tham gia TLN. Các cuộc TLN diễn ra sau giờ học ngay tại lớp học. Các bạn sinh viên đồng ý tham gia TLN cũng được phát giấy đồng ý tham gia nghiên cứu và ký tên. Mỗi cuộc TLN diễn ra trong vòng 45-60 phút.

2.5.2. Công cụ thu thập số liệu

✚ Nghiên cứu định lượng:

Trong giai đoạn 1, bộ câu hỏi tự điền được thiết kế bao gồm 3 phần:

Phần 1 - Năng lực SKTT: Bộ câu hỏi định lượng được chia làm 2 phần: phần thông tin chung của người trả lời và phần năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm. Nội dung năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm tham khảo bộ công cụ của cuộc Khảo sát quốc gia về Năng lực SKTT và Sự kỳ thị (18) và được tác giả A.F. Jorm cho phép sử dụng cho nghiên cứu này. NCS đã dịch bộ câu hỏi này sang tiếng Việt và thực hiện đánh giá tính giá trị trước khi sử dụng cho nghiên cứu.

Bộ câu hỏi được thiết kế bắt đầu với một đoạn mô tả 2 trường hợp của Linh (có dấu hiệu RLLA) và Hùng (có dấu hiệu trầm cảm)⁴. Các câu hỏi tập trung vào:

- Nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm và dự định hỗ trợ;
- Hiểu biết về người hỗ trợ;

⁴ Linh và Hùng là tên do nghiên cứu sinh tự đặt cho nhân vật trong mô tả trường hợp.

- Hiểu biết về biện pháp hỗ trợ ban đầu;
- Hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT;
- Thái độ của bản thân đối với RLLA và trầm cảm.

Phần 2 - Hình thức và tài liệu truyền thông: NCS tự xây dựng.

Phần 3 - Thông tin cá nhân: Tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Liên (76).

Trong giai đoạn đánh giá sau can thiệp, bộ câu hỏi được thiết kế bao gồm 3 phần:

- Phần 1 - Năng lực SKTT: Lặp lại Phần 1 của bộ câu hỏi sử dụng trong nghiên cứu ban đầu.
- Phần 2 - Thông tin về các hoạt động can thiệp nâng cao năng lực SKTT tại trường.
- Phần 3 - Thông tin cá nhân.

Nghiên cứu định tính:

Trong nghiên cứu ban đầu, các thông tin tìm hiểu thêm trong TLN bao gồm:

- Thái độ của sinh viên đối với người có vấn đề về RLLA và trầm cảm;
- Các yếu tố có thể ảnh hưởng (tích cực và tiêu cực) đến dự định tìm kiếm sự trợ giúp nếu người thân/bạn bè có dấu hiệu của RLLA và trầm cảm;
- Các loại hình tài liệu truyền thông phù hợp để chuyển tải các thông tin về RLLA và trầm cảm đến sinh viên.

Trong đánh giá sau can thiệp, TLN tập trung vào các nội dung:

- Thái độ của sinh viên đối với người mắc RLLA và trầm cảm;
- Ưu/nhược điểm của các hoạt động/tài liệu can thiệp;
- Bài học kinh nghiệm rút ra từ các hoạt động can thiệp.

2.6. Biến số/Chủ đề nghiên cứu

Biến số định lượng:

- Nhóm biến số về năng lực SKTT: Nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm và dự định hỗ trợ; Hiểu biết về người hỗ trợ; Hiểu biết về biện pháp hỗ trợ ban đầu; Hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT.

- Nhóm biến số về hoạt động truyền thông tăng cường hiểu biết về RLLA và trầm cảm (chỉ đối với trước can thiệp).
- Nhóm biến số đánh giá các hoạt động truyền thông tăng cường hiểu biết về RLLA và trầm cảm (chỉ đối với sau can thiệp).
- Nhóm biến số về thông tin chung của ĐTNC.

Chi tiết các biến số định lượng được trình bày tại Phụ lục 1, trang 134.

✚ Chủ đề nghiên cứu định tính:

- Thái độ của sinh viên đối với người có vấn đề về SKTT.
- Các yếu tố có thể ảnh hưởng (tích cực và tiêu cực) đến dự định tìm kiếm sự trợ giúp nếu người thân/bạn bè có dấu hiệu của các vấn đề SKTT.
- Các loại hình tài liệu truyền thông phù hợp để chuyển tải các thông tin về SKTT đến sinh viên (đối với trước can thiệp).
- Ưu/nhược điểm của các hoạt động can thiệp (đối với sau can thiệp).
- Bài học kinh nghiệm rút ra từ các hoạt động can thiệp (đối với sau can thiệp).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

2.7.1. Nghiên cứu định lượng

Số liệu định lượng được làm sạch và mã hóa trước khi nhập liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0. Số liệu trước-sau can thiệp được nhập riêng biệt, sau đó được kết nối với nhau để phục vụ cho quá trình phân tích trước-sau can thiệp.

Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Stata 14, bao gồm:

- Thống kê mô tả: tần số, tính tỷ lệ phần trăm. Với câu hỏi về nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm, trong bộ công cụ có tất cả 10 phương án được nêu ra cho mỗi tình huống. Trong quá trình phân tích, biến mới “nhận biết dấu hiệu” với hai phương án là “nhận biết đúng” và “nhận biết sai” đã được tạo ra: Với RLLA, nếu chọn đúng RLLA là “nhận biết đúng”, còn lại là “nhận biết sai”. Tương tự như vậy với trầm cảm, nếu chọn đúng “trầm cảm” là “nhận biết đúng”, còn lại là “nhận biết sai”.

- Thống kê phân tích: so sánh tỷ lệ với kiểm định χ^2 để so sánh kết quả trước và sau can thiệp.

Trong nghiên cứu này, NCS đánh giá năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của ĐTNC trên cơ sở sự kết hợp của nhận biết dấu hiệu và dự định hỗ trợ. Trong quá trình xử lý số liệu, biến số đầu ra (năng lực SKTT) được tạo ra dựa trên việc kết hợp hai biến số “nhận biết dấu hiệu” và “dự định hỗ trợ” để phục vụ cho việc mô tả năng lực SKTT của ĐTNC và đánh giá kết quả của can thiệp.

✚ Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, và cấu trúc) của bộ công cụ

Hầu hết các bộ công cụ mà NCS tìm được đều chỉ tập trung vào một khía cạnh cụ thể của năng lực SKTT như hiểu biết về SKTT, thái độ và kỳ thị với các vấn đề SKTT. Những bộ công cụ này cũng khác nhau trong cách đo lường (dựa trên mô tả tình huống hoặc dựa trên các câu phát biểu và trả lời đúng/sai/không biết hoặc theo thang đo Likert). Cho đến thời điểm thực hiện nghiên cứu này, NCS không tìm được bộ công cụ nào bao hàm trong đó toàn bộ các yếu tố được đề cập trong định nghĩa khái niệm năng lực SKTT mà A.F. Jorm và cộng sự (1997) xây dựng và sử dụng cho cuộc khảo sát gần đây nhất ở Úc vào năm 2011. Ngoài ra, mục tiêu của nghiên cứu này là tìm hiểu năng lực SKTT của ĐTNC về hai vấn đề RLLA và trầm cảm. Vì vậy, việc sử dụng bộ công cụ dạng mô tả tình huống của Jorm và cộng sự là phù hợp nhất. NCS đã liên hệ với Jorm và được *tác giả cho phép sử dụng* bộ công cụ này cho nghiên cứu tại Việt Nam.

Như đã trình bày trong phần Tổng quan tài liệu, năm 2011, Jorm và cộng sự thực hiện khảo sát về năng lực SKTT trên hai nhóm đối tượng:

- Nhóm 1: Cộng đồng nói chung (từ 15 tuổi trở lên).
- Nhóm 2: Thanh thiếu niên (15-25 tuổi).

Công cụ dạng mô tả tình huống được thiết kế theo kiểu bắt đầu bằng một đoạn mô tả vấn đề SKTT và đi kèm đó là các câu hỏi liên quan đến nhận biết dấu hiệu, yếu tố nguy cơ, trợ giúp người có vấn đề SKTT (người hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ ban đầu, thuốc hỗ trợ), biện pháp phòng ngừa, và thái độ kỳ thị với người có vấn đề SKTT. Tổng cộng

có 12 công cụ được sử dụng cho hai nhóm. Giữa hai nhóm có sự khác nhau về độ tuổi của nhân vật mô tả trong tình huống:

1. Nhóm 1: trầm cảm, trầm cảm với ý nghĩ tự tử, tâm thần phân liệt giai đoạn sớm, tâm thần phân liệt nặng, ám sợ xã hội, và rối loạn stress sau sang chấn.
2. Nhóm 2: trầm cảm, trầm cảm với ý nghĩ tự tử, trầm cảm do lạm dụng thuốc kích thần, ám sợ xã hội, loạn thần, và rối loạn stress sau sang chấn.

Với nhóm 1, đoạn mô tả vấn đề SKTT gắn với hai nhân vật John và Jenny (có độ tuổi trong khoảng 30-45) có vấn đề SKTT. Nhóm 2, cũng là hai nhân vật John và Jenny, được chia thành 2 nhóm nhỏ với 2 đoạn mô tả theo tuổi của đối tượng: tình huống 15 tuổi được sử dụng cho nhóm 15-17 tuổi và tình huống 21 tuổi được dùng cho nhóm 18-25 tuổi. Mỗi nhóm tuổi đều có 2 nhân vật John và Jenny. Sau đoạn mô tả vấn đề sức khỏe, bộ câu hỏi bắt đầu bằng một câu hỏi mở “Theo bạn, John/Jenny gặp vấn đề gì?” và tiếp theo là các câu hỏi về hiểu biết liên quan đến các biện pháp trợ giúp, các biện pháp điều trị có thể, niềm tin về các yếu tố nguy cơ của vấn đề SKTT nếu trong đoạn mô tả đó.

ĐTNC trong nghiên cứu này là sinh viên, vì vậy, NCS đã sử dụng bộ câu hỏi dành cho nhóm 15-25 tuổi. Đây là bộ câu hỏi tự điền, mỗi bộ câu hỏi chỉ mô tả một vấn đề SKTT và đi kèm là các câu hỏi liên quan đến hiểu biết liên quan đến các biện pháp trợ giúp, các biện pháp điều trị có thể, niềm tin về các yếu tố nguy cơ của vấn đề SKTT nêu trong đoạn mô tả đó. NCS tham khảo bộ câu hỏi về trầm cảm và dựa trên cơ sở đó để phát triển thêm bộ câu hỏi về RLLA.

Bộ câu hỏi về trầm cảm bắt đầu bằng đoạn mô tả về John:

“John là một cậu bé 15 tuổi. Vài tuần gần đây cậu thường cảm thấy buồn một cách bất thường và cảm thấy mình thật khổ sở. John luôn cảm thấy mệt mỏi và đêm thì không ngủ được. Cậu không muốn ăn và bị giảm cân. Cậu không tập trung vào việc học được và bị điểm kém. John không muốn quyết định bất kỳ điều gì và thậm chí những việc thường ngày vẫn làm cũng trở thành gánh nặng với cậu. Bố mẹ và bạn bè của John rất lo lắng cho tình trạng của cậu”.

Tiếp theo là 6 câu hỏi để xác định năng lực SKTT của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). **Câu hỏi 1** là một câu hỏi mở “Theo bạn, John đang gặp vấn đề sức khỏe gì?”. ĐTNC tự điền câu trả lời của mình và tiếp tục trả lời câu hỏi 2.

Câu hỏi 2 tập trung vào hiểu biết về các biện pháp hỗ trợ ban đầu cho người mắc trầm cảm. Một danh sách gồm 10 biện pháp được liệt kê:

1. Lắng nghe vấn đề mà bạn đang gặp phải
2. Nói chuyện với bạn một cách nghiêm túc về việc bạn cần thay đổi hành vi của mình
3. Khuyến bạn tìm kiếm sự giúp đỡ của người có chuyên môn
4. Hẹn gặp bác sĩ giúp bạn
5. Hỏi xem liệu bạn có ý định tự tử không
6. Rửa bạn đi uống vài chén để quên đi vấn đề
7. Kêu gọi bạn bè tụ tập để giúp bạn vui lên
8. Mặc kệ để bạn tự vượt qua vấn đề của mình
9. Làm cho bạn bận rộn để không nghĩ tới vấn đề của mình nữa
10. Khuyến khích bạn hoạt động thể chất nhiều hơn.

Phương án trả lời được chia làm 5 mức: Giúp được (Helpful), Có tác động tiêu cực (Harmful), Không tốt không xấu (Neither), Phân vân (Depends), Không biết (Don't know).

Câu hỏi 3 có nội dung về hiểu biết về người có thể hỗ trợ cho người mắc trầm cảm. Có 8 đối tượng, 1 đường dây nóng và 1 quan điểm được nêu trong danh sách:

1. Bác sĩ đa khoa hoặc bác sĩ gia đình
2. Giáo viên
3. Người tư vấn
4. Dịch vụ tư vấn qua điện thoại
5. Nhà tâm lý

6. Người có chuyên môn về tâm thần (nhà trị liệu, cán bộ công tác xã hội, điều dưỡng SKTT)
7. Người thân trong gia đình
8. Bạn thân
9. Bạn phải tự ứng phó với vấn đề của mình.

Phương án trả lời được chia làm 5 mức: Giúp được (Helpful), Có tác động tiêu cực (Harmful), Không tốt không xấu (Neither), Phân vân (Depends), Không biết (Don't know).

Câu hỏi 4 tập trung vào kiến thức của ĐTNC về các loại thuốc hỗ trợ trầm cảm. Có 6 thuốc được nêu ra:

1. Các loại vitamin
2. St John's wort⁵
3. Thuốc chống trầm cảm
4. Thuốc an thần
5. Thuốc chống loạn thần
6. Thuốc ngủ

Phương án trả lời được chia làm 5 mức: Giúp được (Helpful), Có tác động tiêu cực (Harmful), Không tốt không xấu (Neither), Phân vân (Depends), Không biết (Don't know).

Câu hỏi 5 hỏi về một số hoạt động mà một người mắc trầm cảm có thể làm để làm giảm bớt các triệu chứng của trầm cảm. 17 hoạt động được liệt kê bao gồm:

1. Hoạt động thể chất nhiều hơn
2. Tham gia lớp học thư giãn, kiểm soát stress, thiền, yoga, kiểm soát sự căng thẳng
3. Châm cứu

⁵ Đây là một loại thuốc truyền thống gì đó của Úc, NCS không tìm được từ phù hợp để dịch sang tiếng Việt nên xin phép để nguyên từ tiếng Anh.

4. Dậy sớm và phơi nắng
5. Tư vấn chuyên gia về sức khỏe tâm thần
6. Sử dụng liệu pháp nhận thức-hành vi
7. Tìm kiếm thông tin về những vấn đề mình gặp phải trên mạng Internet
8. Tìm đọc sách về vấn đề mà mình gặp phải
9. Tìm đọc về những người cũng gặp vấn đề như mình và xem họ ứng phó như thế nào
10. Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe
11. Đến khám tại bệnh viện nào đó
12. Sử dụng đồ uống có cồn để thư giãn
13. Hút thuốc lá để thư giãn
14. Sử dụng marijuana để thư giãn
15. Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn
16. Bỏ hút thuốc lá
17. Bỏ sử dụng cần sa (marijuana)

Phương án trả lời được chia làm 5 mức: Giúp được (Helpful), Có tác động tiêu cực (Harmful), Không tốt không xấu (Neither), Phân vân (Depends), Không biết (Don't know).

Câu hỏi 6 tìm hiểu kiến thức của ĐTNC về các hoạt động phòng ngừa nguy cơ mắc trầm cảm. Có 9 hoạt động được liệt kê:

1. Tăng cường hoạt động thể chất
2. Tránh các tình huống có khả năng gây căng thẳng
3. Duy trì liên lạc với bạn bè
4. Duy trì liên lạc với gia đình
5. Tránh đồ ăn ngọt
6. Không sử dụng cần sa (marijuana)

7. Không bao giờ lạm dụng đồ uống có cồn
8. Dành thời gian cho các hoạt động thư giãn
9. Có niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh

Phương án trả lời được chia làm 5 mức: Giúp được (Helpful), Có tác động tiêu cực (Harmful), Không tốt không xấu (Neither), Phân vân (Depends), Không biết (Don't know).

Phần kỳ thị với trầm cảm được tìm hiểu thông qua 6 câu hỏi: 2 câu hỏi về hiểu biết liên quan đến vai trò của chuyên gia SKTT, 1 câu hỏi về kỳ thị nói chung, 1 câu hỏi về kỳ thị của bản thân ĐTNC với trầm cảm và 1 câu hỏi về quan điểm của ĐTNC về kỳ thị của xã hội đối với trầm cảm, và 1 câu hỏi liên quan “khoảng cách xã hội” đối với người mắc trầm cảm.

Hai câu hỏi về hiểu biết liên quan đến vai trò của chuyên gia SKTT trong trị liệu trầm cảm. Câu hỏi được nêu ra là “Theo bạn, nếu John có/không có sự hỗ trợ của chuyên gia về SKTT thì vấn đề sức khỏe của John sẽ thế nào?”. Các phương án trả lời bao gồm:

1. Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa.
2. Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
3. Hồi phục một phần.
4. Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
5. Không thay đổi.
6. Tệ hơn.
7. Không biết

Câu hỏi về kỳ thị nói chung như sau: “Theo bạn, John có bị những người xung quanh kỳ thị vì vấn đề sức khỏe của mình không?”. Các phương án trả lời cho ĐTNC lựa chọn là: Có và Không.

Câu hỏi về kỳ thị của bản thân ĐTNC với trầm cảm được diễn đạt như sau: “Bạn hãy cho biết ý kiến của riêng bạn về những quan điểm dưới đây?”. Các phương án để ĐTNC lựa chọn bao gồm:

1. Những người như John có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn
2. Vấn đề sức khỏe như John mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu
3. Vấn đề sức khỏe của John không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng
4. Những người có vấn đề sức khỏe như John là người nguy hiểm
5. Tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống John để tránh bị lây
6. Những người có vấn đề sức khỏe như John rất khó dự đoán về hành vi
7. Nếu tôi gặp vấn đề như của John, tôi sẽ không nói cho ai biết
8. Tôi sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống John
9. Tôi sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống John

Phương án trả lời theo thang đo Likert 5 mức độ: Hoàn toàn đồng ý, Đồng ý, Phân vân, Không đồng ý, Hoàn toàn không đồng ý.

Với câu hỏi về quan điểm của ĐTNC về kỳ thị xã hội với trầm cảm, các quan điểm cũng giống như hỏi về kỳ thị của bản thân ĐTNC; tuy nhiên, các quan điểm được diễn đạt khác đi một chút, bắt đầu bằng “Hầu hết mọi người...”:

1. Hầu hết mọi người đều cho rằng những người như John có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn
2. Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe như John mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu
3. Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe của John không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng
4. Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như John là người nguy hiểm
5. Hầu hết mọi người đều cho rằng tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống John để tránh bị lây
6. Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như John rất khó dự đoán về hành vi

7. Hầu hết mọi người sẽ không nói cho ai biết nếu họ gặp vấn đề sức khỏe giống John
8. Hầu hết mọi người sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống John
9. Hầu hết mọi người sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống John

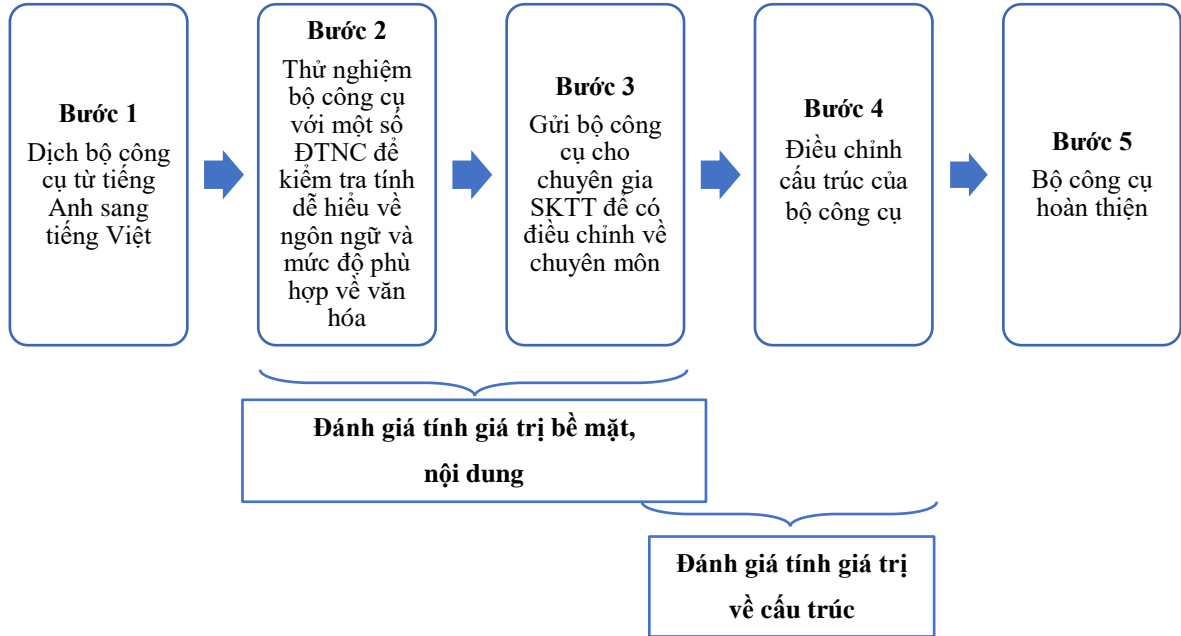
Phương án trả lời theo thang đo Likert 5 mức độ: Hoàn toàn đồng ý, Đồng ý, Phân vân, Không đồng ý, Hoàn toàn không đồng ý.

Câu hỏi về “khoảng cách xã hội” đối với người mắc trầm cảm được diễn đạt như sau: “Bạn hãy cho biết mức độ sẵn sàng của mình khi làm những việc sau?”. Có 5 hoạt động được nêu ra, bao gồm:

1. Chuyển sang ở gần nhà John
2. Dành một buổi tối đi chơi cùng John
3. Kết bạn với John
4. Làm việc cùng John
5. Đồng ý để John trở thành người thân trong gia đình

Phương án trả lời theo thang đo Likert 5 mức độ: Hoàn toàn sẵn sàng, Sẵn sàng, Phân vân, Không sẵn sàng, Hoàn toàn không sẵn sàng.

Quá trình đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, và cấu trúc) của bộ công cụ sử dụng cho nghiên cứu này được thực hiện theo các bước như sau:



Sơ đồ 3: Quy trình đánh giá tính giá trị của bộ công cụ

Bước 1. Dịch bộ công cụ từ tiếng Anh sang tiếng Việt

Bộ công cụ gốc tiếng Anh được sử dụng là của nhóm 15-25 tuổi. NCS đã đổi tên nhân vật trong đoạn mô tả trường hợp thành Hùng cho phù hợp hơn với người Việt Nam và điều chỉnh số tuổi để phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học.

Trên cơ sở bộ công cụ về trầm cảm, NCS đã tự xây dựng bộ công cụ về RLLA. NCS đã dựa vào tài liệu Phân loại bệnh tật quốc tế phiên bản 10 (ICD-10) để phát triển đoạn mô tả về RLLA (122).

Linh - một nữ sinh viên 20 tuổi - luôn cảm thấy bất an với những chuyện xảy ra xung quanh cô. Việc này bắt đầu xảy ra trong 1-2 tuần gần đây. Nhiều lúc cô không dám ra khỏi nhà vì sợ có chuyện gì đó sẽ xảy ra với mình. Trong khi mọi người cảm thấy bình thường thì cô luôn lo lắng về mọi thứ.

Các câu hỏi phía dưới đoạn mô tả hoàn toàn giống với mô tả tình huống trầm cảm.

Bước 2. Thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC

NCS đã đến Khoa Xã hội học của trường ĐHKHXHNV và HVBCTT, nhờ lớp trưởng của một lớp ngẫu nhiên mời 10 sinh viên của mỗi trường đọc bộ câu hỏi để xem khi được dịch sang tiếng Việt, câu từ trong bộ câu hỏi có dễ hiểu không và có phù hợp với văn hóa của Việt Nam cũng như phù hợp với đối tượng sinh viên hiện nay không. 10 sinh viên của mỗi trường tham gia thử nghiệm bộ câu hỏi một cách tự nguyện.

Bước 3. Gửi bộ công cụ cho chuyên gia về SKTT

NCS đã gửi bộ công cụ cho hai chuyên gia về SKTT: một người hiện đang làm việc tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai; một người đã từng là giảng viên của Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội. NCS lựa chọn một người có chuyên môn về tâm lý và một người có chuyên môn về tâm thần để đảm bảo các ý kiến góp ý cho bộ công cụ đảm bảo đúng về chuyên môn bệnh (đặc biệt là đoạn mô tả dấu hiệu của RLLA và trầm cảm) nhưng vẫn dễ hiểu với ĐTNC. Ngoài ra, hai chuyên gia cũng điều chỉnh một số câu trả lời và phương án lựa chọn cho các câu hỏi (chi tiết trong Phụ lục 3, trang 139).

Bước 4. Điều chỉnh cấu trúc của bộ công cụ

Tính giá trị về nội dung đã được trình bày cụ thể trong bước 2 và bước 3 phía trên. Tính giá trị về cấu trúc cũng đã được đề cập trong quá trình tiến hành ba bước nói trên. Các ý kiến trong quá trình thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT cũng được sử dụng để điều chỉnh về cấu trúc của bộ công cụ sử dụng cho nghiên cứu này.

Các câu hỏi về yếu tố nguy cơ của RLLA và trầm cảm, dự định hỗ trợ, thông tin chung của ĐTNC và nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm do NCS tự xây dựng.

Bước 5. Hoàn thiện bộ công cụ

Sau khi thử nghiệm với sinh viên và tham khảo ý kiến của chuyên gia SKTT, NCS đã hoàn thiện bộ công cụ để chuẩn bị sử dụng cho khảo sát ban đầu. Bộ công cụ hoàn thiện được trình bày chi tiết tại Phụ lục 4, trang 144.

✚ Đánh giá sau can thiệp

Kết quả của can thiệp được đánh giá thông qua phân tích DID (difference-in-differences) (123-125). DID thường được sử dụng trong các thiết kế bán can thiệp/phỏng thực nghiệm (quasi-experimental design), trong đó các số liệu được thu thập theo chiều dọc trong nhóm can thiệp và nhóm chứng. DID thường được sử dụng để ước tính tác động của một can thiệp bằng cách so sánh những thay đổi về kết quả theo thời gian giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. DID là một kỹ thuật phân tích hữu ích để sử dụng khi nghiên cứu can thiệp không thể thực hiện ngẫu nhiên hóa ở mức cá nhân.

DID có thể áp dụng đối với số liệu trước/sau can thiệp, chẳng hạn như số liệu thuần tập (cohort) hoặc panel (ở cấp độ cá nhân theo thời gian) hoặc số liệu của các nghiên cứu cắt ngang lặp lại (repeated cross-sectional data) (cấp độ cá nhân hoặc cấp độ nhóm, ví dụ nhóm can thiệp và nhóm chứng). Nghiên cứu này là nghiên cứu bán can thiệp và nhóm can thiệp và nhóm chứng được đo lường qua 2 giai đoạn khác nhau (qua 2 nghiên cứu cắt ngang khác nhau) nên có thể áp dụng được phương pháp phân tích này.

Cách tiếp cận này loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa 2 nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa 2 nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác (mà không phải là do can thiệp).

Về cấu trúc số liệu, thiết kế nghiên cứu này có số liệu của hai nghiên cứu cắt ngang lặp lại (repeated cross-sectional data) trên 2 nhóm đối tượng: can thiệp và chứng. Do đó chúng tôi sử dụng kỹ thuật phân tích DID để đánh giá kết quả can thiệp chính xác hơn khi loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa hai nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa hai nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác (mà không phải là do can thiệp). Phân tích DID được thực hiện bằng cách đưa trường tương tác giữa can thiệp (chứng/can thiệp) và thời gian (trước/sau) vào mô hình.

Can thiệp được xem là có kết quả thay đổi biến đầu ra quan tâm khi: (i) Kiểm định hệ số hồi quy của trường tương tác có ý nghĩa thống kê, (ii) Tổng hệ số hồi quy của trường tương tác và thời gian khác 0, và (iii) Kiểm định mô hình có ý nghĩa. Các kiểm định được thực hiện ở mức ý nghĩa 5%.

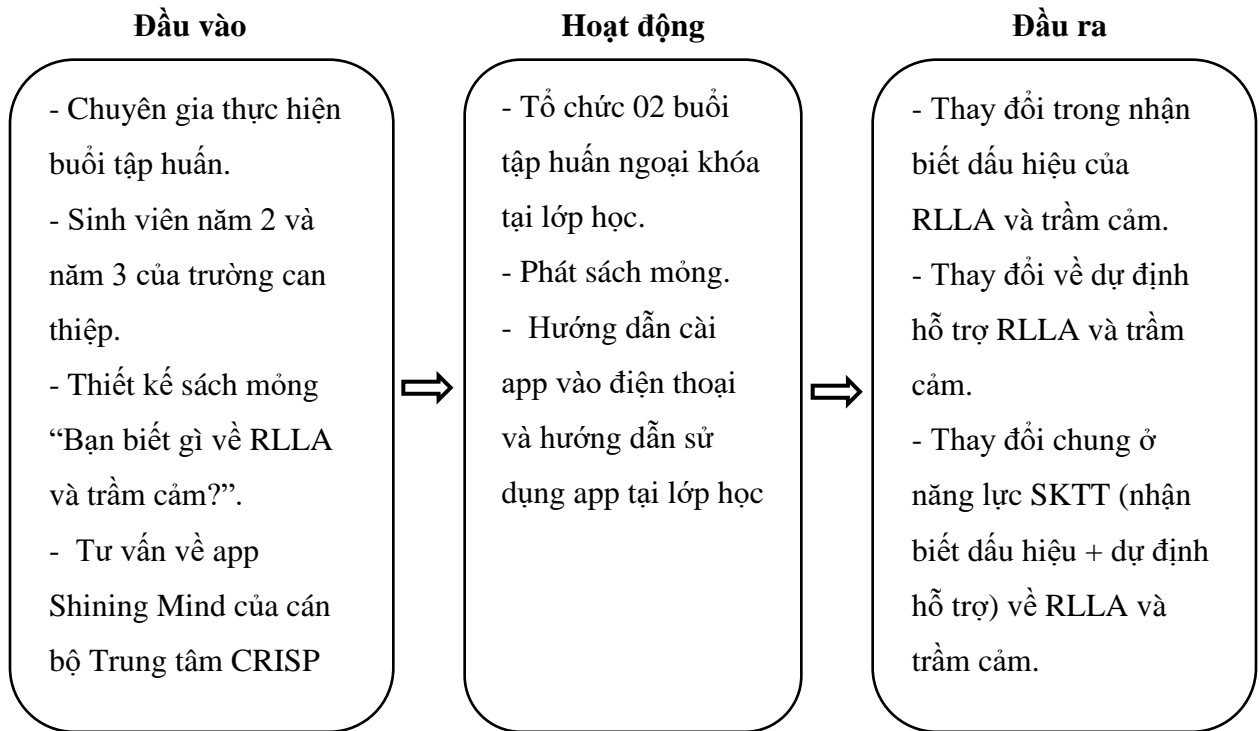
2.7.2. Nghiên cứu định tính

Thông tin định tính thu được từ các cuộc thảo luận nhóm được ghi âm, gõ băng, mã hóa và trích dẫn theo chủ đề nghiên cứu, tổng hợp và phân tích không sử dụng phần mềm.

2.8. Chiến lược can thiệp

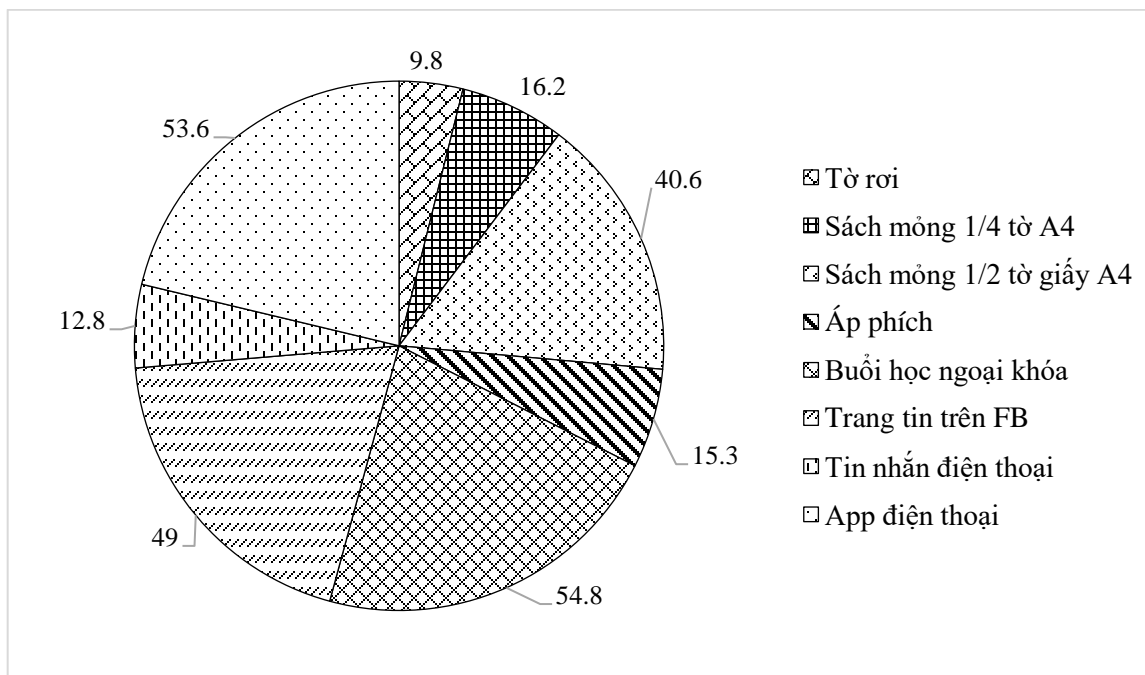
Ý tưởng về tài liệu can thiệp và hoạt động can thiệp được xây dựng dựa trên tổng quan tài liệu, kết hợp với thông tin thu được từ khảo sát ban đầu về loại hình tài liệu và hoạt động can thiệp phù hợp với ĐTNC. Trong các nghiên cứu về can thiệp nâng cao năng lực SKTT mà NCS tổng hợp được, hầu hết các nghiên cứu là dành cho đối tượng đang học ở bậc học phổ thông và các đối tượng người trưởng thành khác, rất hiếm nghiên cứu can thiệp trên đối tượng là sinh viên đại học. Các nghiên cứu can thiệp tập trung vào can thiệp tại trường/lớp học (school/classroom-based) (92-94, 96-98), can thiệp sử dụng internet (internet-based) (99-102), và can thiệp bằng chương trình đào tạo (training-based) (93, 103, 104). Một số ít nghiên cứu can thiệp thực hiện trên đối tượng sinh viên đại học mà NCS tham khảo được là những can thiệp sử dụng internet (99) và can thiệp bằng chương trình đào tạo (100).

Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu này được thiết kế để tác động đến nhận thức về dấu hiệu của RLLA và trầm cảm, từ đó tác động đến dự định hỗ trợ của ĐTNC đối với hai vấn đề SKTT này. Đầu ra của các hoạt động can thiệp sẽ hướng tới sự thay đổi tích cực ở năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của ĐTNC.



Sơ đồ 4: Khung logic của chương trình can thiệp

Thông tin từ bộ công cụ định lượng cho thấy trong 724 sinh viên trả lời câu hỏi về loại hình tài liệu/kênh truyền thông phù hợp để cung cấp thông tin về các vấn đề SKTT, có 388 sinh viên (53,6%) lựa chọn can thiệp là phần mềm tương tác (app) trên điện thoại. Ngoài ra, có 397 em (54,8%) lựa chọn buổi học ngoại khóa. Sách mỏng kích thước ½ khổ A4 cũng là lựa chọn của hơn 294 ĐTN (40,6%) (Biểu đồ 2.1). Các nội dung mà ĐTN có nhu cầu được biết về các vấn đề SKTT bao gồm: dấu hiệu nhận biết RLLA và trầm cảm, có thể làm gì để giúp đỡ ngay lập tức cho người có dấu hiệu của RLLA và trầm cảm, thông tin về cách phòng tránh, và những địa chỉ/số điện thoại tin cậy để có thể gọi/tìm đến nhờ trợ giúp các trường hợp có dấu hiệu của RLLA và trầm cảm. Những nội dung này đều được ĐTN lựa chọn khi trả lời bộ câu hỏi tự điền cũng như trong các TLN với sinh viên.



Biểu đồ 2.1. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn các tài liệu/kênh truyền thông phù hợp với ĐTNC (n=724)

Căn cứ vào lựa chọn của ĐTNC về các hoạt động/tài liệu can thiệp, NCS đã thiết kế buổi ngoại khóa cho ĐTNC và sách mỏng để phát cho ĐTNC trong buổi ngoại khóa. Bên cạnh đó, trong giai đoạn NCS chuẩn bị làm can thiệp, một nhóm nghiên cứu thuộc Trung tâm Nghiên cứu và Hỗ trợ tâm lý (CRIPS) - trường Đại học Giáo dục - đã phát triển xong một app có tên là “Shining Mind” nhằm cung cấp thông tin về các vấn đề SKTT phổ biến, trong đó có RLLA và trầm cảm, cho đối tượng là sinh viên đại học. Các nội dung được thiết kế trong app khá phù hợp với những nội dung mà NCS dự kiến phát triển cho các tài liệu truyền thông của mình. Vì NCS không có điều kiện về tài chính để tự phát triển app trên điện thoại sử dụng cho can thiệp, trong khi đây lại là một trong những kênh truyền thông được đa phần ĐTNC lựa chọn. Do vậy, NCS đã xin phép nhóm nghiên cứu CRIPS được sử dụng app này cho can thiệp thử nghiệm của mình.

Buổi ngoại khóa được tổ chức tại lớp trong và diễn ra trong 2-3h mỗi buổi. Tại buổi ngoại khóa, NCS mời chuyên gia tâm lý lâm sàng đang làm việc tại Trung tâm Tham vấn-Trị liệu tâm lý SHARE để trình bày và thảo luận cùng ĐTNC về hai vấn đề SKTT

là RLLA và trầm cảm. Nội dung của các phần trình bày bao gồm: Khái niệm SKTT, Vì sao cần quan tâm đến SKTT, Nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT, Dấu hiệu nhận biết RLLA và trầm cảm, Cách trợ giúp bạn bè, người thân có vấn đề RLLA và trầm cảm. Một số hình ảnh về buổi ngoại khóa có tại Phụ lục 8, trang 177.

Sách mỏng “Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm?” do NCS tự thiết kế và in ấn. Sách mỏng bao gồm 4 phần, các nội dung tập trung vào RLLA và trầm cảm: 1/ Hiểu biết chung về SKTT; 2/ Rối loạn lo âu; 3/ Trầm cảm; 4/ Điều trị và hỗ trợ RLLA và trầm cảm. Một số hình ảnh của cuốn sách mỏng được giới thiệu ở Phụ lục 6, trang 172.

App “Shining Mind” được thiết kế tập trung vào 3 vấn đề SKTT là RLLA, trầm cảm và rối loạn lưỡng cực. App được chia làm 7 phần nội dung (một số hình ảnh cụ thể của app được giới thiệu tại Phụ lục 7, trang 165):

1. Tin tức: Cung cấp các thông tin cập nhật về các vấn đề SKTT phổ biến ở người trẻ tuổi.
2. Từ A-Z: Cung cấp các thông tin khoa học về các vấn đề SKTT cụ thể, bao gồm: khái niệm, dấu hiệu nhận biết, phân loại, trị liệu, tự trợ giúp và trích nguồn.
3. 30 ngày: Cung cấp các bài học theo ngày liên quan đến các kiến thức về các vấn đề SKTT và được thể hiện dưới dạng ảnh, video.
4. Thư viện: Chứa các tài liệu và các video liên quan đến các vấn đề SKTT.
5. Quiz: Cung cấp các câu hỏi theo từng chủ đề: RLLA, trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
6. Nhật ký: Nơi người dùng có thể viết nhật ký qua phần “Sổ nhật ký”.
7. SOS: Cung cấp địa chỉ những nơi có thể hỗ trợ khi ai đó gặp vấn đề SKTT.

NCS liên hệ với giáo viên chủ nhiệm và lớp trưởng các lớp để hẹn lịch đến hướng dẫn ĐTNCC cài app tại lớp học. Hoạt động này cần có điện thoại thông minh kết nối Internet nên NCS mang theo cả cục phát wifi đến lớp học để tạo điều kiện cho ĐTNCC kết nối Internet để cài app vào điện thoại của mình. Sau khi cài đặt app trên điện thoại, ĐTNCC có thể đọc/xem các nội dung về RLLA và trầm cảm trên app. Ngoài ra, Mục “30

ngày” được gửi đến điện thoại theo tin nhắn để nhắc ĐTNC mở app ra xem nội dung theo từng ngày, từ ngày 1 đến ngày 30, tính từ ngày ĐTNC cài app.

Tóm lại, các tài liệu và hoạt động can thiệp đã được triển khai trên thực tế bao gồm:

- App “Shining Mind” cài đặt trên điện thoại cá nhân: một buổi hướng dẫn ĐTNC cài đặt app vào điện thoại tổ chức trên lớp.
- Hai buổi ngoại khóa học về RLLA và trầm cảm: tổ chức tại lớp học.
- Sách mỏng “Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm”: phát cho ĐTNC tham gia buổi ngoại khóa.

Thông điệp chính của can thiệp là **“Hiểu biết đúng để hành động kịp thời”**. Thông điệp này được đề cập trong các tài liệu và hoạt động can thiệp.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định số 366/2017YTCC-HĐ3 ngày 29/9/2017.

Mục đích, nội dung và ý nghĩa của nghiên cứu cũng như cách tiến hành nghiên cứu được giải thích rõ với ĐTNC trước khi phát bộ câu hỏi và trước khi tiến hành TLN. Bộ câu hỏi được xây dựng theo dạng tự điền và khuyết danh. Mỗi sinh viên được phát một phong bì trong đó có bộ câu hỏi, trang thông tin nghiên cứu và giấy đồng ý tham gia nghiên cứu. ĐTNC đồng ý điền bộ câu hỏi sẽ đánh dấu "Có" vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu. Sau khi điền xong bộ câu hỏi bỏ trở lại phong bì kèm theo giấy đồng ý tham gia nghiên cứu và gửi lại cho NCS. Trên phong bì cũng không có tên của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này không gây ảnh hưởng tiêu cực gì cho những người tham gia nghiên cứu. Trong quá trình triển khai nghiên cứu, khi các ĐTNC ở cả hai nhóm có bất kỳ thắc mắc hoặc có câu hỏi liên quan đến chủ đề nghiên cứu đều được NCS trả lời.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, và cấu trúc) của bộ công cụ

Quy trình đánh giá tính giá trị của bộ công cụ đã được nêu cụ thể trong Chương 2. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu. Dưới đây là kết quả đánh giá được trình bày cụ thể theo các bước.

Bước 1. Dịch bộ công cụ từ tiếng Anh sang tiếng Việt

Bộ công cụ gốc tiếng Anh được sử dụng là của nhóm 15-25 tuổi. NCS đã đổi tên nhân vật trong đoạn mô tả trường hợp thành Hùng cho phù hợp hơn với người Việt và điều chỉnh số tuổi để phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học.

Trên cơ sở bộ công cụ về trầm cảm, NCS đã tự xây dựng bộ công cụ về RLLA. NCS đã dựa vào tài liệu phân loại bệnh tật (ICD-10) để phát triển đoạn mô tả về RLLA.

Linh - một nữ sinh viên 20 tuổi - luôn cảm thấy bất an với những chuyện xảy ra xung quanh cô. Việc này bắt đầu xảy ra trong 1-2 tuần gần đây. Nhiều lúc cô không dám ra khỏi nhà vì sợ có chuyện gì đó sẽ xảy ra với mình. Trong khi mọi người cảm thấy bình thường thì cô luôn lo lắng về mọi thứ.

Các câu hỏi phía dưới đoạn mô tả hoàn toàn giống với mô tả tình huống trầm cảm.

Bước 2. Thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC

Về câu chữ dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt không gây khó hiểu đối với ĐTNC. Tuy nhiên, sinh viên nhận xét một số phương án lựa chọn/câu trả lời không phù hợp với văn hóa của Việt Nam. Chính những câu trả lời này gây khó hiểu cho họ khi điền bộ câu hỏi. Dựa trên những ý kiến nhận xét này, NCS điều chỉnh lại bộ câu hỏi cho phù hợp hơn với bối cảnh văn hóa của Việt Nam. Chi tiết những điều chỉnh xem tại Phụ lục 3, trang 139.

Bước 3. Gửi bộ công cụ cho chuyên gia về SKTT

Sau khi đọc bộ công cụ, hai chuyên gia có điều chỉnh hai đoạn mô tả vấn đề cho ngắn gọn hơn và mô tả đúng dấu hiệu của RLLA và trầm cảm. Kết quả điều chỉnh thể hiện chi tiết ở bảng 3.2.

Bảng 3.2. Kết quả thử nghiệm đoạn mô tả RLLA và trầm cảm với chuyên gia

	Trước thử nghiệm với chuyên gia	Sau thử nghiệm với chuyên gia
RLLA	Linh - một nữ sinh viên 20 tuổi - luôn cảm thấy lo lắng với những chuyện xảy ra xung quanh cô. Việc này bắt đầu xảy ra trong 1-2 tuần gần đây. Nhiều lúc cô không dám ra khỏi nhà vì sợ có chuyện gì đó sẽ xảy ra với mình. Trong khi mọi người cảm thấy bình thường thì cô luôn lo lắng về mọi thứ.	Linh là một nữ sinh viên 20 tuổi. Khoảng 5-6 tháng gần đây cô luôn cảm thấy lo lắng về những chủ đề không đáng phải lo lắng và không kiểm soát được tình trạng này. Nhiều lúc cô cảm thấy bồn chồn, bất an, và khó tập trung. Điều này ảnh hưởng khá nhiều đến việc học tập của Linh.
Trầm cảm	Hùng là một cậu bé 15 tuổi. Vài tuần gần đây cậu thường cảm thấy buồn một cách bất thường và cảm thấy mình thật khổ sở. Hùng luôn cảm thấy mệt mỏi và đêm thì không ngủ được. Cậu không muốn ăn và bị giảm cân. Cậu không tập trung vào việc học được và bị điểm kém. Hùng không muốn quyết định bất kỳ điều gì và thậm chí những việc thường ngày vẫn làm cũng trở thành gánh nặng với cậu. Bố mẹ và bạn bè của Hùng rất lo lắng cho tình trạng của cậu	Hùng là một nam sinh viên 20 tuổi. Vài tháng gần đây, cậu thường có cảm giác buồn rầu và giảm đi các ham thích trước đây. Cậu luôn cảm thấy mệt mỏi, giảm đi các hoạt động, ăn uống kém và bị sút cân. Tình trạng này đã ảnh hưởng tới việc học của Hùng đến mức nhà trường phải liên hệ với gia đình để trao đổi về tình trạng của cậu.

Ngoài ra, hai chuyên gia cũng điều chỉnh một số câu trả lời và phương án lựa chọn cho các câu hỏi. Chi tiết trong Phụ lục 3, trang 139.

Bước 4. Điều chỉnh cấu trúc của bộ công cụ

Tính giá trị về nội dung đã được trình bày cụ thể trong bước 2 và bước 3 phía trên. Tính giá trị về cấu trúc cũng đã được đề cập trong quá trình tiến hành ba bước nói trên. Các ý kiến trong quá trình thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT cũng được sử dụng để điều chỉnh về cấu trúc của bộ công cụ sẽ sử dụng cho nghiên cứu này. Cụ thể như sau:

Câu hỏi về thuốc hỗ trợ trầm cảm: Theo ý kiến của ĐTNC, các phương án lựa chọn về thuốc hỗ trợ khá là khó trả lời với sinh viên vì họ không hiểu về các loại thuốc này. Trong quá trình thử nghiệm bộ câu hỏi với ĐTNC bằng phương pháp TLN, sinh viên cũng đưa ra một số ý kiến như sau:

“Em nghĩ là không nên hỏi về thuốc vì bọn em không biết gì đâu. Như em chẳng hạn, đọc về thuốc hỗ trợ thì cũng chọn bừa vì thực sự không biết nó là gì” (Nữ, ĐHKHXHNV, năm 1).

“Vitamin thì em biết, các loại kia thì em chịu. Cái John’s wort là cái gì hả chị?” (Nữ, ĐHKHXHNV, năm 2).

Có ĐTNC còn hỏi về việc tự đi mua thuốc về uống. Điều này khá phù hợp với văn hóa của người Việt Nam là tự chữa bệnh, tự đi mua thuốc về uống.

“Nghe đến thuốc là em thấy sợ. Có cả thuốc chống trầm cảm ạ? Mình tự đi mua về uống kiểu như uống vitamin được không?” (Nữ, HVBCCTT, năm 2).

Khi thử nghiệm với chuyên gia SKTT, các chuyên gia cũng nêu ý kiến bản khoản liên quan đến câu hỏi về thuốc và sự phù hợp của nó với bối cảnh của Việt Nam.

“Theo tôi nên bỏ câu này [câu về thuốc] đi. Đưa vào đây nó giống như một sự gợi ý cho họ tự đi mua thuốc về uống. Tất nhiên mấy loại kiểu như chống trầm cảm không dễ mua. Nhưng thuốc an thần, thuốc ngủ lại rất dễ mua. Ra hiệu thuốc bảo không ngủ được là họ bán ngay. Lạm dụng thuốc rất nguy hiểm” (Chuyên gia 1).

“Đừng để câu hỏi về thuốc vào bộ công cụ này. Thuốc là phải bác sĩ chỉ định chứ có phải tự đi mua về uống được đâu. Vitamin linh tinh thì được, nhưng chống trầm cảm với an thần với chống loạn thần đâu có dễ mua. Mà nói thật sinh viên chắc cũng không biết về mấy loại này đâu. Thế nên tốt nhất là bỏ câu này đi” (Chuyên gia 2).

Ở câu hỏi về **quan điểm** của bản thân ĐTNC và quan điểm của ĐTNC về suy nghĩ của những người xung quanh **đối với người mắc trầm cảm**, có 9 quan điểm được nêu ra. Cả ĐTNC và các chuyên gia đều đề xuất bỏ quan điểm “Tôi sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề SKTT giống Hùng/Linh” vì không phù hợp với bối cảnh xã hội của Việt Nam.

Về các phương án lựa chọn của các câu hỏi về kiến thức: Ở bộ câu hỏi gốc, các phương án lựa chọn được chia theo 5 mức độ: Giúp đỡ được, Có tác động tiêu cực, Không tốt không xấu, Phân vân, Không biết. ĐTNC rất băn khoăn về hai phương án “Không tốt không xấu - Neither” và “Phân vân - Depends”. “Không tốt không xấu” và “Phân vân” về bản chất đều thể hiện sự không chắc chắn của ĐTNC với các câu trả lời nêu ra cho từng câu hỏi. Vì vậy, ĐTNC đề xuất bỏ đi một trong hai phương án đó. Sau thử nghiệm, các phương án lựa chọn được điều chỉnh lại còn 4 lựa chọn: Giúp đỡ được, Có tác động tiêu cực, Phân vân, và Không biết.

Theo quan điểm của các chuyên gia, nếu chọn “Không tốt không xấu” có nghĩa là ĐTNC đã biết chắc chắn câu trả lời đó là không tốt cũng không xấu. Còn nếu chọn “Phân vân” nghĩa là ĐTNC không chắc chắn về câu trả lời của mình. Tuy nhiên, với văn hóa của người Việt Nam, để lựa chọn “Phân vân” sẽ dễ dàng cho ĐTNC trả lời hơn là “không tốt không xấu”. Ngoài ra, các chuyên gia cũng cho rằng, nếu đã có lựa chọn “giúp đỡ được” thì nên có thêm lựa chọn “không giúp đỡ được”. Các chuyên gia đã kết luận nên để 4 phương án lựa chọn cho các câu hỏi về kiến thức là: Giúp đỡ được, Không giúp đỡ được, Có tác động tiêu cực, và Không biết.

Các câu hỏi về yếu tố nguy cơ của RLLA và trầm cảm, dự định hỗ trợ, thông tin chung của ĐTNC và nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm do NCS tự xây dựng.

Bước 5. Hoàn thiện bộ công cụ

Sau khi thử nghiệm với sinh viên và tham khảo ý kiến của chuyên gia SKTT, NCS đã hoàn thiện bộ công cụ để chuẩn bị sử dụng cho khảo sát ban đầu. Bộ công cụ hoàn thiện 43 câu hỏi, chia thành 2 tình huống: 1/ Tình huống về RLLA với mô tả nhân vật nữ 20 tuổi tên Linh, là sinh viên và mắc RLLA; 2/ Tình huống về trầm cảm với mô tả nhân vật nam 20 tuổi tên Hùng, là sinh viên và mắc trầm cảm, trong đó có 32 câu hỏi liên quan đến RLLA và trầm cảm có nội dung giống nhau và 11 câu hỏi về thông tin nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm, và thông tin chung về ĐTNC được trình bày chi tiết tại Phụ lục 4, trang 144.

3.2. Sự thay đổi năng lực SKTT về rối loạn lo âu và trầm cảm của sinh viên Khoa Xã hội học ở hai trường trước và sau can thiệp

3.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên đối tượng sinh viên Khoa Xã hội học với 724 sinh viên giai đoạn trước can thiệp (TCT) và 383 sinh viên giai đoạn sau can thiệp (SCT). Đánh giá SCT chỉ tập trung ở 215 sinh viên năm 2 và năm 3 của ĐHKHXHNV (trường can thiệp). Vào thời điểm SCT có 168 sinh viên năm 2 và năm 3 của HVBCCTT (trường chứng) cũng tham gia khảo sát. Đặc điểm của ĐTNC được trình bày ở bảng 3.3.

Bảng 3.3. Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC tham gia khảo sát trước và sau can thiệp

Đặc điểm		Trường can thiệp (n=661)		Trường chứng (n=446)		Chung	
		TCT n=446 n (%)	SCT n=215 n (%)	TCT n=278 n (%)	SCT n=168 n (%)	TCT n=724 n (%)	SCT n=383 n (%)
Giới ^{2,3}	Nam	87 (19,5)	52 (24,2)	51 (18,4)	56 (33,3)	138 (19,1)	108 (28,2)
	Nữ	359 (80,5)	163 (75,8)	227 (81,6)	112 (66,7)	586 (80,9)	275 (71,8)
Tuổi	20	143 (32,1)	88 (41,1)	82 (29,5)	0	225 (31,1)	88 (41,1)
	21	109 (24,4)	56 (26,2)	66 (23,7)	83 (49,4)	175 (68,9)	139 (36,3)
	22	121 (27,1)	63 (29,4)	65 (23,3)	82 (48,8)	186 (50,4)	145 (37,9)
	23+	73 (16,4)	7 (3,3)	65 (23,3)	3 (1,8)	138 (39,7)	10 (2,9)
Năm đang học	Năm 1	143 (32,1)	0	85 (30,6)	0	228 (31,5)	0
	Năm 2	114 (25,6)	106 (49,3)	64 (23,0)	83 (49,4)	178 (24,6)	189 (49,3)
	Năm 3	120 (26,9)	109 (50,7)	64 (23,0)	85 (50,6)	184 (25,4)	194 (50,7)
	Năm 4	69 (15,5)	0	65 (23,4)	0	134 (18,5)	0

Đặc điểm		Trường can thiệp (n=661)		Trường chứng (n=446)		Chung	
		TCT n=446 n (%)	SCT n=215 n (%)	TCT n=278 n (%)	SCT n=168 n (%)	TCT n=724 n (%)	SCT n=383 n (%)
Dân tộc	Kinh	353 (80,8)	154 (71,6)	244 (89,4)	148 (89,7)	597 (84,1)	302 (79,5)
	Khác	84 (19,2)	61 (28,4)	29 (10,6)	17 (10,3)	113 (15,9)	78 (20,5)
Tôn giáo	Không theo tôn giáo	361 (82,2)	188 (82,3)	226 (82,2)	134 (81,2)	587 (82,2)	322 (85,2)
	Có tôn giáo	78 (17,7)	25 (11,7)	49 (17,8)	31 (18,8)	127 (17,8)	56 (14,8)
Nơi gia đình đang sinh sống	Quận trung tâm của Hà Nội	42 (9,6)	10 (4,7)	30 (10,9)	23 (13,9)	72 (10,1)	33 (8,7)
	Quận mới của Hà Nội	129 (28,0)	62 (29,0)	91 (33,1)	58 (35,2)	214 (29,9)	120 (31,7)
	Tỉnh khác	275 (62,4)	142 (66,3)	154 (56,0)	84 (50,9)	429 (60,0)	226 (59,6)
Đang sống cùng ai	Một mình	38 (8,6)	13 (6,1)	17 (6,2)	6 (3,6)	55 (7,7)	19 (5,1)
	Gia đình/ hộ hàng	168 (38,1)	87 (40,9)	123 (44,7)	79 (47,9)	291 (40,6)	166 (43,9)
	Nhà trọ /KTX	206 (46,7)	105 (49,3)	118 (42,9)	72 (43,6)	324 (45,3)	177 (46,8)
	Khác	29 (6,6)	8 (3,7)	17 (6,2)	8 (4,9)	46 (6,4)	16 (4,2)

Ghi chú: Kiểm định χ^2

²: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường chứng, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

³: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở hai trường, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

Một số biến số bị thiếu mẫu từ 3-5 đối tượng.

ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng trong cả giai đoạn TCT và SCT không có sự khác biệt về tuổi, năm đang học, dân tộc, tôn giáo, nơi gia đình đang sống, và đang sống cùng ai. Phần lớn ĐTNC là nữ, người dân tộc Kinh, không theo tôn giáo, và đến từ tỉnh khác. Có sự khác biệt về giới ở trường chứng và ở cả hai trường, trước-sau can thiệp ($p < 0,01$). ĐTNC là nữ có tỷ lệ cao hơn nam ở cả hai trường trước và sau can thiệp. Tỷ

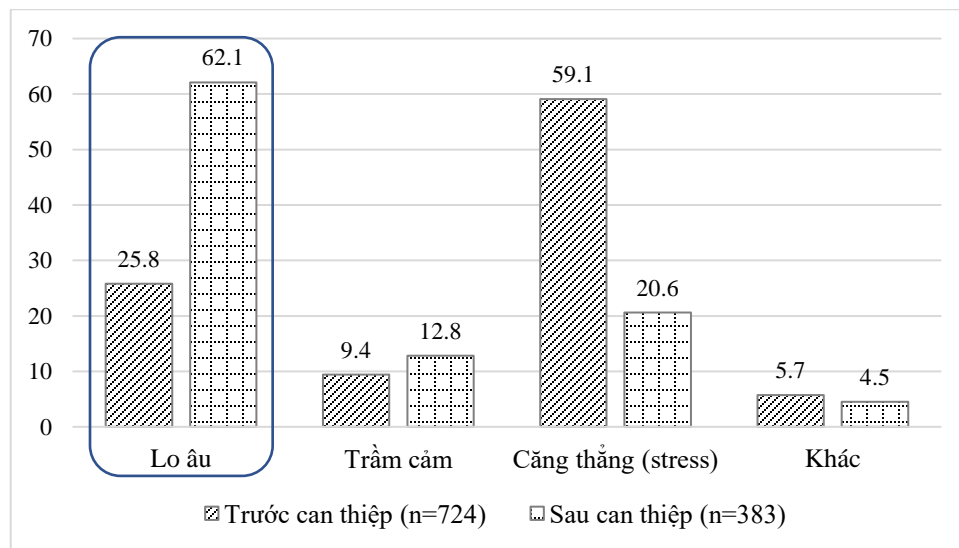
lệ sinh viên nam ở cả hai trường giai đoạn SCT cao hơn ở TCT (ĐHKHXHNV: 19,5% và 24,2%; HVBCTT: 18,4% và 33,3%).

3.2.2. Thay đổi về nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm

Trước can thiệp, có 724 sinh viên ở trường can thiệp và 383 sinh viên ở trường chứng tham gia trả lời bộ câu hỏi. Sau can thiệp, số lượng sinh viên lần lượt ở hai trường là 446 sinh viên và 168 sinh viên. Kiểm định χ^2 được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm SCT so với TCT.

* Rối loạn lo âu:

Biểu đồ 3.2 dưới đây mô tả tỷ lệ nhận biết được dấu hiệu của RLLA ở cả hai trường SCT so với TCT. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhận biết được RLLA SCT là 62,1%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 25,8% ($p < 0,001$).



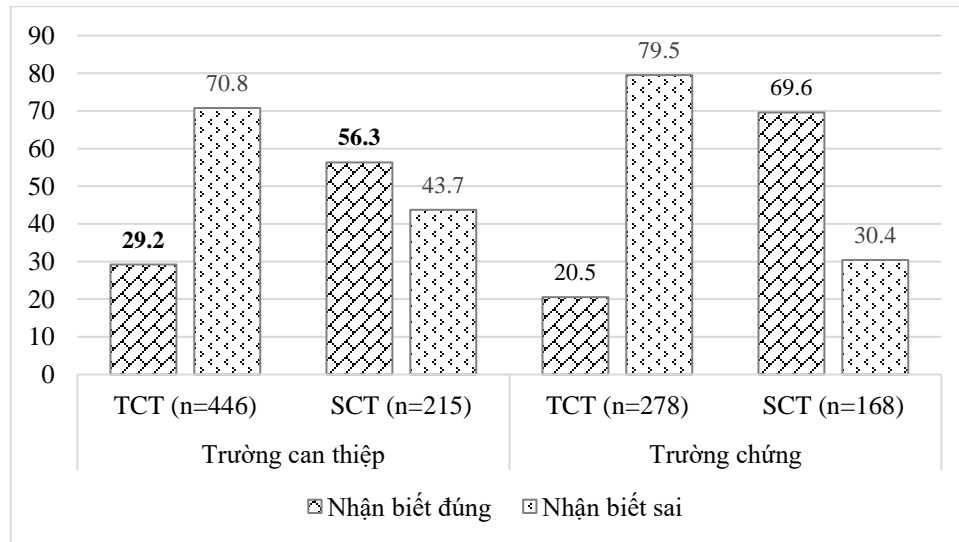
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của RLLA, trước và sau can thiệp

Có một tỷ lệ khá cao sinh viên (59,1%) TCT cho rằng những gì được mô tả trong tình huống RLLA là dấu hiệu của “căng thẳng”; tuy nhiên, kết quả SCT giảm còn 20,6%.

Khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA được mã hóa lại thành biến có hai giá trị “nhận biết đúng” và “nhận biết sai”. Nếu ĐTNC chọn đúng RLLA cho đoạn mô tả dấu hiệu của RLLA có nghĩa là ĐTNC “nhận biết đúng”, các phương án còn lại là “nhận biết

sai”. Kiểm định χ^2 được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ “nhận biết đúng” dấu hiệu của RLLA SCT so với TCT.

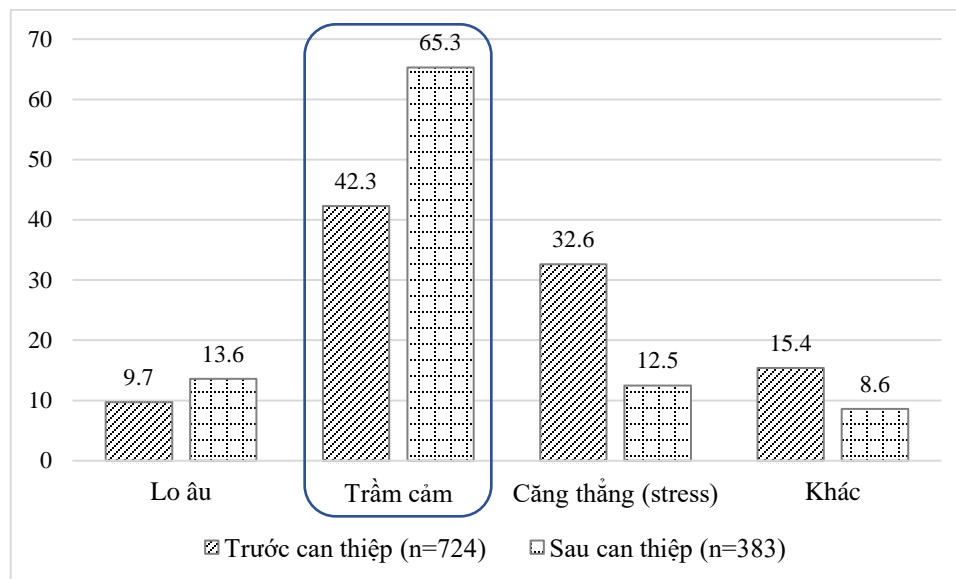
Kết quả tại biểu đồ 3.3 mô tả tỷ lệ sinh viên nhận biết dấu hiệu của RLLA theo nhóm trường SCT so với TCT. Tỷ lệ “nhận biết đúng” dấu hiệu của RLLA SCT ở trường can thiệp là 56,3%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 29,2% ($p < 0,001$). Ở trường chứng, tỷ lệ này SCT cũng cao hơn so với TCT, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ ĐTNK nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA, theo nhóm trường, trước và sau can thiệp

*** Trầm cảm:**

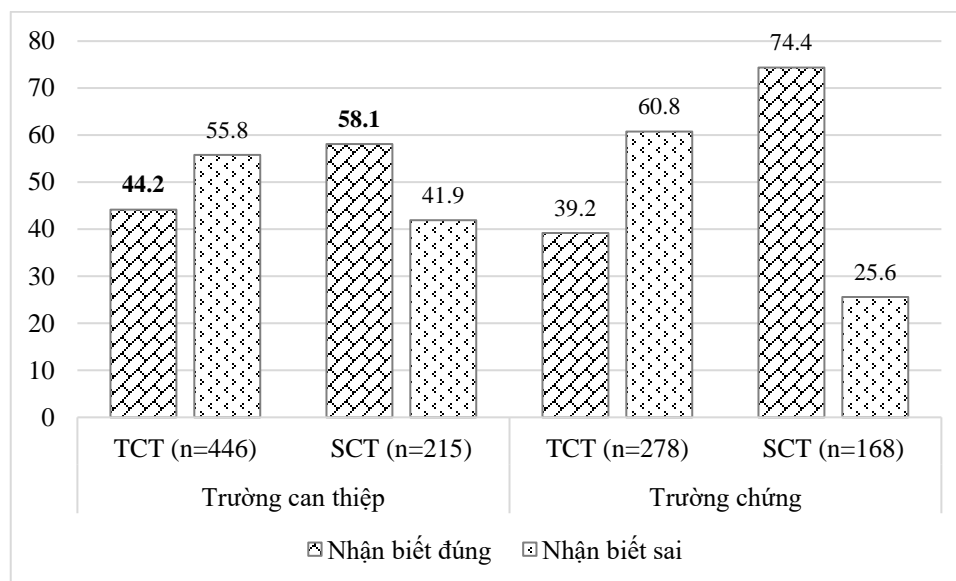
Biểu đồ 3.4 dưới đây mô tả tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở cả hai trường SCT so với TCT. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhận biết được dấu hiệu của trầm cảm SCT là 65,3%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 42,3% ($p < 0,001$). Cũng giống như trường hợp RLLA, vẫn có một tỷ lệ nhất định (32,6%) sinh viên của cả hai trường cho rằng những gì được mô tả trong tình huống trầm cảm là dấu hiệu của “căng thẳng”; tỷ lệ này SCT giảm còn 12,5%.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm, trước và sau can thiệp

Khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm được mã hóa lại thành biến có hai giá trị “nhận biết đúng” và “nhận biết sai”. Nếu ĐTNC chọn đúng trầm cảm cho đoạn mô tả dấu hiệu của trầm cảm có nghĩa là ĐTNC “nhận biết đúng”, các phương án còn lại là “nhận biết sai”. Kiểm định χ^2 được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ “nhận biết đúng” dấu hiệu của trầm cảm SCT so với TCT.

Kết quả tại biểu đồ 3.5 mô tả tỷ lệ sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm theo nhóm trường, SCT so với TCT. Tỷ lệ “nhận biết đúng” dấu hiệu của trầm cảm SCT ở trường can thiệp là 58,1%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 44,2% ($p < 0,01$). Ở trường chứng, tỷ lệ này SCT cũng cao hơn so với TCT, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm, theo nhóm trường, trước và sau can thiệp

*** Dự định hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm**

Trong bộ câu hỏi tự điền, có một câu hỏi liên quan đến dự định hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm. ĐTNC được hỏi “Nếu một người bạn của bạn có những biểu hiện giống như mô tả trong tình huống, bạn có dự định làm gì để giúp đỡ bạn mình không?”. Chi tiết kết quả được thể hiện ở bảng 3.4.

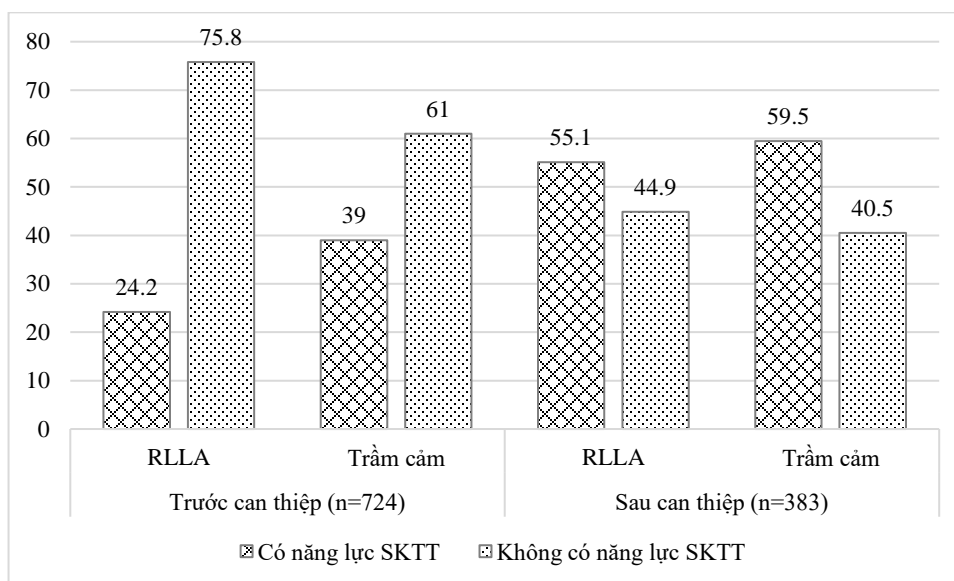
Bảng 3.4. Tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	RLLA*	398 (90,5)	181 (84,2)	254 (92,4)	154 (92,2)
2.	Trầm cảm*	401 (90,9)	184 (85,6)	249 (90,2)	150 (89,8)

Ghi chú:

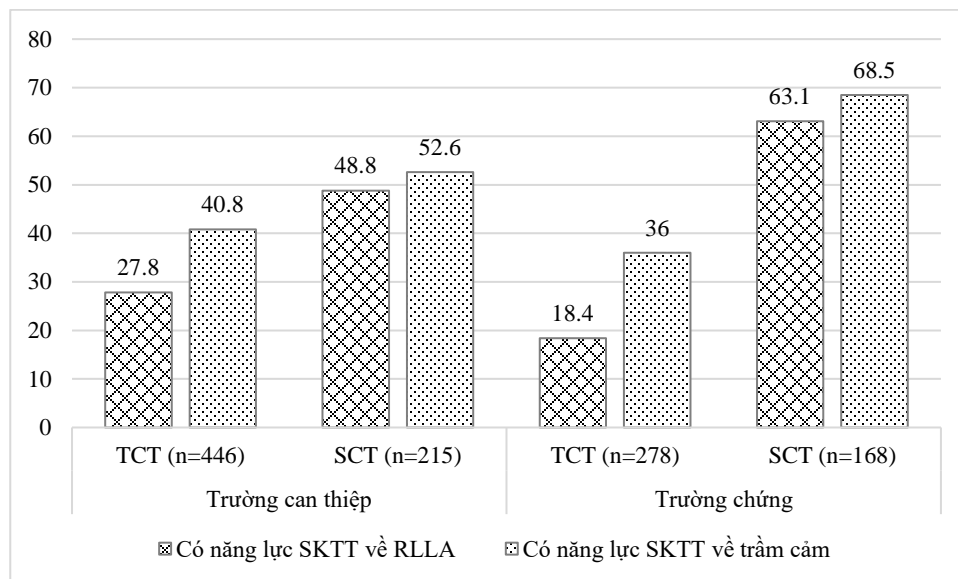
*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

Như đã trình bày trong Chương 2. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu, **năng lực SKTT được xác định dựa trên việc kết hợp hai khía cạnh: nhận biết đúng dấu hiệu và có dự định hỗ trợ**. Kết quả tại biểu đồ 3.6 cho thấy, tỷ lệ ĐTNC của cả hai trường có năng lực SKTT về RLLA SCT là 55,1%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 24,2% ($p<0,001$). Tương tự như vậy, tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về trầm cảm SCT là 59,5%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 39,0% ($p<0,001$).



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm, trước và sau can thiệp

Kết quả tại biểu đồ 3.7 mô tả tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về RLLA theo nhóm trường, SCT so với TCT. Tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về RLLA SCT là 48,8%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 27,8% ($p<0,001$); tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về trầm cảm sau can thiệp là 52,6%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 40,8% ($p<0,01$). Tại trường chứng, tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về RLLA ở giai đoạn sau can thiệp là 63,1%, cao hơn có ý nghĩa so với giai đoạn trước can thiệp là 18,4% ($p<0,001$); tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về trầm cảm giai đoạn sau can thiệp là 68,5%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 36,0% ($p<0,001$).



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm theo trường, trước và sau can thiệp

3.2.3. Thay đổi trong hiểu biết về người trợ giúp cho người mắc RLLA và trầm cảm

Với câu hỏi liên quan đến hiểu biết của ĐTNC về người có thể trợ giúp cho người mắc RLLA và trầm cảm, các phương án trả lời được nêu ra bao gồm: *giúp đỡ được, không giúp đỡ được, có tác động tiêu cực, và không biết.*

* Rối loạn lo âu:

Bảng 3.5 dưới đây thể hiện tỷ lệ ĐTNC ở cả hai trường can thiệp và trường chứng lựa chọn người “có thể giúp đỡ được” những người mắc RLLA. Kết quả trước và sau can thiệp cũng được mô tả ở bảng này.

Bảng 3.5. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn người “có thể giúp được” cho vấn đề RLLA

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Bác sĩ đa khoa	150 (34,1)	73 (34,0)	83 (30,2)	45 (27,1)
2.	Bác sĩ đông y	53 (12,2)	26 (12,2)	31 (11,2)	14 (8,4)
3.	Giáo viên*	319 (72,8)	155 (72,8)	202 (73,7)	120 (72,3)
4.	Người làm tư vấn	367 (83,6)	193 (89,8)	231 (84,0)	142 (85,5)
5.	Đường dây tư vấn tâm lý, ví dụ: 1900 6877	334 (75,9)	173 (81,2)	189 (68,7)	118 (71,1)
6.	Nhà tâm lý	417 (94,6)	205 (96,4)	255 (93,1)	152 (91,6)
7.	Bác sĩ tâm thần	285 (65,5)	143 (67,1)	166 (60,8)	100 (60,2)
8.	Nhân viên công tác xã hội*	329 (74,4)	179 (84,4)	160 (58,2)	90 (54,6)
9.	Người gần gũi nhất trong gia đình	397 (89,6)	191 (88,8)	244 (88,4)	147 (88,6)
10.	Bạn thân	405 (91,4)	184 (87,2)	250 (90,9)	154 (92,3)
11.	Cha đạo, nhà sư	133 (30,6)	61 (28,9)	79 (28,6)	42 (25,3)
12.	Nhóm đồng đẳng (những người có cùng vấn đề)	186 (42,3)	83 (38,8)	93 (33,8)	65 (39,2)
13.	Linh phải tự ứng phó với vấn đề của mình**	145 (32,9)	51 (23,9)	79 (28,7)	50 (30,1)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Tại trường can thiệp, ở giai đoạn TCT, có hơn 80% số sinh viên tin rằng người “có thể giúp được”⁶ đối với vấn đề RLLA là: *nhà tâm lý, bạn thân, người gần gũi nhất trong gia đình, và người làm tư vấn. Đường dây tư vấn tâm lý, nhân viên công tác xã hội, giáo viên* là những lựa chọn của hơn 70% số sinh viên về người có thể hỗ trợ RLLA. Đến giai đoạn SCT, những lựa chọn ưu tiên nhất vẫn là nhóm 4 người như TCT; tuy nhiên, *thứ tự ưu tiên có sự thay đổi theo hướng tin tưởng hơn vào sự hỗ trợ của người có chuyên môn: nhà tâm lý, người làm tư vấn, người gần gũi nhất trong gia đình, và bạn thân.* Nhân viên công tác xã hội và giáo viên là hai đối tượng mà sinh viên của trường can thiệp lựa chọn là người “có thể giúp được” cả trước và sau can thiệp. Tỷ lệ lựa chọn giáo viên là người hỗ trợ RLLA ở trước và sau can thiệp có sự tương đồng (đều là 72,8%). Tỷ lệ lựa chọn nhân viên công tác xã hội hỗ trợ cho RLLA có sự tăng lên ở giai đoạn SCT so với TCT (TCT: 74,4%; SCT: 84,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong số các phương án trả lời có một phương án là “Linh phải tự ứng phó với vấn đề của mình”. Tỷ lệ sinh viên lựa chọn phương án này SCT là 23,9%, thấp hơn có ý nghĩa so với TCT là 32,9% ($p < 0,001$). Có thể thấy rằng, sinh viên của trường can thiệp đã nhận ra rằng cần phải tìm cách nào đó để hỗ trợ người có RLLA, không nên để họ phải tự ứng phó với vấn đề của bản thân.

Tại trường chứng, ở giai đoạn TCT, *nhà tâm lý, bạn thân, người gần gũi nhất trong gia đình, và người làm tư vấn* là lựa chọn của hơn 80% số sinh viên. Có 60-70% số sinh viên tin rằng *giáo viên, đường dây tư vấn tâm lý, bác sĩ tâm thần* là những người có thể giúp đỡ được cho vấn đề RLLA. Quan điểm về người hỗ trợ RLLA của trường chứng có sự khác biệt với trường can thiệp ở hai đối tượng, đó là trong danh sách người hỗ trợ của trường chứng có “bác sĩ tâm thần” nhưng không có “nhân viên công tác xã hội”; trong khi đó, danh sách của trường can thiệp có “nhân viên công tác xã hội” nhưng không có “bác sĩ tâm thần”. Một sự khác biệt nữa của trường chứng so với trường can thiệp là tỷ

⁶ Xếp theo thứ tự tỷ lệ giảm dần.

lệ sinh viên cho rằng “Linh phải tự ứng phó với vấn đề của mình” tăng lên SCT so với trước can thiệp (sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê).

*** Trầm cảm:**

Đối với vấn đề trầm cảm, kết quả tại bảng 3.6 thể hiện tỷ lệ ĐTNC ở cả hai trường can thiệp và trường chứng lựa chọn người có thể giúp đỡ được cho vấn đề trầm cảm. Kết quả trước và sau can thiệp cũng được mô tả ở bảng này.

Bảng 3.6. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn người “có thể giúp đỡ được” cho vấn đề trầm cảm

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Bác sĩ đa khoa	199 (44,8)	91 (42,3)	129 (46,7)	73 (43,7)
2.	Bác sĩ đông y	75 (17,0)	38 (17,7)	50 (18,2)	29 (17,5)
3.	Giáo viên*	277 (62,8)	147 (68,4)	185 (66,8)	100 (59,9)
4.	Người làm tư vấn*	374 (84,6)	201 (93,5)	229 (82,7)	141 (84,4)
5.	Đường dây tư vấn tâm lý, ví dụ: 1900 6877*	329 (74,4)	178 (82,8)	196 (70,8)	117 (70,1)
6.	Nhà tâm lý*	409 (92,5)	210 (97,7)	265 (96,0)	162 (97,0)
7.	Bác sĩ tâm thần*	328 (74,6)	179 (84,4)	196 (71,0)	121 (72,9)
8.	Nhân viên công tác xã hội**	321 (72,8)	183 (85,1)	170 (61,4)	100 (59,9)
9.	Người gần gũi nhất trong gia đình*	399 (90,5)	195 (90,1)	243 (87,7)	146 (87,4)
10.	Bạn thân*	401 (90,7)	184 (85,6)	248 (89,5)	150 (89,8)
11.	Cha đạo, nhà sư	100 (22,7)	74 (34,4)	54 (19,6)	28 (16,9)

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
12.	Nhóm đồng đẳng (những người có cùng vấn đề)	181 (41,1)	84 (39,1)	94 (34,1)	64 (38,3)
13.	Hùng phải tự ứng phó với vấn đề của mình*	114 (25,9)	40 (18,6)	68 (24,6)	41 (24,6)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Đối với sinh viên ở trường can thiệp, *nhà tâm lý, bạn thân, người gần gũi nhất trong gia đình, người làm tư vấn* là lựa chọn về người hỗ trợ trầm cảm của hơn 80% số sinh viên ở giai đoạn TCT. *Đường dây tư vấn tâm lý, bác sĩ tâm thần, nhân viên công tác xã hội, giáo viên* là những phương án lựa chọn của khoảng 70% số ĐTNC. Ở giai đoạn SCT, sự lựa chọn vẫn chụm vào 4 đối tượng như ở giai đoạn TCT; tuy nhiên, *thứ tự ưu tiên có sự thay đổi theo hướng tin tưởng người có chuyên môn: nhà tâm lý, người làm tư vấn, người gần gũi nhất trong gia đình, bạn thân*. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$. Lựa chọn tiếp theo của hơn 70% sinh viên là nhân viên công tác xã hội, bác sĩ tâm thần, đường dây tư vấn tâm lý, và giáo viên. Thứ tự ưu tiên của nhóm này cũng thay đổi có ý nghĩa SCT so với TCT ($p < 0,05$ và $p < 0,001$). Từ kết quả này có thể thấy rằng, với vấn đề trầm cảm, sinh viên nhận thấy vai trò quan trọng của nhà tâm lý, người tư vấn, và bác sĩ tâm thần. Với quan điểm “Hùng phải tự ứng phó với vấn đề của mình”, tỷ lệ sinh viên lựa chọn phương án này SCT là 18,6%, thấp hơn có ý nghĩa so với TCT ($p < 0,05$). Kết quả này là một dấu hiệu đáng mừng cho thấy ĐTNC ở trường can thiệp đã nhận ra tác động tiêu cực của việc để người mắc trầm cảm ở một mình.

Ở trường chúng, lựa chọn những người giúp được cho vấn đề trầm cảm cũng tương tự như lựa chọn của trường can thiệp. Tuy nhiên, thứ tự ưu tiên không có sự thay đổi SCT so với TCT như ở trường can thiệp.

Khi mời các ĐTNC tham gia TLN để chia sẻ thêm về hiểu biết của họ về người có thể hỗ trợ được cho hai vấn đề SKTT này, khá nhiều bạn sinh viên nói rằng gia đình và những người bạn thân đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống của họ. Nhiều bạn ở nhà vẫn có thói quen nói chuyện với mẹ, khi đi học đại học không có điều kiện được ở gần nhà với bố mẹ nên đôi lúc cũng thấy nhớ nhà.

“Mẹ em ở nhà tâm lý lắm chị ạ. Em nhớ là từ bé, từ hồi học tiểu học em đã hay kể chuyện với mẹ mỗi khi đi học về. Lâu dần thành thói quen, về nhà không nói gì với mẹ là không chịu được (cười!). Bây giờ em lên đây đi học em nhớ mẹ lắm vì chẳng có mẹ ở bên cạnh để nói chuyện nữa. Thế nên ngày nào em cũng phải gọi điện thoại về nhà cho mẹ em” (TLN1, trường can thiệp, nữ, năm thứ 1).

“Em thì hơi khác, là con gái nhưng em lại thân với bố hơn. Bố em hiền lắm, toàn bị em bắt nạt. Em đi học xa nhà ngày nào bố em cũng nhắn tin, không thì gọi cho em hỏi xem ăn gì chưa, học có mệt không, có bạn trai nào để ý không (cười!). Bố em sợ em có người yêu lại không lo học. Có khi nào bố em bị RLLA không nhỉ (cười!)” (TLN1, trường can thiệp, nữ, năm thứ 1).

“Những người có kiến thức về tâm lý em nghĩ là phù hợp nhất để giúp đỡ cho các bạn bị lo âu hoặc trầm cảm. Kiểu như họ được học, họ biết phải làm thế nào để giúp cho các bạn ấy. Trường em có Khoa Tâm lý, các bạn đấy học xong chắc sau này sẽ làm cán bộ tư vấn tâm lý cho những người khác được” (TLN2, trường can thiệp, nữ, năm thứ 2).

“Theo em thì nên tác động vào chính người thân với cả với bạn đấy nhất ấy ạ, tức là mình sẽ tác động vào người bên cạnh, chứ mình không tác động trực tiếp vào người đó, tại vì mình cũng không hiểu hết về người đó, mình không hiểu hết hoàn cảnh của người đó thì đôi khi cái thời gian mình phải tìm hiểu nó sẽ khó khăn hơn, còn khi mà mình đặt vấn đề với người thân thì, tức là mình có thể tìm hiểu thông qua cái điểm nhìn

của người thân, người đó như thế nào ấy a, thì mình sẽ giúp đỡ có thể là dễ hơn” (TLN1, trường chúng, nữ, năm thứ 1).

3.2.4. Thay đổi trong hiểu biết về biện pháp hỗ trợ cho người mắc RLLA và trầm cảm

Liên quan đến hiểu biết của ĐTNC về biện pháp hỗ trợ đối với RLLA và trầm cảm, các phương án trả lời được nêu ra bao gồm: *giúp đỡ được, không giúp đỡ được, có tác động tiêu cực, và không biết.*

* Rối loạn lo âu:

Bảng 3.7 dưới đây thể hiện tỷ lệ ĐTNC ở cả hai trường can thiệp và trường chứng lựa chọn biện pháp hỗ trợ RLLA. Kết quả trước và sau can thiệp cũng được mô tả ở bảng này.

Bảng 3.7. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn biện pháp hỗ trợ “có thể giúp được” cho vấn đề RLLA

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Lắng nghe để hiểu vấn đề mà Linh đang gặp phải	433 (97,1)	203 (94,4)	266 (95,7)	163 (97,0)
2.	Nói với Linh một cách kiên quyết về việc Linh phải điều chỉnh hành vi của mình*	44 (9,9)	16 (7,4)	21 (7,6)	7 (4,2)
3.	Khuyến Linh nên tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ*	352 (78,9)	191 (88,8)	211 (76,2)	121 (72,0)
4.	Chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ giúp đỡ*	292 (66,7)	169 (78,6)	199 (72,4)	125 (74,9)
5.	Kêu gọi bạn bè tụ tập để giúp Linh vui lên.	216 (48,7)	86 (40,4)	132 (48,0)	83 (50,0)

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
6.	Làm cho Linh bận rộn với việc học hành và những việc khác để bạn không nghĩ đến vấn đề của mình nữa	43 (9,7)	29 (13,5)	33 (11,9)	15 (8,9)
7.	Khuyến khích Linh tham gia các hoạt động thể dục thể thao	358 (80,3)	188 (87,4)	218 (78,7)	134 (79,8)
8.	Mặc kệ để Linh tự vượt qua được vấn đề***	20 (4,5)	0	10 (3,6)	7 (4,2)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

***: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Ở trường có can thiệp, giai đoạn TCT, *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ* là 4 biện pháp được hơn 65% số sinh viên lựa chọn làm biện pháp hỗ trợ cho RLLA. Đến giai đoạn SCT, 4 biện pháp này vẫn là lựa chọn ưu tiên nhất; tuy nhiên, thứ tự có sự thay đổi: *lắng nghe vấn đề của Linh, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ*. Trong đó, tỷ lệ sinh viên lựa chọn ba biện pháp *lắng nghe vấn đề của Linh, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ* thay đổi có ý nghĩa SCT so với TCT ($p < 0,05$). Vẫn có một tỷ lệ nhỏ (<10%) sinh viên ở giai đoạn TCT lựa chọn hai biện pháp mang tính tiêu cực: *nói với Linh một cách kiên quyết về việc phải điều chỉnh hành vi của mình và mặc kệ để Linh tự vượt qua vấn đề*. SCT, tỷ lệ sinh viên cho rằng hai biện pháp này là biện pháp hỗ trợ được cho RLLA đã giảm, trong đó, biện pháp *mặc kệ để Linh tự vượt qua vấn đề* không

còn sinh viên nào lựa chọn. Sự thay đổi về tỷ lệ này có ý nghĩa SCT so với TCT ($p < 0,001$).

Tại trường chứng, sự lựa chọn của sinh viên TCT cũng tập trung vào 4 biện pháp mà sinh viên của trường can thiệp đã chọn là *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ*. SCT, tỷ lệ sinh viên tập trung lựa chọn 4 biện pháp này vẫn nhiều nhất; tuy nhiên, thứ tự cũng có sự thay đổi: *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ, và tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ*.

Thông tin từ các TLN cũng khẳng định thêm cho kết quả định lượng về việc lựa chọn các biện pháp mà sinh viên cho rằng có thể hỗ trợ được cho RLLA.

“Tập thể dục tốt mà chị... Bọn em ở trong ký túc mấy đứa rủ nhau mở Youtube lên tập thể dục theo. Có bạn thì thích đi bộ hoặc chạy bộ dưới sân. Chơi cùng các bạn vui mà” (TLN2, trường can thiệp, nữ, năm thứ 2).

“Con trai bọn em thích thể thao lắm chị ơi. Đá bóng, đá cầu là tiện nhất. Mà chơi thể còn quen được cả các bạn khoa khác hoặc các anh chị khóa trên” (TLN1, trường chứng, nam, năm thứ 1).

Tuy nhiên, cũng có một số ý kiến cho rằng họ không chắc chắn với việc có thể rủ những người mắc RLLA đi chơi.

“Hôm trả lời bộ câu hỏi em cũng thấy băn khoăn lắm. Em nghĩ mấy bạn mà đã suốt ngày lo lắng chuyện này có xảy ra không, chuyện kia có xảy ra không thì đi chơi cũng chẳng vui. Đi mà cứ lo hết chuyện này chuyện khác thì lại làm người khác lo lắng theo hoặc thấy bực mình” (TLN2, trường chứng, nữ, năm thứ 2).

*** Trầm cảm:**

Bảng 3.8 dưới đây thể hiện tỷ lệ ĐTNC ở cả hai trường can thiệp và trường chứng lựa chọn biện pháp hỗ trợ cho trầm cảm. Kết quả trước và sau can thiệp cũng được mô tả ở bảng này.

Bảng 3.8. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn biện pháp hỗ trợ “có thể giúp được” cho vấn đề trầm cảm

Stt	Biện số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Lắng nghe để hiểu vấn đề mà Hùng đang gặp phải	428 (96,0)	207 (96,3)	267 (96,0)	159 (94,6)
2.	Nói với Hùng một cách kiên quyết về việc Hùng phải điều chỉnh hành vi của mình	61 (13,8)	24 (11,2)	42 (15,1)	23 (13,7)
3.	Khuyến Hùng nên tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ**	351 (79,1)	196 (91,2)	225 (80,9)	129 (76,8)
4.	Chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ giúp đỡ**	331 (74,2)	189 (87,9)	215 (77,9)	134 (80,2)
5.	Kêu gọi bạn bè tụ tập để giúp Hùng vui lên.	276 (62,4)	127 (59,1)	163 (58,8)	104 (61,9)
6.	Làm cho Hùng bận rộn với việc học hành và những việc khác để bạn không nghĩ đến vấn đề của mình nữa***	58 (13,1)	45 (20,9)	42 (15,1)	23 (13,7)
7.	Khuyến khích Hùng tham gia các hoạt động thể dục thể thao**	370 (83,0)	198 (92,1)	246 (88,5)	156 (92,9)
8.	Mặc kệ để Hùng tự vượt qua được vấn đề	31 (7,0)	12 (5,6)	12 (4,3)	4 (2,4)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

***: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Ở trường can thiệp giai đoạn TCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn nhiều nhất các biện pháp hỗ trợ sau: *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ*. SCT, cả 4 biện pháp hỗ trợ này vẫn được sinh viên lựa chọn nhiều nhất với tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa so với TCT ($p < 0,05$ và $p < 0,01$). Biện pháp *mặc kệ để Hùng tự vượt qua vấn đề* là một biện pháp mang tính tiêu cực đối với vấn đề trầm cảm; tuy nhiên, ở giai đoạn TCT vẫn có 7,0% sinh viên lựa chọn là biện pháp hỗ trợ. SCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn biện pháp có giảm đi nhưng sự thay đổi về tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê.

Tương tự như ở trường can thiệp, tại trường chứng, tỷ lệ lựa chọn của sinh viên ở giai đoạn TCT và SCT cũng tập trung vào các biện pháp *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ*.

Những biện pháp như lắng nghe, trò chuyện cũng là quan điểm để hỗ trợ trầm cảm được các sinh viên tham gia TLN đề cập.

“Em nghĩ là em sẽ chủ yếu là em sẽ nói chuyện với bạn ý nhiều hơn để bạn ý chia sẻ với mình nhiều hơn, những người như thế thì cái sự chia sẻ nó rất quan trọng, có khi người ta chỉ cần mình lắng nghe thôi, hoặc là như kiểu có một chỗ để khóc chẳng hạn” (TLN1, trường can thiệp, nữ, năm thứ 1).

“Người ta tìm được một người để chia sẻ, như thế người ta sẽ nhẹ đi rất nhiều, những cái áp lực kia người ta sẽ có động lực và có cái dũng cảm để vượt qua” (TLN2, trường chứng, nữ, năm thứ 2).

3.2.5. Thay đổi trong hiểu biết về các hoạt động tự giúp mình (self-help) để thoát khỏi tình trạng RLLA và trầm cảm

ĐTNC ở cả hai trường can thiệp và trường chứng được hỏi về các hoạt động có thể thực hiện để tự giúp mình vượt qua tình trạng RLLA và trầm cảm. Các phương án trả lời được nêu ra bao gồm: *giúp đỡ được, không giúp đỡ được, có tác động tiêu cực, và không biết*.

*** Rối loạn lo âu:**

Bảng 3.9 thể hiện quan điểm của ĐTNC ở hai trường về hoạt động họ có thể thực hiện để tự giúp mình vượt qua RLLA. Kết quả TCT và SCT cũng được thể hiện ở bảng này.

Bảng 3.9. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn hoạt động có thể thực hiện để tự giúp bản thân vượt qua tình trạng RLLA

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Vận động thể chất nhiều hơn*	340 (76,2)	191 (88,8)	205 (73,7)	127 (75,6)
2.	Tìm đọc về những người cũng gặp vấn đề như mình và xem họ ứng phó như thế nào	327 (74,3)	167 (77,7)	185 (66,6)	112 (66,6)
3.	Đi chơi, gặp gỡ bạn bè nhiều hơn	328 (86,2)	184 (85,6)	236 (85,2)	146 (86,9)
4.	Tham gia lớp học thư giãn, kiểm soát stress, thiền, yoga, kiểm soát sự căng thẳng	432 (97,1)	208 (96,7)	263 (94,6)	161 (95,8)
5.	Tìm kiếm thông tin về những vấn đề mình gặp phải trên mạng Internet*	220 (49,6)	130 (60,5)	162 (58,3)	95 (56,6)
6.	Tìm đọc sách về vấn đề mà mình gặp phải	325 (73,4)	168 (78,5)	194 (70,0)	118 (70,7)
7.	Tư vấn chuyên gia về sức khỏe tâm thần*	365 (81,8)	186 (86,5)	218 (78,4)	132 (78,6)
8.	Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe***	269 (60,7)	169 (78,6)	175 (63,0)	114 (67,9)
9.	Đến khám tại bệnh viện nào đó*	136 (30,8)	79 (36,7)	97 (35,0)	56 (33,3)

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
10.	Sử dụng đồ uống có cồn để thư giãn	18 (4,1)	8 (3,8)	13 (4,7)	6 (3,6)
11.	Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn***	198 (44,5)	112 (52,6)	111 (39,9)	73 (43,5)
12.	Hút thuốc lá để thư giãn	15 (3,4)	9 (4,2)	3 (1,1)	2 (1,2)
13.	Ăn kiêng	7 (1,6)	7 (3,3)	9 (3,2)	3 (1,8)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

***: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Ở trường can thiệp, giai đoạn TCT, những hoạt động được phần đông sinh viên (>70%) tin là nếu một người mắc RLLA thực hiện sẽ tự giúp mình vượt qua được tình trạng này gồm có: *Tham gia lớp học thư giãn/kiểm soát căng thẳng/thiền/yoga, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Vận động thể chất nhiều hơn, Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải.* Đến giai đoạn SCT, 5/6 hoạt động tự giúp (trừ Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào) vẫn được số đông sinh viên lựa chọn; tuy nhiên, thứ tự ưu tiên có sự thay đổi. Theo đó, *vận động thể chất nhiều hơn* là biện pháp có tỷ lệ sinh viên lựa chọn SCT (88,8%) cao hơn có ý nghĩa so với TCT (76,2%) ($p < 0,05$). Ngoài ra, SCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe* cao hơn (78,6%) có ý nghĩa so với TCT (60,7%) ($p < 0,001$). Bên cạnh đó, sinh viên cũng có quan điểm khá rõ ràng đối với ảnh hưởng tiêu cực việc sử dụng đồ uống có cồn. Theo đó, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn* SCT tăng có ý nghĩa so với TCT ($p < 0,001$).

Giai đoạn TCT, sinh viên của trường chứng cũng có quan điểm khá giống với sinh viên trường can thiệp khi lựa chọn các hoạt động tự giúp cho vấn đề RLLA. Theo đó, các biện pháp sau (xếp theo thứ tự có tỷ lệ lựa chọn giảm dần) đã được lựa chọn: *Tham gia lớp học thư giãn/kiểm soát căng thẳng/thiền/yoga, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Vận động thể chất nhiều hơn, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải, Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào.* SCT, những lựa chọn này không có sự thay đổi, cả về thứ tự ưu tiên.

*** Trầm cảm:**

Bảng 3.10 thể hiện quan điểm của ĐTNC ở hai trường về hoạt động họ có thể thực hiện để tự giúp mình vượt qua trầm cảm. Kết quả TCT và SCT cũng được thể hiện ở bảng này.

Bảng 3.10. Tỷ lệ ĐTNC lựa chọn hoạt động có thể thực hiện để tự giúp bản thân vượt qua tình trạng trầm cảm

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Vận động thể chất nhiều hơn**	363 (81,4)	197 (91,6)	236 (84,9)	150 (89,3)
2.	Tìm đọc về những người cũng gặp vấn đề như mình và xem họ ứng phó như thế nào*	314 (71,0)	178 (82,8)	198 (71,2)	118 (70,2)
3.	Đi chơi, gặp gỡ bạn bè nhiều hơn*	396 (89,2)	193 (89,8)	238 (85,6)	144 (85,7)
4.	Tham gia lớp học thư giãn, kiểm soát stress, thiền, yoga, kiểm soát sự căng thẳng	419 (94,0)	206 (95,8)	262 (94,2)	158 (94,1)
5.	Tìm kiếm thông tin về những vấn đề mình gặp phải trên mạng Internet*	259 (58,6)	150 (69,8)	172 (61,9)	104 (61,9)

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
6.	Tìm đọc sách về vấn đề mà mình gặp phải	323 (72,9)	171 (79,9)	204 (73,4)	126 (75,0)
7.	Tư vấn chuyên gia về sức khỏe tâm thần*	379 (85,7)	201 (93,5)	235 (84,5)	140 (83,3)
8.	Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe***	312 (70,1)	184 (85,6)	205 (74,0)	126 (75,0)
9.	Đến khám tại bệnh viện nào đó	200 (44,9)	102 (47,7)	129 (46,4)	80 (47,6)
10.	Sử dụng đồ uống có cồn để thư giãn	21 (4,8)	12 (5,6)	9 (3,2)	4 (2,4)
11.	Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn**	182 (41,0)	119 (56,1)	133 (47,8)	89 (53,0)
12.	Hút thuốc lá để thư giãn	18 (4,1)	8 (3,8)	6 (2,2)	1 (0,6)
13.	Ăn kiêng*	3 (0,7)	6 (2,8)	11 (4,0)	3 (1,8)

Ghi chú:

*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,05$.

** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

***: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Với vấn đề trầm cảm, TCT, sinh viên của trường can thiệp lựa chọn các hoạt động tự hỗ trợ sau (thứ tự ưu tiên giảm dần): *Tham gia lớp học thư giãn, Kiểm soát stress/thiền/yoga/kiểm soát sự căng thẳng, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Vận động thể chất nhiều hơn, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải, Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào.* Ở giai đoạn SCT, 6/7 hoạt động (ngoại trừ *Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải*) vẫn được sinh viên lựa

chọn với thứ tự ưu tiên có sự thay đổi ở một số hoạt động. Theo đó, SCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *Tư vấn chuyên gia về SKTT* cao hơn (93,5%) có ý nghĩa so với TCT (85,7%) ($p < 0,05$). Tương tự, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *Vận động thể chất nhiều hơn* cũng tăng (91,6%) có ý nghĩa so với TCT (81,4%) ($p < 0,01$). Ngoài ra, hoạt động *Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe* cũng có tỷ lệ sinh viên lựa chọn tăng lên có ý nghĩa SCT (85,6%) so với TCT (70,1%) ($p < 0,001$). Việc uống rượu/bia cũng không được ĐTNC cho là có tác dụng hỗ trợ đối với trầm cảm. Vì vậy, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *Bỏ toàn hoàn đồ uống có cồn* SCT tăng có ý nghĩa (56,1%) so với TCT (41,0%) ($p < 0,01$).

Tại trường chúng, TCT, *Tham gia lớp học thư giãn, Vận động thể chất nhiều hơn, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Kiểm soát stress/thiền/yoga/kiểm soát sự căng thẳng, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải* là những hoạt động được số đông sinh viên (>70%) lựa chọn. SCT, lựa chọn cũng tập trung vào những hoạt động này và có sự thay đổi về thứ tự ưu tiên. Theo đó, *Vận động thể chất nhiều hơn* là hoạt động được đánh giá có thứ tự ưu tiên thứ hai thay thế cho lựa chọn *Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn* ở giai đoạn TCT.

3.2.6. Thay đổi trong hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc giúp đỡ vấn đề RLLA và trầm cảm

Để đánh giá hiểu biết của ĐTNC ở cả hai trường về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc giúp đỡ cho vấn đề RLLA và trầm cảm, hai câu hỏi đã được nêu ra: Nếu có/không có sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT thì vấn đề sức khỏe thay đổi như thế nào.

*** Rối loạn lo âu:**

Kết quả ở bảng 3.11 và bảng 3.12 mô tả hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người có RLLA nếu CÓ hoặc KHÔNG CÓ sự giúp đỡ người có chuyên môn về SKTT. Kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp.

Bảng 3.11. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc RLLA nếu CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT (n=444) n (%)	SCT (n=215) n (%)	TCT (n=277) n (%)	SCT (n=168) n (%)
1.	Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa	25 (5,6)	26 (12,1)	15 (5,4)	8 (4,8)
2.	Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	161 (36,3)	98 (45,6)	103 (37,2)	63 (37,5)
3.	Hồi phục một phần	38 (8,6)	11 (7,4)	18 (6,5)	13 (7,7)
4.	Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	192 (43,2)	74 (34,4)	132 (47,7)	81 (48,2)
5.	Tình trạng sức khỏe của Linh không thay đổi	1 (0,2)	0	0	0
6.	Tình trạng sức khỏe của Linh tệ hơn	27 (6,1)	6 (2,8)	0	0
7.	Không biết	0	1 (0,5)	9 (3,3)	3 (1,8)

Ghi chú: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

Trước can thiệp, phần lớn ĐTNC ở trường can thiệp (43,2%) cho rằng nếu có sự trợ giúp của người có chuyên môn về SKTT, vấn đề RLLA sẽ *hồi phục một phần nhưng vẫn có thể tái diễn*. Sau can thiệp, hiểu biết của ĐTNC về vai trò của người có chuyên môn về SKTT tốt hơn, thể hiện ở 45,6% tin rằng vấn đề RLLA sẽ *hồi phục hoàn toàn nhưng vẫn có thể tái diễn* ($p < 0,001$). Với trường chứng, trước và sau can thiệp, đa phần sinh viên cho rằng vấn đề RLLA sẽ *hồi phục một phần nhưng vẫn có thể tái diễn* nếu có sự trợ giúp của người có chuyên môn về SKTT.

Kết quả tại bảng 3.12 cho thấy phần đông ĐTNC ở cả hai trường đều cho rằng nếu không có sự trợ giúp của người có chuyên môn về SKTT thì vấn đề RLLA có thể sẽ tệ hơn. Tỷ lệ này ở trường can thiệp, SCT là 70,2%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT (52,2%) ($p < 0,001$).

Bảng 3.12. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc RLLA nếu KHÔNG CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT (n=444) n (%)	SCT (n=215) n (%)	TCT (n=276) n (%)	SCT (n=167) n (%)
1.	Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa	1 (0,2)	1 (0,5)	1 (0,4)	0
2.	Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	14 (3,2)	5 (2,3)	9 (3,3)	8 (4,8)
3.	Hồi phục một phần	4 (0,9)	0	4 (1,45)	0
4.	Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	72 (16,2)	24 (11,2)	36 (13,0)	21 (12,6)

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT	SCT	TCT	SCT
		(n=444) n (%)	(n=215) n (%)	(n=276) n (%)	(n=167) n (%)
5.	Tình trạng sức khỏe không thay đổi	57 (12,8)	16 (7,4)	37 (13,4)	22 (12,6)
6.	Tình trạng sức khỏe tệ hơn	232 (52,2)	151 (70,2)	160 (58,0)	104 (62,3)
7.	Không biết	64 (14,4)	18 (8,3)	29 (10,5)	12 (7,2)

Ghi chú: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

*** Trầm cảm:**

Bảng 3.13 và bảng 3.14 mô tả kết quả của vấn đề trầm cảm. Tương tự như với vấn đề RLLA, quan điểm của sinh viên ở trường can thiệp là trầm cảm, nếu có sự trợ giúp của người có chuyên môn về SKTT, sẽ *hồi phục hoàn toàn nhưng vẫn có thể tái diễn*. Tỷ lệ này giai đoạn SCT là 44,1%, cao hơn có ý nghĩa so với SCT (41,3%) ($p < 0,01$). Sinh viên của trường chứng có quan điểm hơi khác sinh viên trường can thiệp khi cho rằng trầm cảm sẽ chỉ hồi phục một phần và vẫn có thể tái diễn. Tỷ lệ này SCT giảm một chút so với TCT (TCT: 41,9%; SCT: 40,0%).

Bảng 3.13. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc trầm cảm nếu CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT	SCT	TCT	SCT
		(n=446) n (%)	(n=213) n (%)	(n=446) n (%)	(n=213) n (%)
1.	Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa	39 (8,7)	30 (14,1)	28 (10,1)	19 (11,3)
2.	Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	184 (41,3)	94 (44,1)	97 (35,0)	61 (36,3)
3.	Hồi phục một phần	28 (6,3)	9 (4,2)	19 (6,9)	11 (6,9)
4.	Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	167 (37,4)	77 (36,2)	116 (41,9)	67 (40,0)
5.	Tình trạng sức khỏe không thay đổi	3 (0,7)	1 (0,5)	1 (0,4)	1 (0,6)
6.	Tình trạng sức khỏe tệ hơn	0	0	0	0
7.	Không biết	25 (5,6)	2 (1,0)	16 (5,8)	9 (5,4)

Ghi chú: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy, ĐTNC hiểu rằng, nếu không có sự hỗ trợ của người có chuyên môn về SKTT, vấn đề trầm cảm sẽ tệ hơn. Tỷ lệ này ở trường can thiệp giai đoạn SCT là 62,4%, cao hơn so với TCT là 60,8%. Tại trường chứng cũng có sự tăng

lên về tỷ lệ này ở hai thời điểm thu thập số liệu; tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 3.14. Hiểu biết của ĐTNC về sự thay đổi của người mắc trầm cảm nếu KHÔNG CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về SKTT

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT (n=446) n (%)	SCT (n=213) n (%)	TCT (n=446) n (%)	SCT (n=213) n (%)
1.	Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa	1 (0,2)	0	1 (0,4)	0
2.	Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	14 (3,1)	8 (3,8)	6 (2,2)	5 (3,0)
3.	Hồi phục một phần	12 (2,7)	9 (4,2)	5 (1,8)	2 (1,2)
4.	Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn	64 (14,4)	20 (9,4)	32 (11,6)	19 (11,3)
5.	Tình trạng sức khỏe không thay đổi	35 (7,9)	18 (8,5)	34 (12,3)	21 (12,5)
6.	Tình trạng sức khỏe tệ hơn	271 (60,8)	133 (62,4)	171 (61,7)	109 (64,9)
7.	Không biết	0	1 (0,5)	28 (10,1)	12 (7,1)

Trong các cuộc TLN với sinh viên của hai trường, một số ý kiến cũng được nêu ra khi được hỏi biết gì về người có chuyên môn về SKTT. Các ý kiến cho thấy không phải sinh viên nào cũng biết trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có những người có chuyên môn để giúp họ giải quyết các vấn đề SKTT.

“Nghe hai chữ tâm thần em thấy nó cứ nặng nề kiểu gì ý. Cứ nghĩ đến tâm thần là trong đầu em lại hiện ra hình ảnh mấy người bần bần đi ngoài đường nói linh tinh. Sợ lắm! Nếu bảo bác sĩ tâm lý thì em thấy đúng hơn. Còn bác sĩ tâm thần chắc phải chữa cho mấy người điên điên” (TLN1, nam, trường chúng, năm thứ 1).

“Em có biết có bác sĩ tâm thần mà chắc chắn họ giúp được. Nhưng em thấy xung quanh nhiều áp lực thế này mà có khỏi được thì có khi vài ngày sau lại bị [cười], rồi lại đi bác sĩ thôi” (TLN1, trường can thiệp, nữ, năm thứ 2).

3.2.7. Thay đổi về thái độ đối với RLLA và trầm cảm

Trong nghiên cứu này, NCS cũng muốn tìm hiểu nhận định của ĐTNC về một số quan điểm liên quan đến những người mắc RLLA và trầm cảm. Với 8 quan điểm được nêu ra, các phương án trả lời là thang Likert 5 mức độ được mã hóa lại thành 3 mức độ: đồng ý, phân vân, không đồng ý.

Bảng 3.15 mô tả tỷ lệ ĐTNC ở cả hai trường trước và sau can thiệp thể hiện sự đồng tình với các quan điểm được nêu ra đối với RLLA. Kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh sự thay đổi về tỷ lệ trước và sau can thiệp.

Bảng 3.15. Tỷ lệ ĐTNC “đồng ý” về một số quan điểm đối với RLLA

Stt	Quan điểm	Trường can thiệp		Trường chúng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Những người như Linh có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn**	241 (54,0)	87 (40,5)	147 (52,9)	90 (53,6)
2.	Vấn đề sức khỏe như Linh mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu***	99 (22,2)	35 (16,3)	44 (15,8)	26 (15,5)
3.	Vấn đề sức khỏe của Linh không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng	68 (15,3)	26 (12,1)	34 (12,3)	19 (11,3)

Stt	Quan điểm	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
4.	Những người có vấn đề sức khỏe như Linh là người nguy hiểm**	16 (3,6)	20 (9,4)	16 (5,8)	7 (4,2)
5.	Tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Linh để tránh bị lây	5 (1,1)	6 (2,8)	2 (0,7)	0
6.	Những người có vấn đề sức khỏe như Linh rất khó dự đoán về hành vi**	208 (46,7)	73 (34,1)	141 (51,1)	90 (54,2)
7.	Nếu tôi gặp vấn đề như của Linh, tôi sẽ không nói cho ai biết	38 (8,5)	20 (9,3)	24 (8,6)	18 (10,7)
8.	Tôi sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Linh	17 (3,8)	10 (4,7)	10 (3,6)	3 (1,8)

Ghi chú:

** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,01$.

*** : Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với $p < 0,001$.

So với TCT, mức độ đồng ý của sinh viên trường can thiệp, ở giai đoạn SCT, với các quan điểm nêu ra có xu hướng giảm, một số tỷ lệ giảm có ý nghĩa (với $p < 0,01$ và $p < 0,001$). Tuy nhiên, tỷ lệ sinh viên đồng ý rằng *những người mắc RLLA là những người nguy hiểm* tăng lên có ý nghĩa SCT so với TCT ($p < 0,01$). Ngoài ra, vẫn còn có một tỷ lệ nhỏ sinh viên trường can thiệp đồng ý với quan điểm *sẽ không nói cho ai biết nếu bản thân mắc RLLA* và *không làm việc cùng những người bị RLLA*. Hai tỷ lệ này cũng tăng lên ở SCT so với TCT ($p > 0,05$).

Bảng 3.16. Tỷ lệ ĐTNC “đồng ý” về một số quan điểm đối với trầm cảm

Stt	Quan điểm	ĐHKHXHNV		HVBCTT	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	Những người như Hùng có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn	185 (41,5)	72 (33,8)	111 (39,9)	66 (39,3)
2.	Vấn đề sức khỏe như Hùng mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu	49 (11,0)	22 (10,3)	44 (15,8)	25 (14,9)
3.	Vấn đề sức khỏe của Hùng không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng	68 (15,3)	29 (13,5)	42 (15,1)	22 (13,1)
4.	Những người có vấn đề sức khỏe như Hùng là người nguy hiểm	25 (5,6)	15 (7,0)	5 (1,8)	1 (0,6)
5.	Tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Hùng để tránh bị lây	12 (2,7)	4 (1,9)	2 (0,7)	0
6.	Những người có vấn đề sức khỏe như Hùng rất khó dự đoán về hành vi	178 (39,9)	85 (39,9)	130 (46,8)	83 (49,4)
7.	Nếu tôi gặp vấn đề như của Hùng, tôi sẽ không nói cho ai biết	33 (7,5)	11 (5,1)	25 (9,0)	16 (9,5)
8.	Tôi sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Hùng	17 (3,8)	2 (0,9)	14 (5,0)	5 (3,0)

Trương tự như quan điểm đối với RLLA, tỷ lệ sinh viên của trường can thiệp đồng ý với các quan điểm nêu ra về trầm cảm (bảng 3.16), SCT, có xu hướng giảm so với TCT

($p > 0,05$). Tuy nhiên, với quan điểm *người mắc trầm cảm là người nguy hiểm*, tỷ lệ sinh viên đồng ý tăng SCT so với TCT ($p > 0,05$). Ở trường chứng, tỷ lệ sinh viên đồng ý với các quan điểm về trầm cảm cũng có xu hướng giảm ở hai thời điểm thu thập số liệu; tuy nhiên, với quan điểm *người mắc trầm cảm là người khó dự đoán về hành vi*, tỷ lệ sinh viên đồng ý tăng lên SCT so với TCT ($p > 0,05$).

Như vậy, tỷ lệ ĐTNC nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA tăng tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm cũng tăng SCT so với TCT; tỷ lệ ĐTNC có dự định hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm có xu hướng giảm SCT so với TCT; ĐTNC có hiểu biết tốt hơn về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc hỗ trợ RLLA và trầm cảm.

3.2.8. **Đánh giá sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của ĐTNC trước và sau can thiệp**

Nghiên cứu sử dụng phương pháp DID để đánh giá kết quả của can thiệp ở trường can thiệp và trường chứng. Các biến được đưa vào mô hình bao gồm: Can thiệp; Thời gian; Can thiệp x Thời gian. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để thực hiện phân tích DID.

Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm được thể hiện chi tiết tại bảng 3.17 và bảng 3.18.

Bảng 3.17. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,6	1,12	2,78	0,01
Thời gian (trước/sau)	3,13	2,23	4,39	<0,001
Can thiệp x Thời gian	2,84	1,63	4,95	<0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107				
Giá trị p của mô hình: p<0,001				

Giả định rằng các yếu tố về nhân khẩu học của trường can thiệp và trường chứng không thay đổi theo thời gian, kết quả phân tích cho thấy can thiệp làm tăng khả năng

nhận biết dấu hiệu RLLA của sinh viên lên 4,5 lần SCT so với TCT ($1,6 \times 2,84 = 4,5$; Bảng 3.17). Tương tự như vậy, can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở sinh viên lên hơn 3,2 lần SCT so với TCT ($1,23 \times 2,6 = 3,2$; Bảng 3.18).

Bảng 3.18. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,23	0,90	1,64	0,2
Thời gian (trước/sau)	1,75	1,26	2,44	0,001
Can thiệp x Thời gian	2,6	1,50	4,38	0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107				
Giá trị p của mô hình: p<0,05				

Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về RLLA và năng lực SKTT về trầm cảm được thể hiện chi tiết tại bảng 3.19 và bảng 3.20.

Bảng 3.19. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,71	1,19	2,48	0,004
Thời gian (trước/sau)	2,47	1,77	3,48	<0,001
Can thiệp x Thời gian	3,1	1,77	5,33	<0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107				
Giá trị p của mô hình: p<0,001				

Giả định rằng các yếu tố về nhân khẩu học của trường can thiệp và trường chứng không thay đổi theo thời gian, kết quả phân tích cho thấy can thiệp làm tăng năng lực SKTT về RLLA của sinh viên lên 5,3 lần SCT so với TCT ($1,71 \times 3,1 = 5,3$; Bảng 3.19). Tương tự như vậy, can thiệp có khả năng làm tăng năng lực SKTT về trầm cảm của sinh viên lên gần 3 lần SCT so với TCT ($1,23 \times 2,4 = 2,95$; Bảng 3.20).

Bảng 3.20. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,23	0,90	1,67	0,19
Thời gian (trước/sau)	1,60	1,16	2,23	0,005
Can thiệp x Thời gian	2,4	1,42	4,05	0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107				
Giá trị p của mô hình: p<0,001				

Có thể thấy rằng, can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu RLLA, của trầm cảm, làm tăng năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm ở nhóm ĐTNC.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đối tượng nghiên cứu

ĐTNC của luận án là sinh viên Khoa Xã hội học của hai trường ĐHKHXHNV (trường can thiệp) và HVBCCTT (trường chứng). Vì nguồn lực có hạn nên NCS không có điều kiện chọn ĐTNC đa dạng theo các nhóm ngành học. Đây là một trong những hạn chế của nghiên cứu này. Sinh viên học nhóm ngành y vẫn được giả định là nhóm có kiến thức về các vấn đề SKTT tốt. Một số nghiên cứu về năng lực SKTT của sinh viên nhóm ngành y trên thế giới và Việt Nam đã khẳng định giả thuyết này (61, 62, 66, 69, 83, 126). Nghiên cứu của Santushi D. Amarasuriya (2015) tại Sri Lanka thực hiện trên nhóm ĐTNC đa dạng về ngành học cho thấy nhóm sinh viên học kỹ thuật và khoa học xã hội có hiểu biết về trầm cảm kém hơn nhóm học ngành y (126). Cũng theo nghiên cứu này, nhóm sinh viên học khoa học xã hội có tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của trầm cảm thấp hơn nhóm học về máy tính và kỹ thuật. Ngoài ra, trong một nghiên cứu khác của NCS và cộng sự (2018) trong nhóm sinh viên học y tế công cộng và xã hội học cũng cho thấy nhóm học y tế công cộng có kiến thức tốt hơn nhóm học xã hội học (62). Kết hợp những lý do nói trên, NCS chọn ĐTNC cho can thiệp thử nghiệm này là sinh viên học Khoa Xã hội học tại trường ĐHKHXHNV.

Nhóm ĐTNC này không đại diện cho toàn bộ đối tượng sinh viên đại học tại Hà Nội nhưng có thể đại diện cho sinh viên đang học nhóm ngành khoa học xã hội tại các trường đại học khác nhau. Về cơ bản, sinh viên khối ngành khoa học xã hội ở các trường đại học đều có tỷ lệ nữ nhiều hơn nam giống với ĐTNC của luận án. Nghiên cứu chia làm 3 giai đoạn: trước can thiệp-can thiệp-sau can thiệp. NCS chọn toàn bộ sinh viên của hai Khoa tại hai trường tham gia khảo sát trước can thiệp để có thể mô tả năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của ĐTNC. Giai đoạn can thiệp được thực hiện với sinh viên năm thứ 2 và năm thứ 3 vì tại thời điểm đó, sinh viên năm thứ nhất mới vào trường, chưa được khảo sát ban đầu, còn sinh viên năm thứ 4 đi thực tập nên tiếp cận rất khó. Khảo sát sau can thiệp được thực hiện ngay sau khi can thiệp kết thúc. Với trường chứng, toàn

bộ sinh viên năm thứ 2 và năm thứ 3 cũng được mời vào khảo sát cùng thời điểm với trường can thiệp. Trong cả ba giai đoạn của nghiên cứu, NCS đều gặp khó khăn trong việc tiếp cận ĐTNC do sinh viên học theo tín chỉ, một khóa là một lớp nhưng cả lớp không học cùng nhau mà học theo môn học. Điều này có nghĩa là nếu NCS xin giảng viên của một môn học nào đó cho vào lớp để làm khảo sát hoặc can thiệp thì sẽ gặp sinh viên của nhiều khoa khác cũng học môn đó. Đây cũng sẽ là khó khăn của các nghiên cứu sau này nếu chọn ĐTNC là sinh viên đại học. Để khắc phục hạn chế này, NCS phải thông qua giáo viên chủ nhiệm và lớp trưởng để hẹn cả lớp gặp mặt sau buổi học 30 phút cho hoạt động khảo sát trước và sau can thiệp. Ở giai đoạn can thiệp, buổi tập huấn và cài app Shining Mind cũng được triển khai tương tự. Cách làm này khắc phục được hạn chế ĐTNC học theo tín chỉ nhưng cũng không tiếp cận được toàn bộ sinh viên của một khóa/lớp.

Nghiên cứu chỉ thực hiện tại hai trường, hai khoa thuộc nhóm ngành khoa học xã hội nhưng kết quả mô tả khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm hay kết quả về năng lực SKTT của ĐTNC có thể sử dụng để ngoại suy cho các nhóm sinh viên khoa học xã hội tại các trường đại học khác trên địa bàn thành phố Hà Nội.

4.2. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT

4.2.1. Tham khảo và phát triển bộ công cụ mô tả năng lực SKTT

Như đã viết trong phần Đặt vấn đề, các RLTT/vấn đề SKTT chiếm 13% gánh nặng bệnh tật toàn cầu và ở Việt Nam, con số này là 4,93% (1, 2). WHO đã nhấn mạnh vào vấn đề can thiệp nâng cao SKTT cho nhóm người trẻ tuổi bởi đây là nhóm có nhiều nguy cơ phát triển các vấn đề SKTT (5). Các vấn đề SKTT thường khởi phát sớm và nếu không có các biện pháp dự phòng sớm hoặc không được can thiệp kịp thời sẽ để lại hậu quả lâu dài cho cá nhân. Khoảng một nửa số người có các vấn đề SKTT nói rằng vấn đề SKTT của họ khởi phát từ trước tuổi 18 (6). Năm 1997, lần đầu tiên khái niệm năng lực SKTT được tác giả Anthony F. Jorm nêu ra, được định nghĩa và được sử dụng trong nhiều nghiên cứu để đánh giá khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT khác

nhau, đánh giá hiểu biết của các ĐTNC về người hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ, biện pháp dự phòng cho các vấn đề SKTT (4). Khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT được cho là một yếu tố quan trọng bởi việc không “nhạy cảm” với các dấu hiệu có thể là của các vấn đề SKTT sẽ dẫn đến việc chậm trễ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp phù hợp (15). Việc đánh giá năng lực SKTT của cộng đồng nói chung có vai trò quan trọng trong việc xác định hiểu biết của các nhóm xã hội về các vấn đề SKTT (nhận biết dấu hiệu, biện pháp trợ giúp, biện pháp phòng ngừa, yếu tố nguy cơ, vai trò của chuyên gia SKTT), tìm hiểu thái độ của họ đối với các vấn đề SKTT, từ đó giúp họ có thêm hiểu biết trong việc tìm kiếm sự hỗ trợ cho các vấn đề SKTT. Nhận thức được tầm quan trọng của việc đánh giá năng lực SKTT, NCS quyết định thực hiện nghiên cứu này với một trong hai mục tiêu là mô tả năng lực SKTT của người Việt Nam. Như đã đề cập ở phần bàn luận về ĐTNC, do nguồn lực có hạn nên nghiên cứu này mới chỉ tập trung vào đánh giá năng lực SKTT của nhóm sinh viên đại học thuộc nhóm ngành khoa học xã hội.

Trong quá trình tìm kiếm công cụ để mô tả năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm, NCS đã tìm được một số bộ công cụ được các nghiên cứu khác nhau trên thế giới sử dụng. Công cụ đầu tiên mà NCS tìm được là bộ công cụ của Jorm và cộng sự sử dụng trong cuộc khảo sát lớn vào năm 2011 (18). Đây là một trong những bộ công cụ đầu tiên được xây dựng để đánh giá năng lực SKTT vì chính tác giả Jorm cũng là người đầu tiên đưa ra khái niệm năng lực SKTT (4, 38). Công cụ này được thiết kế theo dạng bắt đầu với đoạn mô tả một người có dấu hiệu của một vấn đề SKTT và đi kèm là các câu hỏi về nhận biết dấu hiệu, yếu tố nguy cơ, biện pháp trợ giúp, biện pháp phòng ngừa... Jorm và cộng sự phát triển 12 bộ công cụ, mỗi bộ được dùng để mô tả năng lực SKTT của ĐTNC về một vấn đề SKTT cụ thể.

Ngoài bộ công cụ của Jorm còn có công cụ do O'Connor và Casey (2015) phát triển (84), thiết kế theo dạng thang đo và hỏi về nhiều vấn đề SKTT khác nhau. Vào thời điểm NCS tìm kiếm công cụ đánh giá năng lực SKTT, bên cạnh Jorm và O'Connor, một nhóm nghiên cứu của Đại học Quốc gia Úc cũng đã phát triển 2 bộ công cụ tên là A-Lit

(Anxiety Literacy) và D-Lit (Depression Literacy) (90, 91) để đánh giá năng lực SKTT về lo âu và trầm cảm.

Khi hình thành ý tưởng nghiên cứu về năng lực SKTT, NCS biết đến khái niệm của Jorm và tham khảo được khá nhiều bài báo liên quan đến chủ đề này mà Jorm và các cộng sự đã xuất bản. Như đã trình bày trong phần Tổng quan tài liệu (trang 27), NCS đã liên hệ với Jorm, được tác giả gửi cho các bộ công cụ gốc của khảo sát năm 2011 để tham khảo và cho phép sử dụng cho nghiên cứu tại Việt Nam. Bộ công cụ của Jorm và cộng sự đã được sử dụng trong một số nghiên cứu về năng lực SKTT ở các quốc gia khác nhau (31, 40, 60, 71, 75, 85-88). Bộ câu hỏi này bao hàm được các yếu tố của năng lực SKTT nêu ra trong định nghĩa khái niệm và các câu hỏi tập trung vào một vấn đề SKTT cụ thể (38): từ nhận biết dấu hiệu, yếu tố nguy cơ, đến người có thể hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ khi đã mắc, biện pháp phòng ngừa nguy cơ mắc, thái độ đối với các vấn đề SKTT. Với nội dung chi tiết như vậy, các bộ công cụ khác không làm được.

Công cụ của Jorm thiết kế dạng mô tả tình huống và mỗi bộ công cụ chỉ hỏi về một vấn đề SKTT cụ thể. Jorm đã phát triển công cụ cho 2 nhóm đối tượng: 1/ Nhóm 1: Cộng đồng nói chung (từ 15 tuổi trở lên) và 2/ Nhóm 2: Thanh thiếu niên (15-25 tuổi). Như đã giới thiệu trong Tổng quan tài liệu, Jorm thực hiện cuộc khảo sát năm 2011 với hai mục tiêu là so sánh kết quả của 2011 với kết quả của một số nghiên cứu đã thực hiện những năm trước và mô tả năng lực SKTT của người dân về một số vấn đề SKTT mới (18). Vì vậy, Jorm xây dựng 6 công cụ về 6 vấn đề: *trầm cảm*, *trầm cảm với ý nghĩ tự tử*, *tâm thần phân liệt giai đoạn sớm*, *tâm thần phân liệt nặng*, *ám sợ xã hội*, và *rối loạn stress sau sang chấn* cho nhóm 1 và 6 công cụ về 6 vấn đề: *trầm cảm*, *trầm cảm với ý nghĩ tự tử*, *trầm cảm do lạm dụng thuốc kích thần*, *ám sợ xã hội*, *loạn thần*, và *rối loạn stress sau sang chấn* cho nhóm 2. Vì đặc điểm này của các bộ công cụ mà một số tác giả cho rằng đây chính là hạn chế trong bộ công cụ của Jorm: chỉ đánh giá được từng vấn đề SKTT cụ thể, riêng lẻ và không hỏi được về nhiều vấn đề SKTT khác nhau trong cùng một bộ câu hỏi (127, 128). Tuy nhiên, ưu điểm của bộ công cụ này là hỏi rất cụ thể về một vấn đề SKTT nào đó, từ nhận biết dấu hiệu, yếu tố nguy cơ, đến người có thể hỗ trợ, biện

pháp hỗ trợ khi đã mắc, biện pháp phòng ngừa nguy cơ mắc, thái độ đối với các vấn đề SKTT. Với nội dung chi tiết như vậy, các bộ công cụ khác không làm được. Với những nghiên cứu đã thực hiện sử dụng bộ công cụ này, Jorm và cộng sự không kết luận một cách tổng hợp ĐTNC có năng lực SKTT như thế nào mà mô tả năng lực SKTT theo từng nội dung của bộ công cụ để chỉ ra hiểu biết của ĐTNC về từng khía cạnh. Trong những kết luận của mình, Jorm đặc biệt nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc nhận biết đúng dấu hiệu của vấn đề SKTT.

NCS đã chọn tham khảo bộ công cụ trầm cảm thiết kế cho nhóm 2 của Jorm cho nghiên cứu này vì bộ công cụ đáp ứng được các tiêu chí: 1/ Được nhiều nghiên cứu trên thế giới sử dụng và chứng minh là có giá trị; 2/ Bộ công cụ có các nội dung rõ ràng để có thể dựa vào đó phát triển nội dung can thiệp; và 3/ Có thể tiếp cận được bộ công cụ gốc và được tác giả cho phép sử dụng không mất phí. Trên cơ sở bộ công cụ trầm cảm, NCS đã thiết kế thêm đoạn mô tả tình huống RLLA, sử dụng các câu hỏi của bộ công cụ trầm cảm và xây dựng thành công cụ để mô tả năng lực SKTT về RLLA. Đoạn mô tả tình huống RLLA được xây dựng dựa trên Phân loại bệnh tật quốc tế phiên bản 10 (ICD-10), có tham khảo thêm ý kiến chuyên gia SKTT, và cũng được Jorm đồng ý với sự điều chỉnh này.

4.2.2. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm

Bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu này đã được đánh giá tính giá trị bề mặt, tính giá trị nội dung và tính giá trị cấu trúc. Trước khi thực hiện đánh giá tính giá trị về nội dung, bộ công cụ gốc về trầm cảm được dịch sang tiếng Việt với tên của nhân vật đổi sang tên tiếng Việt cho phù hợp với người Việt. Quá trình dịch bộ công cụ sang tiếng Việt gặp một chút khó khăn với một số thuật ngữ liên quan đến các loại thuốc điều trị (ví dụ như thuốc St John's wort). NCS đã phải giữ nguyên từ tiếng Anh và giải thích cho ĐTNC và chuyên gia trong quá trình thử nghiệm bộ công cụ.

Tính giá trị về nội dung đề cập đến việc các thành tố của thang đo và các tiêu mục có bao hàm tất cả các khía cạnh cần đo lường hay không. Ở mức độ cơ bản nhất thì nội dung của biến phải phù hợp với tên của biến đã được chỉ ra. Mỗi tiêu mục phải thuộc ít

nhất là một khía cạnh về nội dung đã được thống nhất. Để một thang đo có được tính giá trị về mặt nội dung, người xây dựng cần tiến hành tổng quan tài liệu liên quan một cách kỹ lưỡng, tham khảo ý kiến của các chuyên gia về lĩnh vực đó (đây chính là cách đánh giá tính giá trị bề mặt) và có một nhóm các nhà nghiên cứu có chuyên môn đa ngành để xây dựng và phân tích các tiêu mục của thang đo. NCS không xây dựng một bộ công cụ mới hoàn toàn mà áp dụng bộ công cụ sẵn có rồi điều chỉnh, sửa đổi cho phù hợp với bối cảnh của Việt Nam. Mặc dù vậy, sau khi dịch bộ công cụ sang tiếng Việt, NCS vẫn thực hiện đánh giá tính giá trị về nội dung bằng cách tham khảo ý kiến của chính ĐTNC và hai chuyên gia về SKTT. Việc thử nghiệm với ĐTNC rất có ý nghĩa để làm cho bộ công cụ dễ sử dụng hơn với ĐTNC trong giai đoạn khảo sát chính. Quá trình tham khảo ý kiến của chuyên gia giúp điều chỉnh các phương án trả lời phù hợp với các vấn đề về chuyên môn SKTT ở Việt Nam. Các nghiên cứu áp dụng có sửa đổi bộ công cụ của nơi khác đều thực hiện việc đánh giá tính giá trị về nội dung của bộ công cụ trước khi sử dụng cho khảo sát chính thức (129, 130). Trong quá trình đánh giá tính giá trị về nội dung, NCS vẫn đảm bảo tôn trọng bộ công cụ gốc của Jorm. NCS đã trao đổi với Jorm về những thay đổi so với công cụ gốc và được tác giả chấp thuận. Như vậy, với kết quả đánh giá tính giá trị về nội dung của bộ công cụ của Jorm, các nghiên cứu sau này về chủ đề năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm có thể tham khảo bộ công cụ này.

Tính giá trị cấu trúc là sự chứng thực rằng thang đo đo lường đúng khái niệm mà thang đo dự kiến đo lường. Quá trình đánh giá tính giá trị về nội dung của bộ công cụ cũng đồng thời là quá trình đánh giá tính giá trị về cấu trúc. Trong bộ công cụ gốc, sau đoạn mô tả tình huống trầm cảm, có 17 câu hỏi được nêu ra để hỏi về các nội dung của năng lực SKTT về trầm cảm. Sau khi thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT, câu hỏi về thuốc hỗ trợ đã được bỏ khỏi bộ công cụ khảo sát chính thức. Trong quá trình thử nghiệm, ĐTNC thấy khó trả lời câu hỏi liên quan đến thuốc hỗ trợ, còn chuyên gia SKTT thì lo ngại nguy cơ nó có thể mang lại là ĐTNC tự đi mua thuốc về uống (theo thói quen tự điều trị của người Việt Nam). Trong câu hỏi về thái độ với RLLA và trầm cảm, có 9 quan điểm đã được nêu ra, sau khi thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT, NCS chỉ

giữ lại 8 quan điểm và bỏ đi một quan điểm liên quan đến bỏ phiếu cho chính trị gia mắc RLLA và trầm cảm do không phù hợp với bối cảnh văn hóa của Việt Nam. Với những thay đổi về cấu trúc của bộ công cụ như vậy, NCS đã tham khảo ý kiến của Jorm và được chấp thuận với những thay đổi đó. Jorm khẳng định việc lược bớt như vậy không làm thay đổi tính giá trị về cấu trúc vì mỗi câu hỏi có nội dung về hiểu biết độc lập của ĐTNC về một khía cạnh nào đó.

Như vậy, sau quá trình đánh giá tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT mà NCS tham khảo của Jorm và cộng sự, bộ công cụ đã được khẳng định là có giá trị để các nghiên cứu tiếp theo có thể sử dụng. Tuy nhiên, việc gộp cả hai vấn đề RLLA và trầm cảm vào cùng một bộ công cụ làm cho bộ công cụ bị dài, các câu hỏi lặp lại gây nhầm chán và cảm giác nản khi trả lời đến gần cuối bộ câu hỏi.

4.3. Bàn luận về kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT

Luận án là kết quả của việc tự nghiên cứu, tự tìm hiểu của NCS với một chủ đề còn khá mới ở Việt Nam, năng lực SKTT (mental health literacy). Nhận thức được ảnh hưởng của hai vấn đề SKTT phổ biến trong xã hội hiện đại là RLLA và trầm cảm, cùng với việc đọc các tài liệu về vai trò của nhận thức đến hành vi của cá nhân, NCS quyết định lựa chọn thực hiện nghiên cứu về chủ đề này trong bối cảnh Việt Nam chưa có nhiều người thực hiện nghiên cứu về năng lực SKTT.

Ở Việt Nam, nói đến các vấn đề SKTT, cũng như nhiều vấn đề sức khỏe thể chất khác, hầu hết mọi người đều nghĩ ngay đến điều trị như thế nào mà ít người nghĩ phải làm gì để phòng ngừa nguy cơ mắc. Với các vấn đề sức khỏe thể chất, khi phát bệnh có triệu chứng thể chất khá rõ ràng nên có thể phát hiện sớm. Thế nhưng, với RLLA và trầm cảm, nếu không có kiến thức hoặc không thực sự quan tâm thì hoàn toàn có thể bỏ qua những triệu chứng đầu tiên. Vì vậy, việc nâng cao năng lực SKTT, thay đổi “kiến thức và niềm tin của cá nhân về các rối loạn tâm thần để từ đó giúp cá nhân phát hiện và có biện pháp dự phòng” là việc làm rất cần thiết trong xã hội hiện đại này, bối cảnh mà các

vấn đề liên quan đến công việc, học hành, các mối quan hệ... rất dễ làm cá nhân phát triển chứng lo âu và trầm cảm.

NCS chọn địa điểm nghiên cứu là Khoa Xã hội học của trường ĐHKHXHNV và Khoa Xã hội học của HVBCCTT. Vì chủ đề nghiên cứu là một chủ đề khá mới và do NCS có hạn chế về nguồn lực tài chính nên chỉ chọn triển khai nghiên cứu tại Khoa Xã hội học của hai trường này với giả định sinh viên đang theo học ngành này tiếp xúc nhiều với các môn học về khoa học xã hội và khoa học hành vi nên họ có khả năng biết về các vấn đề SKTT nhiều hơn so với sinh viên các nhóm ngành tự nhiên hay kỹ thuật. ĐHKHXHNV được chọn làm trường can thiệp và HVBCCTT là trường chứng. ĐTNC TCT là toàn bộ sinh viên từ năm 1 đến năm 4 của Khoa. Tổng số ĐTNC tham gia khảo sát TCT là 724 sinh viên. Can thiệp và đánh giá sau can thiệp chỉ thực hiện với sinh viên năm 2 và năm 3 vì vào thời điểm thực hiện can thiệp, sinh viên năm 1 mới vào trường, chưa được khảo sát trước can thiệp, sinh viên năm 4 đi thực tập nên không tiếp cận được. Tổng số ĐTNC tham gia khảo sát SCT là 383 sinh viên.

4.3.1. Sự thay đổi năng lực SKTT của ĐTNC về RLLA và trầm cảm

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá sự thay đổi về năng lực SKTT (tổ hợp của hiểu biết + dự định hỗ trợ) của ĐTNC về RLLA và trầm cảm. Một biến tổ hợp đã được tạo ra và NCS sử dụng phương pháp phân tích DID để đánh giá sự thay đổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá năng lực SKTT sử dụng bộ công cụ của Jorm trên thế giới thường mô tả riêng lẻ các thành tố trong khái niệm năng lực SKTT mà Jorm nêu ra nên việc bàn luận sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm theo biến tổ hợp khá hạn chế.

RLLA và trầm cảm là hai vấn đề SKTT phổ biến trong nhóm người trẻ tuổi, trong đó có nhóm sinh viên đại học (8-14). Tuy nhiên, trầm cảm được quan tâm nhiều hơn bởi hậu quả nặng nề mà nó gây ra nếu không được phát hiện kịp thời. Rất nhiều trường hợp mắc trầm cảm mà không được phát hiện và can thiệp sớm đã dẫn đến hành vi tự tử. Nếu theo dõi các phương tiện truyền thông đại chúng trong thời gian gần đây, vấn đề trầm

cảm được nhắc đến với tần suất khá dày. Điều này có thể lý giải cho việc vì sao trong nghiên cứu này, trước can thiệp, tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm tốt hơn so với RLLA (42,3% so với 25,8%). Tỷ lệ này cao hơn so với cuộc khảo sát ở Úc thực hiện trên người trưởng thành năm 1995, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu tương tự của họ thực hiện vào năm 2011 (18). Trong nghiên cứu năm 1995, có 39% ĐTNC của họ nhận diện đúng dấu hiệu trầm cảm mô tả trong bộ câu hỏi. Thế nhưng đến 2011, tỷ lệ này đã tăng lên 73,7%. Trong khoảng thời gian 1995-2011, ở Úc đã có khá nhiều đơn vị, tổ chức hoạt động trong lĩnh vực SKTT ra đời và thực hiện các hoạt động can thiệp nâng cao hiểu biết cũng như can thiệp về tâm lý, về điều trị cho các vấn đề SKTT khác nhau. Beyond Blue là một trang web rất nổi tiếng ở Úc về RLLA, trầm cảm và tự tử (<https://www.beyondblue.org.au/>). Trang web này đã cung cấp thông tin về RLLA, trầm cảm, và tự tử cho người dân Úc và nhiều quốc gia khác cho đến nay đã được 20 năm. Beyond Blue cùng rất nhiều trang web khác và các hoạt động can thiệp khác nhau tại Úc đã được triển khai để nâng cao SKTT cho người dân Úc. Vì vậy, hoàn toàn có thể lý giải sự thay đổi theo chiều hướng tích cực về khả năng nhận biết dấu hiệu trầm cảm của người dân Úc từ năm 1997 đến 2011. Cũng là nghiên cứu trên nhóm người trẻ tuổi nói chung, kết quả về tỷ lệ ĐTNC nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA và trầm cảm trong nghiên cứu này cũng thấp hơn tỷ lệ người trẻ tuổi (18-24 tuổi) trong nghiên cứu của Marcus và Westra (2012) ở Canada là 80% và 46% (59).

Nếu so sánh với các nghiên cứu trên thế giới được thực hiện trong khoảng 10 năm gần đây về chủ đề này trên nhóm sinh viên đại học, tỷ lệ sinh viên trong nghiên cứu của NCS nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm là 58,1%, thấp hơn tỷ lệ này ở các nghiên cứu đó (17, 61, 63, 65-69, 131). Các nghiên cứu về năng lực SKTT về RLLA còn khá ít, có lẽ cũng bởi RLLA không dẫn đến hành vi tự tử của cá nhân mà chỉ mang lại những phiền phức trong cuộc sống họ.

Ở Việt Nam, cho đến nay, nếu tính các nghiên cứu sử dụng bộ công cụ của Jorm thì mới có nghiên cứu cho chính NCS thực hiện năm 2015 (62, 83). Tỷ lệ sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA là 36%, cao hơn tỷ lệ trong luận án này; nhưng tỷ lệ nhận

biết đúng dấu hiệu của trầm cảm lại thấp hơn (32%). Ngoài ra, cũng có nghiên cứu khác đã được thực hiện nhưng không sử dụng cùng một bộ công cụ và không cùng nhóm ĐTNC với luận án (80). Nghiên cứu này cũng có thấy ĐTNC của họ có mức năng lực SKTT khá thấp.

Nhận định của WHO cũng như kết quả của các nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật cho thấy các RLTT là vấn đề y tế công cộng phổ biến trên thế giới, chiếm 13% gánh nặng bệnh tật toàn cầu và 4,93% gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam (1, 2). Nghiên cứu về các vấn đề SKTT trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc các vấn đề SKTT (như stress, lo âu, trầm cảm, lạm dụng chất kích thích, rối nhiễu hành vi) trong nhóm người trẻ tuổi rơi vào khoảng 25-75% (8-12). Ở Việt Nam, tỷ lệ thanh niên (trong đó có nhóm sinh viên) có xuất hiện các triệu chứng khác nhau của các vấn đề SKTT khoảng 25-60% (13, 14). Mặc dù vậy, kết quả từ các nghiên cứu cũng cho thấy năng lực SKTT của người trẻ tuổi đang rất hạn chế. Các nhóm sinh viên học ngành y có khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT tốt hơn sinh viên học các ngành khác. Sinh viên ở các nước phát triển cũng có hiểu biết tốt hơn sinh viên ở các nước đang phát triển. Điều này không khó để giải thích bởi sự quan tâm của người dân ở các nước đang phát triển đến các vấn đề SKTT còn rất hạn chế. Bên cạnh đó, thiếu hiểu biết kèm theo sự kì thị của xã hội cũng làm giảm mức độ quan tâm cũng như hành động của họ đối với các vấn đề SKTT (4, 16, 117, 132).

Mặc dù tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm của sinh viên ở cả hai trường can thiệp và trường chứng đều ở mức thấp so với các nghiên cứu trên thế giới nhưng tỷ lệ có dự định hỗ trợ lại khá cao (>90%), cao hơn nghiên cứu của Lawrence T Lam (2014) thực hiện tại Nam Ninh, Quảng Tây, Trung Quốc (tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ trầm cảm là 68%) (40). Có thể thấy rằng, ở Việt Nam, sinh viên, với sự nhiệt huyết của tuổi trẻ, sẵn sàng làm gì đó để giúp đỡ nếu thấy người thân, bạn bè của mình có dấu hiệu của RLLA hoặc trầm cảm. Đây là một tín hiệu đáng mừng cho thấy giới trẻ không cảm thấy ngại ngần khi đề cập đến dự định hỗ trợ người mắc vấn đề SKTT.

Trong nghiên cứu này, NCS *sử dụng biến tổng hợp của khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm cùng dự định hỗ trợ hai vấn đề đó để tạo thành biến năng*

lực SKTT. Một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh đến khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT và dự định hỗ trợ các vấn đề đó đóng vai trò quan trọng để xác định năng lực SKTT của cá nhân (4, 18, 29, 38-40). Trước can thiệp, năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên cả hai trường lần lượt là 24,2% và 39%. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Lawrence T Lam (2014), chỉ là 16,4% (40).

Sau khi các hoạt động can thiệp được thực hiện cũng như tài liệu can thiệp được chuyển đến ĐTNC, khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm có sự thay đổi theo hướng tích cực. Năng lực SKTT về RLLA tăng lên sau can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,001$) và năng lực SKTT về trầm cảm cũng có kết quả tốt tương tự ($p < 0,01$). Khả năng nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA sau can thiệp tăng lên 56,3% so với 29,2%; của trầm cảm tăng lên 58,1% so với 44,2%. Sự thay đổi tích cực trong khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm trong đồng nhất với khá nhiều nghiên cứu can thiệp trên thế giới đã thực hiện (92, 97-99, 101, 102, 108, 133-137). Mặc dù hầu hết các nghiên cứu mà NCS tham khảo thực hiện trên các nhóm ĐTNC khác với ĐTNC của luận án; tuy nhiên, NCS vẫn muốn đưa vào so sánh để chứng minh vai trò của các hoạt động truyền thông trong việc nâng cao khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm.

Về dự định hỗ trợ, kết quả sau can thiệp cho thấy với cả hai vấn đề RLLA và trầm cảm, tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ đều giảm so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Điều này có thể lý giải là do sau khi được cung cấp thêm thông tin về RLLA và trầm cảm, sinh viên có hiểu biết tốt hơn về RLLA và trầm cảm nên thận trọng hơn trong quyết định về dự định hỗ trợ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hương và Trương Quang Tiến (2010) về nâng cao SKTT của học sinh hai trường trung học cơ sở ở Hà Nội có một nội dung liên quan đến bắt nạt học đường. Đây là một nghiên cứu can thiệp và thông tin, tài liệu truyền thông của chương trình đã góp phần nâng cao nhận thức đúng đắn hơn về những biểu hiện của hiện tượng bắt nạt ở học sinh mà trước đây các em thường cho là bình thường và bỏ qua (138). Theo đó, sau can thiệp, tỷ lệ học sinh cho biết mình từng bị bắt nạt tăng lên so với trước can thiệp (58,2% trước can thiệp và 70,6% sau can thiệp).

Có thể nhận thấy rằng, nếu nhìn vào những kết quả tại hai thời điểm trước và sau can thiệp, có một số kết quả có xu hướng ngược với điều mong muốn. Tuy nhiên, điều đáng chú ý là tác động của các hoạt động can thiệp có thể làm thay đổi nhận thức của ĐTNC về RLLA và trầm cảm, đặc biệt là khả năng nhận biết dấu hiệu vì đây là một chỉ báo được nhấn mạnh trong đánh giá năng lực SKTT. Ngoài ra, can thiệp làm tăng hiểu biết của ĐTNC nên cũng khiến họ cân nhắc kỹ hơn khi được hỏi về dự định hỗ trợ.

4.3.2. Bàn luận về các hoạt động can thiệp

Các hoạt động can thiệp nâng cao năng lực SKTT mà NCS tổng hợp được, hầu hết các nghiên cứu là dành cho đối tượng đang học ở bậc học phổ thông và các đối tượng người trưởng thành khác, rất hiếm nghiên cứu can thiệp trên đối tượng là sinh viên đại học. Đây cũng là một trong những hạn chế của nghiên cứu này. Mặc dù vậy, những nghiên cứu này vẫn là những nguồn tài liệu tham khảo để NCS xây dựng hoạt động can thiệp cho nghiên cứu của mình.

Thiết kế của nghiên cứu can thiệp này theo mô hình: đánh giá trước can thiệp - lập kế hoạch can thiệp và thực hiện can thiệp - đánh giá sau can thiệp. Điểm thuận lợi mà nghiên cứu này có được là các hoạt động đánh giá trước-sau và hoạt động can thiệp nhận được sự hỗ trợ của lãnh đạo cũng như giảng viên và sinh viên của hai Khoa; kết quả có thể phản ánh xu hướng thay đổi của các biến số tại hai thời điểm trước và sau can thiệp.

Trên thế giới, các can thiệp nâng cao năng lực SKTT thường tập trung vào can thiệp tại lớp học (92-94), can thiệp sử dụng internet (99, 102), và can thiệp bằng chương trình đào tạo (93, 96, 97, 134). Cùng với thông tin thu được từ khảo sát định lượng và định tính, NCS đã xây dựng hoạt động can thiệp là sự kết hợp giữa tập huấn tại lớp học, phát sách mỏng “Bạn biết gì về RLLA và trầm cảm?”, và cung cấp thông tin qua app ShiningMind trên điện thoại. Các thông tin về RLLA và trầm cảm được thiết kế thống nhất ở cả nội dung tập huấn, trong sách mỏng, và trên app điện thoại. Việc thống nhất nội dung can thiệp ở tất cả các tài liệu truyền thông sẽ giúp cho ĐTNC được tiếp cận với

thông tin từ các tài liệu khác nhau nhưng nội dung giống nhau. Điều này có ý nghĩa trong việc giúp ĐTNC nhớ các thông tin và tích lũy thành kiến thức của mình.

Các hoạt động can thiệp đều được đánh giá là phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học, cả về hình thức và nội dung của các tài liệu. Các hoạt động này đều là những hoạt động can thiệp phổ biến theo các nhóm hoạt động đã được chỉ ra trong tổng quan tài liệu. Nội dung 30 ngày thiết kế theo kiểu gửi tin nhắn để nhắc ĐTNC mở app và đọc tin tức theo từng ngày được ĐTNC đánh giá là hợp lý, nhất là trong mấy ngày đầu khi mới cài app để ĐTNC không bị quên mở app. Đây là một điểm khác so với các nghiên cứu có thiết kế hoạt động can thiệp sử dụng internet. Nghiên cứu đã kết hợp sử dụng hai phương pháp can thiệp truyền thống (tập huấn + phát sách mỏng) và hiện đại (sử dụng app trên điện thoại). Các nghiên cứu can thiệp về truyền thông đều được khuyến cáo nên sử dụng kết hợp các hình thức truyền thông và tài liệu truyền thông khác nhau để tác động tới kiến thức, nhận thức của đối tượng đích. Đặc biệt, đối với nhóm đối tượng đích là thanh niên/người trẻ tuổi, các nghiên cứu cũng gợi ý nên sử dụng các hình thức truyền thông hiện đại, hấp dẫn với giới trẻ (102, 139).

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ thực hiện trên một nhóm ĐTNC là sinh viên Khoa Xã hội học của hai trường đại học tại Hà Nội, do đó kết quả nghiên cứu không thể phản ánh đầy đủ đặc trưng của sinh viên đại học và cũng không thể suy rộng cho toàn bộ nhóm người trẻ tuổi. Ngoài ra, nghiên cứu cũng mới chỉ dừng lại ở dự định tìm kiếm sự hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm chứ chưa mô tả được hành vi tìm kiếm hỗ trợ thực sự của ĐTNC. Đây là một gợi mở cho các nghiên cứu tiếp theo thực hiện trên sinh viên các nhóm ngành khác, học sinh phổ thông, các đối tượng đã đi làm... và có thể tìm hiểu hành vi tìm kiếm trợ giúp thực sự mà các ĐTNC đã làm.

Chủ đề nghiên cứu không mới trên thế giới nhưng các nghiên cứu tập trung vào nhóm ĐTNC là sinh viên đại học không nhiều. Bên cạnh đó, các nghiên cứu thực hiện trên nhóm sinh viên đại học mà NCS tham khảo được sử dụng các bộ công cụ khác nên

việc so sánh về tỷ lệ rất khó khăn. Tại Việt Nam, chủ đề này còn khá mới nên NCS gặp khá nhiều khó khăn trong việc tìm kiếm tài liệu tham khảo trong nước để làm tổng quan cũng như phân tích trong phần bàn luận một cách sâu sắc hơn.

Mục tiêu của luận án là đánh giá sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên nên chưa đánh giá thêm được hiểu biết của sinh viên về một số vấn đề SKTT khác. Ngoài ra, cũng vì mục tiêu của luận án như vậy nên NCS chưa tìm hiểu được những yếu tố ảnh hưởng đến năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên.

Với các hoạt động can thiệp, mặc dù NCS đã chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng là sinh viên thuộc hai trường khác nhau và các hoạt động can thiệp gói gọn trong 2 tháng nhằm cố gắng hạn chế các yếu tố gây nhiễu cho kết quả can thiệp. Bên cạnh đó, NCS cũng sử dụng phương pháp DID trong phân tích số liệu để góp phần loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác. Mặc dù vậy, nghiên cứu không tránh khỏi việc ĐTNC ở nhóm can thiệp tiếp cận thêm thông tin về các vấn đề SKTT qua các kênh khác và có thể gây nhiễu cho kết quả nghiên cứu.

4.5. Tính mới và đóng góp của luận án

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đi vào mô tả năng lực SKTT của sinh viên về RLLA và trầm cảm và thực hiện can thiệp để nâng cao năng lực SKTT cho nhóm đối tượng này. Nghiên cứu sử dụng thiết kế can thiệp trước-sau có nhóm chứng nên đã cung cấp bằng chứng tin cậy về kết quả của các hoạt động can thiệp.

NCS được tác giả của bộ công cụ gốc cho phép tham khảo và áp dụng bộ công cụ này tại Việt Nam. Bộ công cụ đã được đánh giá tính giá trị trước khi sử dụng cho đánh giá trước-sau can thiệp. Vì vậy, bộ công cụ này đảm bảo về tính giá trị để các nghiên cứu tiếp theo tham khảo và sử dụng.

Nghiên cứu đã phát triển một số hoạt động can thiệp và tài liệu truyền thông về RLLA và trầm cảm cho ĐTNC. Đây cũng là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt

Nam thực hiện can thiệp để nâng cao năng lực SKTT cho ĐTNC về RLLA và trầm cảm. Đánh giá sau can thiệp cũng cho thấy có sự thay đổi ở nhóm được can thiệp.

Để đánh giá kết quả can thiệp, nghiên cứu sử dụng phương pháp Difference-in-Difference (DID). Đây là một phương pháp phân tích khá mới được sử dụng để chỉ ra sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở giai đoạn sau can thiệp. DID có thể loại bỏ những sai số trong so sánh giữa hai nhóm can thiệp và chứng mà sự khác biệt giữa hai nhóm là kết quả khác biệt về bản chất giữa hai nhóm. DID cũng loại bỏ những sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà những thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của những nguyên nhân khác. Vì vậy, kết quả đánh giá là chính xác và đây là cơ sở để các nghiên cứu tiếp theo có thể tham khảo và áp dụng phương pháp phân tích này.

KẾT LUẬN

1. Tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT

- Sau khi thử nghiệm và điều chỉnh bộ công cụ nghiên cứu năng lực SKTT về trầm cảm do Jorm và cộng sự phát triển (được sự cho phép của tác giả), NCS đã hoàn thiện được bộ công cụ để sử dụng cho nghiên cứu này.
- Bộ công cụ hoàn thiện bao gồm có 43 câu hỏi, chia thành 2 tình huống: 1/ Tình huống về RLLA với mô tả nhân vật nữ 20 tuổi tên Linh, là sinh viên và mắc RLLA; 2/ Tình huống về trầm cảm với mô tả nhân vật nam 20 tuổi tên Hùng, là sinh viên và mắc trầm cảm.
- Bộ câu hỏi gồm có 32 câu hỏi liên quan đến RLLA và trầm cảm có nội dung giống nhau và 11 câu hỏi về thông tin nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm, và thông tin chung về ĐTNC.
- Bộ công cụ này có tính giá trị và có thể sử dụng cho các nghiên cứu tiếp theo thực hiện trên các nhóm sinh viên đại học và/hoặc cao đẳng. Với các nhóm ĐTNC khác cần thử nghiệm trước khi áp dụng cho khảo sát chính.

2. Kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT cho sinh viên

Sau khi thực hiện một số hoạt động can thiệp thử nghiệm với sinh viên Khoa Xã hội học, ĐHKHXHNV, kết quả cho thấy, sau can thiệp:

- Việc thực hiện hai hoạt động can thiệp truyền thông là tập huấn + phát sách mỏng và cài app ShiningMind trên điện thoại được đánh giá là phù hợp với ĐTNC.
- Tỷ lệ ĐTNC nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA tăng (29,2% TCT lên 56,3% SCT; $p < 0,001$) và tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm cũng tăng (44,2% TCT lên 58,1% SCT; $p < 0,001$).

- Tỷ lệ ĐTNC có dự định hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm có xu hướng giảm SCT so với TCT: RLLA 90,5% TCT và 84,2% SCT; trầm cảm: 90,9% TCT và 85,6% SCT.
- ĐTNC có hiểu biết tốt hơn về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc hỗ trợ RLLA và trầm cảm.
- Can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu RLLA của sinh viên lên 4,5 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở sinh viên lên hơn 3,2 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp làm tăng năng lực SKTT về RLLA của sinh viên lên 5,3 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp có khả năng làm tăng năng lực SKTT về trầm cảm của sinh viên lên gần 3 lần SCT so với TCT.

KHUYẾN NGHỊ

Từ các kết quả của nghiên cứu, NCS đề xuất một số khuyến nghị như sau:

- Nên tiếp tục triển khai các hoạt động can thiệp về truyền thông để nâng cao năng lực SKTT của sinh viên các ngành khác về RLLA và trầm cảm để có được bức tranh tổng thể về năng lực SKTT của sinh viên các ngành học khác nhau về hai vấn đề này.
- Các hoạt động truyền thông ưa thích với đối tượng sinh viên/người trẻ tuổi là hoạt động tập huấn ngoại khóa, phần mềm tương tác trên điện thoại.
- Với các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai: có thể tách riêng bộ câu hỏi theo từng vấn đề SKTT để tránh việc ĐTNC phải trả lời một bộ câu hỏi quá dài; có thể mở rộng chủ đề nghiên cứu này sang các nhóm đối tượng khác để hoàn thiện hơn “bức tranh” về hiểu biết của các nhóm xã hội khác nhau về RLLA và trầm cảm.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN NGHIÊN CỨU

1. **Nguyen Thai Quynh Chi**, Dang Hoang Minh, Le Thi Kim Anh (2021). *Recognition of anxiety disorder and depression and literacy of first-aid support: a cross-sectional study among undergraduate students in Ha Noi, Viet Nam 2018*. Health Psychology Open 2021. Vol. 8 Issue 1, January - June 2021. <https://doi.org/10.1177/20551029211015116>.
2. **Nguyen Thai Quynh Chi**, Nguyen Thanh Huong (2018). *Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam*. Int J Ment Health Syst 2018, 12:19. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0195-1>.
3. Trường Đại học Y tế công cộng (2018). *Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm?* Nxb Hồng Đức, Hà Nội, 2018. Mã ISBN: 978-604-89-6198-5 (Sách mỏng do NCS phát triển để dùng cho can thiệp, **Nguyễn Thái Quỳnh Chi** chịu trách nhiệm về nội dung).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Make a difference in the lives of people with mental disorders. Accessed 13/5/2014 [Available from: http://www.who.int/mental_health/mental_health_flyer_2012.pdf?ua=1].
2. Lương Ngọc Khuê, Nguyễn Thanh Hương. Gánh nặng bệnh tật và tuổi thọ khỏe mạnh: Khái niệm, phương pháp và kết quả của Việt Nam giai đoạn 2008-2017. 2019.
3. Kristine Sorensen, Stephan Vanden Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):13.
4. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry. 2000;177:5.
5. WHO. 10 facts on mental health. Accessed 13/5/2014 [Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/].
6. Kelly CM, Mithen JM, JulieAFischer, Kitchener BA, Jorm AF, AdrianLowe, et al. Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. International Journal of Mental Health Systems 2011;5(4):9.
7. NAMI. Learn about the issue. Accessed 30/11/2014 [Available from: http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Find_Support/NAMI_on_Campus/Learn_About_The_Issue/Learn_About_The_Issue.htm].
8. Tabassum Alvi, Fatima Assad, Mussarat Ramzan, Khan. FA. Depression, Anxiety and Their Associated Factors Among Medical Students. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2010;20(2):5.
9. Ayat R. Abdallah, Gab. HM. Depression, anxiety and stress among first year medical students in an Egyptian public university. International Research Journal of Medicine and Medical Sciences. 2014;2(1):9.

10. Grohol JM. Mental Disorders Common in Young Adults. Accessed 30/11/2014 [Available from: <http://psychcentral.com/blog/archives/2008/12/02/mental-disorders-common-in-young-adults/>].
11. Pennsylvania State University. Prevalence of Mental Health Issues among College Students: How Do Advisers Equip Themselves? Accessed 30/11/2014 [Available from: <http://dus.psu.edu/mentor/2013/08/mental-health-college-students/>].
12. Khan MS, Mahmood S, Badshah A, Ali SU, Jamal Y. Prevalence of Depression, Anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2006;56(12):4.
13. Lê Thu Huyền, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh. Tình trạng stress của sinh viên Y tế công cộng Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và một số yếu tố liên quan năm 2010. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2011;15(1):6.
14. Trần Ngọc Đăng, Đỗ Văn Dũng, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh. Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí và các yếu tố liên quan của sinh viên khoa Y tế công cộng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2010. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2011;15(1):6.
15. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist.* 2011.
16. Yap MBH, Jorm AF, Wright A. The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:9.
17. Klineberg E, Gunnell D, Biddle L, Donovan J. Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;46(2010):11.
18. Jorm AF. National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. Commonwealth of Australia: University of Melbourne; 2011.
19. Picco L, Abdin E, Pang S, Vaingankar JA, Jeyagurunathan A, Chong SA, et al. Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2018;27(1):84-93.

20. Đặng Hoàng Minh, Bahr Weiss, Nguyễn Cao Minh. Sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam: Thực trạng và các yếu tố nguy cơ. Đại học Quốc gia Hà Nội: Trường Đại học Giáo dục; 2013.
21. WHO. Ngày Sức khỏe tâm thần thế giới - Sức khỏe tâm thần là một căn bệnh tiềm ẩn. Accessed 8/8/2019 [Available from: <http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/releases/2008/10102008/vi/>].
22. Vũ Dũng. Từ điển thuật ngữ Tâm lý học: Nxb Từ điển Bách khoa Hà Nội; 2012.
23. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health. World Health Organization; 2019.
24. Nguyễn Khắc Viện. Tâm lý học lâm sàng trẻ em: Nhà xuất bản Y học; 2008.
25. Trần Tuấn. Phát triển công tác xã hội trong ngành y tế - Bàn về rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần nêu trong Đề án 1215. Accessed 17/6/2015 [Available from: <http://rtccd.org.vn/index.php/vi/ban-luan/219-ph%C3%A1t-tri%E1%BB%83n-c%C3%B4ng-t%C3%A1c-x%C3%A3-h%E1%BB%99i-trong-ng%C3%A0nh-y-t%E1%BA%BF-b%C3%A0n-v%E1%BB%81-r%E1%BB%91i-nhi%E1%BB%85u-t%C3%A2m-tr%C3%AD-v%C3%A0-b%E1%BB%87nh-t%C3%A2m-th%E1%BA%A7n-n%C3%A4u-trong-%C4%91%E1%BB%81-%C3%A1n-1215>].
26. American Psychological Association. Mental disorder. Accessed 16/5/2021 [Available from: <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>].
27. WHO. Mental disorders. Accessed 17/6/2019 [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>].
28. CDC. Learn about Mental Health. Accessed 17/6/2019 [Available from: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>].
29. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Medical Journal of Australia. 2007;187(7).

30. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2015;24(2):233-44.
31. Reavley N, Too T, Zhao M. National Surveys of Mental Health Literacy and Stigma and National Survey of Discrimination and Positive Treatment: A report for the Mental Health Commission of NSW. Mental Health Commission of NSW, Sydney; 2015.
32. Rusch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2011;62(6):675-8.
33. Corrigan PW, Watson AC. Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2003;54(4):501-7.
34. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*. 2013;103(5):777-80.
35. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):291.
36. Lê Thị Thu Hương, Đặng Hoàng Minh. Tình trạng sức khỏe tâm thần và hiểu biết về sức khỏe tâm thần của sinh viên tại Hà Nội. Kỷ yếu hội thảo quốc tế Tâm lý học khu vực Đông Nam Á lần thứ nhất "Hạnh phúc con người và phát triển bền vững"; 2017; Hà Nội. Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội; 2017.
37. Mạng lưới Hiểu biết về SKTT của Việt Nam. Tổng quan về rối loạn lo âu. Accessed 25/8/2019 [Available from: http://vnmentalhealth.edu.vn/cac-roi-loan-lo-aiu?fbclid=IwAR38Y_1JArOGFyRSbBaQDPSCGSprnLH7ZycDLD_dKPs6RvCKUL_V8ENTFJoo].
38. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their

beliefs about the effectiveness of treatment. The Medical journal of Australia. 1997;166(4):182-6.

39. Dias P, Campos L, Almeida H, Palha F. Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. International journal of environmental research and public health. 2018;15(7).

40. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population-based survey. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health. 2014;8(26):9.

41. BC Partners for Mental Health and Addictions Information. Anxiety disorders. Accessed 8/8/2019. Available from: <https://www.heretohelp.bc.ca/infosheet/anxiety-disorders>.

42. MedlinePlus. Anxiety. Accessed 4/5/2021 [Available from: <https://medlineplus.gov/anxiety.html>].

43. American Psychological Association. Anxiety. Accessed 16/5/2021 [Available from: <https://www.apa.org/topics/anxiety>].

44. National Institute of Mental Health. Any anxiety disorder among adults. Accessed 9/7/2019 [Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-anxiety-disorder-among-adults.shtml>].

45. Sommers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of Literature. Can J Psychiatry. 2006;51(2):14.

46. American Psychiatric Association. Anxiety disorders. Accessed 9/7/2015 [Available from: <http://www.psychiatry.org/anxiety-disorders>].

47. NAMI. Anxiety disorders. Accessed 9/9/2019 [Available from: <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Anxiety-Disorders>].

48. Beyond Blue. What causes anxiety? Accessed 8/8/2019 [Available from: <https://www.beyondblue.org.au/the-facts/anxiety/what-causes-anxiety>].

49. NAMI. Mental health conditions. Accessed 16/6/2019 [Available from: <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions>].
50. BC Partners for Mental Health and Addictions Information. Learn about depression Accessed 8/8/2019. Available from: <http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/depression.pdf>.
51. Mental Health Foundation. Depression. Accessed 8/8/2019 [Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/d/depression>].
52. WHO. Depression. Accessed 10/7/2019 [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>].
53. Beyond Blue. What causes depression? Accessed 8/8/2019 [Available from: <https://www.beyondblue.org.au/the-facts/depression/what-causes-depression>].
54. WHO. Depression, a hidden burden. Accessed 10/7/2015 [Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf?ua=1].
55. National Institute of Mental Health. What is depression? Accessed 14/7/2019 [Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>].
56. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
57. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV): American Psychiatric Publishing; 1994.
58. Adrian Furnham, Richard Cook, Neil Martin, Batey M. Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health*. 2011;10(4):14.
59. Marcus M, Westra H. Mental Health Literacy in Canadian Young Adults: Results of a National Survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2012;31(1):15.
60. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy among higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012;6:8.

61. Picco L, Seow E, Chua BY, Mahendran R, Verma S, Chong SA, et al. Recognition of mental disorders: findings from a cross-sectional study among medical students in Singapore. *BMJ open*. 2017;7(12).
62. Nguyen Thai QC, Nguyen TH. Mental health literacy: Knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:19.
63. Khan TM, Sulaiman SA, Hassali MA. Mental health literacy towards depression among non-medical students at a Malaysian university. *Ment Health Fam Med*. 2010;7(1):27-35.
64. Gorczynski P, Sims-schouten W, Hill D, Wilson JC. Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education, and Practice*. 2017;12(2):111-20.
65. McNeal MA. An evaluation of the attitudes, beliefs, and mental health literacy of young African American College Graduates [Ph.D thesis]: University of Southern Mississippi; 2015.
66. Sayarifard A, Ghadirian L, Mohit A, Eftekhari M, Badpa M, Fatemeh, et al. Assessing mental health literacy: What medical sciences students' know about depression. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29(161).
67. Arafat SMY, Mamun MAA, Md. Saleh U. Depression Literacy among First-Year University Students: A Cross-Sectional Study in Bangladesh. *Global Psychiatry*. 2019;2(1):31-6.
68. Liu W, Li YM, Peng Y. Mental health literacy: A cross-cultural study of American and Chinese bachelor of nursing students. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2018;25(2):96-107.
69. Cheslock PA. Assessing Mental Health Literacy of First- and Third-Year Medical Students: Knowledge and Beliefs About Mental Disorders [Ph.D thesis]: Philadelphia College of Osteopathic Medicine; 2005.

70. Mahfouz MS, Aqeeli A, Makeen AM, Hakami RM, Najmi HH, Mobarki AT, et al. Mental Health Literacy Among Undergraduate Students of a Saudi Tertiary Institution: A Cross-sectional Study. *Mental illness*. 2016;8(2):6806.
71. Reavley NJ, Jorm AF. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2011;45(10):890-8.
72. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: Findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1):61-70.
73. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BMC International Health and Human Rights*. 2004;4(1):3.
74. Karim S, Saeed K, Rana MH, Mubbashar MH, Jenkins R. Pakistan mental health country profile. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2004;16(1-2):83-92.
75. Yap MBH, Jorm AF. Young people's mental health first aid intentions and beliefs prospectively predict their actions: Findings from an Australian National Survey of Youth. *Psychiatry Research*. 2012;196:5.
76. Nguyễn Thị Bích Liên. Nguy cơ trầm cảm ở một số khối sinh viên đa khoa trường Đại học Y Hà Nội năm học 2010-2011: Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
77. Phan Thị Diệu Ngọc. Thực trạng rối loạn trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên trường Đại học Y khoa Vinh năm 2013 [Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng]: Trường Đại học Y tế công cộng; 2013.
78. Trần Quỳnh Anh, Dunne M, Lưu Ngọc Hoạt. Trầm cảm, lo âu và các khó khăn về sức khỏe thể chất của sinh viên 8 trường Đại học Y Dược tại Việt Nam. Hội thảo Sức khỏe tâm thần - Bằng chứng từ các nghiên cứu ở trẻ em, thanh thiếu niên, người lớn tuổi lao động, và người cao tuổi; Đại học Y Dược Huế. 2015.

79. Đại Dương. Báo động sinh viên Y khoa bị trầm cảm, có ý định tự tử gia tăng 2015. Accessed 21/7/2015 [Available from: <http://dantri.com.vn/suc-khoe/bao-dong-sinh-vien-y-khoa-bi-tram-cam-co-y-nghi-tu-tu-gia-tang-1018877.htm>].
80. Bùi Thị Thanh Diệu, Đặng Hoàng Minh. Hiểu biết về sức khỏe tâm thần trẻ em của giáo viên trung học cơ sở tại thành phố Đà Nẵng. Hội thảo khoa học quốc tế tâm lý học đường lần thứ 6; 2018; Hà Nội, Việt Nam. 2018.
81. Trần Ngọc Ly, Đặng Hoàng Minh. Nhận thức của giáo viên tiểu học về sức khỏe tâm thần ở trẻ em. Tạp chí Khoa học, Đại học Sư phạm Hà Nội. 2016;61(2A):11.
82. Hoàng Dương, Trần Văn Công, Đặng Hoàng Minh. Hiểu biết chung của cộng đồng về rối loạn phổ tự kỷ. Tạp chí Khoa học, Đại học Sư phạm Hà Nội. 2017;62(9AB):9.
83. Nguyễn Thái Quỳnh Chi, Trương Quang Tiến. Năng lực sức khỏe tâm thần về rối loạn lo âu của sinh viên y tế công cộng ở Hà Nội. Tạp chí Y tế công cộng. 2016(Số đặc biệt, tháng 3/2016):6.
84. O'Connor M. The Mental Health Literacy Scale (MHLS). Psychiatry Res. 2016;229(1-2):511-6.
85. Loureiro LM, Jorm AF, Mendes AC, Santos JC, Ferreira RO, Pedreiro AT. Mental health literacy about depression: A survey of Portuguese youth. BMC Psychiatry. 2013;13(1):129.
86. Campos L, Dias P, Palha F. Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents: Pilot study. Education and Health. 2014;32(1):7.
87. Yoshioka K, Reavley NJ, Rossetto A, Jorm AF. Beliefs about first aid for mental disorders: Results from a mental health literacy survey of Japanese high school students. International Journal of Culture and Mental Health. 2014.
88. Dey M, Marti L, Jorm A. The Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey: Study methodology, survey questions/vignettes, and lessons learned. The European Journal of Psychiatry. 2019.

89. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. 2015.
90. ANU College of Health and Medicine. Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit). Accessed 4/12/2017 [Available from: <https://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit>].
91. ANU College of Health and Medicine. Depression Literacy Questionnaire (D-Lit). Accessed 4/12/2017 [Available from: <https://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit>].
92. Ingunn Skre OF, Camilla Breivik, Lars Inge Johnsen, Yngvild Arnesen, Catharina Elisabeth Arfwedson Wang. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. BMC Public Health. 2013;13.
93. Swartz K, Musci RJ, Beaudry MB, Heley K, Miller L, Alfes C, et al. School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial. American journal of public health. 2017;107(12):1970-6.
94. Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. Early Intervention in Psychiatry. 2013;7:13.
95. Y W, A HJ, S K, A Z, P M. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. Early Interv Psychiatry. 2013;7(2):109-21.
96. Hoang-Minh D, Bahr W, Trung L, Ha H. Mental health literacy and intervention program adaptation in the internationalization of school psychology for Vietnam. Psychology in the Schools. 2018;55(8):941-54.
97. Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, Cvetkovski S, Jorm AF. 'teen Mental Health First Aid': A description of the program and an initial evaluation. International Journal of Mental Health Systems. 2016;10(1):3.

98. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):383-91.e1.
99. Li TM, Chau M, Wong PW, Lai ES, Yip PS. Evaluation of a Web-based social network electronic game in enhancing mental health literacy for young people. *Journal of medical Internet research*. 2013;15(5):80.
100. Davies EB, Beever E, Glazebrook C. A pilot randomised controlled study of the mental health first aid eLearning course with UK medical students. *BMC medical education*. 2018;18(1):45.
101. Livingston JD, Tugwell A, Korf-Uzan K, Cianfrone M, Coniglio C. Evaluation of a campaign to improve awareness and attitudes of young people towards mental health issues. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(6):965-73.
102. Taylor-Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2014;168:65-71.
103. Svensson B, Hansson L. Effectiveness of Mental Health First Aid Training in Sweden. A Randomized Controlled Trial with a Six-Month and Two-Year Follow-Up. *PLoS ONE*. 2014;9(6):9.
104. Hart LM, Morgan AJ, Rossetto A, Kelly CM, Mackinnon A, Jorm AF. Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2018;52(7):638-51.
105. Deitz DK, Cook RF, Billings DW, Hendrickson A. A web-based mental health program: Reaching parents at work. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(5):488-94.
106. Kichener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *BMC Psychiatry*. 2002;2(10):6.

107. Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*. 2008;2.
108. Mcluckie A, Kutcher S, Wei Y, Weaver C. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry*. 2014;14(379):6.
109. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement of instruments used in research. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008;65.
110. Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence Based Nursing*. 2015;18(3):66.
111. Pallant J. *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS*. Sydney: Allen & Unwin; 2005.
112. Bolarinwa O. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. 2015;22(4):195-201.
113. Nguyễn Tuấn Dương, Nguyễn Thị Thu Hằng. Đảm bảo tính chuẩn xác trong lĩnh vực nghiên cứu xã hội (validity in social research). Accessed 20/2/2021 [Available from: <https://nguyentuanduong.files.wordpress.com/2016/10/16-09-dam-bao-tinh-chuan-xac-trong-linh-vuc-nc-xa-hoi.pdf>].
114. Miller MJ. Reliability and Validity. Accessed 9/3/2021 [Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/read/5528487/reliability-and-validity-michael-j-miller-phd>].
115. Bölenius K, Brulin C, Grankvist K, Lindkvist M, Söderberg J. A content validated questionnaire for assessment of self reported venous blood sampling practices. *BMC research notes*. 2012;5:39.
116. Nguyễn Thanh Hương, Lê Thị Hải Hà, Nguyễn Thái Quỳnh Chi, Lã Mạnh Cường, Nguyễn Thị Trang Nhung, Trương Quang Tiến, và cộng sự. Áp dụng có sửa đổi công cụ đo lường chất lượng cuộc sống người cao tuổi và thử nghiệm trên một số nhóm đối tượng người cao tuổi ở Việt Nam. *Trường Đại học Y tế công cộng*; 2009.

117. Ibrahim N, Amit N, Shahar S, Wee L-H, Ismail R, Khairuddin R, et al. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health*. 2019;19(4):544.
118. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and Health education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA 94103-1741: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 2008.
119. Trường Đại học Y tế công cộng. *Đại cương Giáo dục sức khỏe và Nâng cao sức khỏe (Tài liệu giảng dạy Cử nhân Y tế công cộng định hướng Truyền thông - Giáo dục sức khỏe)*. Hà Nội: Nxb Lao động và Xã hội; 2012.
120. Caplan LS, Lane DS, Grimson R. The use of cohort vs repeated cross-sectional sample survey data in monitoring changing breast cancer screening practices. *Preventive Medicine*. 1995;24:4.
121. WHO. *Sample size determination in health studies - A practical manual*. 2.0 ed: World Health Organization, Geneva; 1991.
122. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behaviour disorders: diagnostic criteria for research*. Switzerland: World Health Organization; 1993.
123. Branas CC, Cheney RA, MacDonald JM, Tam VW, Jackson TD, Ten Have TR. A difference-in-differences analysis of health, safety, and greening vacant urban space. *Am J Epidemiol*. 2011;174(11):1296-306.
124. Lang K, Donald S. Inference With Differences-In-Differences and Other Panel Data. *The Review of Economics and Statistics*. 2007;89:221-33.
125. Columbia University Mailman School of Public Health. *Difference-in-Difference Estimation* Columbia University. Accessed 9/3/2021 [Available from: <https://www.publichealth.columbia.edu/research/population-health-methods/difference-difference-estimation>].

126. Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ. Quantifying and predicting depression literacy of undergraduates: A cross sectional study in Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2015;15(269):13.
127. O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014;23(4):197-204.
128. Ganasen KA, Parker S, Hugo C, Stein D, Emsley RA, Seedat S. Mental health literacy: Focus on developing countries. *African journal of psychiatry*. 2008;11:23-8.
129. Nguyễn Thanh Hương, Lê Thị Hải Hà, Nguyễn Trang Nhung, Nguyễn Thái Quỳnh Chi. Bước đầu đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống người cao tuổi ở Việt Nam. *Tạp chí Y học thực hành*. 2009;9/2009:7.
130. Tran DA. Job satisfaction of preventive medicine workers in northern Vietnam: a multi-method approach. Queensland University of Technology: Queensland University of Technology; 2015.
131. Reavley NJ, McCann TV, Jorm JM. Mental health literacy among higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012;6:8.
132. Rafal G, Gatto A, DeBate R. Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American college health : J of ACH*. 2018;66(4):284-91.
133. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful Application of a Canadian Mental Health Curriculum Resource by Usual Classroom Teachers in Significantly and Sustainably Improving Student Mental Health Literacy. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2015;60(12):580-6.
134. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:50.

135. Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(4):365-70.
136. Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *BMC Psychiatry*. 2002;2(10):6.
137. Reavley NJ, McCann TV, Cvetkovski S, F.Jorm A. A multifaceted intervention to improve mental health literacy in employees of a multi-campus university: A cluster randomised trial. *Journal of Public Mental Health*. 2014;13(1):14.
138. Nguyễn Thanh Hương, Trương Quang Tiến. Nâng cao sức khỏe tâm thần học sinh - Chương trình thử nghiệm tại hai trường THCS Chu Văn An & Tả Thanh Oai, Hà Nội. Trường Đại học Y tế công cộng; 2010.
139. Sobowale K, Nguyen M, Weiss B, Van TTH, Trung LT. Acceptability of internet interventions for youth mental health in Vietnam. *Global mental health* (Cambridge, England). 2016;3:22.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Bảng biến số định lượng

Stt	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Biến độc lập - Năng lực SKTT				
	Nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm.	Là khả năng ĐTNC nhận ra dấu hiệu của RLLA và trầm cảm.	Phân loại	Bộ câu hỏi Q1, Q17
1.	Đã từng biết người mắc RLLA và trầm cảm	ĐTNC từng quen biết người mắc RLLA và trầm cảm.	Nhị phân	Bộ câu hỏi Q3, Q19
2.	Đặc điểm của người mắc RLLA và trầm cảm đã từng biết.	Người mắc RLLA và trầm cảm mà ĐTNC biết: Bạn thân Bạn cùng lớp Họ hàng Hàng xóm Bản thân	Phân loại	Bộ câu hỏi Q4, Q20
3.	Dự định hỗ trợ RLLA và trầm cảm	ĐTNC có/không có dự định hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm	Nhị phân	Bộ câu hỏi Q5, Q21
4.	Người có thể hỗ trợ RLLA và trầm cảm.	Những người mà ĐTNC cho rằng có thể hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm.	13 tiêu mục, 4 phương án lựa chọn	Bộ câu hỏi Q7, Q23

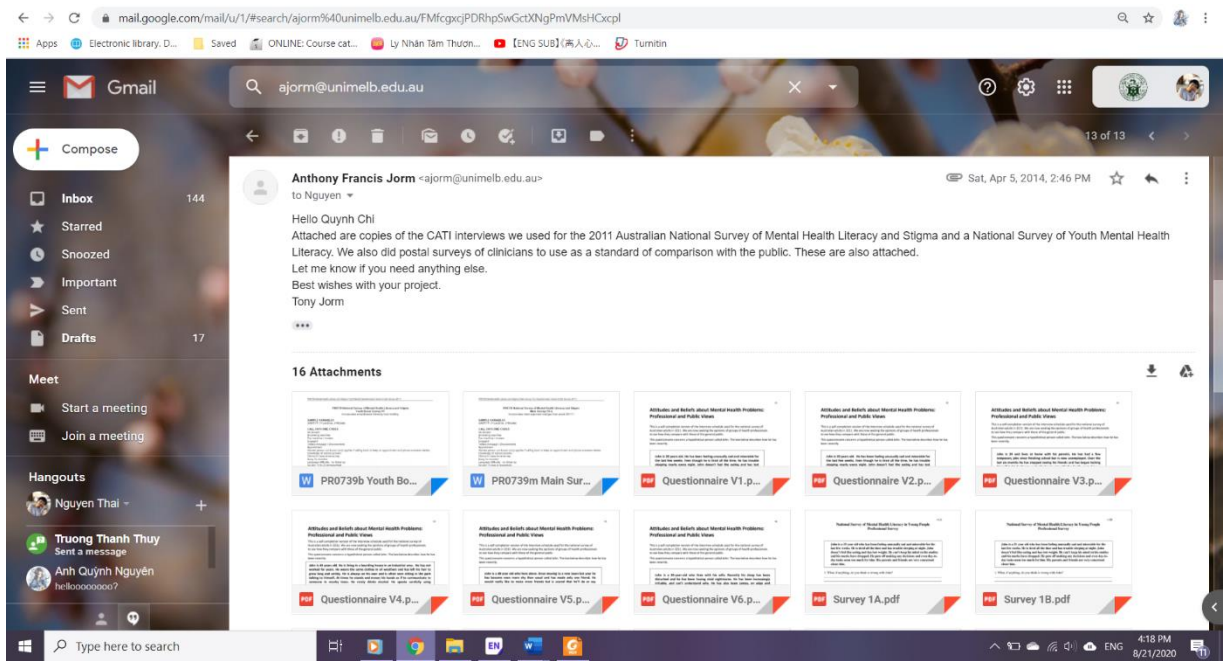
Stt	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
5.	Biện pháp hỗ trợ ban đầu để giúp người mắc RLLA và trầm cảm vượt qua tình trạng của mình.	Những biện pháp hỗ trợ ban đầu mà ĐTNC cho rằng có thể giúp người mắc RLLA và trầm cảm vượt qua tình trạng của mình.	8 tiêu mục, 4 phương án lựa chọn	Bộ câu hỏi Q8, Q24
6.	Các hoạt động giúp vượt qua tình trạng RLLA và trầm cảm	Các hoạt động mà người mắc RLLA và trầm cảm có thể làm để vượt qua tình trạng này	13 tiêu mục, 4 phương án lựa chọn	Bộ câu hỏi Q9, Q25
7.	Vai trò của người có chuyên môn về tâm thần đối với người mắc RLLA và trầm cảm	Đánh giá về khả năng giúp người mắc RLLA và trầm cảm hồi phục của người có chuyên môn về tâm thần	Phân loại	Bộ câu hỏi Q11, Q12, Q27, Q28
8.	Quan điểm về kì thị với RLLA và trầm cảm	Quan điểm của ĐTNC về sự kì thị của những người xung quanh với người mắc RLLA và trầm cảm	Phân loại	Bộ câu hỏi Q13, Q29
9.	Thái độ đối với RLLA và trầm cảm	Quan điểm của ĐTNC về một số đặc điểm của người mắc RLLA và trầm cảm	8 tiêu mục, thang đo Likert 5 mức độ	Bộ câu hỏi Q14, Q30

Stt	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
10.	Đánh giá thái độ của người xung quanh với RLLA và trầm cảm	Quan điểm của ĐTNC đánh giá về thái độ của những người xung quanh mình đối với RLLA và trầm cảm	8 tiêu mục, thang đo Likert 5 mức độ	Bộ câu hỏi Q15, Q31
Biến độc lập - Đặc điểm cá nhân				
1.	Giới	ĐTNC là nam hay nữ.	Nhị phân	Bộ câu hỏi Q36
2.	Tuổi	Tuổi của ĐTNC	Liên tục	Bộ câu hỏi Q37
3.	Năm học	Năm đang theo học của ĐTNC.	Liên tục	Bộ câu hỏi Q38
4.	Dân tộc	ĐTNC là người dân tộc nào.	Phân loại	Bộ câu hỏi Q39
5.	Tôn giáo	ĐTNC thuộc tôn giáo nào.	Phân loại	Bộ câu hỏi Q40
6.	Nơi ở hiện tại của gia đình	Địa điểm mà gia đình hiện tại của ĐTNC đang sinh sống	Phân loại	Bộ câu hỏi Q41
7.	Người sống cùng	ĐTNC hiện đang sống cùng ai.	Phân loại	Bộ câu hỏi Q42
8.	Người/Nơi tìm sự giúp đỡ khi gặp khó	Người/Địa điểm mà ĐTNC tìm đến sự giúp đỡ để lấy lại cân bằng khi	Phân loại	Bộ câu hỏi Q43

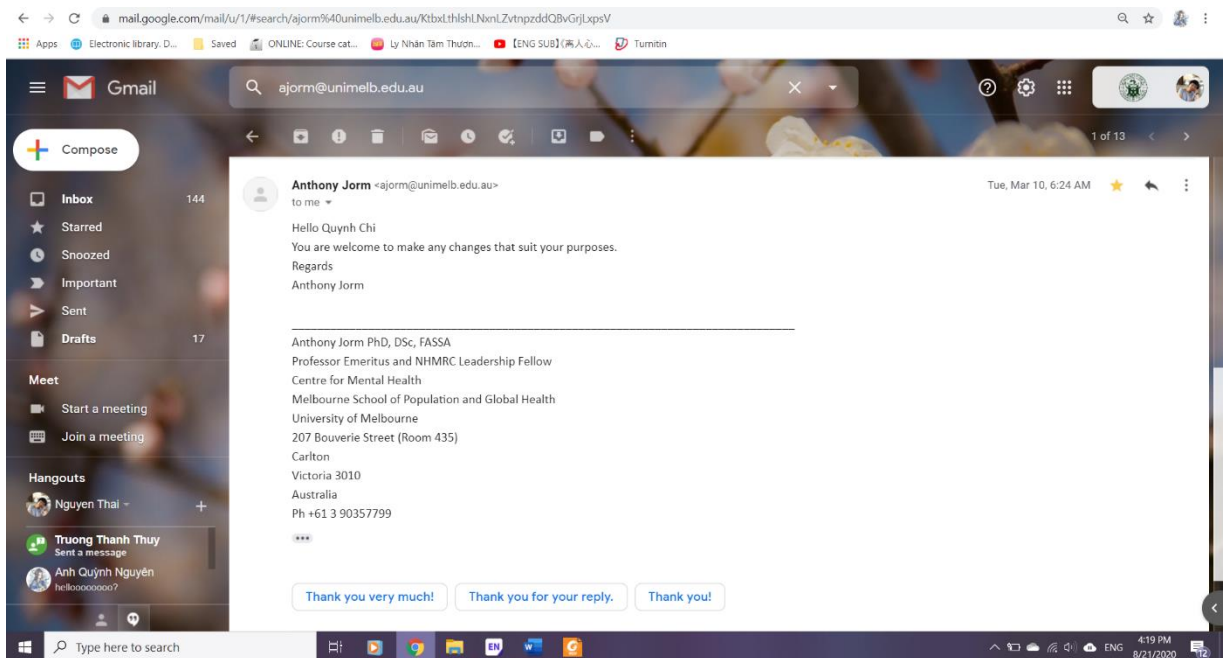
Stt	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
	khăn trong cuộc sống/học tập	gặp khó khăn trong cuộc sống/học tập.		
Biến phụ thuộc - Năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm				
<i>1.7.1.</i>	Năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm	Khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm kết hợp với dự định hỗ trợ.	Biến nhị phân	Tính toán từ các câu hỏi Q1+Q5 và Q17+Q21

Phụ lục 2: Email cho phép sử dụng bộ công cụ của tác giả

✚ Email cho phép sử dụng bộ công cụ trong nghiên cứu này



✚ Email nêu ý kiến về sự thay đổi câu hỏi so với bộ công cụ gốc



Phụ lục 3: Tóm tắt kết quả thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC và chuyên gia

✚ Điều chỉnh chung về format bộ câu hỏi:

- Nên đánh số thứ tự câu hỏi theo từng câu. Ví dụ Câu 1 đi kèm các phương án 1.1, 1.2, ...
- Phần chọn các phương án không để ô vuông để đánh dấu vào đó mà nên để số 1, 2, 3, 4 để khoanh tròn sẽ dễ trả lời hơn.

✚ Điều chỉnh cụ thể:

Bản dịch sang tiếng Việt	Thử nghiệm với sinh viên	Thử nghiệm với chuyên gia SKTT
<p>Theo bạn Linh/Hùng đang gặp vấn đề sức khỏe gì?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Câu 1: Nên có phương án trả lời để ĐTNC lựa chọn, không nên để ĐTNC tự điền.</p> <p>☞ Phương án trả lời được phát triển như dưới đây:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng động giảm chú ý. 2. Ung thư. 3. Lo âu. 4. Trầm cảm. 5. Tâm thần phân liệt. 6. Căng thẳng (Stress). 7. Động kinh. 8. Thất tình. 9. Khác (ghi cụ thể): 10. Không gặp vấn đề gì. 11. Không biết. 	<p>Phương án trả lời nên bổ sung thêm lựa chọn “tự kỷ” vì hiện nay người trẻ tuổi không hiểu biết nhưng dùng từ này rất phổ biến.</p>
<p>Có một số việc khác nhau mà một người bạn hoặc thành viên trong gia đình có thể làm để</p>	<p>Rút ngắn phần dẫn câu hỏi</p>	<p>- Ý về “ý định tự tử” và “đi uống vài chén” không phù hợp.</p>

Bản dịch sang tiếng Việt	Thử nghiệm với sinh viên	Thử nghiệm với chuyên gia SKTT
<p>giúp Hùng với vấn đề của cậu ấy. Hãy đánh giá xem những việc này là <i>giúp đỡ được, có tác động tiêu cực</i> hay <i>không tốt không xấu</i> với vấn đề của Linh/Hùng nếu một người bạn hoặc thành viên trong gia đình làm những việc này.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ý “làm cho bạn bận rộn” nên thêm “bạn bận rộn với việc học hành và những việc khác”. - Lựa chọn phương án trả lời nên chuyển thành số để khoanh tròn cho dễ.
<p>Có một số người có khả năng giúp đỡ cho vấn đề của Linh/Hùng. Hãy đánh giá xem những người dưới đây có thể <i>giúp đỡ được, có tác động tiêu cực</i> hay <i>không tốt không xấu</i> đối với vấn đề của Linh/Hùng</p>	<p>Rút ngắn phần dẫn câu hỏi</p>	<p>Bổ sung 3 phương án trả lời:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bác sĩ đông y - Cha đạo, nhà sư - Nhóm đồng đảng
<p>Theo bạn những loại thuốc dưới đây <i>giúp đỡ được, có tác động tiêu cực</i> hay <i>không tốt không xấu</i> đối với vấn đề của Linh/Hùng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rút ngắn phần dẫn câu hỏi - St John’s wort là loại thuốc không có ở Việt Nam 	<p>Không nên đưa câu hỏi về thuốc vào bộ câu hỏi vì uống thuốc gì, như thế nào cần có chỉ định của bác sĩ. Hỏi các loại thuốc sẽ vô tình làm cho sinh viên đi mua thuốc về uống bừa bãi.</p>

Bản dịch sang tiếng Việt	Thử nghiệm với sinh viên	Thử nghiệm với chuyên gia SKTT
<p>Theo bạn, các hoạt động dưới đây <i>giúp đỡ được, có tác động tiêu cực hay không tốt không xấu</i> đối với vấn đề của Linh/Hùng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rút ngắn phần dẫn câu hỏi. - Bỏ bớt các ý không phù hợp: + Đi mát xa, châm cứu + Dậy sớm và phơi nắng + Sử dụng liệu pháp nhận thức-hành vi (khó hiểu) + Sử dụng marijuana + Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn + Bỏ hút thuốc lá 	<p>Một số phương án không phù hợp với Việt Nam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đi mát xa, châm cứu (sinh viên Việt Nam không quen với những hoạt động này) - Dậy sớm và phơi nắng - Sử dụng liệu pháp nhận thức-hành vi (thuật ngữ chuyên môn quá) - Sử dụng marijuana - Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn - Bỏ hút thuốc lá
<p>Câu hỏi tiếp theo là về những việc Linh/Hùng có thể làm giảm bớt nguy cơ mắc phải vấn đề như của Linh/Hùng. Nếu một người trẻ tuổi làm những việc này, theo bạn, liệu họ có nguy cơ mắc phải vấn đề như Linh/Hùng không?</p>	<p>Rút ngắn phần dẫn câu hỏi. Bỏ bớt ý: Không sử dụng marijuana vì không phù hợp Sửa từ “Duy trì” thành “Thường xuyên”</p>	<p>“Không sử dụng marijuana” không phù hợp với Việt Nam.</p>

Bản dịch sang tiếng Việt	Thử nghiệm với sinh viên	Thử nghiệm với chuyên gia SKTT
Hai câu hỏi về vai trò của người có chuyên môn SKTT không có điều chỉnh gì so với bộ công cụ gốc		
Bạn có nghĩ rằng Linh/Hùng sẽ bị mọi người kỳ thị vì vấn đề của cô ấy/cậu ấy không?	Nên bổ sung thêm phương án “Không biết”	Không có điều chỉnh gì
Bạn hãy cho biết ý kiến của riêng bạn về những quan điểm dưới đây?	Nên bỏ bớt ý “Tôi sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống Linh/Hùng”	Nên bỏ bớt ý “Tôi sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống Linh/Hùng”
Bạn hãy cho biết mức độ đồng ý của mình đối với những quan điểm dưới đây?	Nên bỏ bớt ý “Hầu hết mọi người sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống Linh/Hùng”	Nên bỏ bớt ý “Hầu hết mọi người sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề sức khỏe giống Linh/Hùng”
Hãy cho biết mức độ sẵn sàng của bạn khi làm những việc sau đây?	<ul style="list-style-type: none"> - Sửa các ý: - “Chuyển sang ở gần nhà Linh/Hùng” thành “Chuyển sang ở cùng phòng trọ/cùng khu nhà trọ/chuyển đến sống gần nhà với Linh/Hùng”. 	Không có điều chỉnh gì

Bản dịch sang tiếng Việt	Thử nghiệm với sinh viên	Thử nghiệm với chuyên gia SKTT
	<ul style="list-style-type: none"> - “Dành một buổi tối đi chơi cùng Linh/Hùng” thành “Rủ Linh/Hùng đi chơi cùng mình”. - “Kết bạn với Linh/Hùng” đổi thành “Kết bạn với Linh/Hùng”. - “Làm việc cùng Linh/Hùng” đổi thành “Nói chuyện về Linh/Hùng và vấn đề sức khỏe của cô ấy/cậu ấy với gia đình”. - “Đồng ý để Linh/Hùng trở thành người thân trong gia đình” đổi thành “Mời Linh/Hùng về nhà mình chơi”. 	

Phụ lục 4. Bộ công cụ thu thập số liệu định lượng

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG
KHẢO SÁT VỀ HIỂU BIẾT VÀ THÁI ĐỘ CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC
VỀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

BỘ CÂU HỎI TỰ ĐIỀN

Tổ chức Y tế thế giới đã nhận định khi xã hội càng phát triển thì các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) càng trở nên phổ biến. Ở Việt Nam, các vấn đề SKTT chưa có được sự quan tâm của người dân nói chung cũng như của các cấp quản lý nói riêng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã nhận định: có hiểu biết về dấu hiệu của các vấn đề SKTT, nguyên nhân và các biện pháp hỗ trợ phù hợp là rất cần thiết để có thể dự phòng cho bản thân và cho những người xung quanh.

Nghiên cứu này là một đề tài nghiên cứu sinh của trường Đại học Y tế công cộng. Mục đích của việc thu thập các thông tin về hiểu biết và thái độ của các bạn sinh viên đối với một số vấn đề SKTT phổ biến ở người trẻ tuổi. Trên cơ sở đó một chương trình can thiệp thử nghiệm nhằm nâng cao hiểu biết của các bạn về các vấn đề SKTT sẽ được xây dựng.

Các bạn chỉ cần trả lời các câu hỏi và không cần viết tên vào bộ câu hỏi. Các thông tin này hoàn toàn được giữ bí mật. **CÂU TRẢ LỜI CỦA CÁC BẠN VÔ CÙNG QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI NGHIÊN CỨU NÀY.** Nhóm nghiên cứu rất mong các bạn đọc kỹ từng câu hỏi, trả lời theo đúng suy nghĩ của mình và không thảo luận với các bạn khác.

Chúng tôi rất mong nhận sự hợp tác của các bạn.

Xin trân trọng cảm ơn!

MÃ TRƯỜNG: _____

MÃ PHIẾU: _____

TRANG THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Giới thiệu nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu khả năng nhận biết các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) của sinh viên các trường đại học cũng như kiến thức và niềm tin của họ về nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT và các giải pháp hỗ trợ họ có thể làm. Các thông tin này sẽ được thu thập qua bộ câu hỏi tự điền. Bạn được mời tham gia nghiên cứu này. Các thông tin mà bạn cung cấp **RẤT QUAN TRỌNG** cho nghiên cứu này.

Tham gia nghiên cứu

Những người đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phát bộ câu hỏi tự điền và được yêu cầu hoàn tất bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi bao gồm các thông tin về bản thân bạn, về triệu chứng của một số vấn đề SKTT phổ biến, các câu hỏi về nguyên nhân gây ra các vấn đề SKTT và các biện pháp hỗ trợ, các câu hỏi về dự định của bạn trong việc hỗ trợ người có vấn đề về SKTT.

Bạn hoàn toàn tự do quyết định việc tham gia hay không tham gia nghiên cứu này. Ngay cả khi đã đồng ý tham gia nghiên cứu, bạn vẫn có thể dừng việc tham gia ở bất kỳ thời điểm nào. Quyết định tham gia nghiên cứu hay dừng tham gia hoàn toàn không ảnh hưởng gì đến việc học tập của bạn. Nếu đồng ý tham gia nghiên cứu, bạn sẽ mất khoảng 30 phút để trả lời bộ câu hỏi. Chúng tôi sẽ phát bộ câu hỏi cho bạn và các bạn khác để các bạn tự điền tại lớp học.

Xin lưu ý: Đây không phải là bài kiểm tra nên không có câu trả lời nào là sai hay đúng. Bạn hãy trả lời theo đúng những gì mình suy nghĩ.

Lợi ích có được từ nghiên cứu

Nghiên cứu này sẽ góp phần cung cấp thông tin làm tăng thêm hiểu biết của bạn về một số vấn đề SKTT phổ biến, nguyên nhân và các biện pháp hỗ trợ mà bạn có thể thực hiện. Khi các bạn tham gia điền phiếu, nhóm nghiên cứu sẽ đóng góp một phần tiền nhỏ (500.000đ) vào quỹ lớp.

Nguy cơ từ nghiên cứu

Các câu hỏi nêu ra trong nghiên cứu này liên quan đến hiểu biết và niềm tin của bạn về một số vấn đề SKTT cũng như nguyên nhân và biện pháp hỗ trợ. Ngoài ra bạn cũng được hỏi về dự định của bản thân trong việc hỗ trợ bạn bè/người thân nếu thấy họ có những biểu hiện rối nhiễu tâm trí. Do đó, việc tham gia nghiên cứu này không gây ra bất kỳ nguy cơ nào cho bạn. Ngay cả trong khi trả lời câu hỏi bạn có nghĩ tới một người bạn/người thân nào của mình thì những câu trả lời của bạn cũng không thể hiện bất kỳ thông tin nào về ai là người trả lời câu hỏi.

Tính bảo mật của nghiên cứu

Bạn không phải viết tên mình vào bộ câu hỏi tự điền vì đây là bộ câu hỏi khuyết danh. Bộ công cụ sẽ được nhóm nghiên cứu quản lý theo mã số phiếu. Ngoài ra, bất kỳ công bố nào kết quả nghiên cứu cũng sẽ không có bất kỳ thông tin nào liên quan đến nhận diện của bạn.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Sau khi đọc trang thông tin nghiên cứu và hoàn thành giấy đồng ý tham gia nghiên cứu kèm theo trang thông tin này, chúng tôi coi như bạn đồng ý tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi.

Câu hỏi hoặc thông tin cần biết thêm về nghiên cứu

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến nghiên cứu này, xin hãy liên hệ với người thực hiện nghiên cứu theo thông tin liên hệ ở trang sau.

GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin trong trang thông tin dành cho đối tượng nghiên cứu. Tôi hiểu rằng:

- 1. Tôi tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện;**
- 2. Tôi có thể từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào nếu tôi muốn;**
- 3. Tất cả các thông tin của tôi và các câu trả lời mà tôi đưa ra sẽ được nhóm nghiên cứu giữ bí mật hoàn toàn;**
- 4. Giấy đồng ý tham gia nghiên cứu có ghi tên của tôi nhưng sẽ được nhóm nghiên cứu giữ bí mật.**

Tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này Có Không

Họ và tên: _____ Ngày ____/____/____

Nếu bạn có câu hỏi gì về nghiên cứu này, xin hãy liên hệ với chúng tôi qua bất kỳ hình thức liên lạc nào dưới đây:

1. Nghiên cứu viên chính: NCS. Nguyễn Thái Quỳnh Chi

Điện thoại: 0983051277

Email: nqc@huph.edu.vn

2. Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y tế công cộng

Điện thoại: (024) 62662386

Email: irb@huph.edu.vn

-----o0o-----

Cách trả lời câu hỏi

Không có câu trả lời đúng hay sai cho các câu hỏi của chúng tôi. Chúng tôi rất mong bạn sẽ cố gắng trả lời tất cả câu hỏi. Nếu bạn không chắc chắn về câu trả lời của mình, hãy đánh dấu vào lựa chọn gần với cảm nhận của bạn nhất.

Hầu hết các câu hỏi chỉ chọn **MỘT** phương án trả lời. Các câu hỏi có thể chọn nhiều phương án chúng tôi đã có chú thích ngay phía dưới câu hỏi. Mong các bạn lưu tâm để trả lời phù hợp.

Để trả lời câu hỏi, xin bạn hãy **khoanh tròn vào con số thích hợp hoặc viết vào chỗ trống** mà chúng tôi đã tạo sẵn.

Bạn hãy đọc hai trường hợp của Linh và Hùng rồi KHOANH TRÒN vào phương án phù hợp với suy nghĩ của mình cho những câu hỏi dưới đây.

Đầu tiên là trường hợp của Linh

Linh là một nữ sinh viên 20 tuổi. Khoảng 5-6 tháng gần đây cô luôn cảm thấy bất an về những chủ đề không đáng phải lo lắng và không kiểm soát được tình trạng này. Nhiều lúc cô cảm thấy bồn chồn, bất an, và khó tập trung. Điều này ảnh hưởng khá nhiều đến việc học tập của Linh.

Q1.	Theo bạn, Linh đang gặp vấn đề sức khỏe gì? <i>(chỉ chọn một phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng động giảm chú ý. 2. Ung thư. 3. Lo âu. 4. Trầm cảm. 5. Tâm thần phân liệt. 6. Căng thẳng (Stress). 7. Động kinh. 8. Tự kỷ. 9. Thất tình. 88. Khác (ghi cụ thể): 89. Không gặp vấn đề gì. 90. Không biết.
------------	--	---

Q2.	Theo bạn, nguyên nhân dẫn đến tình trạng sức khỏe này là gì? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhiễm vi rút/nhiễm khuẩn. 2. Dị ứng. 3. Áp lực học tập/thi cử. 4. Áp lực từ cuộc sống hàng ngày. 5. Mất đi người thân. 6. Trải nghiệm từ thời thơ ấu. 7. Gặp sự kiện gây sốc. 8. Không có ai để tâm sự/nói chuyện. 9. Là người hay hoảng sợ. 10. Do di truyền hoặc do gen. 11. Bố mẹ kiểm soát quá mức. 88. Khác (ghi cụ thể): 89. Không biết.
Q3.	Bạn đã từng biết người nào có biểu hiện như mô tả ở trường hợp của Linh không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có ⇒ Tiếp tục trả lời câu Q4. 2. Không ⇒ Chuyển sang câu Q5.
Q4.	Người đó là ai? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Một người bạn thân. 2. Một người bạn trong lớp. 3. Người thân trong gia đình/họ hàng. 4. Hàng xóm. 5. Bản thân mình. 88. Khác (ghi cụ thể):
Q5.	Hãy TƯỞNG TƯỢNG nếu một người bạn của bạn có những biểu hiện giống với trường hợp của Linh, bạn có DỰ ĐỊNH làm gì đó để giúp đỡ bạn mình không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có ⇒ Chuyển sang câu Q7. 2. Không ⇒ Tiếp tục trả lời câu Q6.
Q6.	Điều gì làm bạn KHÔNG dự định giúp đỡ Linh? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Linh có thể tự vượt qua được tình trạng của mình mà không cần giúp đỡ. 2. Nghĩ rằng Linh không cần giúp đỡ.

		3. Không tự tin rằng mình có thể giúp đỡ Linh. 4. Không biết phải làm gì để giúp Linh. 88. Khác (ghi cụ thể):.....
--	--	--

Q7. Theo bạn, vai trò của những người dưới đây trong việc giúp Linh vượt qua vấn đề của mình như thế nào?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q7.1.	Bác sĩ đa khoa.	1	2	3	4
Q7.2.	Bác sĩ đông y.	1	2	3	4
Q7.3.	Giáo viên.	1	2	3	4
Q7.4.	Người làm tư vấn.	1	2	3	4
Q7.5.	Đường dây tư vấn tâm lý, ví dụ: 1900 6877.	1	2	3	4
Q7.6.	Nhà tâm lý.	1	2	3	4
Q7.7.	Bác sĩ tâm thần.	1	2	3	4
Q7.8.	Nhân viên công tác xã hội.	1	2	3	4
Q7.9.	Người gần gũi nhất trong gia đình.	1	2	3	4
Q7.10.	Bạn thân.	1	2	3	4
Q7.11.	Cha đạo, nhà sư.	1	2	3	4
Q7.12.	Nhóm đồng đẳng (những người cũng có vấn đề như mình).	1	2	3	4
Q7.13.	Linh phải tự ứng phó với vấn đề của mình.	1	2	3	4

Q8. Theo bạn, nếu bạn bè và gia đình của Linh thực hiện các biện pháp hỗ trợ dưới đây sẽ có tác dụng thế nào trong việc Linh vượt qua vấn đề sức khỏe của mình?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q8.1.	Lắng nghe để hiểu vấn đề mà Linh đang gặp phải.	1	2	3	4
Q8.2.	Nói với Linh một cách kiên quyết về việc Linh phải điều chỉnh hành vi của mình.	1	2	3	4
Q8.3.	Khuyên Linh nên tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ.	1	2	3	4
Q8.4.	Chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ giúp đỡ.	1	2	3	4
Q8.5.	Kêu gọi bạn bè tụ tập để giúp Linh vui lên.	1	2	3	4
Q8.6.	Làm cho Linh bận rộn với việc học hành và những việc khác để bạn không nghĩ đến vấn đề của mình nữa.	1	2	3	4
Q8.7.	Khuyến khích Linh tham gia các hoạt động thể dục thể thao.	1	2	3	4
Q8.8.	Mặc kệ để Linh tự vượt qua được vấn đề.	1	2	3	4

Q9. Theo bạn, việc thực hiện các hoạt động dưới đây có vai trò thế nào trong việc giúp Linh vượt qua vấn đề của mình?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q9.1.	Vận động thể chất nhiều hơn.	1	2	3	4
Q9.2.	Tìm đọc về những người cũng gặp vấn đề như mình và xem họ ứng phó như thế nào.	1	2	3	4
Q9.3.	Đi chơi, gặp gỡ bạn bè nhiều hơn.	1	2	3	4
Q9.4.	Tham gia lớp học thư giãn, kiểm soát stress, thiền, yoga, kiểm soát sự căng thẳng.	1	2	3	4
Q9.5.	Tìm kiếm thông tin về những vấn đề mình gặp phải trên mạng Internet.	1	2	3	4
Q9.6.	Tìm đọc sách về vấn đề mà mình gặp phải.	1	2	3	4
Q9.7.	Tư vấn chuyên gia về sức khỏe tâm thần.	1	2	3	4
Q9.8.	Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe.	1	2	3	4
Q9.9.	Đến khám tại bệnh viện nào đó.	1	2	3	4
Q9.10.	Sử dụng đồ uống có cồn để thư giãn.	1	2	3	4
Q9.11.	Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn.	1	2	3	4
Q9.12.	Hút thuốc lá để thư giãn.	1	2	3	4
Q9.13.	Ăn kiêng.	1	2	3	4

Q10. Theo bạn, nếu mọi người thực hiện theo các biện pháp dưới đây sẽ có tác dụng thế nào trong việc tránh được khả năng mắc vấn đề SKTT như Linh?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q10.1.	Tăng cường hoạt động thể chất.	1	2	3	4
Q10.2.	Tránh các tình huống gây căng thẳng.	1	2	3	4
Q10.3.	Thường xuyên nói chuyện với bạn bè.	1	2	3	4
Q10.4.	Thường xuyên nói chuyện với người thân trong nhà.	1	2	3	4
Q10.5.	Tránh ăn đồ ngọt.	1	2	3	4
Q10.6.	Tránh lạm dụng đồ uống có cồn.	1	2	3	4
Q10.7.	Dành thời gian cho các hoạt động thư giãn.	1	2	3	4
Q10.8.	Có niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh.	1	2	3	4

- Q11.** Theo bạn, nếu Linh CÓ sự giúp đỡ của người có chuyên môn về sức khỏe tâm thần thì vấn đề sức khỏe của Linh sẽ thay đổi thế nào?
(chỉ chọn một phương án)
1. Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa.
 2. Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 3. Hồi phục một phần.
 4. Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 5. Tình trạng sức khỏe của Linh không thay đổi.
 6. Tình trạng sức khỏe của Linh tệ hơn.
 7. Không biết.

- Q12.** Theo bạn, nếu Linh **KHÔNG CÓ** sự giúp đỡ của người có chuyên môn về sức khỏe tâm thần thì vấn đề sức khỏe của Linh sẽ thay đổi thế nào?
(*chỉ chọn một phương án*)
1. Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa.
 2. Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 3. Hồi phục một phần.
 4. Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 5. Tình trạng sức khỏe của Linh không thay đổi.
 6. Tình trạng sức khỏe của Linh tệ hơn.
 7. Không biết.

-
- Q13.** Theo bạn, nếu bạn bè hoặc những người xung quanh biết về vấn đề sức khỏe của Linh thì họ có kỳ thị hay xa lánh bạn ấy không?
1. Có.
 2. Không.
 3. Không biết

Q14. Bạn hãy cho biết ý kiến của RIÊNG BẠN về những quan điểm dưới đây:

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q14.1.	Những người như Linh có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn.	1	2	3	4	5
Q14.2.	Vấn đề sức khỏe như Linh mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu.	1	2	3	4	5
Q14.3.	Vấn đề sức khỏe của Linh không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.	1	2	3	4	5

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q14.4.	Những người có vấn đề sức khỏe như Linh là người nguy hiểm.	1	2	3	4	5
Q14.5.	Tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Linh để tránh bị lây.	1	2	3	4	5
Q14.6.	Những người có vấn đề sức khỏe như Linh rất khó dự đoán về hành vi.	1	2	3	4	5
Q14.7.	Nếu tôi gặp vấn đề như của Linh, tôi sẽ không nói cho ai biết.	1	2	3	4	5
Q14.8.	Tôi sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Linh	1	2	3	4	5

Q15. Bạn hãy cho biết mức độ đồng ý của mình đối với các quan điểm dưới đây:

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q15.1.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người như Linh có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn.	1	2	3	4	5
Q15.2.	Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe như Linh mắc phải là	1	2	3	4	5

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
	một biểu hiện của người có tính cách yếu.					
Q15.3.	Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe của Linh không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.	1	2	3	4	5
Q15.4.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như Linh là người nguy hiểm.	1	2	3	4	5
Q15.5.	Hầu hết mọi người đều cho rằng tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Linh để tránh bị lây.	1	2	3	4	5
Q15.6.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như Linh rất khó dự đoán về hành vi.	1	2	3	4	5
Q15.7.	Hầu hết mọi người sẽ không nói cho ai biết nếu họ gặp vấn đề sức khỏe giống Linh.	1	2	3	4	5
Q15.8.	Hầu hết mọi người sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Linh.	1	2	3	4	5

Q16. Bạn hãy cho biết mức độ sẵn sàng của mình khi làm những việc sau:

		Hoàn toàn sẵn sàng	Sẵn sàng	Phân vân	Không sẵn sàng	Hoàn toàn không sẵn sàng
Q16.1.	Chuyển sang ở cùng phòng trọ/cùng khu nhà trọ/chuyển đến sống gần nhà với Linh.	1	2	3	4	5
Q16.2.	Rủ Linh đi chơi cùng mình.	1	2	3	4	5
Q16.3.	Làm bạn với Linh.	1	2	3	4	5
Q16.4.	Nói chuyện về Linh và vấn đề sức khỏe của cô ấy với gia đình.	1	2	3	4	5
Q16.5.	Mời Linh về nhà mình chơi.	1	2	3	4	5

MỜI BẠN TIẾP TỤC VỚI TRƯỜNG HỢP CỦA HÙNG

Hùng là một nam sinh viên 20 tuổi. Vài tháng gần đây, cậu thường có cảm giác buồn rầu và giảm đi các ham thích trước đây. Cậu luôn cảm thấy mệt mỏi, giảm đi các hoạt động, ăn uống kém và bị sút cân. Tình trạng này đã ảnh hưởng tới việc học của Hùng đến mức nhà trường phải liên hệ với gia đình để trao đổi về tình trạng của cậu.

- Q17.** Theo bạn, Hùng đang gặp vấn đề sức khỏe gì?
(chỉ chọn một phương án)
1. Tăng động giảm chú ý.
 2. Ung thư.
 3. Lo âu.
 4. Trầm cảm.
 5. Tâm thần phân liệt.
 6. Căng thẳng (Stress).
 7. Động kinh.
 8. Tụ ký.
 9. Thất tình.
 88. Khác (ghi cụ thể):
 89. Không gặp vấn đề gì.
 99. Không biết.
-
- Q18.** Theo bạn, nguyên nhân dẫn đến tình trạng sức khỏe này là gì?
(có thể chọn nhiều phương án)
1. Nhiễm vi rút/nhiễm khuẩn.
 2. Dị ứng.
 3. Áp lực học tập/thi cử.
 4. Áp lực từ cuộc sống hàng ngày.
 5. Mất đi người thân.
 6. Trải nghiệm từ thời thơ ấu.
 7. Gặp sự kiện gây sốc.
 8. Không có ai để tâm sự/nói chuyện.
 9. Là người hay hoảng sợ.
 10. Do di truyền hoặc do gen.
 11. Bố mẹ kiểm soát quá mức.
 88. Khác (ghi cụ thể):
 99. Không biết.

- Q19.** Bạn đã từng biết người nào có biểu hiện như mô tả ở trường hợp của Hùng không?
1. Có ⇒ Tiếp tục trả lời câu Q20.
 2. Không ⇒ Chuyển sang câu Q21.
-
- Q20.** Người đó là ai?
(có thể chọn nhiều phương án)
3. Một người bạn thân.
 4. Một người bạn trong lớp.
 5. Người thân trong gia đình/họ hàng.
 6. Hàng xóm.
 7. Bản thân mình.
 88. Khác (ghi cụ thể):
-
- Q21.** Hãy TƯỞNG TƯỢNG nếu một người bạn của bạn có những biểu hiện giống với trường hợp của Hùng, bạn có DỰ ĐỊNH làm gì đó để giúp đỡ bạn mình không?
1. Có ⇒ Chuyển sang câu Q23.
 2. Không ⇒ Tiếp tục trả lời câu Q22.
-
- Q22.** Điều gì làm bạn KHÔNG dự định giúp đỡ Hùng?
(có thể chọn nhiều phương án)
3. Hùng có thể tự vượt qua được tình trạng của mình mà không cần giúp đỡ.
 4. Nghĩ rằng Hùng không cần giúp đỡ.
 5. Không tự tin rằng mình có thể giúp Hùng.
 6. Không biết phải làm gì để giúp Hùng.
 88. Khác (ghi cụ thể):

Q23. Theo bạn, vai trò của những người dưới đây trong việc giúp Hùng vượt qua vấn đề của mình như thế nào?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q23.1.	Bác sĩ đa khoa.	1	2	3	4
Q23.2.	Bác sĩ đông y.	1	2	3	4
Q23.3.	Giáo viên.	1	2	3	4

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q23.4.	Người làm tư vấn.	1	2	3	4
Q23.5.	Đường dây tư vấn tâm lý, ví dụ: 1900 6877.	1	2	3	4
Q23.6.	Nhà tâm lý.	1	2	3	4
Q23.7.	Bác sĩ tâm thần.	1	2	3	4
Q23.8.	Nhân viên công tác xã hội.	1	2	3	4
Q23.9.	Người gần gũi nhất trong gia đình.	1	2	3	4
Q23.10.	Bạn thân.	1	2	3	4
Q23.11.	Cha đạo, nhà sư.	1	2	3	4
Q23.12.	Nhóm đồng đẳng (những người cũng có vấn đề như mình).	1	2	3	4
Q23.13.	Hùng phải tự ứng phó với vấn đề của mình.	1	2	3	4

Q24. Theo bạn, nếu bạn bè và gia đình của Hùng thực hiện các biện pháp hỗ trợ dưới đây sẽ có tác dụng thế nào trong việc Hùng vượt qua vấn đề sức khỏe của mình?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q24.1.	Lắng nghe để hiểu vấn đề mà Hùng đang gặp phải.	1	2	3	4

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q24.2.	Nói với Hùng một cách kiên quyết về việc Hùng phải điều chỉnh hành vi của mình.	1	2	3	4
Q24.3.	Khuyên Hùng nên tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ.	1	2	3	4
Q24.4.	Chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ giúp đỡ.	1	2	3	4
Q24.5.	Kêu gọi bạn bè tụ tập để giúp Hùng vui lên.	1	2	3	4
Q24.6.	Làm cho Hùng bận rộn với việc học hành và những việc khác để bạn không nghĩ đến vấn đề của mình nữa.	1	2	3	4
Q24.7.	Khuyến khích Hùng tham gia các hoạt động thể dục thể thao.	1	2	3	4
Q24.8.	Mặc kệ để Hùng tự vượt qua được vấn đề.	1	2	3	4

Q25. Theo bạn, việc thực hiện các hoạt động dưới đây có vai trò thế nào trong việc giúp Hùng vượt qua vấn đề của mình?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q25.1.	Vận động thể chất nhiều hơn.	1	2	3	4
Q25.2.	Tìm đọc về những người cũng gặp vấn đề như mình và xem họ ứng phó như thế nào.	1	2	3	4

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q25.3.	Đi chơi, gặp gỡ bạn bè nhiều hơn.	1	2	3	4
Q25.4.	Tham gia lớp học thư giãn, kiểm soát stress, thiền, yoga, kiểm soát sự căng thẳng.	1	2	3	4
Q25.5.	Tìm kiếm thông tin về những vấn đề mình gặp phải trên mạng Internet.	1	2	3	4
Q25.6.	Tìm đọc sách về vấn đề mà mình gặp phải.	1	2	3	4
Q25.7.	Tư vấn chuyên gia về sức khỏe tâm thần.	1	2	3	4
Q25.8.	Tìm đến phòng khám/dịch vụ hỗ trợ sức khỏe.	1	2	3	4
Q25.9.	Đến khám tại bệnh viện nào đó.	1	2	3	4
Q25.10.	Sử dụng đồ uống có cồn để thư giãn.	1	2	3	4
Q25.11.	Bỏ hoàn toàn đồ uống có cồn.	1	2	3	4
Q25.12.	Hút thuốc lá để thư giãn.	1	2	3	4
Q25.13.	Ăn kiêng.	1	2	3	4

Q26. Theo bạn, nếu mọi người thực hiện theo các biện pháp dưới đây sẽ có tác dụng thế nào trong việc tránh được khả năng mắc vấn đề SKTT như Hùng?

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q26.1.	Tăng cường hoạt động thể chất.	1	2	3	4

		Giúp đỡ được	Không giúp đỡ được	Có tác động tiêu cực	Không biết
Q26.2.	Tránh các tình huống gây căng thẳng.	1	2	3	4
Q26.3.	Thường xuyên nói chuyện với bạn bè.	1	2	3	4
Q26.4.	Thường xuyên nói chuyện với người thân trong nhà.	1	2	3	4
Q26.5.	Tránh ăn đồ ngọt.	1	2	3	4
Q26.6.	Tránh lạm dụng đồ uống có cồn.	1	2	3	4
Q26.7.	Dành thời gian cho các hoạt động thư giãn.	1	2	3	4
Q26.8.	Có niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh.	1	2	3	4

- Q27.** Theo bạn, nếu Hùng **CÓ** sự giúp đỡ của người có chuyên môn về sức khỏe tâm thần thì vấn đề sức khỏe của Hùng sẽ thay đổi thế nào?
(chỉ chọn một phương án)
1. Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa.
 2. Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 3. Hồi phục một phần.
 4. Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 5. Tình trạng sức khỏe của Hùng không thay đổi.
 6. Tình trạng sức khỏe của Hùng tệ hơn.
 99. Không biết.
- Q28.** Theo bạn, nếu Hùng **KHÔNG CÓ** sự giúp đỡ của người có chuyên môn về sức khỏe tâm thần thì vấn đề
1. Hoàn toàn hồi phục và không gặp phải tình trạng sức khỏe này nữa.
 2. Hoàn toàn hồi phục nhưng tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.

- đề sức khỏe của Hùng sẽ thay đổi thế nào?
(chỉ chọn một phương án)
3. Hồi phục một phần.
 4. Hồi phục một phần và tình trạng sức khỏe này vẫn có thể tái diễn.
 5. Tình trạng sức khỏe của Hùng không thay đổi.
 6. Tình trạng sức khỏe của Hùng tệ hơn.
 99. Không biết.

-
- Q29.** Theo bạn, nếu bạn bè hoặc những người xung quanh biết về vấn đề sức khỏe của Hùng thì họ có kỳ thị hay xa lánh bạn ấy không?
1. Có.
 2. Không.
 99. Không biết

Q30. Bạn hãy cho biết ý kiến của RIÊNG BẠN về những quan điểm dưới đây:

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q30.1.	Những người như Hùng có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn.	1	2	3	4	5
Q30.2.	Vấn đề sức khỏe như Hùng mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu.	1	2	3	4	5
Q30.3.	Vấn đề sức khỏe của Hùng không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.	1	2	3	4	5
Q30.4.	Những người có vấn đề sức khỏe như Hùng là người nguy hiểm.	1	2	3	4	5

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q30.5.	Tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Hùng để tránh bị lây.	1	2	3	4	5
Q30.6.	Những người có vấn đề sức khỏe như Hùng rất khó dự đoán về hành vi.	1	2	3	4	5
Q30.7.	Nếu tôi gặp vấn đề như của Hùng, tôi sẽ không nói cho ai biết.	1	2	3	4	5
Q30.8.	Tôi sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Hùng	1	2	3	4	5

Q31. Bạn hãy cho biết mức độ đồng ý của mình đối với các quan điểm dưới đây:

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q31.1.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người như Hùng có thể tự vượt qua vấn đề của chính mình nếu họ muốn.	1	2	3	4	5
Q31.2.	Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe như Hùng mắc phải là một biểu hiện của người có tính cách yếu.	1	2	3	4	5

		Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Q31.3.	Hầu hết mọi người đều cho rằng vấn đề sức khỏe của Hùng không phải là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.	1	2	3	4	5
Q31.4.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như Hùng là người nguy hiểm.	1	2	3	4	5
Q31.5.	Hầu hết mọi người đều cho rằng tốt nhất chúng ta nên tránh những người có vấn đề sức khỏe giống Hùng để tránh bị lây.	1	2	3	4	5
Q31.6.	Hầu hết mọi người đều cho rằng những người có vấn đề sức khỏe như Hùng rất khó dự đoán về hành vi.	1	2	3	4	5
Q31.7.	Hầu hết mọi người sẽ không nói cho ai biết nếu họ gặp vấn đề sức khỏe giống Hùng.	1	2	3	4	5
Q31.8.	Hầu hết mọi người sẽ không làm việc cùng người có vấn đề sức khỏe giống Hùng.	1	2	3	4	5

Q32. Bạn hãy cho biết mức độ sẵn sàng của mình khi làm những việc sau:

		Hoàn toàn sẵn sàng	Sẵn sàng	Phân vân	Không sẵn sàng	Hoàn toàn không sẵn sàng
Q32.1.	Chuyển sang ở cùng phòng trọ/cùng khu nhà trọ/chuyển đến sống gần nhà với Hùng.	1	2	3	4	5
Q32.2.	Rủ Hùng đi chơi cùng mình.	1	2	3	4	5
Q32.3.	Làm bạn với Hùng.	1	2	3	4	5
Q32.4.	Nói chuyện về Hùng và vấn đề sức khỏe của cậu ấy với gia đình.	1	2	3	4	5
Q32.5.	Mời Hùng về nhà mình chơi.	1	2	3	4	5

Mời bạn tiếp tục với một số câu hỏi về hình thức và tài liệu truyền thông phù hợp để cung cấp thông tin về các vấn đề sức khỏe tâm thần dưới đây.

Câu hỏi	Phương án trả lời
Q33. Bạn có muốn tìm hiểu thêm về các vấn đề SKTT không?	1. Có. 2. Không ⇒ chuyển sang câu hỏi Q36.
Q34. Bạn muốn tìm hiểu thêm về thông tin gì? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i>	1. Dấu hiệu để nhận biết các vấn đề SKTT phổ biến. 2. Các yếu tố nguy cơ/nguyên nhân dẫn đến các vấn đề SKTT. 3. Các biện pháp hỗ trợ người có biểu hiện mắc một vấn đề SKTT nào đó. 4. Khác (ghi cụ thể):
Q35. Theo bạn, các thông tin về các vấn đề SKTT được chuyển	1. Tờ rơi. 2. Sách mỏng với kích thước bằng ¼ tờ giấy A4.

Câu hỏi	Phương án trả lời
<p>đến các bạn sinh viên qua hình thức tài liệu nào hoặc qua kênh nào thì phù hợp? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sách mỏng với kích thước bằng ½ tờ giấy A4. 4. Áp phích có kích thước Ao dán trong trường. 5. Tổ chức các buổi học ngoại khóa về các vấn đề SKTT. 6. Lập một trang tin cung cấp thông tin về các vấn đề SKTT trên facebook. 7. Cung cấp thông tin về các vấn đề SKTT qua tin nhắn điện thoại. 8. Phát triển phần mềm tương tác trên điện thoại. 9. Khác (ghi cụ thể):

Cuối cùng là một vài câu hỏi về thông tin cá nhân của bạn.

Q36. Giới tính của bạn là?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nam. 2. Nữ.
Q37. Bạn sinh năm nào?
Q38. Hiện nay bạn đang là sinh viên năm thứ mấy?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Năm 1. 2. Năm 2. 3. Năm 3. 4. Năm 4.
Q39. Gia đình bạn thuộc dân tộc nào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kinh. 2. Khác (ghi cụ thể):
Q40. Gia đình bạn theo tôn giáo nào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phật. 2. Thiên chúa. 3. Tin lành. 4. Không theo tôn giáo nào. 88. Khác (ghi cụ thể): 99. Không biết.
Q41. Gia đình bạn hiện đang sống ở đâu?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4 quận trung tâm Hà Nội (Hoàn Kiếm, Đống Đa, Ba Đình, Hai Bà Trưng)

	<p>2. Quận/Huyện mới của Hà Nội (Cầu Giấy, Thanh Xuân, Hoàng Mai, Long Biên, Từ Liêm, Gia Lâm, Đông Anh...)</p> <p>88. Tỉnh khác (ghi cụ thể):</p>
<p>Q42. Hiện tại bạn đang sống cùng ai?</p>	<p>1. Một mình.</p> <p>2. Gia đình (bố mẹ, anh chị em ruột).</p> <p>3. Họ hàng (cô, dì, chú, bác).</p> <p>4. Bạn cùng phòng trọ/ký túc xá</p> <p>5. Người yêu.</p> <p>6. Người quen.</p> <p>7. Khác (ghi cụ thể):</p>
<p>Q43. Khi gặp khó khăn trong cuộc sống hay trong học tập bạn thường làm gì? <i>(có thể chọn nhiều phương án)</i></p>	<p>1. Tâm sự/nhờ sự giúp đỡ của bố mẹ.</p> <p>2. Tâm sự/nhờ sự giúp đỡ của bạn bè.</p> <p>3. Tâm sự/nhờ sự giúp đỡ của người yêu.</p> <p>4. Đi chùa/đền/nhà thờ.</p> <p>5. Uống bia/rượu, hút thuốc lá.</p> <p>88. Khác (ghi cụ thể):</p>

Bộ câu hỏi kết thúc tại đây.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bạn đã dành thời gian trả lời các câu hỏi!

Phụ lục 5. Hướng dẫn thảo luận nhóm ĐTNC trước-sau can thiệp

Đối tượng:

Thời gian thảo luận:

Địa điểm:

Mục tiêu: Tìm hiểu thái độ của sinh viên với các trường hợp có RLLA và trầm cảm; các yếu tố có thể ảnh hưởng (tích cực và tiêu cực) đến dự định tìm kiếm sự trợ giúp; các loại hình tài liệu truyền thông phù hợp để chuyển tải các thông tin về RLLA và trầm cảm đến sinh viên; ưu điểm và hạn chế của các hoạt động/tài liệu can thiệp; bài học kinh nghiệm.

Nội dung

Trước can thiệp

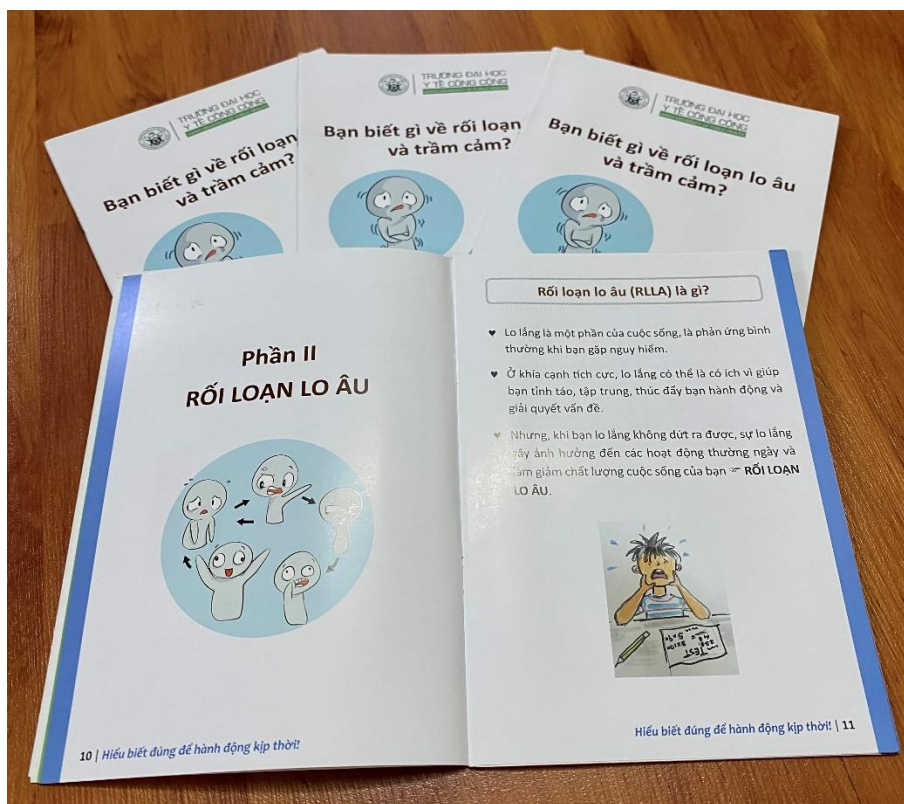
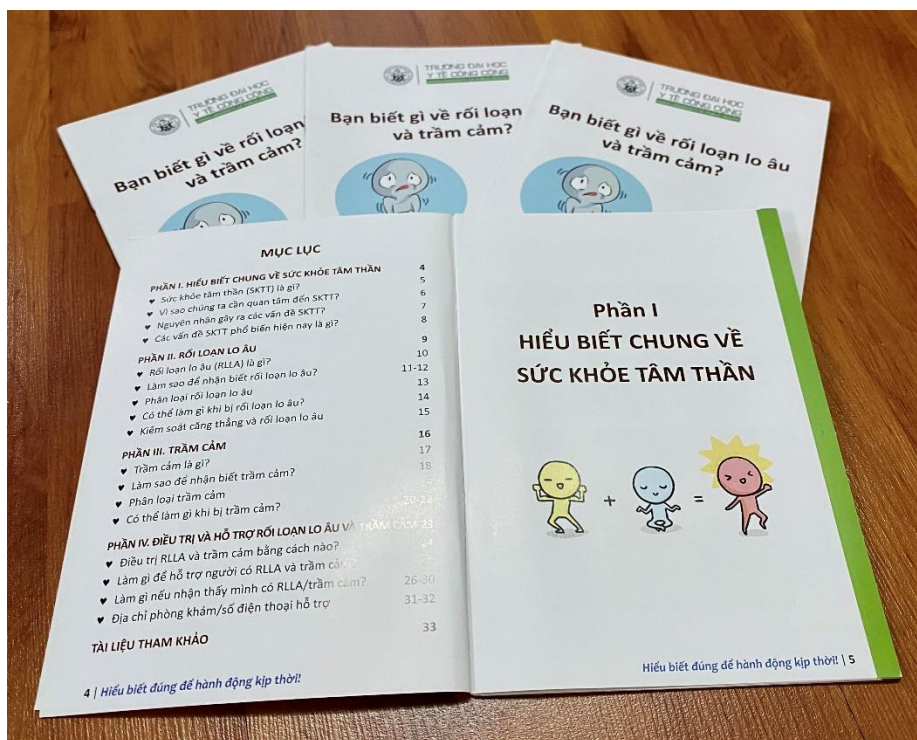
- Cảm giác như thế nào khi thấy bạn mình có những lời nói hoặc hành vi ứng xử không bình thường? Khi thấy bạn mình bỗng trở nên trầm lặng, không muốn tham gia các hoạt động thường ngày?
- Suy nghĩ thế nào về một người bạn mắc RLLA và trầm cảm?
- Có sẵn sàng giúp đỡ người bạn đó vượt qua tình trạng hiện tại không? Nếu có, sẽ giúp đỡ như thế nào?
- Điều gì thúc đẩy bạn muốn giúp đỡ người bạn đó?
- Điều gì làm bạn không muốn giúp đỡ người bạn đó?
- Nếu có chương trình can thiệp về RLLA và trầm cảm, các bạn mong muốn tìm hiểu thêm về những chủ đề gì?
- Hoạt động/tài liệu truyền thông nào phù hợp với các bạn sinh viên hiện nay để chuyển tải thông tin về RLLA và trầm cảm?

Sau can thiệp

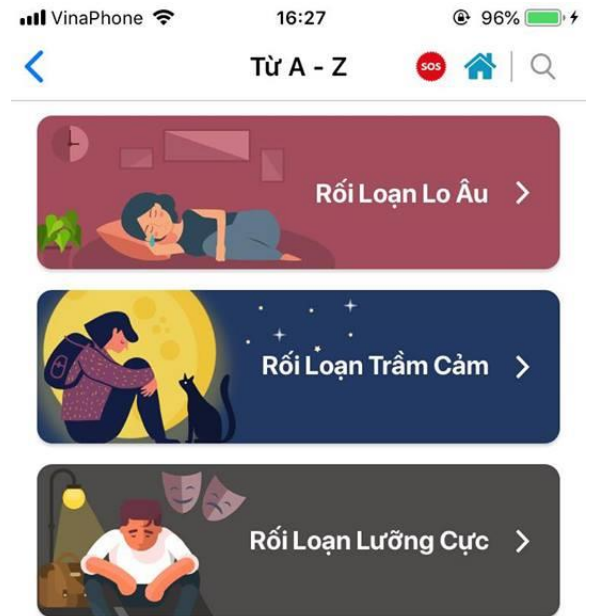
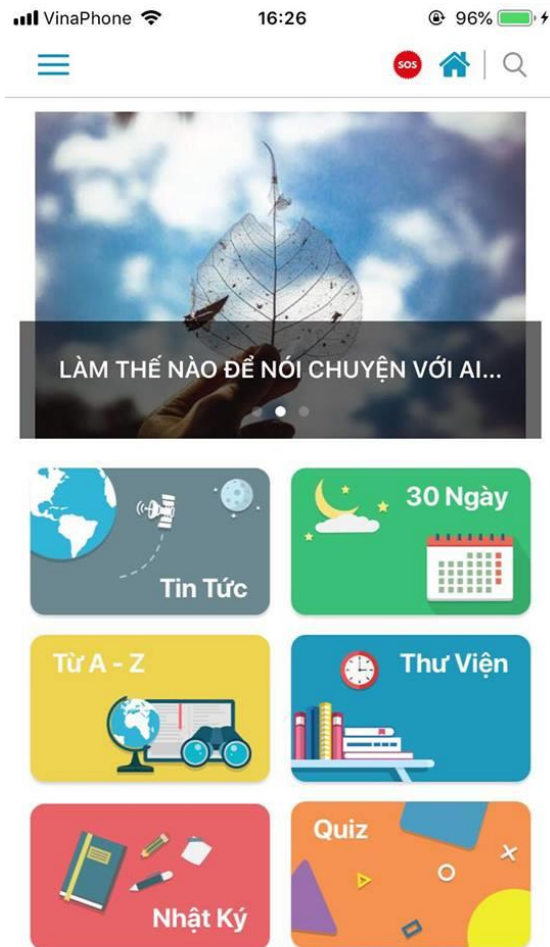
- Cảm giác như thế nào khi thấy bạn mình có những lời nói hoặc hành vi ứng xử không bình thường? Khi thấy bạn mình bỗng trở nên trầm lặng, không muốn tham gia các hoạt động thường ngày?

- Suy nghĩ thế nào về một người bạn mắc RLLA và trầm cảm?
- Có sẵn sàng giúp đỡ người bạn đó vượt qua tình trạng hiện tại không? Nếu có, sẽ giúp đỡ như thế nào?
- Điều gì thúc đẩy bạn muốn giúp đỡ người bạn đó?
- Điều gì làm bạn không muốn giúp đỡ người bạn đó?
- Bạn nhận xét thế nào về hoạt động tập huấn và phát sách mỏng trên lớp? Điều gì làm bạn thấy thích? Điều gì cần rút kinh nghiệm cho lần sau?
- Bạn nhận xét thế nào về hoạt động hướng dẫn cài app Shining Mind vào điện thoại của bạn? Điều gì làm bạn thấy thích? Điều gì cần rút kinh nghiệm cho lần sau?
- Các tài liệu và hoạt động can thiệp mà chương trình thực hiện giúp bạn thay đổi thế nào về hiểu biết cũng như thái độ với RLLA và trầm cảm?

Phụ lục 6. Sách mởng “Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm?”



Phụ lục 7. Hình ảnh và một số nội dung trên phần mềm ShiningMind





30 NGÀY CÓ NHỮNG GÌ?

PHẦN 1: SỨC KHỎE TÂM THẦN

- SỨC KHỎE TÂM THẦN LÀ GÌ? KHI NÀO CHÚNG TA CẦN TRỢ GIÚP?
- VÌ SAO CHÚNG TA CẦN QUAN TÂM ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN?
- NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY RA VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN
- ĐỊNH KIỂM VÀ NHỮNG HIỆU LÂM VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

PHẦN 2: CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

- TRẦM CẢM: THỰC TRẠNG, KHÁI NIỆM, TRIỆU CHỨNG VÀ PHÂN LOẠI
- RỐI LOẠN LO ÂU: THỰC TRẠNG, KHÁI NIỆM, TRIỆU CHỨNG VÀ PHÂN LOẠI
- RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỜNG CỰC: THỰC TRẠNG, KHÁI NIỆM, TRIỆU CHỨNG VÀ PHÂN LOẠI

PHẦN 3: TÌM KIẾM SỰ TRỢ GIÚP KHI CÓ VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

- TRỢ GIÚP CHUYÊN NGHIỆP: THUỐC VÀ TRỊ LIỆU TÂM LÝ
- TỰ TRỢ GIÚP BẢN THÂN
- HỖ TRỢ MỘT NGƯỜI CÓ VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

PHẦN 4: PHÒNG NGỪA NGUY CƠ TỰ TỬ

- DẤU HIỆU CẢNH BÁO
- BẢN THÂN CÓ THỂ LÀM GÌ KHI CÓ SUY NGHĨ TỰ TỬ
- NGƯỜI KHÁC CÓ THỂ LÀM GÌ KHI BIẾT MỘT AI ĐÓ CÓ SUY NGHĨ TỰ TỬ

CRISP

MỘT SỐ LỜI ĐÒN VÀ SỰ THẬT VỀ RỐI LOẠN TÂM THẦN

<p>LỜI ĐÒN</p> <p>Những vấn đề về tâm thần chẳng ảnh hưởng gì tới tôi cả</p>	<p>1 in 4</p> 	<p>SỰ THẬT</p> <p>Rối loạn tâm thần thực ra rất phổ biến. Theo WHO, cứ trong 4 người sẽ có 1 người mắc rối loạn tâm thần hoặc thần kinh tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời họ. Hiện nay, rối loạn tâm thần đang là một trong những nguyên nhân dẫn đầu trong việc làm tình trạng sức khỏe xấu đi và gây ra khuyết tật hằng năm.</p>
<p>LỜI ĐÒN</p> <p>Những người mắc rối loạn tâm thần thường có hành vi bạo lực và không dự đoán được trước</p> 		<p>SỰ THẬT</p> <p>Hầu hết những người có rối loạn tâm thần không có xu hướng bạo lực. Chỉ có khoảng 3-5% có xu hướng bạo lực. Trên thực tế, những người mắc những rối loạn tâm thần nặng thường có khả năng trở thành nạn nhân của bạo lực gấp 10 lần người bình thường.</p>
<p>LỜI ĐÒN</p> <p>Những khuyết điểm về tinh cách chính là nguyên nhân gây ra rối loạn tâm thần. Nếu cố gắng đủ, những người có rối loạn tâm thần có thể tự khỏi.</p> 		<p>SỰ THẬT</p> <p>Rối loạn tâm thần không hề liên quan gì đến lưỡi biếng hay yếu đuối, và rất nhiều người cần đến sự trợ giúp để tình trạng sức khỏe tâm thần của họ trở nên khá hơn. Có rất nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần như: yếu tố di truyền, yếu tố môi trường, yếu tố sinh học,....</p>

CRISP

RỐI LOẠN LO ÂU

Trên thế giới

Rối loạn lo âu là rối loạn tâm thần **phổ biến nhất** trên thế giới (WHO)



Tại Mỹ

Rối loạn lo âu là ảnh hưởng đến **40 triệu** người ở lứa tuổi trưởng thành

Chỉ có **1/3** số người trải qua rối loạn lo âu được trị liệu.

Lo lắng có thật sự là tệ?

Lo lắng là **một phần** của cuộc sống - là **phản ứng bình thường** khi gặp nguy hiểm. Trong chừng mực, lo lắng **có thể là có ích**. Nó giúp bạn tỉnh táo, tập trung, thúc đẩy bạn hành động và thúc đẩy bạn giải quyết vấn đề.

Khi nào lo lắng trở thành vấn đề?

Khi những lo lắng **áp đảo** bạn.

Khi lo lắng **cản trở** đến các hoạt động hàng ngày và các mối quan hệ của bạn.

Khi đó bạn có thể vượt qua ranh giới của **lo lắng bình thường** và tiến vào vùng **Rối loạn lo âu**.

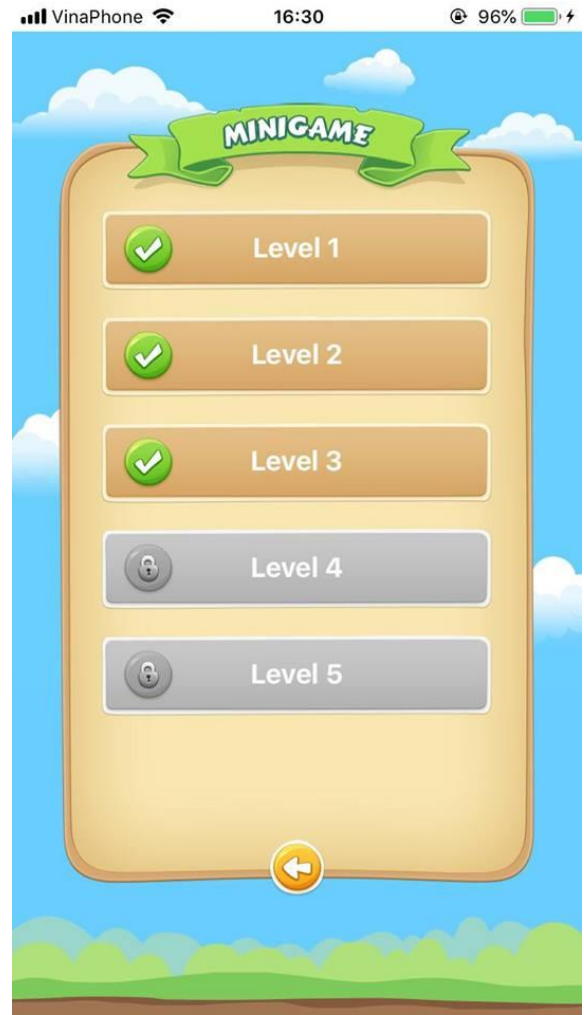
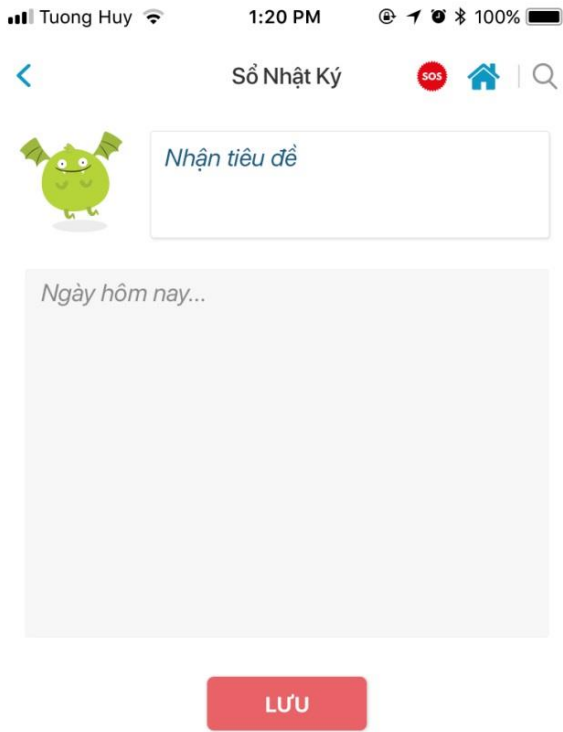
CRISP

RỐI LOẠN LO ÂU

Các triệu chứng chung của lo âu

Lo lắng/sợ hãi quá mức	
Tim đập nhanh/Đau ngực /Hơi thở ngắn-gấp	
Căng cơ	Buồn nôn/Đau dạ dày
Đau đầu/Chóng mặt	Vã mồ hôi
Gặp vấn đề về giấc ngủ	Khó tập trung

CRISP



Phụ lục 8. Hình ảnh buổi tập huấn về rối loạn lo âu và trầm cảm cho ĐTNC



