

CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH: SƠ SÁNH GIỮA HỆ CHÍNH QUY VÀ HỆ GIÁO DỤC THƯỜNG XUYỀN

Nguyễn Thị Trang, Lê Võ Hồng Tuyết và Thái Thanh Trúc✉

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Độ tuổi trung học phổ thông (THPT) được xem là giai đoạn quan trọng và theo các báo cáo các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) thường xuất hiện ở độ tuổi này. Chương trình đào tạo tại Việt Nam được chia thành 2 loại hình: hệ chính quy và hệ giáo dục thường xuyên (GDTX) với những điểm đặc trưng riêng biệt và có thể có sự tác động khác nhau lên tình trạng SKTT. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 2631 học sinh THPT tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) nhằm so sánh tỷ lệ các vấn đề SKTT ở 2 hệ đào tạo. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm nhiều bậc và dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền gồm đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm học tập và đặc điểm SKTT. Tỷ lệ các vấn đề SKTT ở học sinh THPT 2 hệ đào tạo có sự khác nhau, cụ thể hệ chính quy (dao động từ 22,4% đến 53,4%) cao hơn hệ GDTX (từ 18,7% đến 47,1%). Kết quả đơn biến cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trầm cảm, lo âu và ý định tự tử ở học sinh THPT 2 hệ đào tạo. Tuy nhiên, khi hiệu chỉnh theo các yếu tố khác trong phân tích đa biến thì không có khác biệt giữa 2 hệ đào tạo về các vấn đề SKTT. Vì vậy, cần có các chương trình hỗ trợ, can thiệp về SKTT cho học sinh ở cả 2 hệ đào tạo.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, học sinh trung học phổ thông, hệ chính quy, hệ giáo dục thường xuyên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần (SKTT) rất quan trọng ở mọi giai đoạn của cuộc đời, là thước đo chất lượng cuộc sống của mỗi cá nhân. Tuy nhiên, theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cứ 7 trẻ vị thành niên thì có 1 trẻ đang gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần, trong đó tình trạng phổ biến nhất được ghi nhận là trầm cảm và lo âu. Các vấn đề sức khỏe tâm thần chiếm khoảng 15,0% gánh nặng bệnh tật ở vị thành niên và trở thành nguyên nhân hàng đầu để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe, ảnh hưởng lâu dài trong suốt cuộc đời, thậm chí là tử vong ở nhóm tuổi này.¹ Mặc dù, tỷ lệ các vấn đề sức

khỏe tâm thần được báo cáo khá cao nhưng chỉ 18,2% đến 23,0% trẻ vị thành niên mắc rối loạn lo âu và trầm cảm tìm đến các dịch vụ hỗ trợ và việc tìm kiếm này có liên quan đến ý định tự tử và nỗ lực tự tử trong quá khứ.² Do đó, việc nhận biết và ngăn chặn các vấn đề sức khỏe tâm thần ở vị thành niên đã trở thành trọng tâm chính sách ở các quốc gia trên toàn cầu, trong đó có Việt Nam.

Tại Việt Nam, độ tuổi trung học phổ thông - THPT (15 - 18 tuổi) được xếp vào nhóm tuổi vị thành niên lớn (15 - 19 tuổi) trên thế giới. Đây là giai đoạn nhạy cảm của cuộc đời khi các vấn đề sức khỏe tâm thần được báo cáo thường xuyên xuất hiện trong những năm này với nhiều vấn đề kéo dài đến tuổi trưởng thành.³ Bên cạnh đó, hệ thống giáo dục tại Việt Nam được chia thành nhiều loại hình đào tạo, trong đó có hệ chính

Tác giả liên hệ: Thái Thanh Trúc

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Email: thaithanhtruc@ump.edu.vn

Ngày nhận: 20/11/2025

Ngày được chấp nhận: 24/12/2025

quy và hệ giáo dục thường xuyên (GDTX). Mỗi loại hình có những đặc trưng riêng biệt về người học, chương trình đào tạo, hình thức tổ chức và thời gian học tập. Riêng tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM), hiện có hơn 200 trường THPT thuộc hệ chính quy và 32 trung tâm giáo dục thường xuyên (TT. GDTX). Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào được thực hiện đồng thời trên cả 2 loại hình đào tạo này nhằm khảo sát các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh THPT. Chính vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu so sánh tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần giữa học sinh THPT hệ chính quy và hệ GDTX.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành thu thập dữ liệu ở học sinh khối 10, 11, 12 các trường THPT hệ chính quy, hệ GDTX tại TP. HCM.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả học sinh trong độ tuổi vị thành niên khối 10, 11, 12 đang học tại các trường THPT hệ chính quy, TT. GDTX được chọn vào thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia, trả lời bộ câu hỏi nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Học sinh không được sự chấp thuận của Phụ huynh/Người giám hộ cho phép tham gia nghiên cứu hoặc học sinh vắng mặt vào thời điểm thu thập dữ liệu, quay lại lần 2 nhưng không gặp, học sinh đã tham gia nghiên cứu thử.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu này xuất phát từ dự án lớn hơn trong đó ước tính tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh, riêng cho các hệ đào tạo.

Vì vậy, cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ với giá trị $p = 0,529$ được tham khảo từ nghiên cứu trước, sau đó nhân với hệ số thiết kế là 2 và dự trừ tỷ lệ từ chối 30,0%.⁴ Vì học sinh ở 2 hệ đào tạo có những đặc điểm khác biệt do đó cỡ mẫu được nhân đôi để đạt được sự bao phủ toàn diện nhất. Cỡ mẫu cần lấy ít nhất là 2190 học sinh.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm nhiều bậc với đơn vị chọn mẫu là lớp học. Tại TP. HCM, chúng tôi chọn 2 quận nội thành và 2 huyện ngoại thành. Kế tiếp, tại mỗi quận/huyện, chọn 1 trường THPT hệ chính quy và 1 TT. GDTX tham gia vào nghiên cứu. Tổng cộng có 72 lớp được chọn ngẫu nhiên từ 3 lớp/khối từ các trường đã chọn.

Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi nhận được sự đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu từ phía nhà trường, trung tâm và Phụ huynh/Người giám hộ, học sinh được cung cấp thông tin và gửi phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu. Chỉ những học sinh có sự đồng thuận của Phụ huynh/Người giám hộ và ký xác nhận vào phiếu đồng thuận mới được phát bộ câu hỏi nghiên cứu. Học sinh trả lời bộ câu hỏi tự điền trong khoảng 25 đến 30 phút ngay tại lớp học nhằm tránh sai lệch chọn lựa. Nghiên cứu viên có mặt để giải đáp thắc mắc.

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi tự điền để khảo sát đặc điểm cá nhân, đặc điểm gia đình, đặc điểm môi trường - xã hội và đặc điểm các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh THPT.

Thang đo Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) gồm 21 câu được sử dụng để đo lường các dấu hiệu của trầm cảm (7 câu, DASS-21-D), lo âu (7 câu, DASS-21-A), stress (7 câu, DASS-21-S) trải qua trong tuần trước đó và điểm được xây dựng theo thang đo Likert (0 - 3 điểm). Tổng điểm được nhân với 2 để có được điểm cho từng dấu hiệu và trong nghiên

cứu này chúng tôi sử dụng mức đánh giá có dấu hiệu trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 14 điểm, 10 điểm và 19 điểm.

Ý định tự tử được đánh giá dựa trên thang đo Youth Risk Behavior Survey (YRBS) được phát triển bởi Trung tâm phòng chống dịch bệnh Hoa Kỳ và được sử dụng rộng rãi tại các quốc gia. Theo YRBS, học sinh có lựa chọn “đã từng” cho câu hỏi “Trong 12 tháng qua, bạn đã có bao giờ có ý định tự tử chưa?” được phân loại là có ý định tự tử.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata (v4.6.0.6) và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher với mức ý nghĩa $p < 0,05$ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các hệ đào tạo và vấn đề sức khỏe tâm thần. Hồi quy Logistic được dùng để lượng hóa mối liên quan, kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số chênh (OR) với khoảng tin cậy 95% (KTC

95%).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 577/HĐĐĐ - ĐHYD và số 578/HĐĐĐ - ĐHYD ký ngày 10/04/2024.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 3025 học sinh được mời tham gia nghiên cứu, có 2631 học sinh được đưa vào phân tích chiếm tỷ lệ 87,0%. Kết quả cho thấy, ở cả 2 hệ đào tạo, học sinh phân bố đồng đều theo khối lớp và không có sự chênh lệch nhiều giữa nam và nữ, học sinh sống ở nội thành và ngoại thành. Phần lớn học sinh trong nghiên cứu mô tả xu hướng tính dục là dị tính và cảm nhận kinh tế gia đình ở mức bình thường. Ngoài ra, hầu hết các học sinh đều đang sống chung cùng với cả cha và mẹ.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học theo hệ đào tạo

Đặc điểm	Hệ đào tạo		p
	Chính quy (%)	GDTX (%)	
Giới			
Nam	588 (43,4)	646 (50,7)	< 0,001
Nữ	768 (56,6)	629 (49,3)	
Xu hướng tính dục			
Dị tính	1129 (83,3)	1043 (81,8)	0,001
Đồng tính nam/Đồng tính nữ	54 (4,0)	95 (7,5)	
Lưỡng tính	87 (6,4)	60 (4,7)	
Khác	86 (6,3)	77 (6,0)	
Khối lớp			
10	470 (34,7)	434 (34,0)	0,940
11	449 (33,1)	424 (33,3)	
12	437 (32,2)	417 (32,7)	

Đặc điểm	Hệ đào tạo		p
	Chính quy (%)	GDTX (%)	
Cảm nhận kinh tế gia đình			
Khó khăn	126 (9,3)	216 (16,9)	< 0,001
Bình thường	1144 (84,4)	972 (76,2)	
Khá giả	86 (6,3)	87 (6,8)	
Nơi ở			
Ngoại thành	629 (46,4)	752 (59,0)	< 0,001
Nội thành	727 (53,6)	523 (41,0)	
Người sống cùng			
Cha và mẹ	1165 (85,9)	967 (75,8)	< 0,001
Cha hoặc mẹ	144 (10,6)	200 (15,7)	
Khác	47 (3,5)	108 (8,5)	
Hôn nhân cha mẹ			
Sống chung	1167 (86,1)	988 (77,5)	< 0,001
Khác	189 (13,9)	287 (22,5)	
Học vấn cha			
Từ dưới trung học cơ sở	292 (21,5)	360 (28,2)	< 0,001
Trung học phổ thông	431 (31,8)	421 (33,0)	
Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	348 (25,7)	124 (9,7)	
Không rõ	285 (21,0)	370 (29,1)	
Học vấn mẹ			
Từ dưới trung học cơ sở	398 (29,4)	429 (33,7)	< 0,001
Trung học phổ thông	341 (25,2)	336 (26,4)	
Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	341 (25,2)	126 (9,9)	
Không rõ	276 (20,2)	384 (30,0)	

Về đặc điểm học tập, hầu hết học sinh có học lực từ khá trở lên và có hạnh kiểm tốt. Tuy nhiên, tỷ lệ học sinh có học lực dưới mức khá và hạnh kiểm trung bình/yếu ở hệ GDTX hơn gấp 2 lần hệ chính quy (27,7% so với 12,2% và 6,3% so với 2,6%). Học sinh ở nhóm chính quy báo cáo tham gia nhiều lớp học thêm và gặp

phải áp lực học tập cao hơn so với nhóm học sinh GDTX. Trong môi trường học đường, phần lớn học sinh có mối quan hệ bình thường hoặc tốt với thầy cô và bạn bè, tỷ lệ học sinh có mối quan hệ không tốt được báo cáo cao hơn ở hệ GDTX (4,0% so với 1,8%).

Bảng 2. Đặc điểm học tập theo hệ đào tạo

Đặc điểm	Hệ đào tạo		p
	Chính quy (%)	GDTX (%)	
Học lực			
Tốt/ Giỏi	597 (44,0)	276 (21,7)	< 0,001
Khá	594 (43,8)	632 (49,6)	
Dưới mức khá	165 (12,2)	367 (27,7)	
Hạnh kiểm			
Tốt	1203 (88,7)	969 (76,0)	< 0,001
Khá	118 (8,7)	225 (17,7)	
Trung bình/ Yếu	35 (2,6)	81 (6,3)	
Sinh hoạt CLB/đội nhóm			
Có	408 (30,1)	204 (16,0)	< 0,001
Không	948 (69,9)	1071 (84,0)	
Tham gia nhiều lớp học thêm			
Có	448 (33,0)	145 (11,4)	< 0,001
Không	908 (67,0)	1130 (88,6)	
Áp lực học tập			
Có	855 (63,1)	610 (47,8)	< 0,001
Không	501 (36,9)	665 (52,2)	
Mối quan hệ với thầy cô			
Tốt	259 (19,1)	361 (28,3)	< 0,001
Bình thường	1061 (78,2)	851 (66,8)	
Không tốt	36 (2,7)	63 (4,9)	
Mối quan hệ với bạn bè			
Tốt	636 (46,9)	539 (42,3)	0,001
Bình thường	695 (51,3)	685 (53,7)	
Không tốt	25 (1,8)	51 (4,0)	

Kết quả **Bảng 3** cho thấy hệ đào tạo có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hầu hết các vấn đề sức khỏe tâm thần với $p < 0,05$. Trong

đó ghi nhận học sinh THPT hệ chính quy có tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress và có ý định tự tử cao hơn nhóm học sinh GDTX.

Bảng 3. Đặc điểm các vấn đề sức khỏe tâm thần theo hệ đào tạo

Đặc điểm	Hệ đào tạo		p
	Chính quy (%)	GDTX (%)	
Trầm cảm			
Có	612 (45,1)	510 (40,0)	0,008
Không	744 (54,9)	765 (60,0)	
Lo âu			
Có	724 (53,4)	600 (47,1)	0,001
Không	632 (46,6)	675 (52,9)	
Stress			
Có	444 (32,7)	374 (29,3)	0,059
Không	912 (67,3)	901 (70,7)	
Ý định tự tử			
Có	304 (22,4)	238 (18,7)	0,017
Không	1052 (77,6)	1037 (81,3)	

Kết quả phân tích đơn biến ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các vấn đề sức khỏe tâm thần và hệ đào tạo. Cụ thể, học sinh thuộc hệ GDTX có khả năng gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần thấp hơn so với hệ chính quy, bao gồm trầm cảm (OR = 0,81; KTC 95%: 0,69 - 0,95), lo âu (OR = 0,78; KTC 95%: 0,69

- 0,90) và ý định tự tử (OR = 0,79; KTC 95%: 0,66 - 0,96). Tuy nhiên, kết quả phân tích đa biến để hiệu chỉnh thêm các yếu tố khác thì nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các vấn đề sức khỏe tâm thần và hệ đào tạo ở học sinh THPT.

Bảng 4. Ảnh hưởng của hệ đào tạo lên các vấn đề sức khỏe tâm thần

Đặc điểm	Thô		Hiệu chỉnh*	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Trầm cảm				
Hệ giáo dục thường xuyên	0,81 (0,69 - 0,95)	0,008	0,86 (0,72 - 1,04)	0,112
Hệ chính quy	1		1	
Lo âu				
Hệ giáo dục thường xuyên	0,78 (0,67 - 0,90)	0,001	0,87 (0,73 - 1,04)	0,133
Hệ chính quy	1		1	

Đặc điểm	Thô		Hiệu chỉnh*	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Stress				
Hệ giáo dục thường xuyên	0,85 (0,72 - 1,01)	0,059	0,96 (0,79 - 1,17)	0,720
Hệ chính quy	1		1	
Ý định tự tử				
Hệ giáo dục thường xuyên	0,79 (0,66 - 0,96)	0,018	0,82 (0,66 - 1,03)	0,093
Hệ chính quy	1		1	

* Hiệu chỉnh cho các biến có khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các bảng bên trên

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn sức khỏe tâm thần và ý định tự tử ở học sinh THPT trong mẫu khảo sát tại TP. HCM ở mức đáng lo ngại. Trong bối cảnh đô thị hóa nhanh chóng và sự bùng nổ của công nghệ số, nhóm vị thành niên ngày nay phải đối diện với nhiều áp lực mang tính đa tầng, bao gồm áp lực học tập, cạnh tranh trong môi trường giáo dục, kỳ vọng từ gia đình - xã hội, cùng với sự thay đổi trong các mối quan hệ bạn bè. Những yếu tố này đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây như là các tác nhân làm tăng nguy cơ tổn thương sức khỏe tâm thần ở học sinh trung học.^{5,6}

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với các bằng chứng đó, đồng thời nhấn mạnh rằng sức khỏe tâm thần kém có vai trò như một yếu tố trung gian quan trọng làm gia tăng nguy cơ hình thành ý định tự tử ở lứa tuổi này. Theo đó, tỷ lệ ý định tự tử trong nghiên cứu này (22,4% ở hệ chính quy và 18,7% ở GDTX) cao hơn so với mức trung bình toàn quốc được báo cáo trong khảo sát sức khỏe tâm thần vị thành niên Việt Nam (V-NAMHS) là khoảng 14,1%.⁷ Điều này phản ánh nguy cơ tiềm ẩn đáng kể ở học sinh THPT tại TP.HCM, một đô thị lớn với môi trường học tập cạnh tranh cao. Một trong

những cơ chế giải thích được chấp nhận đó là do hạn chế về kỹ năng đối phó và quản lý căng thẳng ở học sinh. Thiếu hụt các kỹ năng này khiến học sinh dễ bị quá tải trước các yếu tố gây căng thẳng và dễ dẫn đến bộc phát các rối loạn cảm xúc.⁸ Đây cũng là nhóm tuổi đang trong giai đoạn phát triển tâm sinh lý mạnh, nên sự tác động của stress càng có thể để lại hậu quả sâu sắc và kéo dài.

Ngoài ra, về mặt sinh lý học, căng thẳng học đường kéo dài có thể kích hoạt đáp ứng stress ở hệ thần kinh tự chủ, làm thay đổi dẫn truyền thần kinh và góp phần khởi phát các rối loạn lo âu và trầm cảm. Trong khi đó, sự phát triển của công nghệ và truyền thông kỹ thuật số làm giảm tương tác trực tiếp với gia đình và xã hội, thúc đẩy xu hướng sống khép kín, gia tăng cảm giác cô đơn và dễ khiến học sinh rơi vào trạng thái kiệt sức tâm lý.^{9,10} Những yếu tố này có thể cộng hưởng lẫn nhau và làm gia tăng tỷ lệ rối loạn sức khỏe tâm thần trong nhóm học sinh THPT.

Sự khác biệt giữa học sinh trung học phổ thông hệ chính quy và hệ giáo dục thường xuyên về các vấn đề sức khỏe tâm thần

Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt đáng kể về sức khỏe tâm thần và ý định tự tử giữa học

sinh THPT hệ chính quy và hệ GDTX trong phân tích đơn biến. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 hệ đào tạo mất ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố khác trong phân tích đa biến, cho thấy rằng hệ đào tạo không phải yếu tố độc lập gây ra các vấn đề sức khỏe tâm thần. Có khả năng hệ đào tạo không phản ánh cụ thể các vấn đề sức khỏe tâm thần mà là các yếu tố quan trọng khác, chẳng hạn áp lực học tập, giới tính cũng như các đặc điểm học tập khác. Chính các yếu tố cụ thể này có thể là đặc điểm quan trọng hơn là đặc điểm về hệ đào tạo nói chung. Hay nói cách khác, cũng có khả năng, bất kể hệ đào tạo (cùng hệ hay khác hệ) nhưng có các yếu tố nguy cơ quan trọng thì mới có các vấn đề sức khỏe tâm thần.

Chẳng hạn, học sinh hệ chính quy phải đối mặt với áp lực học tập lớn hơn, đặc biệt trong bối cảnh chương trình và phương thức đánh giá ngày càng cạnh tranh. Các nghiên cứu trước đây cho thấy áp lực học tập là một yếu tố nguy cơ rõ rệt đối với các rối loạn sức khỏe tâm thần.⁶ Bên cạnh đó, tình trạng tham gia nhiều lớp học thêm cũng được báo cáo cao hơn gấp 3 lần ở nhóm chính quy. Các lớp học thêm thường diễn ra trước hoặc sau giờ học chính khóa, vào cuối tuần hoặc trong thời gian nghỉ lễ. Việc tham gia nhiều lớp học thêm đã lấy đi quỹ thời gian của học sinh, học sinh không còn thời gian sinh hoạt ở nhà, không có thời gian vui chơi giải tỏa căng thẳng. Điều này cũng có thể lý giải cho kết quả nghiên cứu khi học sinh hệ chính quy được ghi nhận ít tham gia sinh hoạt tại các câu lạc bộ/đội nhóm trong và ngoài nhà trường. Mặc dù, việc học thêm có thể giúp trẻ cải thiện thành tích học tập, nhưng nếu không được cân bằng hợp lý, hoạt động này có thể trở thành một mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần. Một nghiên cứu kéo dài 2 năm trên hơn 1600 học sinh THPT tại Việt Nam thông qua phỏng vấn sâu và điều tra bằng bộ câu hỏi, đã chỉ ra rằng có tới 94,5%

học sinh trả lời có học thêm và những học sinh học thêm nhiều hơn 3 giờ/ngày được ghi nhận có sức khỏe tâm thần kém hơn.⁶ Ngược lại với mức độ học tập cạnh tranh tại hệ chính quy, chương trình GDTX cho phép người học được linh hoạt cao hơn về thời gian, phương thức và nhịp độ học tập. Điều này có thể giúp giảm mức độ căng thẳng liên quan đến học tập và phần nào giải thích tỷ lệ rối loạn sức khỏe tâm thần thấp hơn ở nhóm học sinh hệ GDTX. Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu được thực hiện tại Lebanon với sự khác biệt về tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần giữa các loại hình đào tạo ($p = 0,035$).¹¹

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này chỉ tiến hành tại TP.HCM do đó có thể chưa khái quát hết được cho học sinh THPT trên cả nước. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ tiến hành thu thập số liệu trên học sinh THPT đang đi học nên có thể không đại diện được cho toàn trẻ vị thành niên độ tuổi THPT. Cuối cùng, chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang nên chỉ phản ánh được mối liên quan mà không thể hiện chiều hướng nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh THPT tại TP.HCM ở mức đáng báo động và tỷ lệ các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh thuộc hệ chính quy được báo cáo cao hơn khi so sánh với hệ GDTX. Tuy nhiên, khi phân tích thêm các yếu tố khác, kết quả chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng sức khỏe tâm thần ở học sinh giữa 2 hệ đào tạo.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thiết kế, xây dựng các chương trình hỗ trợ, can thiệp về sức khỏe tâm thần cho học sinh ở cả 2 hệ đào tạo.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn quý nhà trường, quý trung tâm và thầy cô đã tạo điều kiện và hỗ trợ trong quá trình thu thập dữ liệu. Nhóm nghiên cứu cũng xin gửi lời cảm ơn đến quý Phụ huynh học sinh/Người giám hộ và các bạn học sinh đã tham gia nghiên cứu này.

NGUỒN TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 147/2024/HĐ-ĐHYD, ngày 17 tháng 4 năm 2024.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Không có xung đột lợi ích nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mental health of adolescents. Accessed November 6, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
2. Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2005; 22(3): 130-137. doi:10.1002/da.20115.
3. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet Lond Engl*. 2016; 387(10036): 2423-2478. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
4. Nguyễn Hằng Nguyệt Vân, Nguyễn Thị Khánh Huyền, Vũ Thị Thanh Mai và cộng sự. Thực trạng hành vi sử dụng rượu bia của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Hà Nội, năm 2019. *Tạp chí Y tế Công cộng*. 2020; (52): 50-50.
5. Parental Educational Expectations, Academic Pressure, and Adolescent Mental Health: An Empirical Study Based on CEPS Survey Data. *Int J Ment Health Promot*. 2024; 26(2): 93-103. doi:10.32604/ijmh.2023.043226.
6. (PDF) Study burden, academic stress and mental health among high school students in Vietnam. ResearchGate. Accessed November 6, 2025. https://www.researchgate.net/publication/336240596_Study_burden_academic_stress_and_mental_health_among_high_school_students_in_Vietnam.
7. Viet Nam Adolescent Mental Health Survey (V-NAMHS) Report (Vietnamese). May 26, 2023. Accessed November 6, 2025. <https://qcmhr.org/outputs/reports/16-vnamhs-report-vie-15-feb-2023>.
8. Weiss B, Dang HM, Lam TT, Nguyen MC. Urbanization, and child mental health and life functioning in Vietnam: implications for global health disparities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; 55(6): 673-683. doi:10.1007/s00127-020-01838-4.
9. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Awosika AO, Ayers D. Physiology, Stress Reaction. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed November 6, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>.
10. The Impact of Technology on Our Epidemic of Loneliness. The Center for Brain, Mind and Society. Accessed November 6, 2025. <https://brainmindsociety.org/posts/the-impact-of-technology-on-our-epidemic-of-loneliness>.
11. Hoteit M, Hallit S, Al Rawas H, et al. Adolescent Health in Lebanon: Exploring Alcohol Use, Dietary Patterns, Mental Health, Physical Activity, and Smoking Using the Global School-Based Student Health Survey Approach. *Nutrients*. 2024; 16(21): 3590. doi:10.3390/nu16213590.

Summary

MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS OF HO CHI MINH CITY: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE FORMAL EDUCATION SYSTEM AND THE CONTINUING EDUCATION SYSTEM

High school age is considered a critical developmental period during which many mental health problems (MHPs) commonly emerge. In Vietnam, the education system consists of two distinct modalities: mainstream formal education and continuing education, each with unique characteristics that may differentially influence students' mental health in different ways. This cross-sectional study was conducted among 2,631 high school students in Ho Chi Minh City to compare the prevalence of MHPs between the two educational modalities. A multilevel cluster sampling method was employed, and data were collected using a self-administered questionnaire that included sociodemographic characteristics, academic factors, and mental health indicators. The prevalence of MHPs varied between the two groups, with higher rates observed in the formal education system (22.4% - 53.4%) when compared with the continuing education system (18.7% - 47.1%). Univariate analysis revealed statistically significant differences in depression, anxiety, and suicidal ideation between the two educational modalities. However, after adjusting for potential confounders in multivariate analysis, no significant difference remained. These findings highlight the need for mental health support and intervention programs for students in both educational systems.

Keywords: Mental health, high school students, formal education program, continuing education program.