ĐIỀU TRA SỨC KHỎE TÂM THẦN VỊ THÀNH VIÊN VIỆT NAM (V-NAMHS)

BÁO CÁO KẾT QUẢ CHỦ YẾU

THÁNG 11 NĂM 2022

Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS)

Báo cáo Kết quả chủ yếu

Vũ Mạnh Lợi, Nguyễn Đức Vinh (*Viện Xã hội học*)

Đào Thị Khánh Hòa (*Hội Xã hội học Việt Nam*)

Holly E. Erskine, Cartiah McGrath, Krystina Wallis, Sarah J. Blondell,
Harvey A. Whiteford, James G. Scott (*Đại học Queensland*)

Robert Blum, Shoshanna Fine, Mengmeng Li, Astha Ramaiya,
(*Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins*)

Hướng dẫn trích dẫn:

Viện Xã hội học, Đại học Queensland, và Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins. 2022. Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam: Báo cáo Kết quả chủ yếu. Hà Nội, Việt Nam: Viện Xã hội học.

Mục lục

Danh sách các Bảng *1*

Danh sách các Hình *2*

Chữ viết tắt *3*

Lời cảm ơn *4*

Tóm tắt dự án *5*

GIỚI THIỆU **7**

Bối cảnh **7**

V-NAMHS là gì **8**

Ai thực hiện V-NAMHS? **8**

Ai tham gia vào V-NAMHS? **8**

Những người tham gia đã được hỏi những gì? **10**

V-NAMHS được thực hiện khi nào? **10**

COVID-19 có ảnh hưởng đến V-NAMHS? **10**

Phạm vi của báo cáo này như thế nào? **10**

CÁC ĐẶC TRƯNG CỦA MẪU **12**

Vị thành niên **12**

Cha mẹ **13**

SỨC KHỎE TÂM THẦN **15**

Tổng quan **15**

Đo lường **16**

Phép đo *16*

Các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần *16*

Kết quả **18**

Các vấn đề sức khỏe tâm thần *18*

Rối loạn tâm thần *20*

Hành vi tự tử và tự làm hại bản thân *20*

Những điều cần cân nhắc **21**

Lý giải *21*

Hạn chế *21*

Các hàm ý *22*

SỬ DỤNG DỊCH VỤ **24**
Tổng quan **24**
Đo lường **25**
Kết quả **25**
Tần suất và loại hình sử dụng dịch vụ *25*
Nhận thức được nhu cầu và các rào cản đối với việc chăm sóc *27*
Hỗ trợ không chính thức *27*
Các cách tự giúp bản thân *28*
Những điều cần cân nhắc **28**
Lý giải *28*
Hạn chế *29*
Các hàm ý *29*
COVID-19 ..... **31**
Tổng quan **31**
Đo lường **32**
Kết quả **32**
Những điều cần cân nhắc **33**
Lý giải *33*
Hạn chế *33*
Các hàm ý *34*
Phụ lục 1: Đo lường **35**
Phụ lục 2: Phương pháp luận **37**
Phụ lục 3: Bảng chú giải **40**
Phụ lục 4: Nhóm nghiên cứu **43**
TÀI LIỆU THAM KHẢO **44**

Danh sách các Bảng

Bảng 1. Chọn mẫu cho V-NAMHS 9

Bảng 2. Mẫu vị thành niên chia theo giới tính và nhóm tuổi 12

Bảng 3. Mẫu vị thành niên theo trình độ học vấn và việc làm 13

Bảng 4. Mẫu người chăm sóc chính chia theo các thông tin nhân khẩu học 13

Bảng 5. Định nghĩa các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần 17

Bảng 6. Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo giới tính và nhóm tuổi 18

Bảng 7. Tỷ lệ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở lứa tuổi 10-17 xác nhận tình trạng suy giảm theo lĩnh vực suy giảm 19

Bảng 8. Tỷ lệ rối loạn tâm thần 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi chia theo loại 20

Bảng 9. Tỷ lệ rối loạn tâm thần 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo lĩnh vực suy giảm 20

Bảng 10. Hành vi tự tử trong những trẻ 10-17 tuổi 20

Bảng 11. Tự làm hại bản thân trong số trẻ 10-17 tuổi 21

Bảng 12. Tần suất tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua ở nhóm 10-17 tuổi chia theo giới tính 26

Bảng 13. Nhà cung cấp dịch vụ thường được sử dụng nhất cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua ở trẻ 10-17 tuổi 26

Bảng 14. Các rào cản trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ hoặc nhận sự giúp đỡ đối với các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua của cha mẹ trẻ 10-17 tuổi 27

Bảng 15. Người mà vị thành niên từ 10-17 tuổi nói chuyện khi có buồn phiền hoặc lo ngại 27

Bảng 16. Các giải pháp tự giúp bản thân được dùng để kiểm soát hoặc ngăn ngừa các vấn đề về cảm xúc và hành vi ở trẻ 10-17 tuổi 28

Bảng 17: Tỷ lệ thường gặp các vấn đề về cảm xúc và hành vi hơn bình thường trong đại dịch COVID-19 ở nhóm 10-17 tuổi chia theo giới tính 32

Bảng 18. Dân số Việt Nam năm 2019 chia theo vùng và khu vực thành thị-nông thôn 37

Danh sách các Hình

Hình 1. Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo loại 18

Hình 2. Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng theo ngưỡng triệu chứng và chứng thực về tình trạng suy giảm ở trẻ 10-17 tuổi 19

Hình 3. Ngưỡng triệu chứng và xác nhận mức độ suy giảm trong những vị thành niên 10-17 tuổi có vấn đề về sức khỏe tâm thần sử dụng các dịch vụ trong 12 tháng qua. 26

Hình 4. Các trải nghiệm trong thời gian đại dịch COVID-19 ở trẻ 10-17 tuổi 33

Hình 5. Bản đồ Việt Nam và 38 tỉnh/thành phố được chọn 38

Chữ viết tắt

ADHD	Rối loạn Tăng động-Giảm chú ý
CBCL	Bảng kiểm Hành vi Trẻ em
DISC-5	Chương trình Phỏng vấn Chẩn đoán cho Trẻ em, Phiên bản 5
DSM-5	Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê về các Rối loạn Tâm thần, Ấn bản lần thứ 5
EA	Địa bàn điều tra
GBD	Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu
GEAS	Nghiên cứu về những Năm đầu của tuổi Vị thành niên
GOPFP	Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình
GSHS	Điều tra Toàn cầu về Sức khỏe học sinh dựa vào Trường học
GSO	Tổng cục Thống kê
HSPI	Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
HICs	Các nước có thu nhập cao
HREC	Hội đồng xét duyệt Đạo đức trong các Nghiên cứu về Con người
I-NAMHS	Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Indonesia
IOS	Viện Xã hội học
JHSPH	Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins
K-NAMHS	Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Kenya
LMICs	Các nước có thu nhập trung bình và thấp
MOH	Bộ Y tế
NAMHS	Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên
POPFP	Chi cục Dân số-Kế hoạch hóa gia đình tỉnh
PTSD	Hội chứng căng thẳng sau sang chấn
SDQ	Bảng hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn
SESD	Vụ Thống kê Xã hội và Môi trường
TUQIA	Đại học Queensland ở Hoa Kỳ
UQ	Đại học Queensland (Australia)
VASS	Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam
V-NAMHS	Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế thế giới
YSR	Tự báo cáo của thanh thiếu niên

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn Giáo sư Đặng Nguyên Anh (Phó Chủ tịch Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam từ năm 2016 đến năm 2021) đã ủng hộ Viện Xã hội học tham gia dự án quốc tế Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên (NAMHS), cảm ơn vì những lời khuyên có giá trị của ông ở giai đoạn đầu của Điều tra về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS) và sự tham gia liên tục với tư cách là thành viên nghiên cứu của V-NAMHS.

Trong suốt quá trình chuẩn bị và thực hiện V-NAMHS, cũng như trong quá trình xử lý và phân tích dữ liệu, chúng tôi đã nhận được sự hỗ trợ, tư vấn và khuyến khích liên tục từ các nhóm quốc tế phụ trách cuộc Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Kenya (K-NAMHS) và Điều tra Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Indonesia (I-NAMHS). Chúng tôi muốn gửi lời cảm ơn đến Tiến sĩ Caroline Kabiru, Tiến sĩ Yohannes Dibaba Wado, Tiến sĩ Frederick Murunga Wekesah, Sally Odunga, Vivian Nyakangi và Anne Njeri từ nhóm K-NAMHS, và Giáo sư Siswanto Wilopo, Tiến sĩ Amirah Ellyza Wahdi, Rizka Rachmawati, Althaf Setyawan và Yufan Putri Astrini từ nhóm I-NAMHS. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận công lao của nhóm NAMHS Trường Y tế Công cộng Johns Hopkins Bloomberg (JHSPH) đã hỗ trợ lập trình và phân tích dữ liệu, đặc biệt là Mark Emerson, người đã hỗ trợ lập trình cho cuộc điều tra. Chúng tôi cũng muốn ghi nhận những đóng góp của Meaghan Enright và Jamileh Shadid từ Đại học Queensland (UQ) trong quá trình thực hiện V-NAMHS bao gồm đào tạo cho nghiên cứu thí điểm, thử nghiệm các công cụ thu thập dữ liệu, lập trình và các công việc khác của cuộc điều tra.

Chúng tôi xin cảm ơn Prudence Fisher, tác giả của Chương trình phỏng vấn chẩn đoán cho trẻ em, Phiên bản 5 (DISC-5), người đã hào phóng cung cấp công cụ và hỗ trợ việc điều chỉnh và thực hiện phiên bản này.

Một số chuyên gia tại Việt Nam đã đóng góp kiến thức chuyên môn của họ vào việc thực hiện V-NAMHS. Chúng tôi xin cảm ơn Tiến sĩ Nguyễn Đình Chung (nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Thống kê Xã hội và Môi trường, Tổng cục Thống kê Việt Nam) vì những đóng góp của ông đối với phương pháp lấy mẫu được sử dụng trong V-NAMHS. Chúng tôi cũng xin cảm ơn Tiến sĩ Trần Thị Mai Oanh (Viện trưởng, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế [HSPI], Bộ Y tế [MOH]) và Tiến sĩ Hoàng Thị Phượng (Phó Trưởng phòng Kinh tế Y tế, HSPI, MOH) đã đóng góp cho nghiên cứu thí điểm và trong giai đoạn đầu của V-NAMHS.

Chúng tôi cảm ơn ông Nguyễn Doãn Tú (Tổng cục trưởng Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình [GOPFP], MOH) và Tiến sĩ Phạm Vũ Hoàng (Phó Tổng cục trưởng, GOPFP, MOH), đã tạo điều kiện cho sự hợp tác hiệu quả giữa GOPFP và Viện Xã hội học trong thu thập dữ liệu đầu vào cho việc lấy mẫu cũng như trong việc tổ chức điều tra thực địa của V-NAMHS. Chúng tôi xin cảm ơn lãnh đạo Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (POPFP) của 38 tỉnh và lãnh đạo địa phương của tất cả các địa bàn điều tra đã hợp tác và hỗ trợ trong quá trình điều tra thực địa của V-NAMHS. Chúng tôi muốn cảm ơn các cán bộ của POPFP tham gia với tư cách là điều tra viên cho V-NAMHS đã làm việc vất vả trong quá trình thu thập dữ liệu.

Quan trọng nhất, chúng tôi cảm ơn các vị thành niên và cha mẹ của họ đã tự nguyện tham gia và hợp tác. Nếu không có sự tham gia và hỗ trợ của họ, V-NAMHS đã không thể thực hiện được.

NAMHS được tài trợ bởi Đại học Queensland ở Mỹ (TUQIA) thông qua sự hỗ trợ từ Pivotal Ventures, một công ty của Melinda French Gates. Việc tài trợ cho NAMHS do UQ quản lý, và UQ đã cung cấp kinh phí cho Viện Xã hội học triển khai V-NAMHS tại Việt Nam.

Tóm tắt dự án

Tổng quan

Tỷ lệ rối loạn tâm thần trong dân số vị thành niên ở Việt Nam chưa được biết đến nhiều. Dữ liệu chính xác về tỷ lệ mắc là rất quan trọng cho việc phòng ngừa hiệu quả, lập kế hoạch cung cấp dịch vụ và ưu tiên chính sách sức khỏe tâm thần. Các ước tính chính xác cũng cho phép các chiến dịch vận động dựa trên bằng chứng và sức khỏe cộng đồng có thể nâng cao nhận thức và giảm kỳ thị liên quan đến sức khỏe tâm thần. Báo cáo này trình bày những phát hiện từ Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS), cuộc điều tra đầu tiên nhằm xác định mức độ phổ biến các rối loạn tâm thần của vị thành niên 10-17 tuổi trong một mẫu hộ gia đình đại diện toàn quốc ở Việt Nam.

Báo cáo này bao gồm các phát hiện liên quan đến sức khỏe tâm thần, kể cả các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần. Trong V-NAMHS, vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần là những người có ít nhất một nửa các triệu chứng cần để xác định một rối loạn tâm thần nhất định mà không nhất thiết phải hội tụ đủ tất cả các tiêu chí cần để chẩn đoán một rối loạn tâm thần. Vị thành niên bị rối loạn tâm thần là những người đáp ứng đầy đủ các tiêu chí chẩn đoán về một rối loạn tâm thần. Báo cáo này cũng bao gồm các phát hiện liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi. Thay vì đề cập trực tiếp đến sức khỏe tâm thần, thuật ngữ "các vấn đề về cảm xúc và hành vi" được sử dụng trong các câu hỏi liên quan đến việc sử dụng dịch vụ để giải thích rất nhiều biểu hiện khác nhau của các triệu chứng rối loạn tâm thần và để tránh các vấn đề về kỳ thị hoặc thiếu hiểu biết về sức khỏe tâm thần. Báo cáo cũng có một chương về những phát hiện liên quan đến COVID-19 trong bối cảnh sức khỏe tâm thần và phúc lợi.

Các kết quả chính

- Trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, một phần năm số trẻ vị thành niên Việt Nam (21,7%) có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong đó một phần ba mươi có các tiêu chí của một rối loạn tâm thần (3,3%).
- Lo lắng là vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất (18,6%), tiếp theo là trầm cảm (4,3%).
- Trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, chỉ 8,4% vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần đã tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi.
- Xét tổng thể trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, chỉ 6,5% vị thành niên đã tiếp cận các dịch vụ này và hơn một nửa (50,8%) chỉ tiếp cận một lần.
- Chỉ 5,1% cha mẹ vị thành niên xác định rằng trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, con của họ cần được giúp đỡ đối với các vấn đề về cảm xúc và hành vi, mặc dù 21,7% vị thành niên đã gặp phải vấn đề sức khỏe tâm thần trong cùng thời kỳ.
- Đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng đến cuộc sống của vị thành niên, với 7,7% vị thành niên cho biết trong thời gian đại dịch COVID-19 họ thường xuyên gặp ít nhất một vấn đề về cảm xúc hoặc hành vi nhiều hơn bình thường.

Các hàm ý

- Mức độ phổ biến các vấn đề sức khỏe tâm thần trong vị thành niên ở Việt Nam cho thấy sức khỏe tâm thần là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được các nhà lập kế hoạch và hoạch định chính sách quan tâm. Để giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam, các Kế hoạch Sức khỏe Tâm thần Quốc gia trong tương lai cần xem xét những nhu cầu cụ thể của vị thành niên bên cạnh những kế hoạch rộng hơn cho người lớn.
- Mặc dù một phần năm trẻ vị thành niên gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần và một phần ba mươi đáp ứng các tiêu chí đối với một rối loạn tâm thần, hành động và đầu tư thích hợp từ các nhà hoạch định chính sách để giải quyết vấn đề này là khả thi.

- Cha mẹ và gia đình là nguồn hỗ trợ khả dĩ nhất cho những trẻ vị thành niên có nhiều lo lắng và các mối bận tâm. Việc thiết kế các chiến lược để nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần, giảm kỳ thị và nâng cao nhận thức về các dịch vụ sẵn có cho các gia đình có thể hỗ trợ những vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần.
- Chỉ một số ít vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần nhận được dịch vụ chăm sóc (8,4%). Để hỗ trợ vị thành niên, điều quan trọng là việc tầm soát sức khỏe tâm thần phải được lồng ghép vào các dịch vụ y tế đa khoa hiện có, đồng thời cung cấp giáo dục và đào tạo về sức khỏe tâm thần và lộ trình chuyển tuyến cho các bác sĩ đa khoa.
- Kết quả 7,7% vị thành niên thường gặp các vấn đề về cảm xúc và hành vi nhiều hơn bình thường trong thời gian diễn ra đại dịch COVID-19 nhấn mạnh điều quan trọng là phải đưa vấn đề sức khỏe tâm thần vào trong lập kế hoạch cho các biến cố ở cấp độ dân số trong tương lai như đại dịch, thiên tai và xung đột.

Giới thiệu

Bối cảnh

Vị thành niên chiếm khoảng 14,5% dân số Việt Nam, tương đương với gần 14 triệu người từ 10-19 tuổi (TCTK 2020). Mặc dù độ tuổi vị thành niên (10-19 tuổi) thường được coi là một giai đoạn khỏe mạnh của cuộc đời, nhưng rối loạn tâm thần là nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật ở vị thành niên trên toàn cầu (Erskine et al. 2015) và có thể gây ra những hậu quả xã hội và sức khỏe ngắn hạn và dài hạn (Erskine et al. 2016, Ormel 2017). Hiểu được sự phổ biến của các rối loạn tâm thần, cũng như các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn và các yếu tố bảo vệ, là điều cần thiết để cung cấp thông tin cho việc xây dựng các chính sách sức khỏe tâm thần và lập kế hoạch nguồn lực hiệu quả cho sức khỏe tâm thần vị thành niên.

Cho đến nay, Việt Nam chưa có chính sách sức khỏe tâm thần theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), là cung cấp "tầm nhìn, giá trị, nguyên tắc, mục tiêu và mô hình hành động rộng rãi" (Trang Nguyen et al. 2019). Do đó, việc quản lý sức khỏe tâm thần bị phân tán và chỉ được đề cập một phần trong các luật hiện hành và các quyết định riêng lẻ. Ví dụ, theo Luật Người khuyết tật (số 51/2010/QH12), các cá nhân bị khuyết tật thần kinh, tâm thần và khuyết tật trí tuệ được xác định là một phân nhóm theo Điều 3. Quyết định số 1215/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ năm 2011 phê duyệt hỗ trợ xã hội dựa vào cộng đồng cho người rối nhiễu tâm trí bị tâm thần (Thủ tướng Chính phủ 2011). Một năm sau đó, Kế hoạch tổng thể về Mạng lưới cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí được xây dựng (Quyết định 1364/QĐ-LĐTBXH do Bộ LĐTBXH ban hành) (MOLISA 2012). Mới đây, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 phê duyệt "Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025". Trong bản Kế hoạch, rối loạn tâm thần đề cập đến "tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, sa sút trí tuệ và các rối loạn sức khỏe tâm thần khác" (Thủ tướng Chính phủ 2022). Những quyết định hiện có này tập trung vào người lớn mắc bệnh tâm thần nặng và không đề cập cụ thể những người trẻ tuổi. Trong lịch sử, chưa có một chính sách, chiến lược hoặc kế hoạch riêng biệt nào tập trung vào sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam và thay vào đó, trẻ vị thành niên chỉ được mặc định đã bao gồm trong các luật hoặc quyết định liên quan đến sức khỏe tâm thần. Việc thiếu các chính sách cụ thể cho sức khỏe tâm thần vị thành niên khiến cho việc lập kế hoạch các dịch vụ sức khỏe tâm thần dành riêng cho vị thành

niên và các chiến lược y tế công cộng trở nên khó khăn.

Các nỗ lực cải thiện sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam còn bị cản trở do thiếu bằng chứng về tỷ lệ mắc các chứng rối loạn tâm thần vị thành niên. Mặc dù đã có nhưng nghiên cứu về sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam nhưng bị giới hạn bởi phạm vi địa lý (ví dụ: chỉ ở Hà Nội), cỡ mẫu nhỏ, độ tuổi hẹp và việc sử dụng các công cụ đo lường triệu chứng thay vì các thiết bị chẩn đoán. Việc thiếu các dữ liệu như vậy ở Việt Nam đã cản trở các nhà hoạch định chính sách, các nhân viên y tế và các nhà nghiên cứu trong các nỗ lực nhắm mục tiêu thích hợp, xây dựng kế hoạch cung cấp dịch vụ hiệu quả, thu hút chính quyền các cấp cùng hành động, tăng cường sự chú ý và tài trợ cho sức khỏe tâm thần vị thành niên.

Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS) được xây dựng và thực hiện với mục đích cụ thể là đưa ra các ước tính đại diện trên toàn quốc về tỷ lệ rối loạn tâm thần ở thanh thiếu niên Việt Nam từ 10 đến 17 tuổi. Các phát hiện từ V-NAMHS cung cấp cho Chính phủ và các bên liên quan khác ở Việt Nam bằng chứng cần thiết để ưu tiên và lập kế hoạch cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần vị thành niên cũng như vận động cho việc xây dựng các chính sách sức khỏe tâm thần vị thành niên. Những dữ liệu này cũng cung cấp ước tính về tỷ lệ mắc bệnh cho các cơ quan quốc tế và cho các nỗ lực nghiên cứu toàn cầu, chẳng hạn như Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (GBD) được các nhà hoạch định chính sách sử dụng để đưa ra quyết định.

V-NAMHS là gì?

V-NAMHS là một cuộc điều tra hộ gia đình đại diện trên toàn quốc về vị thành niên và người chăm sóc chính của họ. Mục tiêu chính của V-NAMHS là:

1. Xác định tỷ lệ rối loạn tâm thần trong vị thành niên độ tuổi 10-17 ở Việt Nam.
2. Đo lường các yếu tố nguy cơ và bảo vệ liên quan đến rối loạn tâm thần ở vị thành niên.
3. Xác định khuôn mẫu sử dụng dịch vụ ở vị thành niên, bao gồm việc sử dụng dịch vụ, các rào cản đối với việc chăm sóc và cảm nhận về nhu cầu.

Ai thực hiện V-NAMHS?

Viện Xã hội học (IOS) thuộc Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS) chịu trách nhiệm thực hiện V-NAMHS. V-NAMHS là một phần của Dự án điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Quốc gia (NAMHS) được thực hiện ở Kenya, Indonesia và Việt Nam và do Đại học Queensland (UQ) ở Úc điều phối với sự hỗ trợ từ Trường Y tế công cộng Bloomberg của Đại học Johns Hopkins (JHSPH) ở Hoa Kỳ. Dự án được hợp tác xây dựng và thực hiện. Các cộng tác viên khác của V-NAMHS bao gồm các chuyên gia từ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (HSPI) thuộc Bộ Y tế (BYT), Vụ Thống kê Xã hội và Môi trường (SESD) thuộc Tổng cục Thống kê Việt Nam (GSO) và Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình (GOPFP) thuộc Bộ Y tế.

Sự chấp thuận về mặt đạo đức cho nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học tại Đại học Y tế Công cộng Hà Nội (văn bản phê duyệt số 499/2019/YTCC-HD3) và Ủy ban Đạo đức Nghiên cứu Con người của UQ (HREC) (văn bản phê duyệt số 2019001268) .

Ai tham gia vào V-NAMHS?

V-NAMHS là một cuộc điều tra hộ gia đình đại diện trên toàn quốc được thực hiện đối với vị thành niên và người chăm sóc chính của họ trên 38 tỉnh ở Việt Nam. Vị thành niên đủ điều kiện là những người độ tuổi 10-17, sống với người chăm sóc chính của họ hơn 50% thời gian. Vị thành niên từ 18 đến 19 tuổi không nằm trong phạm vi nghiên cứu vì nhiều người trong nhóm này có khả năng sống xa gia đình và do các biện pháp chẩn đoán không được thiết kế để áp dụng cho những người từ 18 tuổi trở lên (Erskine et al. 2021). Trong các hộ gia đình có nhiều hơn một vị thành niên đủ điều kiện,

thì một vị thành niên được chọn ngẫu nhiên từ danh sách hộ gia đình bằng công cụ thu thập dữ liệu được lập trình trên máy. Điều này đảm bảo không có sự thiên vị vô tình liên quan đến việc lựa chọn trẻ vị thành niên tham gia.

Người chăm sóc chính được định nghĩa là một thành viên trưởng thành trong hộ gia đình (tức là từ 18 tuổi trở lên) chịu trách nhiệm và thực hiện việc chăm sóc trẻ vị thành niên, biết rõ nhất về trẻ và ở vào vị thế tốt nhất để trả lời các câu hỏi về sức khỏe và tình hình an sinh của trẻ. Trong báo cáo này, người chăm sóc chính sẽ được gọi là cha mẹ. Thông tin thêm về mối quan hệ giữa vị thành niên và người chăm sóc chính của họ có trong phần mô tả các Đặc trưng về mẫu.

Hộ gia đình bị loại khỏi nghiên cứu nếu:

- Không có vị thành niên tuổi từ 10-17 đang sống ở địa chỉ được phỏng vấn
- Vị thành niên không sống ở địa chỉ phỏng vấn trong phần lớn thời gian và/hoặc tạm thời xa nhà
- Vị thành niên đã kết hôn
- Vị thành niên HOẶC cha mẹ không nói được tiếng Việt
- Không có cha mẹ đang sống ở địa chỉ đó
- Hộ gia đình hoặc cha mẹ không đồng ý tham gia
- Vị thành niên không thể tham gia do suy yếu nghiêm trọng về thể chất hoặc nhận thức (như được đáng giá bằng thước đo chuẩn)

Như trình bày trong Bảng 1, tổng số 7.599 hộ gia đình từ 38 tỉnh/thành của Việt Nam được chọn ngẫu nhiên để tiếp cận theo khung chọn mẫu điều tra (xem "Phụ lục 2: Phương pháp luận" để biết thêm thông tin). Trong số này, 6.048 hộ đủ điều kiện và đồng ý tham gia, chiếm tổng tỷ lệ trả lời là 81,1% (được tính bằng cách lấy tổng số hộ đủ điều kiện và tham gia [n = 6.048] chia cho tổng số hộ đủ điều kiện [n = 7,461]). Trước khi tiến hành phỏng vấn, cuộc điều tra đã nhận được sự chấp thuận và đồng ý tham gia từ cha mẹ và trẻ vị thành niên trên cơ sở được cung cấp đầy đủ thông tin về cuộc điều tra. Các cuộc phỏng vấn cha mẹ và trẻ vị thành niên được thực hiện riêng biệt và trong bối cảnh riêng tư để tránh bị người khác can thiệp hoặc ảnh hưởng. Năm mươi hai hộ gia đình có dữ liệu không đầy đủ và không được đưa vào mẫu cuối cùng. Mẫu V-NAMHS cuối cùng bao gồm 5.996 cặp cha mẹ - vị thành niên.

Bảng 1. *Chọn mẫu cho V-NAMHS*

Tổng số hộ gia đình trong phạm vi tiếp cận	**7,599**
Tổng số hộ gia đình không tiếp cận được hoặc không có mặt	502
Tổng số hộ gia đình từ chối tham gia	911
Tổng số hộ gia đình không đủ điều kiện	138
Tổng số hộ gia đình đủ điều kiện tham gia	6.048
Tổng số hộ gia đình có dữ liệu không đầy đủ	52
Tổng số hộ gia đình với dữ liệu đầy đủ	5.996

Những người tham gia đã được hỏi những gì?

Các rối loạn tâm thần được đánh giá bằng cách sử dụng một công cụ chẩn đoán được thiết kế đặc biệt cho trẻ em và vị thành niên: Chương trình Phỏng vấn Chẩn đoán cho Trẻ em, Phiên bản 5 (DISC-5) (Bitsko et al. 2019, Shaffer et al. 2000). Các rối loạn tâm thần được đo trong V-NAMHS bao gồm ám ảnh sợ xã hội, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD), rối loạn hành vi và rối loạn tăng động / giảm chú ý (ADHD). Chứng sợ xã hội và rối loạn lo âu lan tỏa được gọi chung là 'rối loạn lo âu' trong báo cáo này. V-NAMHS cũng đo lường các yếu tố nguy cơ và bảo vệ liên quan đến sức khỏe tâm thần của vị thành niên, bao gồm (nhưng không giới hạn) bắt nạt, trường học và giáo dục, các mối quan hệ bạn bè và gia đình, hành vi tình dục, sử dụng chất kích thích, trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, bệnh tâm thần của cha mẹ và lòng tự trọng. Các câu hỏi liên quan đến sử dụng dịch vụ bao gồm việc sử dụng, nhận thức về nhu cầu và các rào cản đối với việc chăm sóc. Một mô-đun đánh giá những trải nghiệm liên quan trong đại dịch COVID-19 cũng đã được xây dựng và đưa vào bảng hỏi. Các công cụ đo lường này đã được điều chỉnh và phát triển thông qua một quá trình hợp tác có sự tham gia của các đối tác NAMHS quốc tế (Erskine et al. 2021). Danh sách đầy đủ các công cụ đo lường có thể được tìm thấy trong "Phụ lục 1: Đo lường".

Các công cụ được xây dựng đầu tiên bằng tiếng Anh, rồi dịch sang tiếng Việt và dịch ngược lại sang tiếng Anh để kiểm tra tính nhất quán và chính xác của khái niệm, tức là đảm bảo rằng ý nghĩa của các câu hỏi vẫn nhất quán với phiên bản tiếng Anh gốc. Bản dịch cũng đã được các bác sĩ lâm sàng Việt Nam, những người tham gia tập huấn và nhóm V-NAMHS xem xét liên tục trong suốt giai đoạn xây dựng cuộc điều tra trước khi thu thập dữ liệu.

V-NAMHS được thực hiện khi nào?

Việc thu thập dữ liệu cho V-NAMHS được thực hiện từ ngày 21 tháng 9 năm 2021 đến ngày 16 tháng 12 năm 2021, bắt đầu từ miền Bắc Việt Nam và di chuyển đến miền Nam. Tổng cộng có 127 điều tra viên được đào tạo thực hiện việc thu thập dữ liệu ở 38 tỉnh được chọn.

COVID-19 có ảnh hưởng đến V-NAMHS?

COVID-19 đã ảnh hưởng đến tiến độ đặt ra cho V-NAMHS. Việc thu thập dữ liệu ban đầu dự kiến bắt đầu vào tháng 6 năm 2020 nhưng đã bị hoãn lại một năm đến tháng 6 năm 2021 do COVID-19. Tuy nhiên, sự bùng phát của COVID-19 ở các tỉnh ở miền Nam vào giữa năm 2021 đã làm cho quá trình chuẩn bị (tập huấn điều tra viên) và bản thân việc thu thập dữ liệu tiếp tục bị trì hoãn.

Trong thời kỳ cao điểm của đại dịch COVID-19, việc di chuyển của người dân giữa các tỉnh bị hạn chế. Việc đào tạo, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho điều tra viên được cung cấp trực tuyến bởi nhóm V-NAMHS có trụ sở tại IOS. Điều này làm tăng sự phụ thuộc vào kết quả hoạt động của từng điều tra viên trong khi yêu cầu về số lượng điều tra viên cao hơn so với kế hoạch ban đầu do cần sử dụng điều tra viên là người địa phương, không được đi lại giữa các tỉnh. Để giải quyết vấn đề này, nhiều khóa tập huấn và tập huấn bổ sung đã được thực hiện bao gồm nội dung của công cụ, phương pháp tiếp cận các hộ gia đình được lựa chọn và các biện pháp đảm bảo an toàn cho điều tra viên và những người tham gia. Hơn nữa, mọi nỗ lực đã được thực hiện để đảm bảo chất lượng của dữ liệu. Quy trình kiểm tra chất lượng cũng như giám sát dữ liệu toàn diện đã được thực hiện với sự hỗ trợ của JHSPH và UQ. Sự chậm trễ trong việc thu thập dữ liệu cũng tạo cơ hội để phát triển và đưa vào mô-đun COVID-19 để đánh giá tác động của đại dịch đối với vị thành niên và gia đình của họ trong bối cảnh sức khỏe tâm thần. Việc thu thập dữ liệu đã bắt đầu vào tháng 9 năm 2021 ở miền Bắc, tiếp theo là miền Nam vào cuối năm 2021 khi tình hình COVID-19 cho phép.

Phạm vi của báo cáo này như thế nào?

Báo cáo này trình bày những phát hiện chính từ V-NAMHS phản ánh mục tiêu cốt lõi của nghiên

cứu và phù hợp với các bên liên quan của Việt Nam. Báo cáo có ba chương chính: sức khỏe tâm thần (bao gồm các hành vi tự tử và tự làm hại bản thân), sử dụng dịch vụ và COVID-19. Các đặc trưng của mẫu (tức là nhân khẩu học) được đưa vào trong báo cáo còn các thông tin khác liên quan đến phương pháp luận và tiến hành khảo sát được đưa vào Phụ lục 2. Trừ những trường hợp đã nêu, tất cả các kết quả (tỷ lệ và con số) đều được tính theo trọng số (gia quyền) để đại diện cho phân bố theo độ tuổi, vùng và khu vực thành thị - nông thôn của dân số vị thành niên Việt Nam độ tuổi 10-17. Mặc dù các kiểm định ý nghĩa thống kê không được trình bày trong báo cáo này, nhưng các khác biệt có ý nghĩa thống kê đã được đánh dấu trong bảng biểu hoặc phần bàn luận liên quan. Chỉ những khác biệt có ý nghĩa thống kê mới được thảo luận trong báo cáo này.

Các đặc trưng của mẫu

Bảng 2 và 3 trình bày các đặc trưng nhân khẩu học của mẫu vị thành niên trong khi Bảng 4 cho thấy các đặc trưng nhân khẩu học của mẫu cha mẹ. Các số liệu được trình bày trong hai bảng này là không được gia quyền. Những thông tin nhân khẩu học đã được cha mẹ khai báo và được nhập vào biểu mẫu thu thập dữ liệu vị thành niên trước khi phỏng vấn vị thành niên. Khi có sự khác biệt giữa biểu mẫu thu thập dữ liệu dành cho cha mẹ và trẻ vị thành niên, vấn đề sẽ được giải quyết bằng cách áp dụng một số phương pháp đã ấn định trước.

Vị thành niên

Bảng 2 trình bày độ tuổi và giới tính của vị thành niên tham gia V-NAMHS. Độ tuổi trung bình của những vị thành niên tham gia là 13,3 tuổi, trong đó vị thành niên từ 10-13 tuổi chiếm hơn một nửa (54,2%) mẫu. Về phân bố giới tính, mẫu bao gồm vị thành viên nam (52,6%) nhiều hơn vị thành viên nữ (47,5%).

Bảng 2. *Mẫu vị thành niên chia theo giới tính và nhóm tuổi*

Tuổi (năm)	Nam		Nữ		Chung	
	%	n	%	n	%	n
10-13	28,5	1.709	25,7	1.539	54,2	3.248
14-17	24,1	1.442	21,8	1.306	45,8	2.748
10-17	52,6	3.151	47,5	2.845	100,0	5.996

Bảng 3 cho thấy trình độ học vấn và tình trạng việc làm của mẫu vị thành niên. Hầu hết vị thành niên hiện đang đi học (94,5%) và chưa từng đi làm (94,6%).

Bảng 3. *Mẫu vị thành niên theo trình độ học vấn và việc làm*

Đo lường	%	n
Tình trạng giáo dục		
Hiện đang đi học	94,5	5.666
Hiện không đi học nhưng trong 12 tháng qua đã đi học	1,0	62
Đã từng đi học nhưng không phải trong 12 tháng qua	4,4	263
Chưa bao giờ đi học	0,1	5
Tình trạng việc làm		
Hiện đang làm việc	3,0	179
Hiện không có việc làm nhưng đã làm việc trong 12 tháng qua	1,3	79
Đã từng đi làm nhưng không phải trong 12 tháng qua	1,1	64
Chưa bao giờ có việc làm	94,6	5.674
Hiện không đi học VÀ hiện không có việc làm	3,2	194

Cha mẹ

Bảng 4 cho thấy các đặc trưng nhân khẩu học của mẫu cha mẹ. Độ tuổi trung bình của những cha mẹ tham gia là 44,2 tuổi và phần lớn là mẹ hoặc mẹ kế của trẻ vị thành niên (63,6%). Gần một nửa (47%) chỉ tốt nghiệp tiểu học hoặc trung học cơ sở, trong khi gần một phần tư (24,1%) chỉ tốt nghiệp trung học phổ thông. Về việc làm, hơn một nửa (54,1%) cho biết họ làm việc toàn thời gian. Khoảng một nửa (53,7%) cho biết họ làm chủ hộ gia đình.

Bảng 4. *Mẫu người chăm sóc chính chia theo các thông tin nhân khẩu học*

Đo lường	%	n
Tuổi (trung bình, năm) [a]	44,2	
Giới tính		
Nam	28,3	1.695
Nữ	71,7	4.301
Mối quan hệ với vị thành niên		
Mẹ/mẹ kế	63,6	3.814
Bố/bố dượng	25,0	1.497
Ông bà	10,3	616
Khác	1,1	66
Tình trạng hôn nhân		
Kết hôn	89,6	5.374
Chưa bao giờ kết hôn	0,9	53
Khác	9,2	554
Trình độ học vấn (cấp học cao nhất đã hoàn thành)		
Không (không hoàn thành bậc Tiểu học)	4,1	247
Tiểu học	14,5	872

Đo lường	%	n
Trung học cơ sở	32,4	1.945
Trung học phổ thông	24,1	1.446
Trường dạy nghề hoặc tương đương (ví dụ trung cấp chuyên nghiệp)	4,8	289
Giáo dục sau trung học phổ thông	19,2	1.152
Hiện đang đi học	1,7	101
Tình trạng việc làm		
Làm việc toàn thời gian	54,1	3.246
Làm việc bán thời gian/không đều	33,9	2.031
Không có việc làm nhưng đang tìm việc	1,1	68
Không có việc làm và không tìm việc	10,2	613
Tỷ lệ người trả lời đồng thời là chủ hộ gia đình [b]	53,7	3.220

[a] *n=5.987 (sau khi loại trừ độ tuổi <18 tuổi [n = 5] và câu trả lời không có ý nghĩa [n = 4]);*
[b] *Không xác định được chủ hộ trong tất cả các hộ gia đình*

Sức khỏe Tâm thần

Tổng quan

Vị thành niên từ 10-19 tuổi chiếm 14,3% dân số Việt Nam (TCTK 2020). Tuy nhiên, chúng ta biết khá ít về tỷ lệ rối loạn tâm thần ở vị thành niên Việt Nam. Đây là một lỗ hổng nghiêm trọng vì nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng các rối loạn tâm thần ở tuổi vị thành niên, đặc biệt là những rối loạn tâm thần không được điều trị hoặc chưa được điều trị đúng cách, có thể gây ra những hệ quả bất lợi trong suốt cuộc đời (Erskine et al. 2016, Ormel 2017). Một đánh giá tài liệu trước đây cho thấy ước tính tỷ lệ phổ biến khác nhau đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam, dao động từ 8% đến 29% (Samuels et al. 2018).

Tuy nhiên, các tài liệu hiện có về rối loạn tâm thần vị thành niên ở Việt Nam có xu hướng bị hạn chế bởi cỡ mẫu nhỏ, địa điểm hoặc độ tuổi hạn chế, số trường hợp rối loạn tâm thần mới ở dạng đơn lẻ hoặc còn giới hạn về các dạng rối loạn tâm thần và thiếu các nghiên cứu sử dụng các công cụ chẩn đoán (tức là, các được thiết kế để xác định các rối loạn tâm thần đáp ứng các tiêu chí đã thiết lập). Điều này có nghĩa là tính khái quát hóa của các nghiên cứu này cũng như khả năng cung cấp thông tin và tác động đến chính sách của chúng bị hạn chế. Ví dụ, một nghiên cứu đại diện trên toàn quốc về sức khỏe tâm thần ở trẻ 6-16 tuổi đã dùng Bảng câu hỏi về Điểm mạnh và Khó khăn (SDQ) cho 1.314 cha mẹ và 591 thanh thiếu niên (mẫu người 12-16 tuổi) (Weiss et al. 2014). Trong riêng mẫu vị thành niên, có từ 10,7% (theo báo cáo từ vị thành niên) đến 11,9% (theo báo cáo từ cha mẹ) trẻ vị thành niên đạt đến ngưỡng 'ranh giới' đối với một vấn đề sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ tương tự có các vấn đề về cảm xúc và hành vi (12,4% và 11,3%) cũng được tìm thấy trong cùng một nghiên cứu sử dụng các công cụ đo lường Tự báo cáo của thanh thiếu niên (YSR) và Bảng kiểm Hành vi Trẻ em (CBCL) do phụ huynh báo cáo (Weiss et al. 2014). Tuy nhiên, mặc dù nghiên cứu này mang tính đại diện quốc gia, nhưng các biện pháp được sử dụng là thang đo triệu chứng được thiết kế để sàng lọc các triệu chứng của tình trạng sức khỏe tâm thần kém hoặc các vấn đề về cảm xúc và hành vi rộng hơn lại trái ngược với các công cụ chẩn đoán được thiết kế để chẩn đoán rối loạn tâm thần theo các định nghĩa và tiêu chí đã được thiết lập.

Hạn chế này xảy ra với hầu hết các nghiên cứu hiện có về tỷ lệ rối loạn tâm thần vị thành niên ở Việt

Nam. Ví dụ, một nghiên cứu đã sử dụng SDQ để đo lường các vấn đề sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên 12-17 tuổi sống ở khu vực thành thị (Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Điện Biên Phủ, thành phố Long Xuyên) và nông thôn (Keo Lôm và thị xã Phú Mỹ) (Samuels et al. 2018). Trong số 402 thanh thiếu niên được chọn mẫu, 13,4% đạt điểm 'bất thường' của SDQ. Hơn nữa, mẫu tương đối nhỏ (n = 402) nên khó có thể khái quát những phát hiện này cho dân số vị thành niên Việt Nam. Mặc dù những nghiên cứu này đóng góp quan trọng cho sự hiểu biết của chúng ta về sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam, nhưng chúng không thể được khái quát hóa để cung cấp thông tin về tỷ lệ rối loạn tâm thần ở cấp quốc gia. Do đó, bằng chứng để cung cấp thông tin cho việc hoạch định chính sách sức khỏe tâm thần vị thành niên ở Việt Nam và khả năng hành động tích cực và hiệu quả sau đó đối với sức khỏe tâm thần vị thành niên là rất hạn chế.

Mục tiêu cốt lõi của V-NAMHS là đưa ra ước tính tỷ lệ phổ biến trên toàn quốc về các rối loạn tâm thần ở thanh thiếu niên 10-17 tuổi ở Việt Nam. Chương này phác thảo việc đo lường các rối loạn tâm thần trong V-NAMHS và trình bày các phát hiện từ nghiên cứu về các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần. Thêm vào đó, tỷ lệ phổ biến của các hành vi tự sát và tự làm hại bản thân cũng được trình bày trong phạm vi sức khỏe tâm thần. Tất cả các tỷ lệ và con số được trình bày trong chương này đều đã được gia quyền. Các kiểm định ý nghĩa thống kê không được trình bày trong chương này hoặc trong báo cáo tổng quát hơn, nhưng những khác biệt có ý nghĩa thống kê được nêu rõ trong bảng biểu liên quan và chỉ những khác biệt có ý nghĩa thống kê mới được thảo luận trong báo cáo. Cuối cùng, Chương này đưa ra những bàn luận ngắn gọn về các phát hiện và ý nghĩa của chúng đối với các nhà hoạch định chính sách.

Đo lường

Các phép đo

Các mô-đun chẩn đoán từ DISC-5 được sử dụng để đánh giá mức độ phổ biến của các rối loạn tâm thần được lựa chọn trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát. DISC-5 là một công cụ chẩn đoán được tiêu chuẩn hóa (Bitsko et al. 2019, Shaffer et al. 2000) được phát triển đầu tiên bởi Đại học Columbia thông qua sự hỗ trợ từ Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia Hoa Kỳ. DISC-5 được thiết kế cho điều tra viên 'không chuyên môn' nhưng được đào tạo về DISC-5, tức là những cá nhân không qua bất kỳ khóa đào tạo nào về lâm sàng nhưng được đào tạo về DISC-5. DISC-5 được sử dụng để đánh giá sáu rối loạn tâm thần trong V-NAMHS: ám ảnh sợ xã hội, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn trầm cảm chủ yếu, PTSD, rối loạn hành vi và ADHD. Những rối loạn này được lựa chọn vì chúng phổ biến ở tuổi vị thành niên và là nguyên nhân gây ra một tỷ lệ đáng kể gánh nặng rối loạn tâm thần ở nhóm tuổi này (Erskine et al. 2015). Ám ảnh sợ xã hội và rối loạn lo âu lan tỏa được báo cáo chung là 'rối loạn lo âu' trong báo cáo này. Ngoại trừ ADHD (dùng để hỏi cha mẹ), tất cả các mô-đun DISC-5 (tức là các phép đo về rối loạn cá nhân) đều được sử dụng cho vị thành niên.

Phép đo về hành vi tự sát và tự làm hại bản thân cũng được đưa vào. Hành vi tự sát đề cập đến: 1) ý tưởng tự sát (suy nghĩ nghiêm túc về việc tự lấy đi mạng sống); 2) lập kế hoạch tự sát (lập kế hoạch tự kết liễu cuộc đời); và 3) cố gắng tự sát (khi hành động tự gây thương tích hoặc hành động nhằm tự kết liễu cuộc sống). Tự làm hại bản thân có nghĩa là cố ý làm tổn thương hoặc tự gây thương tích cho bản thân mà không cố gắng kết thúc cuộc sống của mình (tức là tự gây thương tích cho bản thân mà không tự sát). Tất cả các vị thành niên được hỏi các câu hỏi liên quan đến hành vi tự sát và tự làm hại bản thân bất kể tình trạng rối loạn tâm thần của họ. Đặc biệt, đối với các hành vi tự tử trong 12 tháng qua, vị thành niên chỉ được hỏi về kế hoạch tự tử nếu họ khai báo có ý nghĩ về tự tử và chỉ được hỏi về những lần tìm cách tự tử nếu họ khai có kế hoạch tự tử.

Các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần

Nội dung và cấu trúc của DISC-5 được thiết kế để tuân theo các tiêu chí chẩn đoán rối loạn tâm thần đã được thiết lập và gần đây đã được cập nhật để đáp ứng Hướng dẫn Chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, Ấn bản lần thứ năm (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013). Chẩn đoán rối loạn tâm thần theo DSM-5 yêu cầu một cá nhân xác nhận các triệu chứng cốt lõi của một rối loạn

tâm thần nhất định và đáp ứng các ngưỡng cụ thể về thời gian, tần suất, mức độ nghiêm trọng và biểu hiện của các triệu chứng này, đồng thời báo cáo thêm về mức độ suy giảm tối thiểu do các triệu chứng này gây ra. Các câu hỏi trong DISC-5 phản ánh điều này bằng cách đầu tiên hỏi về một triệu chứng nhất định và sau đó hỏi các câu hỏi chi tiết hơn về các đặc điểm cụ thể của triệu chứng này theo yêu cầu để chẩn đoán. Điều này phân biệt một công cụ chẩn đoán, chẳng hạn như DISC-5, với "thang điểm triệu chứng" chỉ hỏi về sự hiện diện chung của một triệu chứng. Do đó, thang đo triệu chứng có xu hướng báo cáo tỷ lệ phổ biến cao hơn nhiều so với các công cụ chẩn đoán (COVID-19 Mental Disorders Collaborators 2021, Ferrari et al. 2013, GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022) vì chúng đang đánh giá các triệu chứng chứ không phải các rối loạn.

Tuy nhiên, các cá nhân vẫn có thể gặp phải tình trạng đau khổ và các suy giảm liên quan mà không nhất thiết phải đáp ứng các tiêu chí DSM-5 để chẩn đoán một chứng rối loạn tâm thần cụ thể. Những cá nhân này có thể là một nhóm quan trọng để can thiệp trước khi tiến triển hoàn toàn thành một rối loạn tâm thần (Pagliaro et al. 2021). Cùng với đó, các câu hỏi cũng đã được đặt ra liên quan đến khả năng áp dụng tiêu chí chẩn đoán DSM-5 đối với các nền văn hóa không phải phương Tây cũng như tác động của các yếu tố văn hóa khi sử dụng một công cụ chuẩn hóa như DISC-5 (Canino and Alegria 2008).

Hai nhóm kết quả được trình bày trong báo cáo trên cơ sở nhận thức được những thách thức tiềm tàng này. Đầu tiên, báo cáo về tỷ lệ phổ biến của "các vấn đề sức khỏe tâm thần", theo mục đích của báo cáo này, bao gồm những cá nhân gặp ít nhất một nửa số triệu chứng của một chứng rối loạn tâm thần nhất định được đo lường bởi DISC-5 nhưng họ có thể không nhất thiết phải đáp ứng tất cả tiêu chí cần cho một chẩn đoán như quy định trong DSM-5. Thứ hai, báo cáo sự phổ biến của các rối loạn tâm thần. Điều này bao gồm những cá nhân đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán rối loạn tâm thần theo quy định của DSM-5 (American Psychiatric Association 2013). Bảng 5 dưới đây đưa ra định nghĩa chung cho các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần, cũng như định nghĩa làm việc được áp dụng trong V-NAMHS. Thuật ngữ được sử dụng cho các loại vấn đề sức khỏe tâm thần khác nhau so với rối loạn tâm thần cũng được trình bày trong bảng.

Bảng 5. *Định nghĩa các vấn đề sức khỏe tâm thần và rối loạn tâm thần*

	Vấn đề sức khỏe tâm thần	Rối loạn tâm thần
Định nghĩa chung	Cản trở cách một người suy nghĩ, cảm nhận và cư xử, nhưng ở mức độ nhẹ hơn là rối loạn tâm thần. Chúng có thể được trải nghiệm tạm thời hoặc như một phản ứng cấp tính trước những căng thẳng trong cuộc sống.	Hội chứng tâm lý hoặc hành vi có ý nghĩa quan trọng về lâm sàng xảy ra ở một cá nhân và có liên quan đến tình trạng đau khổ hiện tại (ví dụ, một triệu chứng đau đớn), khuyết tật (tức là suy giảm một hoặc nhiều lĩnh vực hoạt động quan trọng) và/hoặc tăng đáng kể nguy cơ tử vong, đau đớn, tàn tật, hoặc mất tự do nghiêm trọng.
Định nghĩa áp dụng trong V-NAMHS	Một vị thành niên được coi là có vấn đề về sức khỏe tâm thần nếu ít nhất một nửa các triệu chứng cần thiết để chẩn đoán một chứng rối loạn tâm thần nhất định được xác nhận (tức là triệu chứng 'dưới ngưỡng). Do đó, vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần bao gồm những người có các triệu chứng dưới ngưỡng hoặc ngưỡng đầy đủ, có hoặc không bị suy giảm. Như vậy, nhóm này cũng bao gồm những vị thành niên đáp ứng các tiêu chí cho một rối loạn tâm thần.	Một vị thành niên được coi là đã đáp ứng tiêu chí DSM-5 về rối loạn tâm thần nếu tất cả các triệu chứng bắt buộc (tức là 'các triệu chứng ở ngưỡng đầy đủ') và mức độ suy giảm do các triệu chứng này đã được xác nhận. Chẩn đoán này tuân theo các thuật toán tính điểm chuẩn của các tác giả DISC-5.

Thuật ngữ cho các loại khác nhau	Trầm cảm	Hội chứng trầm cảm chủ yếu
	Lo âu	Rối loạn lo âu
	Căng thẳng sau sang chấn	Hội chứng rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD)
	Các vấn đề về hành vi	Rối loạn hành vi
	Các vấn đề về không chú ý và/hoặc tăng động	Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD)

Kết quả

Các vấn đề sức khỏe tâm thần

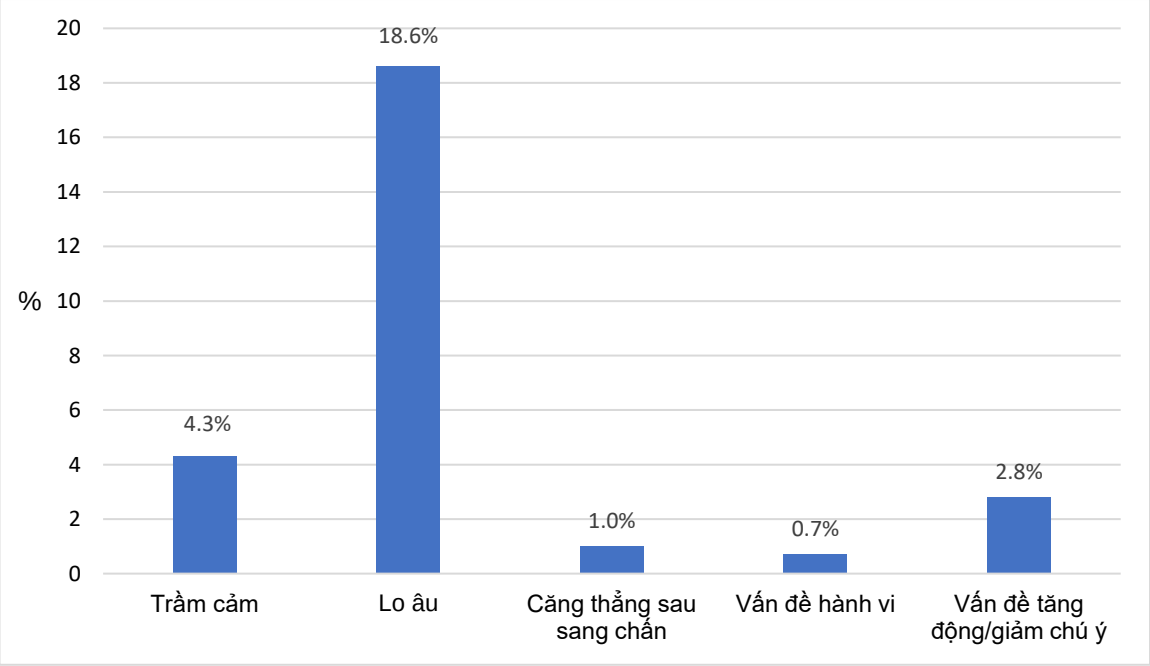
Một phần năm vị thành niên (21,7%) báo cáo có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua (Bảng 6). Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa nam và nữ, hoặc giữa nhóm vị thành niên trẻ hơn (10-13 tuổi) và nhóm lớn hơn (14-17 tuổi).

Bảng 6. *Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo giới tính và nhóm tuổi*

Vấn đề sức khỏe tâm thần	10-13 tuổi		14-17 tuổi		10-17 tuổi	
	%	n	%	n	%	n
Nam	21,4	357	20,2	292	20,8	649
Nữ	20,2	302	25,3	350	22,6	651
Chung	20,8	659	22,7	462	21,7	1.301

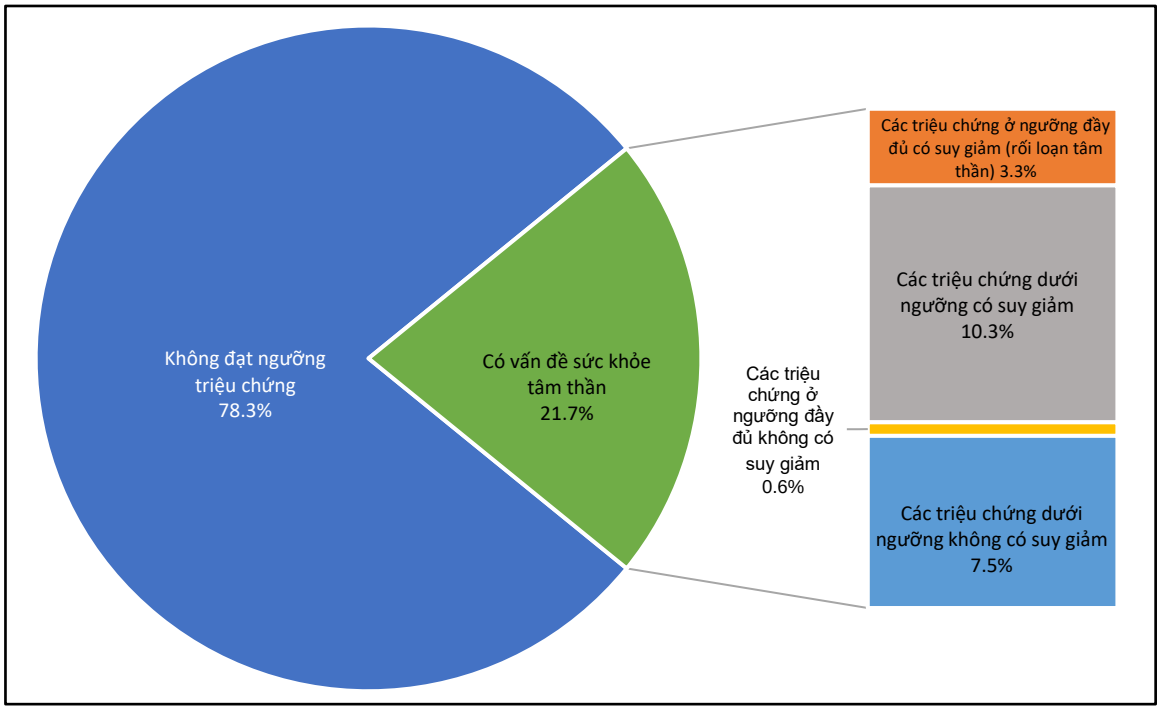
N đã được gia trọng: nam = 3.119; nữ = 2.877; 10-13 tuổi = 3.167; 14-17 tuổi = 2.829

Theo Hình 1, lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (18,6%) trong các vấn đề sức khỏe tâm thần.



Hình 1. *Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo loại*

Nhóm vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần sau đó được phân tích thêm để xác định tỷ lệ báo cáo có sự suy giảm do các triệu chứng của họ kết hợp với tỷ lệ báo cáo ngưỡng đầy đủ so với các triệu chứng dưới ngưỡng. Các ngưỡng triệu chứng dựa trên tiêu chí DSM-5, theo đó các triệu chứng dưới ngưỡng cho biết có ít nhất một nửa các triệu chứng cần thiết trong khi các triệu chứng ngưỡng đầy đủ cho thấy có tất cả các triệu chứng bắt buộc. Điều này có nghĩa là vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần được phân loại thành một trong bốn nhóm được trình bày trong Hình 2 dưới đây (lưu ý rằng các triệu chứng suy giảm ở ngưỡng đầy đủ tương đương với các triệu chứng hội đủ tiêu chí về rối loạn tâm thần). Như thể hiện trong Hình 2, hầu hết vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần đã báo cáo một số mức độ suy giảm do các triệu chứng tương ứng của họ, dù xác nhận tất cả các triệu chứng cần thiết đối với một chẩn đoán theo DSM-5 (3,3%) hay ít nhất có một nửa các triệu chứng bắt buộc (10,3 %).



Hình 2. *Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng theo ngưỡng triệu chứng và chứng thực về tình trạng suy giảm ở trẻ 10-17 tuổi*

DISC-5 đánh giá sự suy giảm do các triệu chứng gây ra (theo yêu cầu chẩn đoán DSM-5) trên bốn lĩnh vực: gia đình (gặp các vấn đề trong mối quan hệ với người chăm sóc, gặp khó khăn khi dành thời gian cùng gia đình), bạn bè (gặp khó khăn khi dành thời gian cùng bạn bè đồng trang lứa), trường học hoặc công việc (gặp khó khăn với trường học hoặc công việc), và đau khổ cá nhân. Có thể xác nhận sự suy giảm ở nhiều lĩnh vực. Trong số những người báo cáo tình trạng suy giảm (n = 819), có hai phần ba (67,0%) báo cáo tình trạng suy giảm khả năng xảy ra trong phạm vi gia đình, trong khi gần một nửa báo cáo tình trạng suy giảm liên quan đến bạn bè đồng trang lứa (47,0%) và trường học/nơi làm việc (45,4%) (Bảng 7).

Bảng 7. *Tỷ lệ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng ở lứa tuổi 10-17 xác nhận tình trạng suy giảm theo lĩnh vực suy giảm*

Lĩnh vực suy giảm	%	n
Gia đình	67,0	549
Bạn bè đồng trang lứa	47,0	384
Trường học hoặc công việc	45,4	371
Đau khổ cá nhân	34,6	284

N đã được gia trọng= 819

Rối loạn tâm thần

Có 3,3% vị thành niên (n = 200) đáp ứng với tiêu chí chẩn đoán DSM-5 cho một rối loạn tâm thần bất kỳ, dưới 1% (0,6%; n = 38) mắc từ hai rối loạn tâm thần trở lên trong 12 tháng qua. Không có sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc giữa nam (3,3%) và nữ (3,4%), hoặc trong nhóm vị thành niên trẻ hơn (2,9%) và nhóm lớn hơn (3,9%). Như thể hiện trong Bảng 8, rối loạn lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (2,3%).

Bảng 8. *Tỷ lệ rối loạn tâm thần 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi chia theo loại*

Rối loạn tâm thần	%	n
Rối loạn lo âu*	2,3	135
Hội chứng trầm cảm chủ yếu	0,9	51
ADHD	0,5	29
PTSD	0,3	19
Rối loạn hành vi	0,2	12

** Tỷ lệ rối loạn lo âu cao hơn đáng kể so với tất cả các rối loạn tâm thần khác*

Trong số những người mắc bất kỳ rối loạn tâm thần nào, tình trạng suy giảm trong lĩnh vực gia đình lại cao nhất với gần ba phần tư báo cáo về tình trạng suy giảm trong lĩnh vực này (Bảng 9).

Bảng 9. *Tỷ lệ rối loạn tâm thần 12 tháng ở trẻ 10-17 tuổi theo lĩnh vực suy giảm*

Lĩnh vực suy giảm	%	n
Gia đình	74,2	149
Bạn bè đồng trang lứa	63,3	127
Trường học hoặc công việc	64,1	128
Đau khổ cá nhân	51,8	104

N đã được gia trọng = 200

Hành vi tự tử và tự làm hại bản thân

Rất ít vị thành niên cho biết có hành vi tự tử trong 12 tháng qua. Tính toàn mẫu, trong 12 tháng qua, 1,4% cho biết có ý định tự tử, 0,4% báo cáo có lên kế hoạch tự tử và 0,2% báo cáo đã cố tìm cách tự tử. Chỉ 1,6% cho biết đã từng cố tìm cách tự tử. Tuy nhiên, như thể hiện trong Bảng 10, hơn 70% những người đã báo cáo hành vi tự sát (có ý tưởng, lên kế hoạch và/hoặc cố tìm cách tự tử) trong 12 tháng qua có vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Bảng 10. *Hành vi tự tử trong những trẻ 10-17 tuổi*

	Có ý nghĩ tự tử trong 12 tháng qua		Lập kế hoạch tự tử trong 12 tháng qua		Cố tìm cách tự tử trong 12 tháng qua		Đã từng cố tìm cách tự tử	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Vấn đề sức khỏe tâm thần	73,5	61	83,7	19	77,4	8	73,5	70
Rối loạn tâm thần	30,8	26	46,6	11	61,3	7	28,1	27

N đã được gia trọng: có ý nghĩ tự tử (12 tháng) = 83; lập kế hoạch tự tử (12 tháng) = 23; cố tìm cách tự tử (12 tháng) = 11; cố tìm cách tự tử (đã từng) = 96

Tương tự, chỉ có một tỷ lệ tương đối nhỏ (4,7%) cho biết đã từng tự làm hại bản thân, chỉ hơn 1% cho biết đã từng tự làm hại mình trong 12 tháng qua (Bảng 11). Tuy nhiên, hơn ba phần tư (76,3%) vị thành niên tự làm hại mình trong 12 tháng qua có vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Bảng 11. *Tự làm hại bản thân trong số trẻ 10-17 tuổi*

	Tự làm hại bản thân trong 12 tháng qua		Đã từng tự làm hại bản thân	
	%	n	%	n
Vấn đề sức khỏe tâm thần	76,3	50	64,5	182
Rối loạn tâm thần	29,0	19	20,9	59

N đã được gia trọng: tự làm hại bản thân (12 tháng) = 66: tự làm hại bản thân (đã từng) = 283

Những điều cần cân nhắc

Lý giải

V-NAMHS nhận thấy rằng sức khỏe tâm thần kém là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở vị thành niên. Một phần năm vị thành niên (21,7%) có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua, với một phần ba mươi (3,3%) đáp ứng tiêu chí về rối loạn tâm thần. Về mặt so sánh, có rất ít nghiên cứu sử dụng các biện pháp chẩn đoán để đo lường mức độ phổ biến của các rối loạn tâm thần trong dân số vị thành niên nói chung ở Việt Nam. Khắc phục những hạn chế về phương pháp luận như vậy là đặc tính cốt lõi của V-NAMHS và do đó, việc so sánh trực tiếp với các nghiên cứu hiện có là một thách thức trong tình hình còn nhiều khác biệt cơ bản về phương pháp luận. Ví dụ, phát hiện rằng 21,7% vị thành niên tham gia V-NAMHS có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua (tức là những người chứng thực có ít nhất một nửa các triệu chứng cần cho một chẩn đoán rối loạn tâm thần) nằm trong phạm vi của một tài liệu trước đó cho thấy tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần là từ 8% đến 29% (Samuels et al. 2018). Tuy nhiên, việc so sánh có ý nghĩa giữa các thước đo khác nhau còn hạn chế và không có nghiên cứu so sánh nào được tìm thấy để so sánh với tỷ lệ 3,3% của các rối loạn tâm thần được phát hiện trong nghiên cứu này. Việc thiếu các nghiên cứu so sánh hiện có cho thấy khoảng trống bằng chứng đáng kể mà V-NAMHS đã giải quyết được, cũng như tầm quan trọng của việc sử dụng các biện pháp toàn diện trên một mẫu đại diện toàn quốc để hiểu rõ hơn về tỷ lệ rối loạn tâm thần trong dân số vị thành niên.

Những vị thành niên báo cáo hành vi tự tử hoặc tự làm hại bản thân trong 12 tháng qua có nhiều khả năng là những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, tỷ lệ chung của các hành vi tự tử và hành vi tự làm hại bản thân được tìm thấy trong V-NAMHS thấp hơn một chút so với tỷ lệ được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây. Ví dụ, Điều tra Toàn cầu về Sức khỏe Học sinh dựa vào Trường học (GSHS) năm 2019 tại Việt Nam cho thấy 15,6% thanh thiếu niên từ 13-17 tuổi cho biết có ý định tự tử trong 12 tháng qua, với 3,1% cho biết đã cố tìm cách tự tử trong 12 tháng qua (WHO, Ministry of Health và Ministry of Education and Training 2022). Tuy nhiên, GSHS sử dụng bảng hỏi cho học sinh tự điền câu trả lời trong môi trường trường học. Trong khi đó trong nghiên cứu của V-NAMHS, những câu hỏi về hành vi tự tử và tự làm hại bản thân đều do điều tra viên phỏng vấn vị thành niên, do đó có khả năng sự kỳ thị xung quanh những hành vi tự tử này có thể phần nào giải thích cho tỷ lệ thấp hơn trong V-NAMHS. Hơn nữa, kết quả của GSHS về cơ bản cao hơn đáng kể so với các kết quả liên quan khác ở Việt Nam. Ví dụ, một nghiên cứu lớn trên 6.191 thanh niên 15-24 tuổi ở Hà Nội cho biết tỷ lệ có ý định tự tử trong 12 tháng là 2,3%, với dưới 1% cho biết đã cố tìm cách tự tử trong 12 tháng qua (Blum, Sudhinaraset và Emerson 2012). Các tác giả cũng báo cáo rằng những câu hỏi nhạy cảm đều do những người tham gia tự điền câu trả lời. Ngoài ra, câu hỏi liên quan đến ý tưởng tự tử bao gồm ý nghĩ tự tử với việc tự làm hại bản thân và lên kế hoạch tự tử không được đưa vào một danh mục riêng biệt. Điều này có thể giải thích thêm về tỷ lệ tương đối cao hơn so với những gì đã thấy trong V-NAMHS.

Hạn chế

Trong khi V-NAMHS được thiết kế có chủ đích để giải quyết những hạn chế về phương pháp luận của các nghiên cứu hiện có, một số khía cạnh của phương pháp V-NAMHS có thể đã ảnh hưởng đến tỷ lệ được báo cáo. Ví dụ, các cuộc phỏng vấn được thực hiện trực tiếp bởi một điều tra viên

được đào tạo. Có thể sự kỳ thị liên quan đến các vấn đề sức khỏe tâm thần và sự thiếu nhận thức chung về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng đã ảnh hưởng đến sự sẵn lòng tiết lộ thông tin của người tham gia mặc dù điều tra viên đã được tập huấn đầy đủ, phỏng vấn phải bảo đảm quyền riêng tư và tất cả những người tham gia đều được thông báo rằng dữ liệu thu thập sẽ được ẩn danh. Báo cáo về hành vi tự tử và tự làm hại bản thân có thể đã gặp phải vấn đề tương tự, vì những hành vi này thường bị coi là không mong muốn và vị thành niên có thể ngại báo cáo với điều tra viên, dẫn đến tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu sử dụng bảng hỏi tự điền câu trả lời (Blum, Sudhinaraset và Emerson 2012, Hoàng Thế Hải và Bùi Thị Thanh Diệu 2021, UNICEF và ODI 2018, WHO, Ministry of Health và Ministry of Education and Training 2022).

Một thách thức nữa có thể liên quan đến các định nghĩa về rối loạn tâm thần theo DSM-5 chính là những gì DISC-5 dựa vào. DSM-5 được phát triển bởi Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ và phần lớn bao gồm các tiêu chí chẩn đoán theo phương Tây (American Psychiatric Association 2013) có thể không tính đến sự khác biệt về văn hóa trong cách mô tả, trải nghiệm hoặc thể hiện sức khỏe tâm thần ở người Việt Nam. Ví dụ, Kim và các cộng sự (2019) nhận thấy rằng các triệu chứng dạng cơ thể dự đoán được các triệu chứng lo âu và trầm cảm ở cả vị thành niên Việt Nam và vị thành niên Mỹ gốc Việt nhưng không dự đoán được cho vị thành niên Âu-Mỹ (Kim et al. 2019). Do đó, có thể các triệu chứng được kiểm tra bởi DISC-5 (dựa trên tiêu chí chẩn đoán DSM-5) là chưa đủ cho các triệu chứng dạng cơ thể liên quan đến sức khỏe tâm thần trong bối cảnh Việt Nam.

Để giải quyết những thách thức này, các nỗ lực điều chỉnh DISC-5 đáng kể đã được thực hiện để sử dụng trong môi trường Việt Nam trong phạm vi giới hạn của các yêu cầu chẩn đoán của DSM-5. Điều này bao gồm bản dịch cẩn thận của toàn bộ công cụ V-NAMHS (bao gồm cả DISC-5), dịch ngược và xem xét các bản dịch ngược của nhóm NAMHS. Các sửa đổi cũng được thực hiện dựa trên phản hồi từ những người tham gia trong các khóa tập huấn ban đầu và dựa trên đánh giá các bản dịch của các bác sĩ lâm sàng trong nước. Mục đích là để đảm bảo rằng ngôn ngữ của công cụ (bao gồm ngữ pháp, thành ngữ và ví dụ về hành vi) được điều chỉnh phù hợp với ngữ cảnh Việt Nam trong khi vẫn đo lường các khái niệm giống như dự định ban đầu. Các thay đổi cũng được thực hiện để đáp ứng với nghiên cứu thí điểm (được mô tả thêm trong Phương pháp luận trong Phụ lục) và việc tiếp tục sửa đổi trong suốt năm 2019 và 2020. Cuối cùng, để hiểu rõ hơn về tác động qua lại tiềm tàng giữa khác biệt văn hóa trong sức khỏe tâm thần với các yêu cầu chẩn đoán của DSM-5, cả 'vấn đề sức khỏe tâm thần' và 'rối loạn tâm thần' đều được đưa vào báo cáo này. Điều này cho phép hiểu biết toàn diện hơn về sức khỏe tâm thần của dân số vị thành niên Việt Nam ngoài các yêu cầu chẩn đoán được thiết lập bởi DSM-5.

Các hàm ý

Tỷ lệ sức khỏe tâm thần kém được V-NAMHS phát hiện chỉ ra rằng sức khỏe tâm thần là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đòi hỏi sự quan tâm của các nhà hoạch định chính sách và lập kế hoạch ở Việt Nam. Dữ liệu từ V-NAMHS cung cấp cơ sở bằng chứng cơ bản cho các sáng kiến về chính sách và sức khỏe như vậy. Ví dụ, hầu hết vị thành niên hiện đang đi học có nghĩa là việc thực hiện các chiến lược sàng lọc và quản lý cụ thể, lồng ghép với các hoạt động nâng cao sức khỏe tâm thần, trong môi trường trường học có thể là một phương tiện để giảm tỷ lệ hiện mắc và tác động tiềm tàng của các triệu chứng này lên sức khỏe và tình trạng an sinh của vị thành niên Việt Nam. Hơn nữa, lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vấn đề sức khỏe tâm thần. Các chiến dịch nâng cao sức khỏe có mục tiêu tập trung nâng cao hiểu biết về bệnh lý lo lâu, xác định các triệu chứng và cách tìm kiếm sự trợ giúp có thể cung cấp lộ trình cải thiện sức khỏe tâm thần cho phần lớn nhóm dân số vị thành niên Việt Nam có các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Ngoài ra, mặc dù tỷ lệ có hành vi tự tử ở vị thành niên được ghi nhận là thấp, báo cáo vẫn kêu gọi sự quan tâm về mặt chính sách và các hành động cần thiết để giảm thiểu rủi ro khi vấn đề liên quan đến sự sống và cái chết được đặt ra. Ý nghĩ tự tử thường xảy ra trong một khoảng thời gian trước khi lên kế hoạch hoặc nỗ lực tự tử (Wasserman et al. 2008). Do đó, các dịch vụ hỗ trợ và phát hiện sớm cho những người có ý định tự tử, bao gồm thông qua việc xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần, có thể giúp tránh việc này xảy ra.

Nói rộng hơn, những phát hiện của V-NAMHS nhấn mạnh sự cần thiết của một chính sách sức khỏe

tâm thần quốc gia quan tâm đến vị thành niên và bao gồm các chiến lược cụ thể cho sức khỏe tâm thần vị thành niên trong trường học và cộng đồng một cách rộng rãi hơn. Mới đây, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành Quyết định 1442/QĐ-BGDĐT ngày 01/6/2022 (Ban hành Chương trình giáo dục sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025 của ngành Giáo dục) và Quyết định số 2138/QĐ-BGDĐT ngày 03/8/2022 (Ban hành Kế hoạch Giáo dục Sức khỏe Tâm thần cho Trẻ em, Học sinh giai đoạn 2022-2025) (Bộ Giáo dục và Đào tạo 2022a, Bộ Giáo dục và Đào tạo 2022b). Mặc dù những quyết định này thể hiện sự công nhận rộng rãi vấn đề sức khỏe tâm thần vị thành niên trong ngành giáo dục, nhưng cần có một khung chính sách toàn diện quốc gia để giải quyết các nhu cầu về sức khỏe tâm thần của thanh thiếu niên bao gồm cả những người đang đi học cũng như những người không đi học, và sự tham gia của ngành y tế và các ngành khác có liên quan cùng ngành giáo dục. Hành động tích cực đối với sức khỏe tâm thần ở tuổi vị thành niên có khả năng mang lại những lợi ích hiện tại (tức là những lợi ích trải nghiệm được ngay từ việc giảm thiểu các triệu chứng và cải thiện khả năng hoạt động tối ưu trong cuộc sống hàng ngày), lợi ích lâu dài (tức là lợi ích ở tuổi trưởng thành thông qua khả năng tránh hoặc giảm thiểu những hệ quả bất lợi liên quan đến sức khỏe tâm thần), cũng như những lợi ích tiềm tàng cho thế hệ tiếp theo khi có cha mẹ khỏe mạnh về tâm thần và lớn lên trong một xã hội có các chính sách về sức khỏe tâm thần được thiết lập (Patton et al. 2016).

Sử dụng dịch vụ

Tổng quan

Sự khởi phát các triệu chứng rối loạn tâm thần có xu hướng xảy ra ở tuổi vị thành niên (WHO 2014), đưa ra cơ hội duy nhất để cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm và chăm sóc sức khỏe tâm thần phù hợp với lứa tuổi vị thành niên (Colizzi, Lasalvia và Ruggeri 2020). Điều trị và hỗ trợ hiệu quả có thể làm giảm hoặc giải quyết các triệu chứng và cải thiện chức năng, trong khi những trải nghiệm tích cực ban đầu khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có khả năng thúc đẩy các hành vi tìm kiếm sự trợ giúp trong tương lai, giảm gánh nặng cho cá nhân và hệ thống y tế khi trưởng thành (Schnyder et al. 2019). Thu thập thông tin về các hình thức sử dụng dịch vụ có thể giúp xác định những khoảng trống trong việc cung cấp dịch vụ, báo cho biết liệu các dịch vụ sức khỏe tâm thần hiện có là phù hợp và dễ tiếp cận hay không, và giải quyết các rào cản đối với việc chăm sóc. Điều này đặc biệt quan trọng đối với vị thành niên - người phải đối mặt với những thách thức đặc biệt trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc do áp lực gia đình, ảnh hưởng của bạn bè và khó khăn trong việc chi trả cho các dịch vụ (Person, Hagquist và Michelson 2017, WHO 2014) . Sự hiểu biết về những thách thức nào phù hợp nhất đối với vị thành niên cho phép có hành động trực tiếp để giảm bớt các rào cản nhằm cải thiện việc sử dụng dịch vụ và kết quả chăm sóc cho những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn tâm thần

Ở Việt Nam, gần đây Chính phủ đã có những nỗ lực nhằm tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần. Chẳng hạn, Chính phủ đã ban hành Quyết định 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 (Thủ tướng Chính phủ 2020) phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030. Tuy nhiên, vị thành niên chỉ được đề cập đến như một trong nhiều nhóm dân số nhỏ và chỉ tập trung vào những người trẻ tuổi, đặc biệt chủ yếu liên quan đến trẻ em mắc chứng tự kỷ. Gần đây hơn, Chính phủ đã ban hành Quyết định 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 (Thủ tướng Chính phủ 2022) phê duyệt "Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025". Trong khi một trong những mục tiêu của Kế hoạch là quản lý việc điều trị ở cấp độ dân số để hạn chế bất kỳ sự gia tăng rối loạn tâm thần, thì trọng tâm vẫn là tâm thần phân liệt và trầm cảm mà chưa quan tâm đến các chiến lược dành riêng cho vị thành niên hoặc các rối loạn khác phổ biến ở tuổi vị thành niên (Thủ tướng Chính phủ 2022). Mặc dù ngày càng có nhiều sự thừa nhận về

sức khỏe tâm thần ở Việt Nam trên phạm vi rộng hơn, nhưng vẫn còn thiếu đáng kể các dịch vụ, đặc biệt là ở khu vực nông thôn so với khu vực thành thị, mà việc tiếp cận còn bị ảnh hưởng nhiều hơn nữa bởi tình trạng kinh tế xã hội của cá nhân (Samuels et al. 2018). Đối với vị thành niên, những thách thức này càng trở nên trầm trọng hơn khi hầu hết các dịch vụ sức khỏe tâm thần hiện có phần lớn là để đáp ứng cho người lớn mắc bệnh tâm thần nặng và có các yêu cầu phức tạp, chẳng hạn như tâm thần phân liệt (Cao Tiến Đức 2020). Kết quả là thiếu đáng kể các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho vị thành niên, đặc biệt là cho những người bị suy giảm và mắc chứng lo âu do các triệu chứng rối loạn tâm thần nhưng không cần can thiệp chuyên sâu.

Một trong những mục tiêu chính của V-NAMHS là xác định việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ở vị thành niên Việt Nam, cũng như mức độ nhận thức về nhu cầu và các rào cản đối với việc chăm sóc. Chương này phác thảo việc đo lường việc sử dụng dịch vụ và các yếu tố liên quan của nó trong V-NAMHS và trình bày các kết quả. Tất cả các tỷ lệ và con số được trình bày trong chương này đều đã được gia quyền. Các kiểm định ý nghĩa thống kê không được trình bày trong chương này hoặc trong báo cáo, nhưng các khác biệt có ý nghĩa thống kê đã được nêu rõ trong bảng biểu liên quan và chỉ những khác biệt có ý nghĩa thống kê mới được thảo luận. Cuối cùng, Chương này cũng xem xét các lý giải cho những phát hiện và bàn luận ngắn gọn về hàm ý chính sách.

Đo lường

Các câu hỏi về sử dụng dịch vụ được áp dụng cho tất cả những người tham gia, dù có bất kỳ triệu chứng rối loạn tâm thần nào đã được xác nhận hay không. Để hiểu liệu các dịch vụ đã được tiếp cận để hỗ trợ sức khỏe tâm thần của vị thành niên hay chưa, thuật ngữ "các vấn đề về cảm xúc và hành vi" đã được sử dụng để tạo khung cho mỗi câu hỏi sử dụng dịch vụ. Thuật ngữ này được chọn để giảm bớt sự kỳ thị hoặc tác động tiềm ẩn từ hiểu biết hạn chế về các thuật ngữ sức khỏe tâm thần. Ngoài ra, "các vấn đề về cảm xúc và hành vi" giải thích cho nhiều cách mà các triệu chứng rối loạn tâm thần có thể biểu hiện, có thể khác nhau giữa các nhóm tuổi và môi trường văn hóa. Cách tiếp cận này phù hợp với các nghiên cứu tương tự về sức khỏe tâm thần và sử dụng dịch vụ (Hafekost et al. 2016). Hơn nữa, V-NAMHS nhận thấy rằng các dịch vụ được sử dụng có thể bao gồm các dịch vụ từ các nhà cung cấp khác ngoài các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính thức. Vì lý do này, một loạt các nhà cung cấp dịch vụ đã được đưa vào trong phép đo từ lĩnh vực y tế, đến giáo dục, tôn giáo/truyền thống và các lĩnh vực khác. Tất cả các câu hỏi liên quan đến 12 tháng trước thời điểm khảo sát đều để hỏi cha mẹ, ngoại trừ các câu hỏi về hỗ trợ không chính thức và các phương thức tự lực để hỏi vị thành niên.

Kết quả

Tần suất và loại hình sử dụng dịch vụ

Trong số những vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần (n = 1.301), chỉ có 8,4% đã sử dụng bất kỳ một dịch vụ cung cấp sự hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua. Nhìn chung, chỉ 6,5% (n = 389) vị thành niên đã sử dụng dịch vụ trong 12 tháng qua, không có sự khác biệt giữa nam (7,4%; n = 231) và nữ (5,5%; n = 158). Trong số những trẻ vị thành niên đã sử dụng dịch vụ, hầu hết các bậc cha mẹ cho biết rằng những dịch vụ này hữu ích hoặc rất hữu ích (80,0%).

Về tần suất sử dụng dịch vụ trong 12 tháng qua, Bảng 12 cho thấy một nửa (50,8%) vị thành niên này chỉ sử dụng dịch vụ một lần, trong khi một phần tư (26,2%) đã sử dụng dịch vụ từ hai đến bốn lần. Rất ít (3,4%) vị thành niên đã tiếp cận các dịch vụ từ 5 lần trở lên.

Bảng 12. *Tần suất tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua ở nhóm 10-17 tuổi chia theo giới tính*

Giới tính	Một lần		2-4 lần		5 lần trở lên	
	%	n	%	n	%	n
Nam	47,2	109	26,3	61	4,5	10
Nữ	56,0	89	26,2	41	1,7	3
Chung	50,8	198	26,2	102	3,4	13

N đã được gia trọng: nam = 231; nữ = 158; tổng số = 389

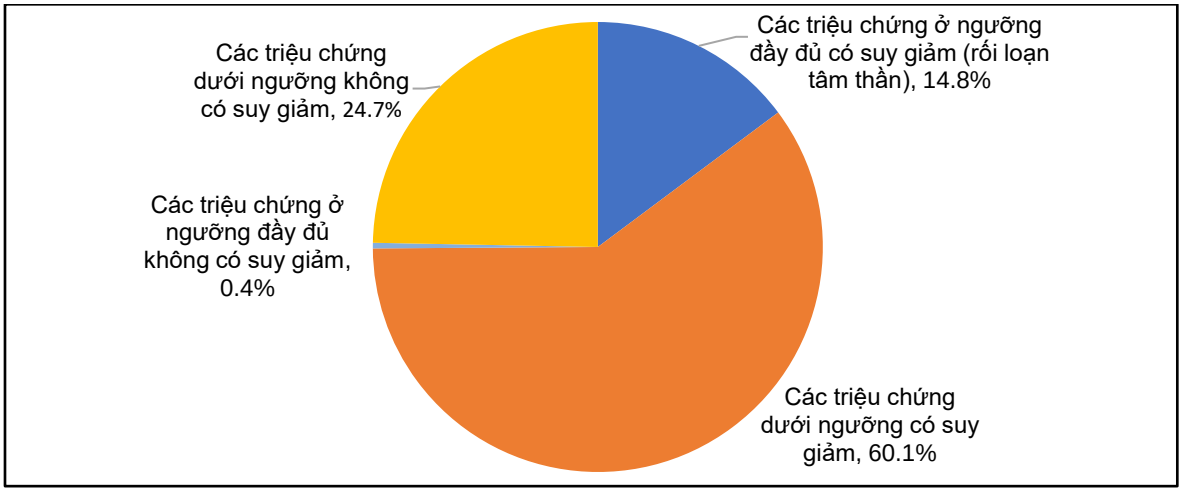
Khi được hỏi nhà cung cấp dịch vụ nào được sử dụng nhiều nhất trong 12 tháng qua, hơn một nửa số cha mẹ (56,2%) có vị thành niên tiếp cận dịch vụ trong 12 tháng qua cho biết đó là từ bác sĩ hoặc y tá (Bảng 13).

Bảng 13. *Nhà cung cấp dịch vụ thường được sử dụng nhất cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua ở trẻ 10-17 tuổi*

Loại nhà cung cấp dịch vụ	%	n
Bác sĩ hoặc y tá	56,2	219
Nhân viên sức khỏe cộng đồng	10,7	42
Nhân viên trường học	5,5	22
Lãnh tụ tôn giáo/đức tin	4,5	17
Bác sĩ chuyên khoa, ví dụ bác sỹ tâm lý	1,4	5
Khác	0,3	1
Thầy lang	0,1	0

N đã được gia trọng = 389

Trong số những người đã tiếp cận các dịch vụ, 28,1% có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua, có nghĩa là hơn 71,9% không báo cáo đầy đủ các triệu chứng để chỉ ra sự hiện diện của vấn đề sức khỏe tâm thần theo DISC-5. Như thể hiện trong Hình 3, vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần đã tiếp cận các dịch vụ có nhiều khả năng báo cáo tình trạng suy giảm hơn là những người không tiếp cận dịch vụ, bất kể họ xác nhận triệu chứng ngưỡng đầy đủ (14,8%, n = 16) hay triệu chứng dưới ngưỡng (60,1%, n = 66).



N đã được gia trọng=109

Hình 3. *Ngưỡng triệu chứng và xác nhận mức độ suy giảm trong những vị thành niên 10-17 tuổi có vấn đề về sức khỏe tâm thần sử dụng các dịch vụ trong 12 tháng qua.*

Nhận thức về nhu cầu và các rào cản đối với việc chăm sóc

Trong số tất cả các bậc cha mẹ, chỉ có 5,1% (n = 307) xác định rằng trẻ vị thành niên của họ cần được giúp đỡ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi. Trong số những người xác định rằng vị thành niên của họ cần được giúp đỡ, 37,7% (n = 116) cho biết rằng vị thành niên của họ đã nhận được tất cả sự giúp đỡ mà họ cần. Như thể hiện trong Bảng 14, một phần năm các bậc cha mẹ (20,4%) cho biết muốn giải quyết vấn đề của trẻ vị thành niên một mình hoặc với sự hỗ trợ của gia đình trong khi một phần mười cho biết không biết liệu trẻ vị thành niên có cần giúp đỡ hay không (10,7%) và/hoặc họ không biết tìm kiếm sự giúp đỡ từ đâu (10,0%). Lưu ý rằng cha mẹ có thể xác nhận nhiều lý do ngoại trừ những người cho biết không có lý do nào trong số những lý do được liệt kê.

Bảng 14. *Các rào cản trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ hoặc nhận sự giúp đỡ đối với các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua của cha mẹ trẻ 10-17 tuổi*

Lý do	%	n
Thích một mình xử lý các vấn đề của vị thành niên hoặc với sự hỗ trợ của gia đình	20,4	63
Không chắc liệu vị thành niên có cần giúp đỡ hay không	10,7	33
Không chắc nơi nào để nhận được giúp đỡ	10,0	30
Cho rằng vấn đề tự nó sẽ trở nên tốt hơn	5,8	18
Không có bất cứ nơi nào để nhận được sự giúp đỡ	3,8	12
Chi phí quá nhiều hoặc gia đình chúng tôi không đủ khả năng chi trả	2,7	8
Không có lý do nào trong số này (khác)[a]	2,4	7
Có vấn đề về nhận dịch vụ	2,0	6
Lo lắng về việc người khác có thể nghĩ gì về việc này	1,3	4
Không muốn nói về điều này với người lạ	1,3	4
Vị thành niên từ chối sự giúp đỡ hoặc không đến khám như đã hẹn	0,7	2
Đã yêu cầu giúp đỡ nhưng không nhận được sự giúp đỡ	0,6	2

N đã được gia trọng = 307; [a] chỉ một lựa chọn duy nhất

Hỗ trợ không chính thức

Tất cả các vị thành niên được hỏi họ thường nói chuyện với ai khi buồn phiền hoặc lo âu. Họ có thể chọn nhiều hơn một phương án ngoại trừ những người chọn phương án "không nói chuyện với bất kỳ ai" (9,5%). Trong số những người cho biết họ đã nói chuyện với ai đó, gần ba phần tư (73,9%) thanh thiếu niên cho biết họ nói chuyện với một thành viên trong gia đình, tiếp theo là gần hai phần năm cho biết đã nói chuyện với một người bạn (38,2%) (Bảng 15).

Bảng 15. *Người mà vị thành niên từ 10-17 tuổi nói chuyện khi có buồn phiền hoặc lo ngại*

Ai là người mà vị thành niên thường nói chuyện khi họ có lo lắng hoặc lo ngại	%	n
Thành viên gia đình	73,9	4.429
Bạn bè	38,2	2.288
Thầy cô giáo	2,9	176
Người yêu (bạn trai/bạn gái)	2,3	137
Thành viên cộng đồng	1,6	94
Khác	1,0	60
Bác sĩ	0,5	31
Lãnh tự tôn giáo/đức tin	0,4	22

Các cách tự giúp bản thân

Tất cả vị thành niên được hỏi về cách họ kiểm soát và ngăn ngừa các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua. Vị thành niên có thể chọn nhiều hơn một phương án trả lời trừ khi họ nói rằng họ không sử dụng bất kỳ cách nào để tự giúp bản thân (11,7%). Bảng 16 cho thấy 30,7% dùng cách tập thể dục nhiều hơn trong khi một phần tư (24,8%) cho biết họ làm những điều họ thích nhiều hơn.

Bảng 16. *Các giải pháp tự giúp bản thân được dùng để kiểm soát hoặc ngăn ngừa các vấn đề về cảm xúc và hành vi ở trẻ 10-17 tuổi*

Giải pháp tự giúp bản thân	%	n
Tập thể dục nhiều hơn hoặc tham gia một môn thể thao	30,7	1.839
Làm nhiều hơn những điều bạn thích	24,8	1.490
Tìm kiếm sự hỗ trợ từ gia đình	19,2	1.149
Tìm kiếm sự hỗ trợ từ bạn bè	17,7	1.060
Cải thiện chế độ ăn uống của bạn	14,7	884
Tìm kiếm thông tin trong sách, tạp chí hoặc trên TV	9,0	538
Tìm kiếm sự hỗ trợ thông qua mạng xã hội như các kênh trò chuyện trực tuyến, truyền thông xã hội hoặc các nhóm qua mạng khác	6,9	416
Tham gia một nhóm xã hội dưới loại hình nào đó	1,7	104
Thiền định hoặc dùng liệu pháp thư giãn	1,6	97
Ngừng hút thuốc, ngừng sử dụng đồ uống có cồn hoặc ngừng sử dụng chất gây nghiện bất hợp pháp	0,2	14

Những điều cần cân nhắc

Lý giải

Kết quả cho thấy nhu cầu tiềm ẩn lớn về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho vị thành niên ở Việt Nam chưa được đáp ứng. Trong số thanh thiếu niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần (21,7%; n = 1,301), chỉ 8,4% (n = 109) đã sử dụng một dịch vụ cung cấp hỗ trợ hoặc tư vấn nào đó cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua. Phát hiện này phù hợp với các cuộc khảo sát quốc tế chỉ ra rằng hầu hết người dân ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (LMIC) bị rối loạn tâm thần không nhận được sự điều trị (Demyttenaere et al. 2004).

Những phát hiện xung quanh các rào cản đối với việc chăm sóc có thể cung cấp một số manh mối về lý do tại sao khả năng tiếp cận dịch vụ thấp ở những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Chỉ 5,1% (n = 307) cha mẹ cho biết con cái của họ cần được giúp đỡ về các vấn đề cảm xúc và hành vi trong suốt 12 tháng qua. Trong số những người đã làm vậy, gần hai phần năm (37,7%) báo cáo rằng vị thành niên của họ đã nhận được tất cả sự giúp đỡ mà họ cần với 20,4% khác thích tự mình giải quyết các vấn đề của trẻ vị thành niên của họ hoặc với sự hỗ trợ của gia đình. Trong khi có thể một số vị thành niên đã nhận được sự giúp đỡ đầy đủ, nhưng những phát hiện này có thể chỉ ra một vấn đề đó là sự hiểu biết sức khỏe tâm thần, đặc biệt liên quan đến việc nhận biết các vấn đề sức khỏe tâm thần có thể cần sự trợ giúp của chuyên gia. Điều này được chứng minh bởi các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam (Hoang-Minh Dang et al. 2020). Cũng có thể có ảnh hưởng của sự kỳ thị đối với sức khỏe tâm thần, do đó khả năng tìm kiếm sự trợ giúp cho các vấn đề sức khỏe tâm thần bị giảm đi. Nghiên cứu trước đây đã phát hiện ra sự kỳ thị hiện hữu về sức khỏe tâm thần của người dân Việt Nam tác động đến các hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ (Kamimura et al. 2018, Mai Do et al. 2014).

Ngược lại, chỉ 28,1% những người tiếp cận dịch vụ có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Điều này có nghĩa là 71,9% những người đã tiếp cận các dịch vụ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi đã không báo cáo đầy đủ các triệu chứng để cho thấy họ có vấn đề sức khỏe tâm thần như được đo bằng DISC-5. Phát hiện này rất khó lý giải, do tỷ lệ vị thành niên bắt đầu tìm kiếm dịch vụ là rất nhỏ (6,5%; n = 389). Có thể một tỷ lệ vị thành niên đã nhận được đủ sự trợ giúp từ các dịch vụ này để giảm các triệu

chứng đến mức không còn ghi nhận là có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, do DISC-5 đo lường các triệu chứng trong 12 tháng qua và thực tế là một nửa số vị thành niên này chỉ tiếp cận các dịch vụ một lần, điều này có vẻ không đúng trong mọi trường hợp. Cũng có thể một số vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần nhưng đã không đăng ký như vậy dựa trên các triệu chứng được đánh giá trong DISC-5 hoặc khái niệm về những gì tạo thành "vấn đề về cảm xúc và hành vi" không có tương quan nhiều với vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần như chủ định của các câu hỏi. Hơn nữa, mặc dù những nỗ lực đã được thực hiện để điều chỉnh DISC-5 cho phù hợp với bối cảnh Việt Nam, có thể các thuật toán cho điểm dựa trên DSM-5 (tức là cách xác định những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn tâm thần) có thể cần được xem xét thêm để nắm bắt chính xác các phân bố triệu chứng khác nhau trong dân số Việt Nam. Dữ liệu do V-NAMHS cung cấp cho phép thực hiện các phân tích như vậy trong tương lai.

Hạn chế

Các phát hiện của V-NAMHS liên quan đến việc sử dụng dịch vụ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi nên được diễn giải một cách thận trọng. Thứ nhất, số lượng nhỏ vị thành niên tiếp cận với các dịch vụ vì các vấn đề về cảm xúc và hành vi (n = 389) gây khó khăn cho việc xác định các mô hình rõ ràng trong việc sử dụng dịch vụ (ví dụ, tần suất hoặc sự hiện diện của một vấn đề sức khỏe tâm thần). Tuy nhiên, những phát hiện này là điểm khởi đầu và ở cấp độ rộng nhất, cho thấy nhu cầu chưa được đáp ứng và các rào cản về chăm sóc của dân số vị thành niên Việt Nam. Thứ hai, hầu hết các câu hỏi dành để hỏi cha mẹ hơn là hỏi vị thành niên do những cân nhắc liên quan đến độ dài của cuộc phỏng vấn. Điều này có nghĩa là quan điểm của trẻ vị thành niên, đặc biệt là các rào cản đối với việc chăm sóc, không được đo lường. Tuy nhiên, do hầu hết trẻ vị thành niên cho biết họ nói chuyện với một thành viên trong gia đình khi họ lo lắng hoặc lo ngại, nên vai trò "người gác cổng" của cha mẹ đối với việc tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần cho thấy rằng họ được đặt ở vị trí tốt để cung cấp thông tin về các rào cản đối với việc chăm sóc, những thông tin này phù hợp nhất với các nhà hoạch định chính sách. Hơn nữa, các câu hỏi sử dụng dịch vụ hỏi cha mẹ có thể dễ dàng điều chỉnh cho phù hợp với những người trả lời là vị thành niên trong các nghiên cứu trong tương lai.

Các hàm ý

V-NAMHS nhận thấy nhu cầu dịch vụ chưa được đáp ứng rất lớn, với dưới 10% những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần tiếp cận các dịch vụ trong 12 tháng qua. Tuy nhiên, các phát hiện cũng nêu bật các cơ hội để cải thiện xu hướng tìm kiếm sự trợ giúp của vị thành niên và gia đình đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Ví dụ, kết quả cho thấy cha mẹ và gia đình là nguồn hỗ trợ trung tâm cho vị thành niên. Gần ba phần tư vị thành niên (73,9%) cho biết họ nói chuyện với một thành viên trong gia đình khi họ có lo lắng hoặc lo ngại. Điều này phù hợp với nghiên cứu trước đây của Việt Nam cũng cho thấy những người trẻ tuổi có xu hướng tìm kiếm sự giúp đỡ về các vấn đề sức khỏe tâm thần từ gia đình và bạn bè (Kamimura et al. 2018, Truc Thanh Thai, Ngoc Ly Ly Thi Vu và Han Hy Thi Bui 2020). Tuy nhiên, trong V-NAMHS, chỉ có 5,1% cha mẹ xác định rằng trẻ vị thành niên của họ cần được giúp đỡ về các vấn đề cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua mặc dù có 21,7% trẻ vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong cùng thời kỳ. Trong số đó, hơn một phần ba (37,7%) báo cáo rằng vị thành niên của họ nhận được tất cả sự giúp đỡ mà họ cần và thêm 20,4% cho biết không tiếp cận sự trợ giúp vì họ muốn tự mình giải quyết các vấn đề của trẻ vị thành niên của họ hoặc với sự giúp đỡ của gia đình. Sự kết hợp của dữ liệu cha mẹ và trẻ vị thành niên chứng minh rằng các chiến lược được thiết kế đặc thù để cải thiện kiến thức về sức khỏe tâm thần, giảm kỳ thị liên quan đến sức khỏe tâm thần và nâng cao nhận thức về các dịch vụ sẵn có cho các gia đình có thể là một bước đi sáng suốt. Các chương trình như vậy có thể tập trung vào việc đảm bảo các bậc cha mẹ cảm thấy được trang bị tốt hơn để giải quyết những lo lắng hoặc mối quan tâm của trẻ vị thành niên, đồng thời, dạy cho họ biết về các dấu hiệu của các vấn đề sức khỏe tâm thần, nơi để tìm kiếm sự trợ giúp cho những vấn đề đó và lợi ích của việc làm như vậy cho cả vị thành niên và gia đình của họ nói chung. Có một cơ sở dựa vào bằng chứng đang phát triển để điều chỉnh các chương trình hiểu biết về sức khỏe tâm thần cho Việt Nam (Hoang Minh Dang et al. 2018, Nga Linh La et al. 2022, Thach Tran et al. 2020). Vấn đề ít hiểu biết về sức khỏe tâm thần và sự kỳ thị đáng kể xung quanh sức khỏe tâm thần ở Việt Nam được các nghiên cứu hiện có chứng minh qua quan điểm của cả dân số nói chung (Kamimura et al. 2018, Mai Do et al. 2014, Mckelvey et al. 1999, Quynh Chi Nguyen Thai và

Thanh Huong Nguyen 2018, Truc Thanh Thai, Ngoc Ly Ly Thi Vu và Han Hy Thi Bui 2020) và của các chuyên gia sức khỏe tâm thần (Hoang-Minh Dang et al. 2020), lưu ý rằng bằng chứng cụ thể về vị thành niên và gia đình vẫn còn hạn chế.

Để có bất kỳ sự cải thiện nào về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ trong vị thành niên và gia đình của họ cũng cần phải có sự cải tiến tương đương về khả năng cung cấp dịch vụ. Một lần nữa, những phát hiện của V-NAMHS nêu bật các cơ hội cho những bước ban đầu hướng tới những cải tiến như vậy. Ví dụ, trong số những người đã tiếp cận các dịch vụ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong 12 tháng qua, hơn một nửa (56,2%) đã tìm đến các nhà cung cấp dịch vụ y tế chính thức hơn như bác sĩ hoặc y tá. Như vậy, có thể có cơ hội để kết hợp tầm soát sức khỏe tâm thần vào các dịch vụ y tế đa khoa hiện có đồng thời cung cấp giáo dục và đào tạo về sức khỏe tâm thần và lộ trình chuyển tuyến cho các bác sĩ đa khoa. Ví dụ, để tạo điều kiện lồng ghép các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, WHO đã xuất bản cuốn Hướng dẫn can thiệp mhGAP (mhGAP-IG phiên bản 1.0 xuất bản năm 2010; phiên bản 2.0 xuất bản năm 2016) cho các rối loạn tâm thần, thần kinh và sử dụng chất kích thích trong các cơ sở y tế không chuyên khoa để bác sĩ, y tá, nhân viên y tế khác cũng như các nhà lập kế hoạch và quản lý y tế sử dụng (WHO 2016). Tính khả thi và hữu ích của việc lồng ghép các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và dựa vào cộng đồng đã được chứng minh ở một số nước có thu nhập thấp và trung bình (LMIC) (Keynejad, Spagnolo và Thornicroft 2022). Các hướng dẫn mhGAP cung cấp cơ sở cho việc thực hiện các chính sách và thực hành như vậy ở Việt Nam, có thể được sử dụng để tạo điều kiện và hỗ trợ hơn nữa các dịch vụ mà vị thành niên và gia đình họ đang tìm kiếm để được hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Việc tích hợp các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hoạt động của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu sẽ giúp ứng dụng các phát hiện của V-NAMHS bằng cách đào tạo và cung cấp nguồn lực đầy đủ cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính thức để hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Cần lưu ý rằng bất kỳ nỗ lực nào như vậy đều đòi hỏi các rối loạn tâm thần phải được nhìn nhận thông qua các chính sách và chiến lược thích hợp được thiết kế để hướng dẫn cải thiện việc phân bổ nguồn lực cho sức khỏe tâm thần vị thành niên.

COVID-19

Tổng quan

Ca mắc COVID-19 đầu tiên được phát hiện tại Việt Nam vào tháng 1 năm 2020. Sau đó, Ban Chỉ đạo Quốc gia được thành lập để quản lý các hoạt động ứng phó của Chính phủ đối với đại dịch COVID-19. Chính phủ đã kích hoạt các thủ tục kiểm dịch chính thức và các biện pháp nghiêm ngặt để ngăn chặn sự lây lan của COVID-19 bao gồm cấm tụ tập đông người ở nơi công cộng, thực thi các biện pháp hạn chế di chuyển và bắt buộc đeo khẩu trang ở những nơi công cộng. Từ tháng 4 năm 2020, tiến hành phong tỏa toàn quốc, mọi người được yêu cầu ở nhà, các doanh nghiệp và trường học bị đóng cửa. Sau lệnh phong tỏa quốc gia, tiếp tục các đợt phong tỏa địa phương ở cấp tỉnh. Việt Nam ghi nhận cao điểm số ca mắc COVID-19 vào tháng 9 năm 2021 với hơn 10.000 ca mắc mới mỗi ngày. Năm 2022, do tỷ lệ tiêm vắc-xin phòng chống COVID-19 cao, Chính phủ đã nới lỏng các biện pháp phong tỏa và cách ly trên toàn quốc (Bộ Y tế 2022, Chính phủ 2022).

Trên toàn cầu, đại dịch COVID-19 đã tác động đến cuộc sống của thanh thiếu niên thông qua việc thực thi các biện pháp ngăn chặn (bao gồm cả việc đóng cửa trường học) dẫn đến sự cô lập xã hội, mất thói quen hàng ngày và căng thẳng trong gia đình. Nhiều bằng chứng mới đã chỉ ra mối liên quan giữa đại dịch COVID-19 và tỷ lệ lo lắng, trầm cảm và căng thẳng cao hơn (Jones, Mitra và Bhuiyan 2021). Việc hiểu COVID-19 có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần vị thành niên như thế nào là cần thiết cho việc chuẩn bị đối phó với đại dịch trong tương lai và để cung cấp những hỗ trợ mà những người trẻ tuổi cần để giải quyết những gì một số người đang gọi là "một thế hệ mất mát" (Hafstad và Augusti 2021). Hiện còn thiếu dữ liệu đại diện trên toàn quốc từ vị thành niên lẫn cha mẹ của họ về mức độ ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đối với cuộc sống của họ trong bối cảnh sức khỏe tâm thần và phúc lợi. Chương này trình bày cách đo lường các yếu tố của đại dịch COVID-19 thích hợp nhất đối với V-NAMHS và báo cáo những phát hiện chính. Tất cả các tỷ lệ và con số được trình bày trong chương này đều có trọng số. Các kiểm định ý nghĩa thống kê không được trình bày rộng rãi trong chương này hoặc trong toàn văn báo cáo, nhưng các khác biệt có ý nghĩa thống kê được nêu rõ trong bảng biểu liên quan và chỉ những khác biệt có ý nghĩa thống kê mới được thảo luận trong báo cáo. Chương này cũng trình bày những lý giải cho các phát hiện và bàn luận ngắn gọn về tác động của chúng đối với các nhà hoạch định chính sách trong bối cảnh sức khỏe tâm thần.

Đo lường

Các câu hỏi COVID-19 tập trung vào các yếu tố có nhiều khả năng liên quan đến sức khỏe tâm thần theo mục tiêu cốt lõi của V-NAMHS. Những câu hỏi này không nhằm mục đích cũng như không được thiết kế để trở thành một thước đo toàn diện cho tất cả các trải nghiệm trong đại dịch COVID-19. Các câu hỏi được thiết kế đặc biệt cho cuộc khảo sát, ban đầu dựa trên đánh giá các tài liệu liên quan và sau đó tham khảo ý kiến của tất cả năm nhóm NAMHS quốc tế. Các câu hỏi được đặt ra cho cả cha mẹ và trẻ vị thành niên và liên quan cụ thể đến những trải nghiệm trong đại dịch.

Đầu tiên, cả cha mẹ và vị thành niên đều được hỏi liệu họ đã nghe nói về COVID-19 hay chưa. Những người đã nghe nói về COVID-19 sau đó đã được hỏi một loạt câu hỏi liên quan đến trải nghiệm của họ trong đại dịch COVID-19. Cha mẹ được hỏi các câu hỏi về việc họ tiếp xúc trực tiếp với COVID-19, kiểm dịch, kỳ thị, ảnh hưởng kinh tế đối với hộ gia đình (bao gồm bất kỳ thay đổi nào về thu nhập hộ gia đình và không đủ tiền cho nhu cầu thiết yếu), và những thay đổi đối với việc sử dụng rượu và chất gây nghiện bất hợp pháp của họ. Cha mẹ cũng được hỏi về nhu cầu giúp đỡ của trẻ vị thành niên đối với các vấn đề về cảm xúc hoặc hành vi trong đại dịch COVID-19, liệu họ có sử dụng các dịch vụ cho những vấn đề này trong đại dịch hay không và những rào cản nào liên quan đến COVID-19 khiến họ không nhận được sự giúp đỡ cho vị thành niên của mình (nếu có).

Vị thành niên được hỏi về việc liệu họ có thường xuyên bị nghỉ học trong đại dịch COVID-19 hay không. Họ cũng được hỏi về những trải nghiệm khác nhau trong đại dịch bao gồm chứng kiến bạo lực giữa người lớn trong gia đình, việc người lớn trong gia đình sử dụng rượu và chất gây nghiện bất hợp pháp, cũng như việc sử dụng rượu và chất gây nghiện bất hợp pháp của chính họ. Cuối cùng, vị thành niên được hỏi về sự gia tăng các vấn đề về cảm xúc và hành vi cụ thể trong đại dịch COVID-19 và liệu họ có ai đó để trò chuyện khi gặp những vấn đề này hay không.

Kết quả

Như trình bày trong Bảng 17, có 7,7% vị thành niên "rất đồng ý" rằng họ thường gặp ít nhất một vấn đề về cảm xúc hoặc hành vi nhiều hơn bình thường trong thời gian đại dịch COVID-19, và không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Bảng 17: *Tỷ lệ thường gặp các vấn đề về cảm xúc và hành vi hơn bình thường trong đại dịch COVID-19 ở nhóm 10-17 tuổi chia theo giới tính*

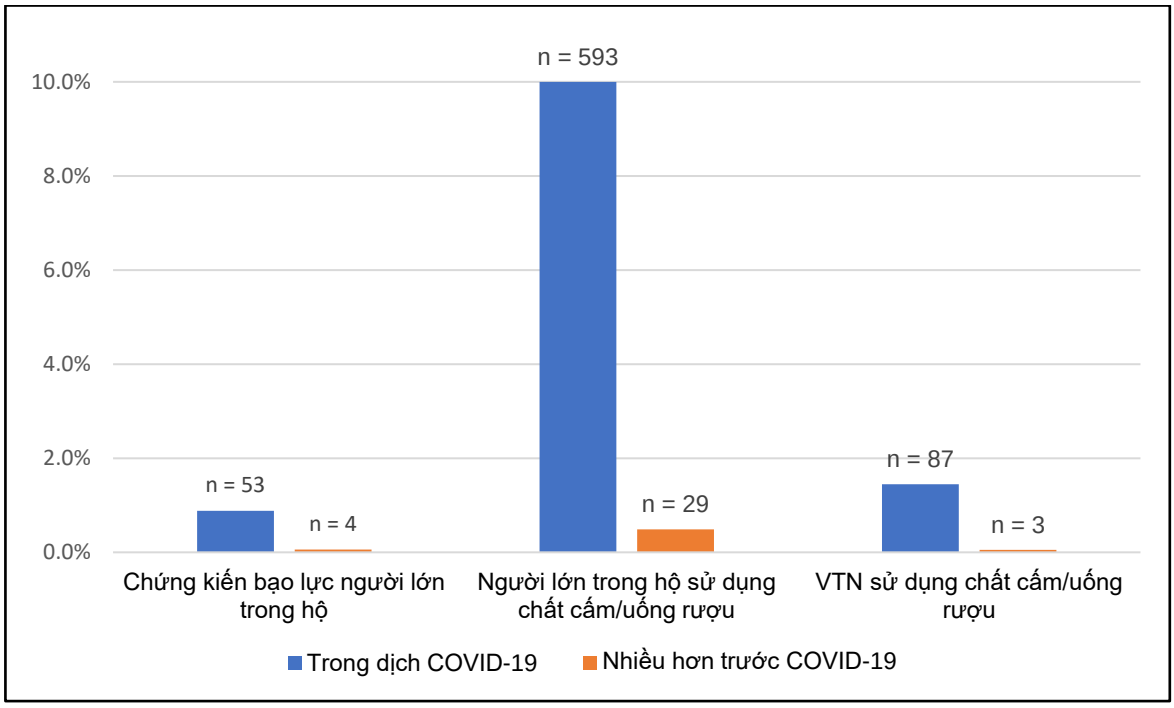
	Nam		Nữ		Chung	
	%	n	%	n	%	n
Lo lắng hoặc căng thẳng hơn	5,2	162	4,9	141	5,1	304
Buồn hơn hoặc chán nản hơn	3,6	112	3,7	106	3,6	218
Nhiều vấn đề hơn với việc tập trung sự chú ý	2,7	85	1,9	55	2,3	140
Cảm thấy cô đơn hoặc bị cô lập hơn	2,2	70	1,5	42	1,9	112
Tổng số (gia tăng bất kỳ vấn đề nào)	8,2	254	7,3	209	7,7	463

N đã được gia trọng: nam = 3.119; nữ = 2.877

Tổng cộng có 7,1% (n = 427) cha mẹ cho biết con họ cần được giúp đỡ về các vấn đề cảm xúc và hành vi trong đại dịch COVID-19. Trong số đó, 80,3% (n = 343) không tiếp cận các dịch vụ trong thời kỳ đại dịch và hầu hết báo cáo rằng điều này là do sợ nhiễm COVID-19 (69,2%; n = 237), lưu ý rằng cha mẹ có thể chọn nhiều lý do để giải thích cho việc họ không tiếp cận các dịch vụ trong thời gian này.

Hình 4 cho thấy tỷ lệ vị thành niên xác nhận có những trải nghiệm khác nhau trong đại dịch COVID-

19 và tỷ lệ những người nói rằng điều này đã tăng lên so với trước đại dịch. Trong khi gần 10% vị thành niên cho biết có người lớn trong gia đình uống rượu hoặc sử dụng chất gây nghiện bất hợp pháp trong thời kỳ đại dịch xảy ra, thì dưới 1% (0,5%) trong toàn bộ mẫu vị thành niên nói rằng điều này tăng so với trước đại dịch. Hơn hai phần ba các bậc cha mẹ (71,5%) cho biết thu nhập hộ gia đình giảm trong đại dịch COVID-19. Hơn nữa, 12,3% nói rằng họ thường không có đủ tiền cho những nhu cầu thiết yếu trong thời kỳ đại dịch.



Hình 4. *Các trải nghiệm trong thời gian đại dịch COVID-19 ở trẻ 10-17 tuổi*

Những điều cần cân nhắc

Lý giải

Một phần mười ba vị thành niên (7,7%) cho biết họ thường cảm thấy chán nản hơn, lo lắng hơn, bị cô lập hơn hoặc gặp nhiều vấn đề hơn về tập trung sự chú ý trong thời gian đại dịch COVID-19 so với trước đại dịch. Những phát hiện này rất phù hợp với các nghiên cứu khác được thực hiện tại Việt Nam. Ví dụ, một đánh giá nhanh định tính về tác động của COVID-19 tại Việt Nam của UNICEF đã phát hiện ra mối liên quan giữa COVID-19 và sự gia tăng mức độ căng thẳng, lo lắng và trầm cảm theo thông tin mà những người trẻ tuổi cung cấp (UNICEF 2020a). Tuy nhiên, việc so sánh rất khó vì có rất ít nghiên cứu định lượng về tác động của COVID-19 ở Việt Nam, không có nghiên cứu nào được thực hiện trên quy mô lớn hơn. Hơn nữa, trong khi 7,1% cha mẹ cho biết trẻ vị thành niên của họ cần được giúp đỡ cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong đại dịch COVID-19, thì 80,3% trong số đó cho biết họ không sử dụng dịch vụ. Điều này phần lớn là do sợ bị nhiễm COVID-19 (69,2%). Các nghiên cứu tương tự được thực hiện ở các LMIC khác cũng đã báo cáo rằng một tỷ lệ đáng kể vị thành niên và thanh niên cảm thấy rằng họ cần được giúp đỡ liên quan đến sức khỏe thể chất và tinh thần của họ trong đại dịch COVID-19 nhưng đã không yêu cầu sự giúp đỡ (UNICEF 2020b).

Hạn chế

Mặc dù V-NAMHS là cơ hội duy nhất để đánh giá tác động của đại dịch COVID-19 đối với sức khỏe tâm thần và phúc lợi của vị thành niên, nghiên cứu này không được thiết kế và cũng không nhằm mục đích đo lường toàn diện tất cả các khía cạnh của đại dịch COVID-19. Thay vào đó, các câu hỏi được thiết kế để cung cấp một bản tóm tắt ngắn gọn về đại dịch COVID-19 trong bối cảnh của V-

NAMHS và tạo cơ hội phân tích trong tương lai về bất kỳ tác động nào của đại dịch. Do đó, một số khía cạnh liên quan của thời kỳ đại dịch có thể đã không được đưa vào trong nghiên cứu này. Hơn nữa, có những quan ngại ban đầu rằng việc đưa nội dung COVID-19 có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ trả lời của V-NAMHS và có khả năng làm sai lệch kết quả. Tuy nhiên, tỷ lệ trả lời cuối cùng là 81,1% cho thấy đây không phải là vấn đề.

Các hàm ý

Các phát hiện của V-NAMHS đã chứng minh rằng đại dịch COVID-19 có tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của vị thành niên ở Việt Nam. Những phát hiện này cùng với những phát hiện về nhu cầu chưa được đáp ứng đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần, cho thấy cần cải thiện các chính sách và dịch vụ hỗ trợ vị thành niên cả trong hiện tại, tương lai và để chuẩn bị cho các tình huống đại dịch/khủng hoảng trong tương lai. Ví dụ, các dịch vụ dễ tiếp cận (như các kênh điện thoại hoặc dịch vụ trò chuyện trực tuyến) có thể là cách tiếp cận khôn ngoan để giải quyết nhu cầu lớn về các dịch vụ chưa được đáp ứng đồng thời cũng đảm bảo rằng chăm sóc khủng hoảng và tính liên tục của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện có có thể được đảm bảo trong những trường hợp khó dự đoán. Trong những tình huống này, việc nâng cao sức khỏe phù hợp cũng có thể hữu ích cho những vị thành niên có các vấn đề sức khỏe tâm thần liên quan đến các yếu tố gây căng thẳng cụ thể, ví dụ, cô đơn và trầm cảm liên quan đến việc đóng cửa trường học. Những vị thành niên lần đầu cần tiếp cận các dịch vụ có thể đặc biệt dễ bị tổn thương và thông điệp về sức khỏe cộng đồng cung cấp kiến thức, giảm kỳ thị và bình thường hóa vấn đề sức khỏe tâm thần có thể có tầm quan trọng đặc biệt. Hơn nữa, sự gia tăng các vấn đề về cảm xúc và hành vi được báo cáo trong đại dịch COVID-19 nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bao gồm sức khỏe tâm thần trong việc lập kế hoạch cho các sự kiện cấp độ dân số trong tương lai như đại dịch, thiên tai và xung đột.

Phụ lục 1: **Đo lường**

Các phép đo được thực hiện cho cha mẹ và vị thành niên được nêu ở dưới đây. Thông tin này được điều chỉnh từ nguồn Erskine và cộng sự (2021).

Cha mẹ

Phép đo	Mô tả
Nhân khẩu học	Thu thập thông tin nhân khẩu học liên quan đến hộ gia đình, vị thành niên và cha mẹ. Tính đủ điều kiện tham gia cũng được đánh giá trong mô-đun này theo các tiêu chí loại trừ được nêu chi tiết trong Phần giới thiệu trong phần "Ai tham gia V-NAMHS"?
Bệnh mãn tính	Đo lường bệnh nặng hoặc bệnh mãn tính mà vị thành niên hoặc người chăm sóc đã trải qua.
Bảng kiểm về Triệu chứng Nhi khoa – 17 (PSC-17)	Bảng câu hỏi sàng lọc ngắn đánh giá các triệu chứng nôi sinh và ngoại sinh ở vị thành niên, được sử dụng để đo lường quan điểm của cha mẹ về sức khỏe tâm thần của vị thành niên.
Bảng hỏi về Sức khỏe Bệnh nhân- 9 (PHQ-0)	Biện pháp sàng lọc ngắn được sử dụng để sàng lọc triệu chứng trầm cảm của cha mẹ.
Rối loạn lo âu lan tỏa theo thang 7 điểm (GAD-7)	Biện pháp sàng lọc ngắn được sử dụng để sàng lọc triệu chứng lo âu của cha mẹ.
DISC-5: Mô-đun Giới thiệu	Thiết lập mốc thời gian của các sự kiện quan trọng trong 12 tháng qua để hỗ trợ người tham gia nhớ lại và hướng dẫn người tham gia cách trả lời các câu hỏi trong mô-đun DISC-5.
DISC-5: ADHD	Đo lường mức độ phổ biến của ADHD trong 12 tháng qua
Sử dụng dịch vụ	Thu thập thông tin từ cha mẹ về việc sử dụng dịch vụ, các rào cản đối với việc chăm sóc và nhận thức về nhu cầu chăm sóc liên quan đến vị thành niên.
COVID-19	Đo lường sự tiếp xúc trực tiếp với COVID-19, sự kỳ thị, tác động kinh tế đối với hộ gia đình, việc cha mẹ sử dụng chất gây nghiện và việc sử dụng dịch vụ của vị thành niên trong thời gian đại dịch COVID-19.

Vị thành niên

Phép đo	Mô tả
DISC-5: Mô-đun giới thiệu	Thiết lập đường thời gian của các sự kiện quan trọng trong 12 tháng qua để hỗ trợ người tham gia nhớ lại và hướng dẫn người tham gia cách trả lời các câu hỏi trong mô-đun DISC-5.
DISC-5: Ám ảnh sợ xã hội	Đo lường mức độ phổ biến của chứng ám ảnh sợ xã hội trong 12 tháng qua.
DISC-5: Rối loạn lo âu lan tỏa	Đo lường mức độ phổ biến của rối loạn lo âu lan tỏa trong 12 tháng qua.
DISC-5: Hội chứng trầm cảm chủ yếu	Đo lường mức độ phổ biến của rối loạn trầm cảm chủ yếu trong 12 tháng qua. Bao gồm các câu hỏi về hành vi tự tử được dùng để hỏi đối với tất cả vị thành niên.
Tự làm hại bản thân	Đo lường mức độ phổ biến, tuổi lần đầu tiên và lần tự làm hại bản thân gần đây.
DISC-5: Rối loạn hành vi	Đo lường mức độ phổ biến của rối loạn hành vi trong 12 tháng qua.
DISC-5: Hội chứng rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD)	Đo lường mức độ phổ biến của PTSD trong 12 tháng qua.
Sự giúp đỡ không chính thức và cách tự giúp bản thân	Thu thập thông tin về trợ giúp không chính thức và cách vị thành niên tự giúp bản thân.
Tự đánh giá sức khỏe và hình ảnh cơ thể	Đo lường sự tự đánh giá sức khỏe và hình cơ thể của vị thành niên.
Hoạt động thể chất	Đo lường hoạt động thể chất của vị thành niên.
Thang đo lòng tự trọng Rosenberg	Thước đo chuẩn về lòng tự trọng
Bắt nạt	Đo lường mức độ trở thành nạn nhân và tần suất xảy ra bắt nạt, bao gồm cả cách bắt nạt.
Trường học và học vấn	Đo lường nguyện vọng học tập (cả nguyện vọng hiện tại và quá khứ tùy thuộc vào tình trạng đi học hiện tại), kỳ vọng và áp lực học hành.
Mối quan hệ bạn bè đồng trang lứa và sự cô đơn	Thu thập thông tin về tình bạn của vị thành niên (bao gồm cả sự lệch lạc bạn bè) và sự cô đơn.
Kết nối gia đình theo GEAS	Thu thập thông tin về mối quan hệ của trẻ vị thành niên với cha mẹ của họ.
Tín ngưỡng/đức tin	Đo lường sự hỗ trợ được nhận thức từ cộng đồng đức tin.
An toàn và an ninh	Đo lường sự an toàn cá nhân được nhận thức trong các bối cảnh khác nhau, chẳng hạn như gia đình, trường học và khu vực hàng xóm.
Hành vi tình dục*	Thu thập thông tin về hành vi tình dục, tình dục và nhận dạng giới tính của vị thành niên. Chỉ hỏi đối với vị thành niên từ 12-17 tuổi.
Bảng hỏi về những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE)*	Đo lường mức độ tiếp xúc từ nhỏ đến hiện tại với các loại lạm dụng, bị bỏ rơi, bạo lực giữa cha mẹ hoặc người chăm sóc, các lệch lạc chức năng gia đình nghiêm trọng khác và bạo lực.
Sử dụng chất gây nghiện*	Đo lường về sử dụng thuốc lá, rượu, cần sa và các loại chất gây nghiện bất hợp pháp khác.
COVID-19	Đo lường sự tiếp xúc trực tiếp với COVID-19, những tác động đối với giáo dục, những điều bất lợi của cá nhân hay hộ gia đình, và các vấn đề về cảm xúc và hành vi trong thời gian đại dịch COVID-19.

* Các mô-đun này do vị thành niên tự điền câu trả lời

Phụ lục 2: **Phương pháp luận**

Khung chọn mẫu

Mục tiêu chính của khung chọn mẫu đối với V-NAMHS là đưa ra ước tính thống kê đáng tin cậy về tỷ lệ rối loạn tâm thần ở tuổi vị thành niên. Mẫu mang tính đại diện toàn quốc, bao gồm cả khu vực thành thị và nông thôn.

Khung lấy mẫu V-NAMHS bao gồm tất cả 63 tỉnh/thành, gồm 713 huyện, được chia thành bốn vùng (Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên; Đồng bằng sông Hồng; Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung; Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long).

Bảng 18. *Dân số Việt Nam năm 2019 chia theo vùng và khu vực thành thị-nông thôn*

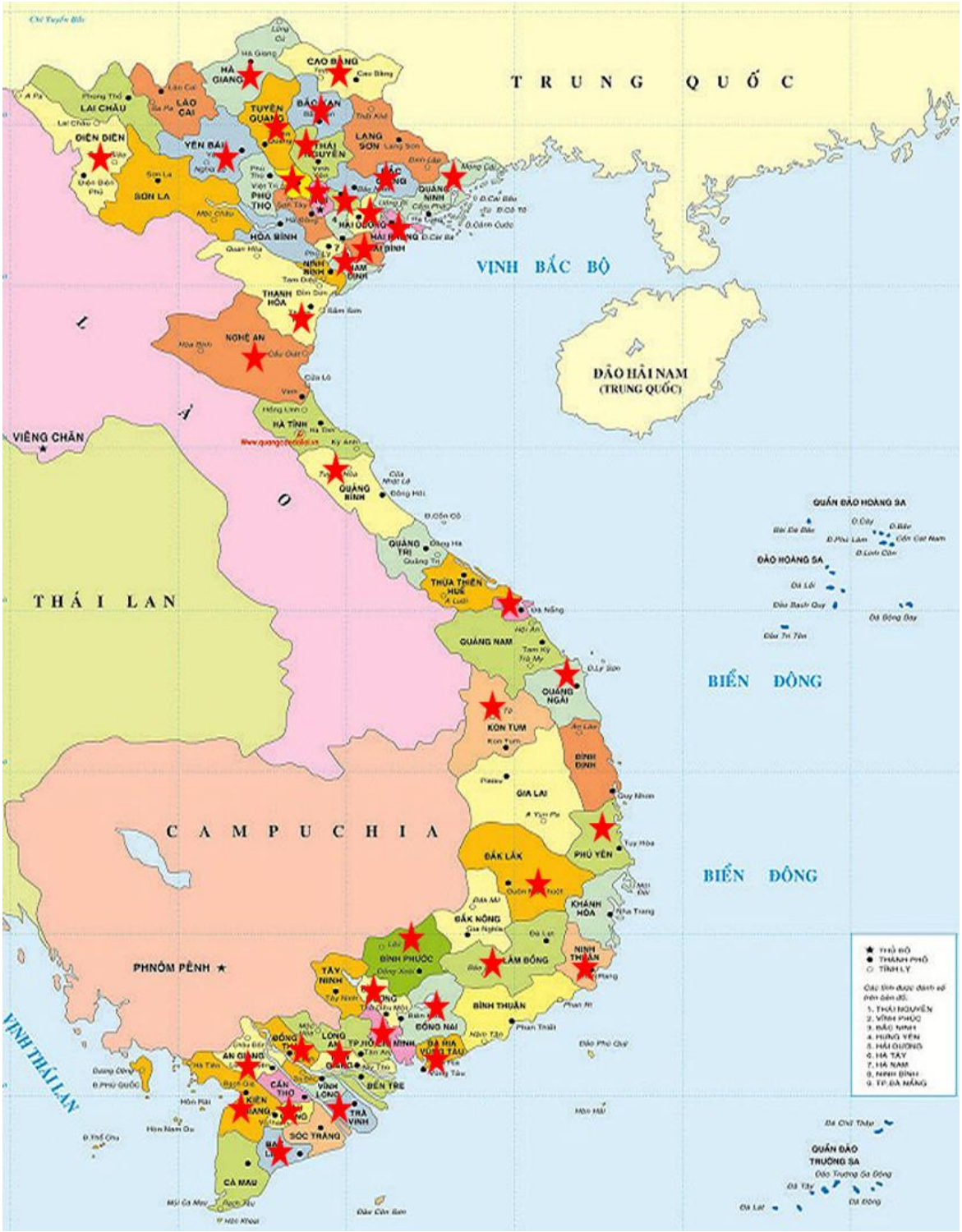
Vùng	Dân số (người)	% của tổng dân số	Khu vực thành thị	
			Dân số (người)	% của tổng dân số
Vùng 1: Trung du và miền núi phía Bắc + Tây Nguyên	18.375.547	19,1	3.957.095	21,5
Vùng 2: Đồng bằng sông Hồng	22.543.607	23,4	7.856.566	34,9
Vùng 3: Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung	20.187.293	21,0	5.719.511	28,3
Vùng 4: Đông Nam Bộ + Đồng bằng sông Cửu Long	35.102.537	36,5	15.526.563	44,2
Tổng số	96.208.984	100,0	33.059.735	34,4

Nguồn: *(TCTK 2020)*

Tổng cộng có 38 tỉnh/thành phố từ bốn vùng trên được chọn cho cuộc điều tra (xem bản đồ ở Hình 5), bao gồm:

- *Vùng 1*: Hà Giang, Cao Bằng, Bắc Kạn, Tuyên Quang, Điện Biên, Yên Bái, Thái Nguyên, Bắc Giang, Kon Tum, Đắk Lắk, Lâm Đồng.
- *Vùng 2*: Hà Nội, Quảng Ninh, Vĩnh Phúc, Hải Dương, Hải Phòng, Hưng Yên, Thái Bình, Nam Định.
- *Vùng 3*: Thanh Hoá, Nghệ An, Quảng Bình, Đà Nẵng, Quảng Ngãi, Phú Yên, Ninh Thuận.
- *Vùng 4*: Bình Phước, Bình Dương, Đồng Nai, Bà Rịa-Vũng Tàu, Hồ Chí Minh City, Tiền Giang, Trà Vinh, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang, Hậu Giang, Bạc Liêu.

Các hộ gia đình ở 38 tỉnh/thành phố được chọn được nhóm thành các đơn vị điều tra gọi là Địa bàn điều tra (EA), với trung bình khoảng 120 hộ trên một địa bàn. Sau đó, 200 địa bàn được chọn ngẫu nhiên từ 38 tỉnh/thành phố được chọn với sự phân bố đồng đều trên 4 vùng, tức là 50 địa bàn mỗi vùng (25 địa bàn thành thị và 25 địa bàn nông thôn). Số hộ gia đình được chọn cho mỗi địa bàn điều tra (EA) trong V-NAMHS là 38 hộ gia đình trên mỗi địa bàn. Tỷ lệ trả lời ước tính là 79% (tỷ lệ không trả lời = 21%) được áp dụng khi tính toán cỡ mẫu V-NAMHS. Việc lựa chọn 7600 hộ gia đình tương ứng với con số dự kiến là 6000 hộ gia đình hoàn thành cuộc phỏng vấn.



Chú thích: Các tỉnh/thành khảo sát được đánh dấu ★

Hình 5. *Bản đồ Việt Nam và 38 tỉnh/thành phố được chọn*

Nghiên cứu thí điểm

Trước khi bắt đầu thu thập dữ liệu cho V-NAMHS, một nghiên cứu thí điểm đã được thực hiện để kiểm tra tất cả các quy trình và công tác hậu cần. Nghiên cứu thí điểm được thực hiện tại Hà Nội ở phía Bắc và Đồng Nai ở phía Nam. Tại Hà Nội, 25 trẻ vị thành niên (9 nam và 16 nữ) và cha mẹ của họ đã được phỏng vấn. Tại Đồng Nai, có thêm 25 trẻ vị thành niên (12 nam và 13 nữ) và cha mẹ của

họ đã được phỏng vấn. Nghiên cứu thí điểm được thực hiện để kiểm tra tính nhất quán và chặt chẽ của các câu hỏi nghiên cứu, độ dài của các cuộc phỏng vấn, sự phù hợp về ngôn ngữ và cách xử lý các câu hỏi khó hoặc nhạy cảm. Nghiên cứu thí điểm cũng được sử dụng để kiểm tra xem các công cụ được lập trình trên nền tảng SurveyCTO tốt như thế nào cũng như để cung cấp thông tin về việc lập kế hoạch và tổ chức khảo sát. Hầu hết các thách thức là liên quan đến độ dài của các công cụ, khó hiểu đối với thanh thiếu niên và các vấn đề về lập trình. Những thách thức này đã được xem xét và có các sửa đổi cần thiết trước khi thu thập dữ liệu.

Khảo sát thực địa

Việc thu thập dữ liệu ở Việt Nam bắt đầu từ ngày 21 tháng 9 năm 2022, khởi đầu ở miền Bắc, sau đó là miền Nam. Có tổng số 127 điều tra viên thực hiện việc thu thập dữ liệu. Công việc thực địa được thực hiện theo thể thức điều tra thực địa do cả 5 nhóm NAMHS quốc tế xây dựng và thiết lập, sau đó được áp dụng tại Việt Nam. Nhóm V-NAMHS đã làm việc chặt chẽ với GOPFP để xác định ranh giới trong quá trình lập bản đồ và lập danh sách hộ gia đình ở 38 tỉnh. Tổng số 200 địa bàn đã được chọn, mỗi địa bàn có khoảng 120 hộ gia đình, trong đó 38 hộ gia đình được chọn cho mẫu V-NAMHS. Do dịch COVID-19, việc đi lại giữa các tỉnh ở Việt Nam bị hạn chế trong quá trình thu thập dữ liệu, nên ở mỗi tỉnh, điều tra viên được chọn là cán bộ của POPFP địa phương để tránh cho điều tra viên phải đi lại giữa các tỉnh. Số lượng điều tra viên được phân bổ cho mỗi tỉnh phụ thuộc vào quy mô của tỉnh và dao động trong khoảng từ 2 đến 16 điều tra viên. Việc thu thập dữ liệu chỉ được tiến hành nếu EA được chọn được phân loại là "xanh" (an toàn) hoặc "vàng" (nguy cơ COVID-19 thấp) và được hoãn lại nếu EA được phân loại là "cam" (rủi ro cao) hoặc "đỏ" (rủi ro rất cao).

Trong vài tuần trước khi thu thập dữ liệu, các tài liệu thông tin về V-NAMHS đã được cung cấp cho các hộ gia đình được chọn trong mỗi EA. Các thể thức để đảm bảo sự tham gia tự nguyện của cha mẹ và vị thành niên, quyền riêng tư, an toàn (cho điều tra viên và người tham gia), và bảo mật dữ liệu cũng được đưa vào thông tin cung cấp cho các hộ gia đình. Điều này được thực hiện nhờ sự hợp tác chặt chẽ giữa nhóm V-NAMHS, GOPFP và các POPFP.

Trong suốt quá trình thu thập dữ liệu, hàng ngày nhóm V-NAMHS đều có sự giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho nhân viên ở thực địa thông qua giao tiếp trực tuyến. Nhóm V-NAMHS cũng làm việc với nhóm UQ và JHSPH, những người theo dõi dữ liệu theo các thể thức được xác định trước. Các nhóm này cũng liên tục cung cấp những lời khuyên về kỹ thuật và khắc phục sự cố.

Phụ lục 3: **Bảng chú giải**

Thuật ngữ	Định nghĩa
Tỷ lệ phổ biến trong 12 tháng	Đáp ứng tiêu chí cho một vấn đề sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn tâm thần như được đo bằng DISC-5 trong 12 tháng trước cuộc phỏng vấn. Điều này bao gồm những người có các triệu chứng bộc lộ lần đầu trong 12 tháng trước cuộc phỏng vấn và những người có các triệu chứng tiến triển sớm hơn nhưng vẫn tiếp tục đáp ứng các tiêu chí trong 12 tháng qua.
Vị thành niên	Người trẻ tuổi từ 10-17 tuổi WHO định nghĩa vị thành niên là những người từ 10-19 tuổi, nhưng nhóm 18-19 tuổi không được chọn trong nghiên cứu này vì họ có nhiều khả năng sống độc lập và/hoặc làm việc xa nhà. Hơn nữa, các biện pháp chẩn đoán (chẳng hạn như DISC-5) không được thiết kế để áp dụng cho những người từ 18 tuổi trở lên, những người thường được đánh giá bằng các công cụ được thiết kế cho người lớn trong các cuộc khảo sát tập trung vào người lớn.
Rối loạn lo âu	Một loại rối loạn tâm thần được định nghĩa bởi sự sợ hãi và lo lắng quá mức. Ám ảnh xã hội và rối loạn lo âu lan tỏa là hai chứng rối loạn lo âu được đưa vào cuộc khảo sát này.
Rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD)	Được đặc trưng bởi các dạng không chú ý và/hoặc tăng động-bốc đồng dai dẳng. Vị thành niên có thể gặp rắc rối với sự chú ý và tập trung, dịch chuyển liên tục và/hoặc khó kiểm soát các hành vi bốc đồng. Những hành vi này không phù hợp với độ tuổi hoặc mức độ phát triển của vị thành niên và xảy ra trong nhiều tình huống khác nhau. Mô-đun DISC-5 ADHD được dùng để hỏi cha mẹ.
Rối loạn hành vi	Được đặc trưng bởi một kiểu hành vi lặp đi lặp lại xâm phạm quyền của người khác và/hoặc xâm phạm phần lớn các quy tắc hoặc chuẩn mực xã hội. Các hành vi này có thể bao gồm gây hấn với người hoặc động vật, hủy hại tài sản, gian dối hoặc trộm cắp hoặc vi phạm nghiêm trọng các quy tắc Mô-đun rối loạn hành vi DISC-5 được dùng để hỏi vị thành niên.
Tiêu chí chẩn đoán	Một tập hợp những gì cụ thể mà một vị thành niên mắc phải để bị coi là mắc chứng rối loạn tâm thần. Các tiêu chí có thể bao gồm: • Một số xác định các triệu chứng hoặc kết hợp các triệu chứng • Tuổi lúc bắt đầu có các triệu chứng hoặc hành vi • Tần suất và thời gian của các triệu chứng • Sự đau khổ hoặc suy giảm Trong V-NAMHS, tiêu chí chẩn đoán được xác định theo DSM-5 (xem bên dưới).
Chương trình Phỏng vấn Chẩn đoán cho Trẻ em, Phiên bản 5 (DISC-5)	Một công cụ chẩn đoán có cấu trúc đầy đủ được thiết kế để xác định trẻ em hoặc vị thành niên đáp ứng tiêu chí chẩn đoán DSM-5 về rối loạn tâm thần. Sáu mô-đun chẩn đoán từ DISC-5 đã được đưa vào cuộc điều tra và được điều chỉnh để đảm bảo tính phù hợp với văn hóa mà vẫn duy trì tính nhất quán về mặt khái niệm.
Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê về Rối loạn Tâm thần, Ấn phẩm lần thứ 5 (DSM-5)	Định nghĩa về các rối loạn tâm thần cá nhân được xuất bản bởi Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ và được sử dụng để xác định và chẩn đoán các rối loạn tâm thần.

Thuật ngữ	Định nghĩa
Các triệu chứng ngưỡng đầy đủ	Xác nhận tất cả các triệu chứng cần để đáp ứng tiêu chí uẩn chẩn đoán DSM-5 cho một rối loạn tâm thần (lưu ý rằng sự suy giảm cũng phải được xác nhận để đáp ứng các tiêu chí cho một rối loạn tâm thần theo DSM-5).
Rối loạn lo âu lan tỏa	Được đặc trưng bởi sự lo âu và lo lắng thái quá về một số sự kiện hoặc hoạt động. Cường độ, tần suất và thời gian của sự lo âu và lo lắng không tương xứng với khả năng xảy ra hoặc tác động thực tế của sự kiện dự đoán. Mô-đun rối loạn lo âu lan tỏa DISC-5 được dùng để hỏi thanh thiếu niên.
Suy giảm	Khi các triệu chứng của rối loạn tâm thần tác động bất lợi hoặc cản trở hoạt động và/hoặc các khía cạnh khác trong cuộc sống của vị thành niên. Xác nhận về tình trạng suy giảm được yêu cầu để đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 cho một rối loạn tâm thần (cùng với sự xác nhận của tất cả các triệu chứng bắt buộc, tức là các triệu chứng ngưỡng đầy đủ).
Các lĩnh vực suy giảm	Trong DISC-5, sự suy giảm được đánh giá bằng sáu câu hỏi đo lường sự suy giảm do các triệu chứng gây ra trên bốn lĩnh vực: gia đình (các vấn đề về mối quan hệ với người chăm sóc, có khó khăn trong việc dành thời gian với gia đình), bạn bè (khó dành thời gian với bạn bè), trường học hoặc công việc (khó khăn với trường học hoặc công việc), và sự đau khổ phiền muộn của cá nhân.
Hội chứng trầm cảm chủ yếu	Đặc trưng bởi việc rơi vào trạng thái chán nản, mất hứng thú hoặc niềm vui trong hầu hết các hoạt động và/hoặc cáu kỉnh trong khoảng thời gian ít nhất hai tuần. Những cảm giác này cũng liên quan đến các triệu chứng thể chất khác như mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ hoặc các vấn đề về tập trung. Mô-đun rối loạn trầm cảm chủ yếu DISC-5 được dùng để hỏi vị thành niên.
Rối loạn tâm thần	Rối loạn tâm thần là một hội chứng hoặc mô hình hành vi hoặc tâm lý có ý nghĩa lâm sàng xảy ra ở một cá nhân và có liên quan đến tình trạng đau khổ hiện tại (ví dụ, một triệu chứng đau đớn), khuyết tật (tức là suy giảm một hoặc nhiều lĩnh vực hoạt động quan trọng) và/hoặc tăng đáng kể nguy cơ bị tử vong, đau đớn, tàn tật hoặc một tình trạng mất tự do nghiêm trọng. Theo mục đích của báo cáo này, vị thành niên mắc chứng rối loạn tâm thần là những người đáp ứng tiêu chí chẩn đoán DSM-5 cho một chứng rối loạn tâm thần cụ thể (tức là rối loạn tâm thần được đo bằng V-NAMHS).
Vấn đề sức khỏe tâm thần	Vấn đề sức khỏe tâm thần tương tự như rối loạn tâm thần ở chỗ nó cũng can thiệp vào cách một người suy nghĩ, cảm nhận và hành xử, nhưng ở mức độ nhẹ hơn là rối loạn tâm thần. Chúng có thể được trải nghiệm tạm thời hoặc như một phản ứng cấp tính trước những căng thẳng trong cuộc sống. Đối với báo cáo này, vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần bao gồm những người đáp ứng chẩn đoán rối loạn tâm thần DSM-5 (tức là có các triệu chứng ngưỡng đầy đủ và xác nhận sự suy giảm) cũng như những người không xác nhận sự suy giảm (tức là có các triệu chứng đầy đủ nhưng không suy giảm) và những người có ít nhất một nửa số triệu chứng theo yêu cầu của DSM-5 (tức là có các triệu chứng dưới ngưỡng) có hoặc không bị suy giảm.
Cha mẹ	Dùng để chỉ người được chỉ định làm người chăm sóc chính của vị thành niên trong báo cáo này. Xem "người chăm sóc chính"
Hội chứng căng thẳng sau sang chấn/Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD)	Được đặc trưng bởi những suy nghĩ xâm nhập hoặc lặp đi lặp lại, chứng phân ly, nhận thức méo mó hoặc tiêu cực, tăng kích thích hoặc phản ứng hoặc các triệu chứng xâm nhập hoặc các phản ứng thể chất khác, tất cả đều liên quan đến một chấn thương cụ thể. Mô-đun DISC-5 PTSD được sử dụng để hỏi vị thành niên.

Thuật ngữ	Định nghĩa
Người chăm sóc chính	Người có trách nhiệm với vị thành niên, chăm sóc vị thành niên và là người có thể cung cấp tốt nhất các thông tin về vị thành niên. Người chăm sóc chính này được tự xác định vào lúc bắt đầu cuộc phỏng vấn sau khi đọc định nghĩa trên. Điều này đã được thực hiện trước khi bắt đầu cuộc phỏng vấn. Trong báo cáo này, người chăm sóc chính được gọi là cha mẹ.
Tự làm hại bản thân	Tự làm hại bản thân là hành động làm điều gì đó để cố ý gây tổn hại hoặc thương tích cho bản thân mà không có ý định kết liễu cuộc sống của. Điều này khác biệt với việc tự làm hại bản thân từ việc cố tìm cách tự sát.
Dịch vụ	Trong cuộc điều tra này, các dịch vụ được quan tâm đến là bất kỳ nhà cung cấp nào đã cung cấp sự hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi. Các nhà cung cấp dịch vụ được bao gồm trong cuộc điều tra này là: • Bác sỹ hoặc điều dưỡng viên • Chuyên gia (như các nhà tâm lý học, bác sỹ chuyên khoa tâm thần) • Nhân viên y tế cộng đồng • Nhân viên nhà trường (như thầy cô giáo, huấn luyện viên hoặc tư vấn học đường) • Lãnh tụ tôn giáo/đức tin • Thầy lang • Khác (theo cách xác định của người tham gia) Định nghĩa về các nhà cung cấp dịch vụ đã được mở rộng để bao gồm những người nói chung không được coi là nhà cung cấp nhưng có thể dự đoán rằng các lĩnh vực này sẽ được tiếp cận cho các dịch vụ như vậy.
Sử dụng dịch vụ	Được định nghĩa là việc sử dụng bất kỳ dịch vụ nào (bởi các nhà cung cấp được liệt kê ở trên) để được hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi. Các câu hỏi sử dụng dịch vụ đã được dùng để hỏi cha mẹ.
Ám ảnh sợ xã hội	Đặc trưng bởi nỗi sợ hãi trước một hoặc nhiều tình huống xã hội, trong đó vị thành niên là tâm điểm chú ý của người khác, điều này có thể gây ra cảm giác xấu hổ và bẽ mặt. Điều này có thể dẫn đến việc vị thành niên tránh những tình huống này hoặc chịu đựng nhưng sợ hãi khi làm như vậy. Ở vị thành niên, các tình huống gây ra lo lắng phải được đặt trong môi trường các bạn cùng trang lứa, không chỉ là ở xung quanh người lớn. Mô-đun ám ảnh sợ xã hội DISC-5 được dùng để hỏi vị thành niên.
Các triệu chứng dưới ngưỡng	Trong DISC-5, một vị thành niên được coi là có các triệu chứng dưới ngưỡng nếu họ xác nhận ít nhất một nửa số triệu chứng theo yêu cầu của DSM-5 nhưng không phải tất cả các triệu chứng.
Hành vi tự tử	Bao gồm có ý nghĩ tự tử, lên kế hoạch tự tử và cố tìm cách tự tử.
Có ý nghĩ tự tử	Suy nghĩ về việc muốn chết hoặc những suy nghĩ chung chung về việc kết thúc cuộc sống của chính mình.
Cố tìm cách tự tử	Làm hại bản thân với ý định kết thúc cuộc sống của chính mình.
Lập kế hoạch tự tử	Lập ra một kế hoạch để kết thúc cuộc sống của chính mình.

Phụ lục 4: **Nhóm nghiên cứu**

Nhóm V-NAMHS

PGS.TS. Vũ Mạnh Lợi	Trưởng Nhóm nghiên cứu V-NAMHS
PGS.TS. Nguyễn Đức Vinh	Giám đốc Dự án V-NAMHS
Đào Thị Khánh Hòa	Nghiên cứu viên cao cấp của V-NAMHS
GS.TS. Đặng Nguyên Anh	Nghiên cứu viên cao cấp của V-NAMHS
TS. Nghiêm Thị Thủy	Quản lý hành chính của V-NAMHS
PGS.TS. Nguyễn Đức Chiện	Nghiên cứu viên của V-NAMHS
TS. Hoàng Vũ Linh Chi	Nghiên cứu viên của V-NAMHS
Khuất Thị Diệu Linh	Nghiên cứu viên của V-NAMHS
Trần Việt Long	Nghiên cứu viên của V-NAMHS
Nguyễn Thị Xuân	Nghiên cứu viên của V-NAMHS
Nguyễn Quang Tuấn	Nghiên cứu viên của V-NAMHS

Nhóm GOPFP

TS. Phạm Vũ Hoàng	Trưởng Nhóm GOPFP
Nguyễn Cao Trường	Quản lý điều tra viên thực địa

Đại học Queensland

TS. Holly Erskine	Trưởng nhóm nghiên cứu NAMHS
GS. Harvey Whiteford	Cố vấn cao cấp của NAMHS
GS. James Scott	Cố vấn lâm sàng của NAMHS
TS. Sarah Blondell	Nghiên cứu viên cao cấp của NAMHS
Krystina Wallis	Nghiên cứu viên của NAMHS
Cartiah McGrath	Nghiên cứu viên của NAMHS

Nhóm Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins

GS. Robert Blum	Trưởng Dự án NAMHS của JHSPH
TS, Shoshanna Fine	Trợ lý khoa học NAMHS của JHSPH
Mengmeng Li	Phân tích dữ liệu NAMHS của JHSPH
Astha Ramaiya	Trợ lý khoa học NAMHS của JHSPH

Tài liệu tham khảo

American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition, Dsm-5" Washington DC.: American Psychiatric Publishing.

Bitsko, R., H.R. Adams, J. Holbrook, A. Vierhile, P. Morrison, P.W. Fisher. 2019. "2.50 Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 5 (Disc-5): Development and Validation of Adhd and Tic Disorder Modules" *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 58(10):Supplement. (https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(19)31599-0/fulltext).

Blum, R., M. Sudhinaraset, M.R. Emerson. 2012. "Youth at Risk: Suicidal Thoughts and Attempts in Vietnam, China, and Taiwan" *Journal of Adolescent Health* 50(3):537-44. (Doi: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.006).

Bộ Giáo dục và Đào tạo. 2022a. "Quyết định Số 2138/QĐ-BGDĐT ngày 03 tháng 08 năm 2022 Ban hành Kế hoạch giáo dục sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025." Hà Nội.

Bộ Giáo dục và Đào tạo. 2022b. "Quyết định 1442/QĐ-BGDĐT ngày 01 Tháng 6 Năm 2022 Ban Hành Chương trình giáo dục sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025 của ngành giáo dục." Hà Nội.

Bộ Y tế. 2022. "Công văn số 2213/BYT-DP ngày 29 tháng 4 năm 2022 Về việc Tạm dừng áp dụng khai báo y tế nội địa." Hà Nội.

Canino, G., M. Alegria. 2008. "Psychiatric Diagnosis - Is It Universal or Relative to Culture?" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3):237-50. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18333929/).

Cao Tiến Đức. 2020. "Sức khỏe tâm thần: thực trạng, thách thức và những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị" *Tạp chí Nội khoa Việt Nam* (19):15-20. (https://thaythuocvietnam.vn/thuvien/wp-content/uploads/2021/05/b2-15-20.pdf).

Chính phủ. 2022. "Nghị Quyết 38/NQ-CP ngày 17 tháng 3 năm 2022 ban hành Chương trình phòng, chống dịch Covid-19." Hà Nội.

Colizzi, M., A. Lasalvia, M. Ruggeri. 2020. "Prevention and Early Intervention in Youth Mental Health: Is It Time for a Multidisciplinary and Trans-Diagnostic Model for Care?" *International Journal of Mental Health Systems*. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226481/).

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. 2021. "Global Prevalence and Burden of Depressive and Anxiety Disorders in 204 Countries and Territories in 2020 Due to the Covid-19 Pandemic" *The Lancet* 398(10312):1700-12. (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext).

Demyttenaere, K., R. Bruffaerts, J. Posada-Villa, I. Gasquet, V. Kovess, J.P. Lepine, M.C. Angermeyer, S. Bernert, G. de Girolamo, P. Morosini, G. Polidori, T. Kikkawa, N. Kawakami, Y. Ono, T. Takeshima, H. Uda, E.G. Karam, J.A. Fayyad, A.N. Karam, Z.N. Mneimneh, M.E. Medina-Mora, G. Borges, C. Lara, R. de Graaf, J. Ormel, O. Gureje, Y. Shen, Y. Huang, M. Zhang, J. Alonso, J.M. Haro, G. Vilagut, E.J. Bromet, S. Gluzman, C. Webb, R.C. Kessler, K.R. Merikangas, J.C. Anthony, M.R. Von Korff, P.S. Wang, T.S. Brugha, S. Aguilar-Gaxiola, S. Lee, S. Heeringa, B. Pennell, A.M. Zaslavsky, T.B. Ustun, S. Chatterji, WHO World Mental Health Survey Consortium. 2004. "Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys." *JAMA* 291(21):2581-90. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173149/).

Erskine, H.E., T.E. Moffitt, W.E. Copeland, E.J. Costello, A.J. Ferrari, G. Patton, L. Degenhardt, T. Vos, H.A. Whiteford, J.G. Scott. 2015. "A Heavy Burden on Young Minds: The Global Burden of Mental and Substance Use Disorders in Children and Youth." *Psychological Medicine* 45(7):1551-36. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534496/).

Erskine, H.E., R.E. Norman, A. Ferrari, G.C.K. Chan, W.E. Copeland, H.A. Whiteford, J.G. Scott. 2016. "Long-term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55(10):841-50.

Erskine, H.E., S. Blondell, M. Enright, J. Shadid, Y. Wado, F.M. Wekesah, A.E. Wahdi, S.A. Wilopo, L.M. Vu, H.T.K. Dao, V.D. Nguyen, M.R. Emerson, S.L. Fine, Mengmeng Li, R.W. Blum, H.A. Whiteford, J.G. Scott. 2021. "Measuring the Prevalence of Mental Disorders in Adolescents in Kenya, Indonesia, and Vietnam: Study Protocol for the National Adolescent Mental Health Surveys." *Journal of Adolescent Health*. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X21002676).

Ferrari, A.J., F.J. Charlson, R.E. Norman, A.D. Flaxman, S.B. Patten, T. Vos, H.A. Whiteford. 2013. "The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010." *PLOS One* 8(7): e69637. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069637).

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. 2022. "Global, Regional, and National Burden of 12 Mental Disorders in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019." 2(9):137-50. (https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext).

TCTK (Tổng cục Thống kê). 2020. *Kết quả toàn bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*. Hà Nội: NXB Thống kê.

Hafekost, J., D. Lawrence, K.B. de Haan, S.E. Johnson, S. Saw, W.J. Buckingham, M.G. Sawyer, J.A., S.R. Zubrick. 2016. "Methodology of Young Minds Matter: The Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 50(9):866-75.

Hafstad, G.S., E. Augusti. 2021. "A Lost Generation? Covid-19 and Adolescent Mental Health." *The Lancet Psychiatry* 8(8):640-41 (*https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00179-6/fulltext)*.

Hoang M.D., T.T. Lam, A. Dao, B. Weiss. 2020. "Mental Health Literacy at the Public Health Level in Low and Middle Income Countries: An Exploratory Mixed Methods Study in Vietnam." *PLOS One*.

Hoang M.D., B. Weiss, T. Lam, H. Ho. 2018. "Mental Health Literacy and Intervention Program Adaptation in the Internationalization of School Psychology for Vietnam." *Psychology in the School* 55(8):941-54.

Hoàng Thế Hải, Bùi Thị Thanh Diệu. 2021. "Thái độ kỳ thị đối với người mắc bệnh tâm thần của học sinh trung học phổ thông." *Tạp chí Khoa học và Công nghệ* 19(2):33-37.

Jones E. A., A.K. Mitra, A.R. Bhuiyan. 2021. "Impact of Covid-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(5):2470. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33802278/).

Kamimura, A., H.N. Trinh, M. Johansen, J. Hurley, M. Pye, K. Sin, H. Nguyen. 2018. "Perceptions of Mental Health and Mental Health Services among College Students in Vietnam and the United States." *Asian Journal of Psychiatry* 37:15-19.

Keynejad, R.C., J. Spagnolo, G. Thornicroft. 2022. "Mental Healthcare in Primary and Community-Based Settings: Evidence Beyond the Who Mental Health Gap Action Programme (Mhgap) Intervention Guide." *Evidence-Based Mental Health*. (https://ebmh.bmj.com/content/early/2022/04/25/ebmental-2021-300401).

Kim, J.H.J., W. Tsai, T. Kodish, L.T. Trung, A.S. Lau, B. Weiss. 2019. "Cultural Variation in Temporal Associations among Somatic Complaints, Anxiety, and Depressive Symptoms in Adolescence." *Journal of Psychosomatic Research* 124:109763. (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399919300030?via%3Dihub).

Mai D., N.N.K. Pham, S. Wallick, B.K. Nastasi. 2014. "Perceptions of Mental Illness and Related Stigma among Vietnamese Populations: Findings from a Mixed Method Study." *Journal of Immigrant and Minority Health* 16:1294-98.

Mckelvey, R.S., L.V. Baldassar, D.L. Sang, L. Roberts. 1999. "Vietnamese Parental Perceptions of Child and Adolescent Mental Illness." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38(10):1302-09. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10517064).

MOLISA (Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội). 2012. "Quyết định số 1364/QĐ-LĐTBXH ngày 2 tháng 10 năm 2012 phê duyệt Quy hoạch mạng lưới cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2012-2020." Hà Nội.

Nga L.L., I. Shochet, T. Tran, J. Fisher, A. Wurfl, N. Nguyen, J. Orr, R. Stocker, H. Nguyen. 2022. "Adaptation of a School-Based Mental Health Program for Adolescents in Vietnam." *PLOS One* 17(8): e0271959. (DOI: 10.1371/journal.pone.0271959).

Nguyen, T,. T. Tran, H. Tran, T. Tran, J. Fisher. 2019. "Challenges in Integrating Mental Health into Primary Care in Vietnam." in *Innovation in Global Mental Health*, edited by S. Okpaku: Springer, Cham.

Nguyen, T.Q.C, T.H. Nguyen. 2018. "Mental Health Literacy: Knowledge of Depression among Undergraduate Students in Hanoi, Vietnam." *International Journal of Mental Health Systems* 24(12):19. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29760770/).

Ormel, J., A.M. Oerlemans, D. Raven, O.M. Laceulle, C.A. Hartman, R. Veenstra, F.C. Verhulst, W. Vollebergh, J.G.M. Rosmalen, S.A. Reijneveld, A.J. Oldehinkel. 2017. "Functional Outcomes of Child and Adolescent Mental Disorders. Current Disorder Most Important but Psychiatric History Matters as Well." *Psychological Medicine* 47(7):1271-82. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28065168/).

Pagliaro, C., M. Pearl, D. Lawrence, J.G. Scott, S. Diminic. 2021. "Estimating Demand for Mental Health Care among Australian Children and Adolescents: Findings from the Young Minds Matter Survey." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 56(11):1443-54. (DOI: 10.1177/00048674211069874).

Patton G.C., S.M. Sawyer, J.S. Santelli, D.A. Ross, R. Afifi, N. Allen, M. Arora, P. Azzopardi, W. Baldwin, C. Bonell, R. Kakuma, E. Kennedy, J. Mahon, T. McGovern, A.H. Mokdad, V. Patel, S. Petroni, N. Reavley, K. Taiwo, J. Waldfogel, D. Wickremarathne, C. Barroso, Z. Bhutta, A.O. Fatusi, A. Mattoo, J. Diers, J. Fang, J. Ferguson, F. Ssewamala, R.M. Viner. 2016. "Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036):2423-78.

Person, S., C. Hagquist, D. Michelson. 2017. "Young Voices in Mental Health Care: Exploring Children's and Adolescents' Service Experiences and Preferences." *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 22(1):140-51. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27368712/).

Samuels, F., N. Jones, T. Gupta, B.T. Dang, D.H. Le. 2018. *Mental Health and Psychosocial Wellbeing among Children and Young People in Selected Provinces and Cities in Viet Nam*. Hanoi: UNICEF.

Schnyder, N., D. Lawrence, R. Panczak, M. G. Sawyer, H. A. Whiteford, P. M. Burgess, M. G. Harris. 2019. "Perceived need and barriers to adolescent mental health care: agreement between adolescents and their parents." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29(e60). (DOI: https://doi.org/10.1017/S2045796019000568).

Shaffer, D., P. Fisher, C.P. Lucas, M. K. Dulcan, M.E.S. Stone. 2000. "Nimh Diagnostic Interview Schedule for Children Version Iv (Nimh Disc-Iv): Description, Differences from Previous Versions, and Reliability of Some Common Diagnoses." *Journal of the American Academy*

of Child & Adolescent Psychiatry 39(1):28-38. (https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66098-6/fulltext).

Thủ tướng Chính phủ. 2011. "Quyết định Số 1215/QĐ-TTG ngày 22 tháng 7 năm 2011 phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020." Hà Nội.

Thủ tướng Chính phủ. 2020. "Quyết định 1929/QĐ-TTG ngày 25 tháng 11 năm 2020 phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030." Hà Nội.

Thủ tướng Chính phủ. 2022. "Quyết định 155/QĐ-TTG ngày 29 tháng 1 năm 2022 phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025." Hà Nội.

Tran, T., H.T. Nguyen, I. Shochet, A. Wurfl, J. Orr, N. Nguyen, N. La, H. Nguyen, R. Stocker, T. Nguyen, M. Le, J. Fisher. 2020. "School-Based, Two-Arm, Parallel, Controlled Trial of a Culturally Adapted Resilience Intervention to Improve Adolescent Mental Health in Vietnam: Study Protocol." *BMJ Open* 10(10). (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7574926/).

Truc, T.T., N.L.L.T. Vu, H.H.T. Bui. 2020. "Mental Health Literacy and Help-Seeking Preferences in High School Students in Ho Chi Minh City, Vietnam" *School Mental Health* 12:378-87.

UNICEF. 2020a. "Rapid Assessment of Social and Economic Impacts of Covid-19 on Children and Families in Viet Nam." Ha Noi: UNICEF.

UNICEF. 2020b. "The Impact of Covid-19 on the Mental Health of Adolescents and Youth." Vol.

United Nations Children's Funds (UNICEF), Overseas Development Institute (ODI). 2018. "The Nature of Suicide Amongst Children and Young People in Selected Provinces and Cities in Viet Nam." Hanoi: UNICEF. Retrieved. (https://www.unicef.org/vietnam/media/986/file/Suicide%20briefing.pdf).

Wasserman, Danuta, H.T.T. Tran, D.T.M. Pham, M. Goldstein, A. Nordenskiöld, C. Wasserman. 2008. "Suicidal Process, Suicidal Communication and Psychosocial Situation of Young Suicide Attempters in a Rural Vietnamese Community." *World Psychiatry* 7(1):47-53. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359725/pdf/wpa010047.pdf).

Weiss, B., M. Dang, L. Trung, M.C. Nguyen, H.T.T. Nguyen, A. Pollack. 2014. "A Nationally-Representative Epidemiological and Risk Factor Assessment of Child Mental Health in Vietnam." *International Perspectives in Psychology* 3(3):139-53.

WHO (World Health Organization). 2014. "Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade." Geneva. Retrieved. (https://apps.who.int/adolescent/second-decade/).

WHO (World Health Organization). 2016. *Mhgap Intervention Guide for Mental, Neurological and Sub-Stance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (Mhgap) – Version 2.0*. Geneva.

WHO (World Health Organization), Ministry of Health, Ministry of Education and Training. 2022. *The 2019 Global School-Based Student Health Survey in Viet Nam: Report*. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS)

Báo cáo Kết quả chủ yếu