

HÀNH VI TỰ SÁT Ở TRẺ EM VÀ THANH THIẾU NIÊN TẠI MỘT SỐ TỈNH PHÍA BẮC LIÊN QUAN ĐẠI DỊCH COVID-19

Nguyễn Thành Long^{1,2,✉}, Phạm Thị Nguyệt Nga^{1,2}, Hoàng Trường Sơn^{1,2},
Cao Thị Ánh Tuyết², Vũ Minh Hạnh³, Nguyễn Thị Liễu⁴, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Bảo vệ sức khỏe tâm thần tỉnh Quảng Ninh

⁴Bệnh viện Tâm thần Tỉnh Sơn La

Nghiên cứu mô tả tỷ lệ và phân tích yếu tố liên quan hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 2024 trẻ em và thanh thiếu niên ở Quảng Ninh từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023 và Sơn La từ tháng 6/2023 đến tháng 10/2023. Kết quả cho thấy đại dịch COVID-19 có ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên. Tỷ lệ hành vi tự sát của trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19 là 3,8%. Các yếu tố nhân khẩu học như giới tính nữ, độ tuổi từ 12-18, nơi sống ở đô thị có liên quan đến nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát với OR lần lượt là 1,983; 6,874; 2,452. Người bệnh có tiền sử sang chấn thời thơ ấu, tiền sử gia đình mắc các bệnh tâm thần, mối quan hệ của bố mẹ không hòa hợp, việc tiếp xúc với internet (không tính việc học), bị kỳ thị, lạm dụng hoặc ngược đãi đều có liên quan đến nguy cơ của hành vi tự sát ở trẻ em và vị thành niên liên quan đại dịch COVID-19. Không có mối liên quan giữa việc nhiễm COVID-19, sự gián đoạn học tập đến hành vi tự sát ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: COVID- 19, hành vi tự sát, các yếu tố liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự sát là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai đối với thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 10 đến 19 tuổi, là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Ý tưởng tự sát rất hiếm gặp trước 10 tuổi và tỷ lệ tự sát tăng nhanh trong độ tuổi từ 12 đến 17 tuổi.¹ Thanh thiếu niên lớn tuổi có nhiều khả năng tử vong do tự sát hơn, tỷ lệ này ở lứa tuổi 15 - 19 cao hơn gấp bốn lần ở lứa tuổi 10 - 14.² Thuật ngữ dùng để mô tả hành vi tự sát đã thay đổi theo thời gian, phản ánh những tiến bộ trong nghiên cứu khoa học về hành vi tự sát. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hành vi tự sát gồm ba thành phần: *ý tưởng tự sát* (thể

hiện đơn thuần trong ý nghĩ muốn chết nhưng chưa hành động), *toan tự sát* (gồm các hành vi khác nhau trong nỗ lực để giết chính mình nhưng không đạt được), *tự sát hoàn thành* (bất kỳ hình thức tử vong nào do kết quả trực tiếp hay gián tiếp bởi hành vi tích cực hoặc tiêu cực được hoàn thành do chính nạn nhân và cũng chính nạn nhân nhận biết hoặc tin rằng hành vi đó dẫn đến cái chết nhưng vẫn làm).

Đại dịch COVID-19 được coi là đại dịch nghiêm trọng nhất thế kỷ 21 với những hậu quả đáng kể về sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần. Vì trẻ em và thanh thiếu niên có những thay đổi đặc trưng về tâm sinh lý nên đây là nhóm đối tượng có nguy cơ bị ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần liên quan đến đại dịch. COVID-19 có thể ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương thông qua các con đường sinh học như hệ thống viêm, hệ thống renin-angiotensin (RAS)... từ đó

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thành Long

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thanhlongnguyenhmu253@gmail.com

Ngày nhận: 29/07/2025

Ngày được chấp nhận: 30/08/2025

liên quan đến hành vi tự sát. Cụ thể, virus SARS-CoV-2 xâm nhập tế bào chủ thông qua tương tác với thụ thể ACE-2 (angiotensin-converting enzyme) có mặt rộng rãi trong cơ thể, bao gồm cả hệ thần kinh trung ương, đã được khẳng định là có liên quan đến hành vi tự sát.³ Thứ hai, nguy cơ tự sát tăng lên có thể do hậu quả xã hội của đại dịch và lệnh phong tỏa như cảm giác cô đơn (cảm giác đau khổ chủ quan khi ở một mình hoặc bị tách biệt) và cô lập xã hội (tách biệt về mặt vật lý với những người khác), kỳ thị và từ chối xã hội, sự gia tăng khó khăn trong quan hệ giữa các cá nhân (bạo lực gia đình). Ở cấp độ sinh học, sự cô đơn và các tình huống xã hội căng thẳng có liên quan đến hoạt động trục HPA và tình trạng viêm tăng lên, liên quan với sự gia tăng ý tưởng tự sát.³

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19. Theo Manzar MD và cộng sự (2021), nguyên nhân tự sát phổ biến nhất ở thanh thiếu niên và thanh niên trong giai đoạn này có liên quan đến trầm cảm, cô đơn, đau khổ về mặt tâm lý trong khi học trực tuyến hay căng thẳng do học tập quá mức, đau khổ về mặt tâm lý liên quan đến nghiện TikTok.⁴ Ở Việt Nam, một khảo sát thực hiện tại bốn tỉnh đại diện cho các vùng địa lý khác nhau ở Việt Nam trước đại dịch cho thấy 1,7% học sinh (13 - 17 tuổi) có triệu chứng trầm cảm, 11% trong số này đã có ý nghĩ tự sát trong vòng 12 tháng trước đó.⁵ Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào thông kê về tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả tỷ lệ và phân tích yếu tố liên quan hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1 Đối tượng

Trẻ em và thanh thiếu niên 6 - 18 tuổi ở Quảng Ninh từ tháng 10/2022 đến tháng

6/2023 và Sơn La từ tháng 6/2023 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc không có khả năng giao tiếp, không hiểu và hoàn thành được bộ câu hỏi phỏng vấn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Nghiên cứu được thực hiện tại 3 tỉnh thành phố được lựa chọn ngẫu nhiên đại diện cho 3 vùng địa lý kinh tế xã hội của Miền Bắc, sau đó lựa chọn ngẫu nhiên tại mỗi tỉnh một thành phố/ thị xã và một huyện ở khu vực nông thôn của tỉnh.

Dựa trên nhóm các nhóm đối tượng nghiên cứu là trẻ đang là học sinh tại các trường trung học phổ thông, trung học cơ sở, tiểu học. Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt cho từng nhóm học sinh nghiên cứu tại 1 đơn vị huyện, thành phố là: 720 học sinh.

Các biến thu thập

Thông tin chung: Nhân khẩu học (tuổi, giới, kinh tế gia đình), thông tin liên quan đại dịch COVID-19 (gián đoạn trong các hoạt động sinh hoạt gia đình, cá nhân, sự kỳ thị).

Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ bệnh án nghiên cứu, chẩn đoán hành vi tự sát do bác sĩ chuyên khoa tâm thần quyết định.

Quy trình thu thập:

- **Bước 1:** Chọn mẫu (như đã trình bày ở phần cỡ mẫu).

- **Bước 2:** Khảo sát thực địa, xây dựng, tập huấn nhóm nghiên cứu: Đến liên hệ các cơ sở giáo dục, trường sau đó tiến hành lựa chọn

ngẫu nhiên theo cỡ mẫu tại từng trường và phân bố đều các khối lớp. Triển khai tập huấn cách khám sàng lọc phát hiện dấu hiệu gợi ý, triệu chứng các rối loạn tâm thần ở trẻ em và vị thành niên, cách sử dụng công cụ nghiên cứu cho cán bộ hỗ trợ tham gia nghiên cứu tại địa phương (Là nhân viên y tế bác sỹ tâm thần, cán bộ tâm lý được phép tham gia chẩn đoán, điều trị các rối loạn tâm thần tại địa phương).

- Bước 3: Đi khám sàng lọc lần 1 trẻ em tại địa phương.

- Bước 4: Khám chuyên sâu, khẳng định chẩn đoán lần 2 dựa trên nhóm nghiên cứu chính.

- Bước 5: Tổng kết, phân tích số liệu, báo cáo kết quả nghiên cứu.

Phân tích, xử lý số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Mô tả biến dùng trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. So sánh tỉ lệ sử dụng test so sánh χ^2 , Fisher-Exact test, các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

Sai số và khống chế

Những sai số có thể xuất hiện trong quá trình thu thập số liệu:

- Sai số không trả lời: khi đối tượng từ chối tham gia hoặc trả lời sai

- Sai số chẩn đoán: khi việc chẩn đoán bệnh và thể bệnh không chính xác

Để tránh các sai số này khi tiến hành nghiên cứu:

- Được sự thống nhất tại các cơ sở điều trị.

- Giải thích rõ với các người bệnh để hợp tác nghiên cứu

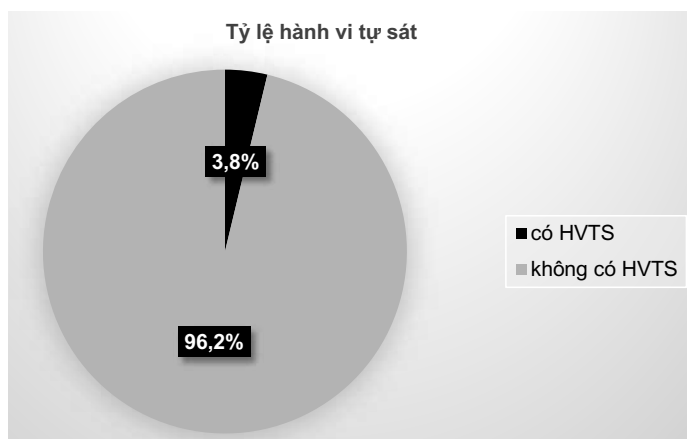
- Cán bộ nghiên cứu phải là các bác sỹ tâm thần và phải được tập huấn kỹ càng về phương pháp nghiên cứu, quy trình phỏng vấn.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả, không ảnh hưởng đến sức khỏe của người tham gia. Khi phát hiện các trường hợp nặng cần điều trị chuyên sâu hơn trẻ và gia đình sẽ được giới thiệu đến các cơ sở y tế để khám và điều trị. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội số 1226/GCN-HMUIRB ngày 25/3/2024.

III. KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ hành vi tự sát của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hành vi tự sát của đối tượng nghiên cứu (n = 2024)

Tỷ lệ hành vi tự sát của đối tượng nghiên cứu là 3,8%.

2. Một số yếu tố liên quan đến hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan COVID-19**Bảng 1. Liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu - xã hội học và hành vi tự sát (n=2024)**

Các yếu tố nhân khẩu - xã hội học		Có HVTS		Không HVTS		OR (95%KTC)	p-value
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	50	5,0	959	95,0	1,983	0,005
	Nam	26	2,6	989	97,4	(1,225 - 3,212)	
Tuổi	12 - 18 tuổi	68	5,9	1077	94,1	6,874	0,000
	6 - 11 tuổi	8	0,9	871	99,1	(3,286 - 14,379)	
Nơi ở	Đô thị	55	5,2	1006	94,8	2,452	0,000
	Miền núi	21	2,2	942	97,8	(1,472 - 4,086)	

Các yếu tố giới tính nữ, tuổi từ 12 - 18, sống ở đô thị là các yếu tố nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát với OR lần lượt là 1,983; 6,874; 2,452 ($p < 0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa tiền sử bản thân, gia đình và hành vi tự sát (n = 2024)

Tiền sử bản thân, gia đình		Có HVTS		Không HVTS		OR (95%KTC)	p-value
		n	%	n	%		
Sang chấn thời thơ ấu	Có	12	33,3	24	66,7	15,031	0,000
	Không	64	3,2	1924	96,8	(7,198 - 31,390)	
Nhiễm COVID- 19	Có	47	3,6	1275	96,4	0,855	0,540
	Không	29	4,1	673	95,9	(0,534 - 1,372)	
Gia đình có người mắc bệnh lý tâm thần	Có	4	23,5	13	76,5	8,269	0,003
	Không	72	3,6	1935	96,4	(2,631 - 25,988)	
Mối quan hệ của bố mẹ	Không hòa hợp	24	11,2	191	88,8	4,246	0,000
	Hòa hợp	52	2,9	1757	97,1	(2,559 - 7,043)	

Có mối liên quan giữa sang chấn thời thơ ấu, tiền sử gia đình có người mắc bệnh lý tâm thần, mối quan hệ của bố mẹ không hòa hợp và

hành vi tự sát với OR lần lượt là 15,031; 8,269; 4,246 ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa nhiễm COVID-19 và hành vi tự sát.

Bảng 3. Liên quan giữa các vấn đề của bản thân, gia đình liên quan đại dịch và hành vi tự sát (n = 2024)

Các yếu tố		Có HVTS		Không HVTS		OR (95%KTC)	p-value
		n	%	n	%		
Học tập	Gián đoạn	59	4,1	1391	95,9	1,390 (0,803 - 2,405)	0,247
	Duy trì	17	3,0	557	97,0		
Tiếp xúc với internet (không tính việc học)	≥ 3 giờ/ngày	56	6,2	848	93,8	3,632 (2,163 - 6,099)	0,000
	< 3 giờ/ngày	20	1,8	1100	98,2		
Bị kỳ thị	Có	13	23,6	42	76,4	9,084 (4,645 - 17,768)	0,000
	Không	63	3,3	1849	96,7		
Lạm dụng, ngược đãi	Có	2	28,6	5	71,4	10,513 (2,005 - 55,116)	0,026
	Không	71	3,7	1866	96,3		
Thu nhập của gia đình	Thấp	32	4,4	702	95,6	1,291 (0,811 - 2,054)	0,331
	Trung bình và cao	44	3,4	1246	96,6		
Sự thay đổi thu nhập do dịch	Giảm	52	4,7	1063	95,3	1,804 (1,103 - 2,950)	0,019
	Không	24	2,6	885	97,4		
Mâu thuẫn gia đình	Có	28	18,5	123	81,5	8,655 (5,247 - 14,278)	0,000
	Không	48	2,6	1825	97,4		

Có mối liên quan giữa các yếu tố: tiếp xúc với internet ≥ 3 giờ/ngày, bị kỳ thị, lạm dụng, ngược đãi, sự thay đổi thu nhập do dịch giảm, mâu thuẫn gia đình và hành vi tự sát với OR lần

lượt là 3,632; 9,084; 10,513; 1,804; 8,655 (p < 0,05). Không có mối liên quan giữa việc học tập bị gián đoạn, thu nhập gia đình thấp và hành vi tự sát.

Bảng 4. Mô hình dự đoán nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát bằng phân tích hồi quy logistic đa biến (n = 2024)

Yếu tố		p	OR	95% KTC
Tuổi	12 - 18 tuổi	0,000	4,648	2,117 - 10,207
	6 - 11 tuổi		Nhóm tham chiếu	
Giới tính	Nữ	0,085	1,604	0,936 - 2,747
	Nam		Nhóm tham chiếu	

Yếu tố		p	OR	95% KTC
Nơi ở	Đô thị	0,055	1,785	0,987 - 3,227
	Miền núi		Nhóm tham chiếu	
Sang chấn thời thơ ấu	Có	0,193	1,989	0,706 - 5,606
	Không		Nhóm tham chiếu	
Gia đình có người mắc bệnh lý tâm thần	Có	0,488	1,680	0,387 - 7,286
	Không		Nhóm tham chiếu	
Mối quan hệ của bố mẹ	Không hòa hợp	0,010	2,366	1,229 - 4,555
	Hòa hợp		Nhóm tham chiếu	
Học tập	Gián đoạn	0,002	2,719	1,434 - 5,156
	Duy trì		Nhóm tham chiếu	
Tiếp xúc với internet (không tính việc học)	≥ 3 giờ/ngày	0,020	2,076	1,123 - 3,838
	< 3 giờ/ngày		Nhóm tham chiếu	
Bị kỳ thị	Có	0,000	8,578	3,800 - 19,366
	Không		Nhóm tham chiếu	
Lạm dụng, ngược đãi	Có	0,455	2,203	0,278 - 17,459
	Không		Nhóm tham chiếu	
Sự thay đổi thu nhập do dịch	Giảm	0,159	1,503	0,752 - 2,650
	Không		Nhóm tham chiếu	
Mâu thuẫn gia đình	Có	0,000	3,699	1,942 - 7,045
	Không		Nhóm tham chiếu	

Mô hình này cho thấy các yếu tố: tuổi ≥ 12 , mối quan hệ bố mẹ không hòa hợp, học tập bị gián đoạn, tiếp xúc với internet ≥ 3 giờ/ngày, bị kỳ thị, mâu thuẫn gia đình là những yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên liên quan đại dịch COVID-19 ($p < 0,05$), với OR lần lượt là: 4,648, 2,366, 2,719, 2,076, 8,578, 3,699.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả ở biểu đồ 1, tỷ lệ hành vi tự sát của trẻ em và thanh thiếu niên ở Quảng Ninh và Sơn La liên quan đại dịch COVID-19 là 3,8%.

Nghiên cứu tại Hoa Kỳ về hành vi tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ tự sát cao hơn dự kiến được phát hiện sau vài tháng kể từ khi đại dịch bùng phát (tháng 7/2020).⁶

Theo kết quả bảng 1, các yếu tố nhân khẩu - xã hội học gồm giới tính nữ, tuổi từ 12 - 18 tuổi, sống ở đô thị là các yếu tố nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát. Trẻ nữ có khả năng có hành vi tự sát cao hơn trẻ nam gần gấp 2 lần ($OR = 1,983$). Các nghiên cứu trên thế giới về tỷ lệ tự sát ở trẻ em và thanh thiếu niên cho thấy các kết quả không đồng nhất về tỷ lệ tự sát ở nam

và nữ. Ở hầu hết các quốc gia, tỷ lệ tự sát của nam nhiều hơn nữ, nhưng ở một số nước, tỷ lệ tự sát ở nữ tương đương hoặc cao hơn nam. Theo Lichter và cộng sự, tỷ lệ hành vi tự sát ở nữ luôn cao hơn nam.⁷ Về tuổi, trẻ vị thành niên (12 - 18 tuổi) có nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát cao gấp hơn 6 lần so với trẻ em. Trẻ em có thể không thực hiện hành vi tự sát do chưa nhận thức đầy đủ về cảm giác tuyệt vọng và khả năng lập kế hoạch thành công. Liên quan đến nơi ở, tỷ lệ tự sát của trẻ sống ở đô thị cao gấp hơn 2 lần miền núi. Điều này có thể giải thích do đô thị có mật độ dân số và điều kiện kinh tế cao hơn, bị tác động nhiều hơn bởi những gián đoạn liên quan đến đại dịch như việc cách ly xã hội, đóng cửa trường học, xí nghiệp... Theo Xiao và cộng sự (2024), nguy cơ hành vi tự sát ở học sinh trong dịch COVID-19 có liên quan với yếu tố sống ở môi trường đô thị.⁸ Tuy nhiên khi phân tích hồi quy logistic đa biến, trong các yếu tố về nhân khẩu - xã hội học, chỉ có yếu tố tuổi là yếu tố liên quan với hành vi tự sát, trẻ có tuổi từ 12 - 18 có nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát cao gấp 4,6 lần so với trẻ từ 6 - 11 tuổi, các yếu tố về giới tính và nơi ở không có liên quan với hành vi tự sát (bảng 4).

Kết quả ở bảng 2 cho thấy mối liên quan giữa hành vi tự sát với một số yếu tố về tiền sử bản thân, gia đình của trẻ nhưng không thấy mối liên quan với tiền sử nhiễm COVID-19. Trẻ có sang chấn thời thơ ấu có nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát cao gấp 15 lần so với trẻ không có (OR = 15,031). Tuy nhiên trong mô hình logistic đa biến, yếu tố sang chấn thời thơ ấu không có liên quan với nguy cơ tự sát (theo bảng 4). Điều này có thể lý giải do hạn chế của nghiên cứu chưa đánh giá được các hình thức sang chấn thời thơ ấu khác nhau. Theo Zatti C và cộng sự (2017), lạm dụng tình dục, lạm dụng thể chất, lạm dụng tình cảm và bỏ bê thể chất là các yếu tố liên quan đến hành vi tự sát, còn các hình thức sang chấn thời thơ ấu khác thì không

có liên quan đáng kể.⁹ Về gia đình, trẻ có tiền sử gia đình có người mắc bệnh lý tâm thần có nguy cơ tự sát cao hơn 8 lần so với trẻ có tiền sử gia đình không ai mắc bệnh lý tâm thần (OR = 8,269). Mối quan hệ của bố mẹ trẻ không hòa hợp là yếu tố nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát cao hơn gấp 4 lần trẻ có mối quan hệ bố mẹ hòa hợp (OR = 4,246, 95%CI: 2,559 - 7,043). Khi phân tích đa biến, trong các yếu tố về tiền sử gia đình, chỉ có sự không hòa hợp trong mối quan hệ của bố mẹ là yếu tố nguy cơ xuất hiện tự sát ở trẻ, gấp 2,4 lần.

Về mối liên quan giữa các vấn đề của bản thân trước khi bình thường hóa và hành vi tự sát, theo kết quả bảng 3, không có mối liên quan giữa việc học tập bị gián đoạn (nghỉ học hoặc học online) với hành vi tự sát. Theo Isumi A và cộng sự (2020), việc đóng cửa trường học do dịch COVID-19 làm giảm các mối quan hệ xã hội của trẻ em và thanh thiếu niên, tuy nhiên không ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ tự sát của trẻ trong thời gian này ở Nhật Bản.¹⁰ Trẻ tiếp xúc với internet (không tính việc học) ≥ 3 giờ/ngày có nguy cơ tự sát cao hơn 3,6 lần. Theo Dumont và cộng sự (2024), thời gian sử dụng màn hình nhiều là yếu tố nguy cơ dẫn đến ý tưởng tự sát.¹¹ Các yếu tố bị kỳ thị, lạm dụng, ngược đãi trong thời gian trước khi bình thường hóa cũng là các yếu tố nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát. Sự thay đổi thu nhập gia đình giảm do dịch làm tăng nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát lên 1,8 lần và trẻ có mâu thuẫn gia đình có nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát cao gấp hơn 8 lần. Theo kết quả bảng 4, trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ có yếu tố mâu thuẫn gia đình có liên quan đến nguy cơ xuất hiện hành vi tự sát. Hậu quả của các biện pháp ngăn ngừa nhiễm virus liên quan đến đại dịch như lệnh phong tỏa, cô lập xã hội đã làm gia tăng các mối quan hệ tiêu cực, đặc biệt là các mối quan hệ gia đình, điều này làm tăng ý tưởng tự sát.³

V. KẾT LUẬN

Đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên, đặc biệt là tác động đến các yếu tố nguy cơ cao của hành vi tự sát trong nhóm đối tượng này như độ tuổi, giới tính và các vấn đề về gia đình - xã hội không thuận lợi. Việc phát hiện và can thiệp kịp thời các yếu tố nguy cơ là rất quan trọng nhằm bảo vệ sức khỏe tâm thần và nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ em và thanh thiếu niên trong thời gian hậu đại dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication - Adolescent Supplement (NCS-A). *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(3): 10.1001/2013.jama-psychiatry. 55. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55.
2. Hink AB, Killings X, Bhatt A, et al. Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Curr Trauma Rep*. 2022; 8(2): 41-53. doi:10.1007/s40719-022-00223-7.
3. Conejero I, Nobile B, Olié E, et al. How Does COVID-19 Affect the Neurobiology of Suicide? *Curr Psychiatry Rep*. 2021; 23(4): 16. doi:10.1007/s11920-021-01227-x.
4. Baraniak PR, McDevitt TC. Stem cell paracrine actions and tissue regeneration. *Regen Med*. 2010; 5(1): 121-143. doi:10.2217/rme.09.74.
5. Tran QA, Le VTH, Nguyen THD. Depressive symptoms and suicidal ideation among Vietnamese students aged 13-17: Results from a cross-sectional study throughout four geographical regions of Vietnam. *Health Psychol Open*. 2020; 7(2): 2055102920973253. doi:10.1177/2055102920973253.
6. Bridge JA, Ruch DA, Sheftall AH, et al. Youth Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2023; 151(3): e2022058375. doi:10.1542/peds.2022-058375.
7. Lichter H, Blomberg SNF, Christensen HC. Impact of the COVID-19 pandemic on Suicidal Behaviour in Copenhagen. *J Med Surg Public Health*. 2024; 3: 100089. doi:10.1016/j.glmedi.2024.100089.
8. Xiao QQ, Huang XH, Yang J, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among students aged 12 to 24 after the lifting of COVID-19 restrictions in China: prevalence and associated factors. *Front Psychiatry*. 2024; 15. doi:10.3389/fpsy.2024.1383992.
9. Zatti C, Rosa V, Barros A, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017; 256: 353-358. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.082.
10. Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, et al. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl*. 2020; 110: 104680. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104680.
11. Dumont R, Lorthe E, Richard V, et al. Prevalence of and risk factors for suicidal ideation in adolescents during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2024; 154(4): 3461. doi:10.57187/s.3461

Summary

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS RELATED TO THE COVID-19 PANDEMIC

This study describes the prevalence and analyzes the factors associated with suicidal behavior in children and adolescents possibly related to the COVID-19 pandemic. A cross-sectional descriptive study was conducted on 2,024 children and adolescents in Quang Ninh (from October 2022 to June 2023) and Son La (from June 2023 to October 2023). The results showed that the COVID-19 pandemic had impacted the mental health of children and adolescents. The prevalence of suicidal behavior in this population related to the pandemic was 3.8%. Demographic factors such as female age 12 – 18 years old, and urban residence were significantly associated with suicidal behavior, with odds ratios (ORs) of 1.983, 6.874, and 2.452, respectively. Other associated risk factors included: a history of childhood trauma, family history of mental illness, parental conflict, non-educational internet use, experiences of stigma, and abuse or maltreatment. No association was found between COVID-19 infection, interruption of schooling, and suicidal behavior in the study population.

Keywords: COVID-19, suicide behavior, associated factors.