

KHẢO SÁT MỘT SỐ VẤN ĐỀ HÀNH VI VÀ CẢM XÚC BẰNG BẢNG KIỂM HÀNH VI TRẺ EM (CBCL) CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG DÂN TỘC NỘI TRÚ TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2023

Ngô Anh Vinh✉, Đoàn Thị Mai Thanh

Bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm khảo sát một số vấn đề hành vi - cảm xúc và xác định một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông dân tộc nội trú ở tỉnh Lạng Sơn năm 2023. Có 846 học sinh lớp 6 đến lớp 12 ở 4 trường trung học phổ thông dân tộc nội trú tham gia nghiên cứu. Sử dụng bảng kiểm hành vi trẻ em để đánh giá các vấn đề về hành vi và cảm xúc của trẻ (Child behavior checklist - CBCL). Kết quả cho thấy, vấn đề xã hội và vấn đề nhận thức có tỷ lệ mắc cao nhất chiếm 10,3% và 10,1%. Tỷ lệ học sinh có triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và chung lẫn lượt là 17,6%; 18,1% và 17,6%. Sống chung với ≥ 10 người bạn, chất lượng tình bạn thấp và gặp các biến cố bất lợi thời thơ ấu làm tăng khả năng mắc triệu chứng rối loạn hành vi - cảm xúc. Can thiệp cải thiện sức khỏe tâm thần của học sinh ở các trường này là cần thiết, trong đó cần nhắc đến các yếu tố liên quan đến tình bạn và trải nghiệm biến cố bất lợi thời thơ ấu.

Từ khóa: Rối loạn hành vi, cảm xúc, trung học phổ thông, dân tộc nội trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Học sinh trung học thuộc giai đoạn tuổi vị thành niên, là thời kỳ chuyển tiếp từ trẻ em thành người lớn với sự phát triển mạnh mẽ về thể chất, thay đổi rõ rệt về tâm, sinh lý.^{1,2} Trong giai đoạn này, trẻ nhạy cảm và rất dễ bị tổn thương trước các tác động của nhiều yếu tố từ xã hội, gia đình, trường học... và đây cũng là những yếu tố nguy cơ dẫn đến các rối loạn tâm thần.^{1,3} Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự sử dụng bảng kiểm hành vi trẻ em (Child behavior checklist - CBCL) cho thấy, tỷ lệ trẻ từ 6 - 16 tuổi có các biểu hiện về tâm thần là 11,9%.⁴ Điều này cho thấy, các rối loạn về tâm thần ở học sinh thời kỳ trung học là rất đáng quan tâm. Việc đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ở

giai đoạn này rất quan trọng đối với sức khỏe và hạnh phúc của trẻ khi trưởng thành.

Hiện nay, hầu hết các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần (SKTT) ở trẻ em đều thực hiện ở các địa bàn đồng bằng và thành phố, với các đối tượng thuộc dân tộc Kinh mà chưa có những nghiên cứu riêng biệt trên người dân tộc thiểu số. Hơn nữa, do vấn đề khác biệt văn hóa, xã hội, kinh tế, cần có bằng chứng thực tiễn liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc. Một nghiên cứu năm 2013 tại 3 tỉnh miền núi cho thấy, tỷ lệ trẻ em có vấn đề sức khỏe tâm thần cụ thể là: vấn đề tư duy (5%), lo âu/trầm cảm, thu mình, rối loạn dạng cơ thể (đều là 3,5%), hành vi phá bỏ nguyên tắc (3,0%), vấn đề xã hội, hành vi hung tính (đều là 2,5%), vấn đề chú ý (1%).⁵

Lạng Sơn là tỉnh miền núi thuộc vùng Đông Bắc Việt nam, dân số chủ yếu là người dân tộc thiểu số. Trẻ em dân tộc thiểu số tại tỉnh được

Tác giả liên hệ: Ngô Anh Vinh

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận: 30/01/2024

Ngày được chấp nhận: 20/02/2024

học tập chủ yếu tại các trường trung học phổ thông dân tộc nội trú. Hiện nay, chưa có nghiên cứu liên quan đến tình trạng rối loạn tâm thần, hành vi - cảm xúc của học sinh ở khu vực này. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Khảo sát thực trạng một số rối loạn hành vi - cảm xúc theo bảng kiểm hành vi trẻ em (CBCL) và xác định một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông dân tộc nội trú ở tỉnh Lạng Sơn năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Là học sinh đang học tại các trường phổ thông trung học dân tộc nội trú ở Lạng Sơn.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Học sinh ở các trường phổ thông trung học dân tộc nội trú trên địa bàn tỉnh Lạng Sơn.
- Tuổi từ 10 - 18 tuổi.
- Trẻ và gia đình đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ được chẩn đoán mắc rối loạn tâm thần trước đó.
- Trẻ mắc các bệnh lý mạn tính như ung thư, hội chứng thận hư...
- Các dữ liệu không đầy đủ và chính xác.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 trường Trung học dân tộc nội trú tỉnh Lạng Sơn từ tháng 8/2023 đến tháng 12/2023.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỉ lệ cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1-P}{\varepsilon^2 P}$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số giới hạn tin cậy (với $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$);

$p = 11\%$ tỷ lệ trẻ em bị rối loạn tâm thần theo Đặng Hoàng Minh và cộng sự; $\varepsilon =$ độ chính xác tương đối, chọn $\varepsilon = 0,08$.⁴ Cỡ mẫu lớn nhất khi thay các giá trị nói trên là 781 học sinh. Chúng tôi dự kiến 10% đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu hoặc đánh giá không hợp lệ. Trên thực tế, có tổng cộng 859 học sinh tham gia nghiên cứu.

Dựa vào danh sách trường Trung học phổ thông dân tộc nội trú ở Lạng Sơn được cung cấp bởi chính quyền, chúng tôi chọn ngẫu nhiên đơn 4 trường Trung học phổ thông dân tộc nội trú ở Lạng Sơn. Ở mỗi trường, chúng tôi lấy toàn bộ học sinh trong toàn bộ các khối lớp 6 - 12. Sau khi làm sạch số liệu, dữ liệu của 845 học sinh được đưa vào phân tích.

Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm 3 phần chính:

- 1) Thông tin chung của đối tượng;
- 2) Bảng kiểm hành vi trẻ em (Child behavior checklist- CBCL) đánh giá rối loạn tâm thần hành vi cảm xúc;
- 3) Yếu tố liên quan, bao gồm trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE); tần suất cha mẹ đến thăm, số lượng người sống cùng và chất lượng bạn bè.

Bảng kiểm hành vi trẻ em (Child behavior checklist - CBCL) được sử dụng để đánh giá rối loạn tâm thần, hành vi và cảm xúc của học sinh. Bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa và dịch sang tiếng Việt bởi nhóm nghiên cứu Trường Đại học

Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội.⁶ Thang đo gồm 112 mục, do cha mẹ đánh giá nhằm khảo sát các hành vi ở trẻ trong thời gian 6 tháng vừa qua. Các câu hỏi được chấm điểm theo thang Likert 3 mức độ:

- 0 - Không có hành vi;
- 1 - Tỉnh thoảng;
- 2 - Thường xuyên.

Các mục được chia thành 8 tiểu thang đo, sau đó được chia tiếp thành hai nhóm vấn đề sức khỏe tâm thần là Các vấn đề hướng nội (gồm lo âu, trầm cảm, thu rút xã hội) và Các vấn đề hướng ngoại (gồm tăng động giảm chú ý, các rối loạn hành vi ứng xử). Điểm tổng ở mỗi vấn đề được chia thành 3 mức độ: không có vấn đề, ngưỡng ranh giới và ngưỡng lâm sàng. Điểm càng cao thì mức độ nặng của mỗi vấn đề càng cao. Các trường hợp được đánh giá có vấn đề về triệu chứng khi T-score ≥ 60 cho các triệu chứng lớn và tổng điểm; và T-score ≥ 65 cho các triệu chứng nhỏ.⁷

Bảng câu hỏi về trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences Questionnaire - ACE-Q) đã được sử dụng để đo lường ACE ở vị thành niên.⁸ Đây là một công cụ đánh giá được tiêu chuẩn hóa bao gồm 10 mục, được thiết kế để đo lường một cách định lượng sự xuất hiện của những trải nghiệm bất lợi hoặc đau thương mà các cá nhân đã gặp phải trong giai đoạn đầu đời (trước khi đến 18 tuổi). Công cụ đánh giá ACE-Q được thiết kế để đánh giá mức độ trẻ tiếp xúc với ACE, bao gồm lạm dụng tâm lý, thể chất và tình dục, bên cạnh các rối loạn chức năng gia đình như bạo lực gia đình, sử dụng chất gây nghiện và giam giữ. Điểm ACE-Q tổng hợp (từ 0 đến 10) được xác định bằng cách tính tổng các câu trả lời khẳng định cho tất cả các câu hỏi.

Các bước tiến hành thu thập số liệu

Chúng tôi xây dựng bộ câu hỏi và tập huấn

cho điều tra viên về nội dung các câu hỏi của bộ công cụ thu thập số liệu. Điều tra viên là các bác sỹ và học viên có chuyên môn về tâm thần trong nhi khoa và thanh thiếu niên. Các điều tra viên được yêu cầu tham gia tập huấn trong 2 ngày về nghiên cứu và các kỹ năng giải thích các nội dung trong bộ câu hỏi. Các điều tra viên được đảm bảo phải nắm vững bộ công cụ trước khi tiến hành tham gia thực hiện nghiên cứu. Tại trường học, sau khi xác nhận đồng ý triển khai nghiên cứu từ nhà trường và từ cha mẹ học sinh, điều tra viên hướng dẫn học sinh cách thức điền thông tin, trả lời các câu hỏi. Điều tra viên giám sát học sinh trong quá trình điền các thông tin khảo sát. Việc cha mẹ không ở cùng đối tượng nghiên cứu, tần suất gặp đa số là 1 tháng/lần có thể gây ra sai số nhớ lại ở đối tượng nghiên cứu. Do đó, điều tra viên được lưu ý cần giải thích kỹ nội dung các câu hỏi cho đối tượng nghiên cứu, và trong quá trình đối tượng thực hiện khảo sát, điều tra viên luôn ở bên cạnh để giải thích và gợi nhớ cho đối tượng, từ đó đối tượng có thể trả lời chính xác các sự kiện và ý kiến của đối tượng cho các câu hỏi trong bộ công cụ.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Tỷ lệ rối loạn tâm thần, hành vi và cảm xúc được trình bày dưới dạng phần trăm (%) để mô tả các biến số nghiên cứu. Kiểm định test χ^2 , OR, 95% CI, hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan tới tình trạng rối loạn tâm thần, hành vi và cảm xúc theo 2 triệu chứng rộng và tổng triệu chứng.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua ngày 04/12/2023 với số Quyết định: 3079/BVNTW-HĐĐĐ. Nghiên cứu được chấp thuận bởi bố, mẹ hoặc người giám hộ trẻ và bản thân trẻ. Thông tin của trẻ được mã hóa đảm bảo tính bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thu thập được 845 học sinh ở 4 trường Trung học phổ thông dân tộc nội trú ở tỉnh Lạng sơn đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	SL	%
Giới tính	Nam	248	29,3
	Nữ	597	70,7
Tuổi	12 - 15	625	74,0
	16 - 18	220	26,0
Dân tộc	Tày	326	38,6
	Nùng	426	50,4
	khác	93	11,0
Tần suất cha mẹ thăm	Mỗi tháng một lần	742	87,8
	Hai tháng một lần	85	10,1
	Khác	18	2,1
Số lượng người sống cùng	< 10 người	519	61,4
	≥ 10 người	326	38,6
Đặc điểm trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu	Từng bị xúc phạm và dọa dẫm bởi người thân	284	21,9
	Từng chịu các hành vi bạo lực từ người thân	129	10,0
	Từng bị xâm hại, quấy rối (thể chất hoặc tinh thần)	11	0,9
	Từng cảm thấy không được yêu thương	186	14,4
	Từng cảm thấy không an toàn	4	0,3
	Cha mẹ ly hôn	143	11,0
	Chứng kiến bạo lực thể chất trong gia đình	32	2,5
	Có người thân có vấn đề liên quan đến nghiện chất	23	1,8
	Có người thân có vấn đề sức khỏe tâm thần	41	3,2
	Có người thân trong gia đình từng phạm tội	31	2,4
Tổng		845	100%

Học sinh tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ (70,7%), chủ yếu là dân tộc Nùng (50,4%) và Tày (38,6%). Cha mẹ học sinh phần lớn đến thăm mỗi tháng/lần (87,8%). Học sinh thường

ở cùng với < 10 người (61,4%). Về trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, cho thấy tỷ lệ trẻ bị xúc phạm hoặc dọa dẫm bởi người thân cao nhất (21,9%).

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn hành vi - cảm xúc của học sinh theo CBCL

Rối loạn	Trung bình	SD	% có vấn đề
Vấn đề nhỏ			
Lo âu (0 - 26)	7,51	3,82	8,5
Thu mình (0 - 16)	4,05	2,32	8,2
Phản nản về cơ thể (0 - 22)	5,33	4,18	8,8
Vấn đề xã hội (0 - 22)	5,55	3,56	10,3
Vấn đề nhận thức (0 - 30)	7,23	3,71	10,1
Vấn đề chú ý (0 - 20)	7,66	2,68	7,2
Hành vi gây hấn (0 - 34)	5,95	4,33	8,8
Hành vi vi phạm quy tắc (0 - 36)	8,85	4,55	9,8
Vấn đề lớn			
Triệu chứng hướng nội (0 - 64)	16,88	8,69	17,6
Triệu chứng hướng ngoại (0 - 70)	14,80	8,15	18,1
Tổng (0 - 238)	52,15	22,38	17,6

Học sinh có vấn đề nhiều nhất là vấn đề xã hội (10,3%), vấn đề nhận thức (10,1%) và hành vi vi phạm quy tắc (9,8%). Vấn đề chú ý là triệu chứng có tỷ lệ thấp nhất (7,2%). Khi đánh giá

triệu chứng lớn, tỷ lệ học sinh có triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và chung lần lượt là 17,6%; 18,1% và 17,6%.

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn hành vi - cảm xúc theo một số yếu tố

Đặc điểm	Triệu chứng hướng nội			Triệu chứng hướng ngoại			Triệu chứng nói chung			
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	
Tuổi	12 - 15	114	18,2	0,35	108	17,3	0,37	112	17,9	0,60
	16 - 18	34	15,5		44	20,0		36	16,4	
Dân tộc	Tày	61	18,7	0,03	52	16,0	0,03	53	16,3	0,02
	Nùng	80	18,8		90	21,1		87	20,4	
	khác	7	7,5		10	10,8		8	8,6	
Tần suất cha mẹ thăm	Mỗi tháng một lần	127	17,1	0,37	128	17,3	0,24	128	17,3	0,82
	Hai tháng một lần	19	22,4		21	24,7		17	20,0	
	Khác	2	11,1		3	16,7		3	16,7	

Đặc điểm		Triệu chứng hướng nội			Triệu chứng hướng ngoại			Triệu chứng nói chung		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p
Số lượng người sống cùng	< 10 người	75	14,5	< 0,01	85	16,4	0,12	80	15,4	0,04
	≥ 10 người	73	22,4		67	20,6		68	20,9	
Từng bị xúc phạm và dọa dẫm bởi người thân	Không	104	14,9	< 0,01	94	13,5	< 0,01	100	14,3	< 0,01
	Có	45	30,4		59	39,9		49	33,1	
Từng chịu các hành vi bạo lực từ người thân	Không	107	15,3	< 0,01	100	14,3	< 0,01	101	14,4	< 0,01
	Có	42	29,0		53	36,6		48	33,1	
Từng bị xâm hại, quấy rối (thể chất hoặc tinh thần)	Không	112	14,6	< 0,01	111	14,5	< 0,01	106	13,8	< 0,01
	Có	37	46,3		42	52,5		43	53,8	
Từng cảm thấy không được yêu thương	Không	111	15,7	< 0,01	113	16,0	< 0,01	109	15,5	< 0,01
	Có	38	27,0		40	28,4		40	28,4	
Từng cảm thấy không an toàn	Không	119	16,3	0,01	120	16,4	< 0,01	115	15,8	< 0,01
	Có	30	25,9		33	28,5		34	29,3	
Cha mẹ ly hôn	Không	130	16,5	< 0,01	130	16,5	< 0,01	129	16,4	< 0,01
	Có	19	33,3		23	40,4		20	35,1	
Chứng kiến bạo lực thể chất trong gia đình	Không	112	14,8	< 0,01	109	14,4	< 0,01	114	15,1	< 0,01
	Có	37	40,7		44	48,4		35	38,5	
Có người thân có vấn đề liên quan đến nghiện chất	Không	126	16,3	< 0,01	129	16,7	< 0,01	127	16,4	< 0,01
	Có	23	32,4		24	33,8		22	31,0	
Có người thân có vấn đề sức khỏe tâm thần	Không	126	15,8	< 0,01	127	15,9	< 0,01	126	15,9	< 0,01
	Có	23	47,9		26	54,2		23	47,9	
Có người thân trong gia đình từng phạm tội	Không	123	15,9	< 0,01	128	16,5	< 0,01	124	16,0	< 0,01
	Có	26	37,1		25	35,7		25	35,7	

Không có sự khác biệt giữa triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và triệu chứng chung theo nhóm tuổi hoặc tần suất cha mẹ tới thăm. Tỷ lệ học sinh dân tộc khác có triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và chung thấp hơn so với các nhóm dân tộc khác ($p < 0,05$). Học sinh

sống cùng ≥ 10 người có tỷ lệ triệu chứng hướng nội (22,4%) và nói chung (20,9%) cao hơn nhóm sống cùng < 10 người ($p < 0,05$). Học sinh chịu các biến cố bất lợi tuổi thơ đều có tỷ lệ triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và chung cao hơn có ý nghĩa so với các nhóm khác ($p < 0,05$).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi - cảm xúc của học sinh

Đặc điểm	Triệu chứng hướng nội (0 = Không; 1 = Có)		Triệu chứng hướng ngoại (0 = Không; 1 = Có)		Triệu chứng chung (0 = Không; 1 = Có)	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Tuổi	0,82*	0,72; 0,94	0,95	0,83; 1,08	0,84*	0,74; 0,96
Dân tộc (so với Tây)						
Nùng	1,00	0,67; 1,50	1,40	0,92; 2,12	1,36	0,90; 2,06
Khác	0,33	0,14; 0,82	0,50	0,21; 1,18	0,41*	0,17; 0,99
Số người sống cùng (≥ 10 người so với < 10 người)	2,10*	1,39; 3,16	1,69*	1,11; 2,56	1,78*	1,17; 2,71
Biến cố bất lợi thơ ấu (Có so với Không)						
Từng bị xúc phạm và dọa dẫm bởi người thân	1,92*	1,12; 3,29	2,93*	1,76; 4,87	2,15*	1,25; 3,69
Từng bị xâm hại, quấy rối (thể chất hoặc tinh thần)	3,69*	2,01; 6,79	3,38*	1,85; 6,16	5,72*	3,11; 10,53
Chứng kiến bạo lực thể chất trong gia đình	2,21*	1,15; 4,22	2,37*	1,26; 4,45	1,35	0,69; 2,66
Có người thân có vấn đề sức khỏe tâm thần	2,25*	1,04; 4,90	2,78*	1,27; 6,09	2,25*	1,01; 5,00

* $p < 0,05$; Mô hình được điều chỉnh cho các yếu tố giới, tần suất cha mẹ đến thăm, các biến cố bất lợi

Kết quả cho thấy tuổi tăng giảm khả năng bị các triệu chứng hướng nội (OR = 0,82, 95%CI: 0,72 - 0,94) và triệu chứng chung (OR = 0,84; 95%CI: 0,74 - 0,96). Sống với ≥ 10 người có khả năng bị triệu chứng hướng nội (OR = 2,10), hướng ngoại (OR = 1,69) và chung (OR = 1,78) cao hơn so với sống < 10 người. Học sinh phải chịu các biến cố như "Từng bị xúc phạm và dọa dẫm bởi người thân", "Từng bị xâm hại, quấy rối (thể chất hoặc tinh thần)", "Chứng kiến bạo lực thể chất trong gia đình" và "Có người thân có vấn đề sức khỏe tâm thần" có khả năng mắc triệu chứng hướng nội, hướng ngoại và chung cao hơn so với học sinh không trải qua các biến cố này.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện khảo sát trên 845 học sinh tại 4 trường Trung học phổ thông dân tộc nội trú (PTDTNT) ở tỉnh Lạng Sơn. Đặc điểm chung của học sinh ở trường dân tộc nội trú là được trợ cấp toàn bộ kinh phí ăn ở, học tập và phải xa gia đình để sống tập trung tại trường.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh ở các trường PTDTNT cũng đang ở mức cao đáng kể so với tỷ lệ vị thành niên nói chung ở Việt Nam (Bảng 2). Trong điều tra của Viện xã hội học năm 2022 ở Việt Nam, trong 12 tháng qua, có 21,7% vị thành niên Việt Nam có vấn đề về sức khỏe tâm thần, trong đó 3,3% đáp ứng các tiêu chí đối với một rối loạn. Cụ thể, biểu hiện phổ biến nhất là lo âu (18,6%), tiếp theo là trầm cảm (4,3%). Mặc dù vậy, chỉ có 8,4% vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn cho các vấn đề về cảm xúc và hành vi.⁹

Kết quả cho thấy, có 17,6% học sinh gặp vấn đề rối loạn tâm thần, hành vi-cảm xúc nói chung, trong đó 17,6% gặp triệu chứng hướng nội và 18,1% gặp triệu chứng hướng ngoại (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so nghiên cứu ở Brazil (39,3%), tương đương với kết quả của một nghiên cứu ở Trung Quốc (17,6%) và cao hơn so với nghiên cứu ở Ấn Độ (13,1%).¹⁰⁻¹² Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm trong phạm vi về tỷ lệ mắc vấn đề sức khỏe tâm thần chung đối với trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam (dao động từ 8% đến 29%).⁹ Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu cùng sử dụng bộ công cụ CBCL ở Việt Nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và cộng sự với tỷ lệ trẻ từ 6 - 16 tuổi có rối loạn tâm thần là 11,9%.⁴ Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Weiss và cộng sự trên

10 tỉnh ở Việt Nam với tỷ lệ rối loạn tâm thần ở trẻ em là khoảng 12%, tức là có gần 3 triệu trẻ em cần được can thiệp sức khỏe tâm thần.¹³ Sự không đồng nhất về kết quả này có thể do một số yếu tố khác nhau về địa lý và đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu. Mặc dù vậy, có thể thấy các vấn đề hành vi - cảm xúc của học sinh ở vùng miền núi trong nghiên cứu này đang ở mức khá cao so với vị thành niên cùng lứa tuổi ở Việt Nam và cần được sự quan tâm đúng mực. Tuy nhiên, trên thực tế nguồn lực cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần ở trẻ em tại Việt Nam vẫn còn hạn chế, đòi hỏi cần có thêm sự đầu tư từ chính phủ và các cấp chính quyền để cải thiện sức khỏe tâm thần cho nhóm đối tượng này. Một điều cần lưu ý là học sinh gặp vấn đề nhiều nhất ở vấn đề xã hội (10,3%), vấn đề nhận thức (10,1%) và hành vi vi phạm quy tắc (9,8%), trong khi nghiên cứu quốc gia của Weiss và cộng sự cho thấy các vấn đề này có tỷ lệ thấp nhất (tương ứng là 6,4%; 4,0% và 2,5%).¹³ Những bằng chứng này rất quan trọng khi phát triển các nguồn lực điều trị, vì những vấn đề sức khỏe tâm thần này đòi hỏi các nguồn lực can thiệp khác nhau.

Trong nghiên cứu này, các yếu tố liên quan được tìm thấy bao gồm tuổi, dân tộc, số người sống cùng và biến cố bất lợi thời thơ ấu cũng giúp gợi ý cho các hoạt động can thiệp nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần của học sinh ở các trường này. Những học sinh có tuổi càng cao thì càng ít có khả năng mắc triệu chứng hướng nội (Bảng 4). Điều này có thể do khi tuổi càng tăng thì học sinh càng có xu hướng mở rộng quan hệ, thích sống tự do, không thích bị ràng buộc bởi nề nếp, quy định tập thể, do đó cải thiện vấn đề liên quan đến thu mình lại.¹⁴ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nhấn mạnh học sinh sống cùng với càng nhiều bạn thì càng dễ có vấn đề liên quan đến triệu chứng

hướng nội (Bảng 4). Kết quả này cũng gợi ý rằng vị thành niên ưu tiên thiết lập các mối quan hệ bền chặt giữa các cá nhân sẽ thành thạo hơn trong việc điều hướng các nhiệm vụ phát triển xã hội quan trọng.¹⁵ Trong bối cảnh những vị thành niên này phải xa nhà để vào học nội trú thì việc có được nhiều người bạn thân thiết đóng vai trò quan trọng. Vì vậy, các can thiệp nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần của trẻ có thể dựa trên mối quan hệ này để tăng tính khả thi của can thiệp.

Nghiên cứu cũng cho thấy trải nghiệm biến cố bất lợi cũng là yếu tố gây tăng khả năng bị các vấn đề rối loạn cảm xúc hành vi (Bảng 4). Các biến cố bất lợi thời thơ ấu - ACE đã được chứng minh là có mối liên hệ đáng kể với một loạt các hậu quả tiêu cực về sức khỏe.^{8,16} Thông thường các biến cố trẻ thường gặp phải như bị xúc phạm và dọa dẫm về tinh thần từ người thân, từng chịu các hành vi bạo lực thân thể từ người thân đều bắt nguồn từ cha mẹ trẻ. Điều này có thể do cha mẹ thường sử dụng các hành vi ngược đãi về tinh thần và thể chất đối với trẻ em như thể hiện quyền kiểm soát và dạy bảo trẻ em mà chưa nhận thức được đó là những hình thức lạm dụng trẻ em. Ngoài ra, áp lực học tập, điểm số không phù hợp cũng có thể dẫn đến những hành vi bạo hành về tinh thần và thể chất ở trẻ. Trong bối cảnh khi các em là học sinh trường dân tộc nội trú, phải sống xa nhà và thiếu thốn sự chăm sóc của cha mẹ, việc các em phải chịu đựng thêm những hành vi mang tính bạo hành như vậy là tác nhân đáng kể gây nên các tình trạng rối loạn tâm thần như trầm cảm hay lo âu. Điều này cũng khẳng định việc nếu trẻ cảm thấy không an toàn ở gia đình, việc trẻ sống xa nhà lại giúp làm giảm đi các vấn đề rối loạn tâm thần cho trẻ. Bởi vậy, việc phòng ngừa ACE là hết sức cần thiết và cần có sự chung tay của gia đình, trường học và xã hội để giảm thiểu những hậu quả do ACE gây ra.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tình trạng rối loạn cảm xúc-hành vi của học sinh ở các trường trường Trung học phổ thông dân tộc nội trú ở tỉnh Lạng Sơn đang ở mức cao đáng kể. Vì thế, chúng tôi cho rằng cần thiết triển khai can thiệp cải thiện sức khỏe tâm thần của học sinh ở các trường này, trong đó cần nhắc đến các yếu tố liên quan đến tình bạn và trải nghiệm biến cố bất lợi thời thơ ấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Praveetha P, Suzanne HG. Changes in millennial adolescent mental health and health-related behaviours over 10 years: a population cohort comparison study. *Int J Epidemiol*; 2019; 48(5): 1650- 1664.
2. J. Piao, Y. Huang, C. Han, et al. Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2022; 31(11), 1827-1845.
3. Johnson D, Dupuis G, Piche J, et al. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depress Anxiety*; 2018; 35(8): 700-716.
4. Đặng Hoàng Minh, Bahr Weiss và Nguyễn Cao Minh (2013). *Sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam: Thực trạng và các yếu tố nguy cơ*, Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội., Hà Nội, Việt Nam.
5. Trịnh Thị Mai (2013). Thực trạng các vấn đề Sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông nội trú ở vùng dân tộc thiểu số phía Bắc. Trường Đại học giáo dục - Đại học Quốc gia Hà nội. *Luận văn Thạc sĩ tâm lý học, chuyên ngành tâm lý lâm sàng trẻ em và vị thành niên*.
6. Hoang Minh Dang, Ha Nguyen, Bahr Weiss. Incremental validity of the Child Behavior

Checklist (CBCL) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Vietnam. *Asian Journal of Psychiatry*; 2017, 29 (2), 96-100.

7. Thomas M Achenbach, S.H. McConaughy, M.Y. Ivanova, et al. Manual for ASEBA school-age forms & profiles. *University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families*. 2001.

8. V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*; 1998, 14(4), 245-58.

9. Vu Manh Loi, Nguyen Duc Vinh, Dao Thi Khanh Hoa, Holly E. Erskine, et al. Vietnam adolescent mental health survey (V-NAMHS). *Report on main findings. Institute of Sociology*, 2022.

10. Giana Bitencourt Frizzo, Juliana Rigon Pedrini, Daiane Silva de Souza, et al. Reliability of Child Behavior Checklist and Teacher's Report Form in a Sample of Brazilian Children. *Universitas Psychologica*; 2015, 14, tr. 149-156.

11. Yonghua Cui, Fenghua Li, James Leckman, et al. The prevalence of behavioral and emotional problems among Chinese

school children and adolescents aged 6–16: a national survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 2021, 30(2): 233-241.

12. Indira Gupta, Manorama Verma, Tejinder Singh, et al. Prevalence of behavioral problems in school going children. *The Indian Journal of Pediatrics*; 2001, 68, tr. 323-326.

13. B. Weiss, M. Dang, L. Trung, et al. A Nationally-Representative Epidemiological and Risk Factor Assessment of Child Mental Health in Vietnam. *Int Perspect Psychol*; 2014, 3(3), tr. 139-153.

14. Nguyễn Thị Mỹ Lộc và Đinh Thị Kim Thoa. Giáo dục Giá trị sống và Kỹ năng sống. *Tạp chí Giáo dục*; 2019, số đặc biệt 3 (5), 147-151.

15. R. K. Narr, J. P. Allen, J. S. Tan, et al. Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health. *Child Dev*; 2019, 90(1), tr. 298-313.

16. Cecilia Serena Pace, Stefania Muzi, Guyonne Rogier, et al. The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*; 2022; 129 (7), 105640.

Summary

BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDERS OF ETHNIC BOARDING HIGH SCHOOL STUDENTS IN LANG SON PROVINCE, 2023

A cross-sectional descriptive study was conducted to survey a number of behavioral and emotional problems and identify related factors in ethnic minority boarding high school students in Lang Son province in 2023. There were 846 students grade 6 to 12 in four ethnic boarding high schools participating in the study. The Child Behavior Checklist - CBCL was used. Results showed that social problems (10.3%) and thought problems (10.1%) had the highest prevalence. The rates of students with internalizing problems, externalizing problems and general problems were 17.6%; 18.1% and 17.6%, respectively. Students living with ≥ 10 people, poor friendship quality, and exposure to adverse childhood events increase the likelihood of having behavioral and emotional disorders. Interventions to improve the mental health of students in these schools are urgently needed, taking into account factors related to friendships and adverse childhood experiences.

Keywords: Behavioral disorders, emotional disorders, students, ethnic minorities.