

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC GIÁO DỤC

TRẦN THỊ THU HÀ

NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
TÂM THẦN CHO HỌC SINH CỦA TRƯỜNG TRUNG HỌC
PHỔ THÔNG

LUẬN VĂN THẠC SĨ TÂM LÝ HỌC

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC GIÁO DỤC

TRẦN THỊ THU HÀ

NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
TÂM THẦN CHO HỌC SINH CỦA TRƯỜNG TRUNG HỌC
PHỔ THÔNG

LUẬN VĂN THẠC SĨ TÂM LÝ HỌC

CHUYÊN NGÀNH: TÂM LÝ LÂM SÀNG TRẺ EM VÀ
VỊ THÀNH NIÊN

Mã số: 8310401.05

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Đặng Hoàng Minh

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới các thầy cô trong chương trình thạc sĩ Tâm lý học lâm sàng trẻ em và vị thành niên, trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội đã nhiệt tình giảng dạy và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình tôi theo học chương trình để tôi có thể hoàn thành chương trình học và bảo vệ luận văn này. Tiếp theo tôi xin gửi lời cảm ơn tới giảng viên hướng dẫn của mình là PGS.TS. Đặng Hoàng Minh đã chỉ dẫn tôi nhiệt tình trong thời gian thực hiện luận văn này. Nhờ sự hướng dẫn của cô mà tôi đã có định hướng rõ ràng trong các khâu thực hiện và hoàn thiện luận văn.

Ngoài thầy cô, tôi còn muốn gửi lời cảm ơn tới tập thể học viên của lớp thạc sĩ Tâm lý học lâm sàng trẻ em và vị thành niên khóa QH-2017S đã đồng hành và hỗ trợ tôi trong thời gian học và sự hỗ trợ nhiệt tình trong quá trình làm luận văn này. Cảm ơn các anh chị đồng nghiệp đã nhiệt tình giúp đỡ trong việc chia sẻ tài liệu, hỗ trợ tôi trong quá trình thu thập số liệu và hoàn thiện luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội, ngày 15 tháng 06 năm 20..

Tác giả luận văn

Trần Thị Thu Hà

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

School Mental Health Capacity Instrument	SMHCI
Strength of & Difficulties Questionnaire	SDQ
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN.....	i
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT.....	ii
MỤC LỤC.....	iii
DANH MỤC BẢNG.....	v
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	i
MỞ ĐẦU.....	1
CHƯƠNG 1.....	7
CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO HỌC SINH CỦA TRƯỜNG.....	7
TRUNG HỌC PHỔ THÔNG.....	Error! Bookmark not defined.
1. 1. Tổng quan vấn đề nghiên cứu.....	7
1.1.1. Các nghiên cứu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trường trung học phổ thông.....	7
1.1.2. Các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học.....	9
1.1.3. Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.....	11
1.1.4. Các nghiên cứu dịch tễ học về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông.....	13
1.2. Một số khái niệm.....	15
1.2.1. Nhu cầu.....	15
1.2.2. Sức khỏe tâm thần.....	24
1.2.3. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học.....	24
1.2.4. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.....	25
Tiểu kết chương 1.....	1
CHƯƠNG 2: TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	2
2.1. Phương pháp nghiên cứu.....	2
2.1.1. Mẫu nghiên cứu.....	2
2.1.2. Địa bàn nghiên cứu.....	4
2.1.3. Phương pháp nghiên cứu.....	5

2.2. Tiến trình và tổ chức nghiên cứu.....	9
2.2.1. Giai đoạn nghiên cứu lý luận.....	9
2.2.2. Giai đoạn nghiên cứu thực tiễn.....	10
2.2.3. Giai đoạn nhập số liệu, phân tích kết quả và viết báo cáo.....	11
Tiểu kết chương 2.....	1
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	2
3.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông.....	2
3.1.1. Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông.....	2
3.1.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông.....	5
3.1.3. Cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông.....	1
3.1.4. Vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh.....	5
3.2. Năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông.....	7
3.2.1. Hiểu biết của giáo viên về sự có mặt của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh.....	7
3.2.2. Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông.....	8
Tiểu kết chương 3.....	16
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	50
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Error! Bookmark not defined.
PHỤ LỤC	Error! Bookmark not defined.

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Một số đặc điểm khách thể nghiên cứu	2
Bảng 2.2. Đại bản nghiên cứu	4
Bảng 2.3. Phân loại điểm thang SDQ	7
Bảng 3.1. Kết quả điểm tổng vấn đề thang SDQ	2
Bảng 3.2: Kết quả các lĩnh vực trong SDQ	3
Bảng 3.3: So sánh kết quả thang SDQ của biến giới tính	4
Bảng 3.4: So sánh kết quả thang SDQ của biến khối lớp	4
Bảng 3.5: So sánh kết quả thang SDQ của biến học lực	4
Bảng 3.6: So sánh kết quả thang SDQ của biến tình trạng gia đình	5
Bảng 3.7: So sánh kết quả SDQ giữa nhóm đã và chưa sử dụng dịch vụ	6
Bảng 3.8: Lý do học sinh không có nhu cầu cần hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần	8
Bảng 3.9: So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần các khu vực	3
Bảng 3.10. So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần theo các khối lớp	3
Bảng 3.11. So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần theo giới tính	4
Bảng 3.12: So sánh quan điểm về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh trong các nhóm học sinh	5
Bảng 3.13. So sánh sự khác biệt trong đánh giá của giáo viên về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh	6
Bảng 3.14: Hiểu biết của giáo viên về sự có mặt của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh	7
Bảng 3.15: Điểm chuẩn của thang đo SHMI	8
Bảng 3.16: So sánh điểm năng lực phòng ngừa và quảng bá của các trường	9

Bảng 3.17: So sánh điểm năng lực nhận biết và giới thiệu của các trường	10
Bảng 3.18: So sánh điểm năng lực về can thiệp của các trường	11
Bảng 3.19: So sánh điểm năng lực chung của các trường	12
Bảng 3.20: So sánh năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường giữa 2 khu vực	

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Kết quả điểm tổng vấn đề thang SDQ	2
.	6
Biểu đồ 3.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông	6
Biểu đồ 3.3: Báo cáo kết quả về nhu cầu được hỗ trợ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh	7
Biểu đồ 3.4. Cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần	1
Biểu đồ 3.5: Điểm năng lực phòng ngừa và quảng bá của các trường	9
Biểu đồ 3.6: So sánh điểm năng lực nhận biết và giới thiệu của các trường	10
Biểu đồ 3.7: So sánh năng lực can thiệp của các trường	12
Biểu đồ 3.8: So sánh năng lực chung của các trường	13
Biểu đồ 3.9: So sánh năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường giữa 2 khu vực	15

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

Học sinh trung học phổ thông hiện nay đang phải đối mặt với nhiều nguy cơ dẫn đến các rối loạn tâm thần. Sự bùng nổ của công nghệ thông tin, truyền thông xã hội đã thay đổi thói quen của học sinh. Dành nhiều thời gian cho mạng xã hội, giảm thời gian cho các mối quan hệ thực và tăng nhiều quan tâm tới các mối quan hệ trên mạng xã hội. Bên cạnh đó, áp lực về học tập, kỳ vọng từ cha mẹ, thầy cô dành cho học sinh cũng ngày càng tăng. Điều kiện kinh tế phát triển và số con trong gia đình giảm khoảng 1-2 con nên việc đầu tư cho giáo dục tăng lên rất nhiều. Theo với đó là học sinh sẽ phải gánh chịu những mong muốn về điểm số, vị thế trong lớp học từ cha mẹ với bản thân mình. Giáo viên và học sinh có những khoảng cách, không tìm được tiếng nói chung dẫn đến mối quan hệ kém gần gũi. Những nguyên nhân trên dẫn đến việc học sinh ngày càng có nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Việc học sinh có nhiều rối loạn tâm thần đang diễn ra ngày càng nhiều, nhưng tại các nhà trường công lập hiện nay việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh còn nhiều hạn chế. Do đó việc tìm hiểu nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh là cần thiết. Nhằm xác định mong muốn, quan điểm của nhà trường phổ thông về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần [5].

Hội Tâm lý học Mỹ kỷ niệm 125 năm ngày thành lập Hội đã đưa ra 5 hướng nghiên cứu trong những năm tới sau những bàn luận của các nhà tâm lý [5]. Trong đó có hướng nghiên cứu tập trung nghiên cứu quan điểm của khách hàng. Hướng nghiên cứu này nhằm nâng cao dịch vụ cung cấp cho khách hàng dựa trên những mong muốn của họ về dịch vụ.

Thực tế hiện nay, các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần thường tập trung vào biểu hiện của một hay một vài rối loạn thường gặp ở học sinh. Hay

việc

xác định tỷ lệ các rối loạn thường gặp. Việc nghiên cứu về nhu cầu của học sinh thường được thực hiện với nhu cầu về tham vấn trong trường học. Với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, trị liệu cho học sinh thì chưa được đề cập nhiều. Việc nghiên cứu trên đối tượng học sinh vùng nông thôn cũng còn ít và thường không được đề cập nhiều. Do hầu hết các nghiên cứu được thực hiện tại các thành phố lớn hoặc thành phố trực thuộc tỉnh nơi tập trung nhiều cơ quan nghiên cứu. Học sinh vùng nông thôn chiếm một tỷ lệ rất lớn nhưng lại chịu nhiều thiệt thòi khi ít được tiếp cận, cập nhật những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Với những bàn luận trên tôi quyết định đưa ra nghiên cứu **Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông**. Khách thể hướng đến của nghiên cứu là học sinh tại vùng nông thôn để có thể có đề xuất, kiến nghị tốt nhất, sớm nhất cho việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh.

2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục đích nghiên cứu

Mục đích nghiên cứu cuối cùng nhằm xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh. Bên cạnh đó, đưa ra thực trạng về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông vùng nông thôn hiện nay. Từ đó đưa ra các đề xuất cho nhà trường trung học phổ thông các giải pháp nhằm thỏa mãn nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trong nhà trường, nâng cao nhận thức của các đối tượng trong trường học về sức khỏe tâm thần.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Tìm hiểu một số khái niệm: nhu cầu, sức khỏe tâm thần, chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc điểm tâm lý của học sinh trung học phổ thông làm cơ sở lý luận nghiên cứu cho đề tài.

Tìm hiểu thực trạng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông. Các quan điểm về sức khỏe tâm thần, mong muốn được trợ giúp, các vấn đề sức khỏe tâm thần nổi bật trong học sinh. Từ đó đề xuất các biện pháp nhằm nâng cao năng lực hiểu biết về sức khỏe tâm thần cho nhà trường trung học phổ thông. Kiến nghị các cách thức hỗ trợ học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần trong nhà trường nhằm thỏa mãn nhu cầu của nhà trường trung học phổ thông.

3. Câu hỏi nghiên cứu

- Các trường học có nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh hay không?
- Quan điểm của học sinh và giáo viên về sức khỏe tâm thần như thế nào?
- Năng lực triển khai dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường trung học phổ thông như thế nào?

4. Giả thuyết khoa học

- Các trường có nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh
- Giáo viên và học sinh đánh giá cao vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh
- Các trường có năng lực thấp để triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông
- Phạm vi nghiên cứu: 6 trường trung học phổ thông trên địa bàn tỉnh Nam Định, thành phố Hà Nội, tỉnh Bắc Ninh, tỉnh Ninh Bình trong tháng 4 năm 2020

5. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu sẽ tập trung vào các vấn đề như: quan điểm của lãnh đạo, giáo viên, học sinh về sức khỏe tâm thần. Nhu cầu của lãnh đạo, giáo viên, học sinh về việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tìm hiểu thực trạng sức khỏe tâm thần trong học sinh hiện nay như các vấn đề nổi bật, mức độ nghiêm trọng của các đề, sự ảnh hưởng tới kết quả học tập, các mối quan hệ, chức năng cuộc sống của học sinh trung học phổ thông.

6. Khách thể và đối tượng nghiên cứu

6.1. Khách thể nghiên cứu

125 học sinh và giáo viên tại 6 trường trung học phổ thông ở 4 tỉnh thành khu vực phía bắc. trong đó có 103 học sinh đang học lớp 10 và 11, có 22 giáo viên đang giảng dạy công tác tại trường trung học phổ thông.

6.2. Đối tượng nghiên cứu

- Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông
- Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trường trung học phổ thông
- Năng lực triển khai dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông

7. Phương pháp nghiên cứu

Các phương pháp chính được vận dụng trong đề tài nhằm giúp xác định nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, quan điểm về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông ở các đối tượng trong trường học bao gồm lãnh đạo, giáo viên, học sinh. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng nhằm tìm ra mối tương quan giữa tỷ lệ học sinh có vấn đề và nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

7.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Phương pháp này giúp nhận biết được những nghiên cứu, lý thuyết có liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học

sinh trong trường trung học phổ thông. Từ đó, đề tài tiếp nhận kết quả nghiên cứu và tiếp tục phát triển vấn đề nhằm chỉ ra rõ hơn về thực trạng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trong trường phổ thông.

7.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Với phương pháp này tác giả dự kiến sử dụng thang đánh giá điểm mạnh và điểm yếu SDQ cho học sinh tự đánh giá, cho giáo viên đánh giá, cho phụ huynh đánh giá để thu thập số liệu từ các trường trung học phổ thông về thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh. Bên cạnh đó, xây dựng bảng hỏi đánh giá nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, tìm hiểu quan điểm về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông trên các khách thể.

7.3. Phương pháp thống kê toán học

Từ số liệu thu được, tôi sử dụng chương trình SPSS để xử lý số liệu và phân tích các số liệu thu được để đưa ra tỷ lệ, phân loại, đánh giá mức độ nghiêm trọng của các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông. Đánh giá quan niệm về sức khỏe tâm thần. Tổng hợp các nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và phân loại mức độ.

8. Đạo đức nghiên cứu

- Các khách thể được thông báo chi tiết về mục đích nghiên cứu và được hướng dẫn thực hiện trả lời phiếu hỏi. Khách thể cũng có thể từ chối không tham gia nghiên cứu.
- Mọi thông tin khách thể cung cấp được bảo mật và sử dụng trong khuôn khổ luận văn này.
- Kết quả nghiên cứu được thu thập từ báo cáo của khách thể mà không hề có sự can thiệp lâm sàng nào gây ảnh hưởng tới tâm lý của khách thể.

9. Cấu trúc luận văn

Luận văn bao gồm phần phụ lục, mở đầu, danh mục viết tắt, danh mục bảng, biểu đồ, kết luận kiến nghị. Ngoài ra nội dung chính của luận văn được

trình bày trong 3 chương như sau:

Chương 1: Cơ sở lý luận của đề tài

Chương 2: Tổ chức nghiên cứu

Chương 3: Kết quả nghiên cứu

CHƯƠNG 1

CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO HỌC SINH CỦA TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG

1. 1. Tổng quan vấn đề nghiên cứu

1.1.1. Các nghiên cứu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trường trung học phổ thông

1.1.1.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Những nghiên cứu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học đã được thực hiện mạnh mẽ vào những năm 1980 tại các nước phương Tây để đáp ứng nhu cầu của xã hội lúc bấy giờ. Hiện nay, tại các quốc gia phương Tây thường tập trung thực hiện các nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của các chương trình, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong th, tìm hiểu và đánh giá các rào cản trong việc triển khai dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học, khả năng tiếp cận dịch vụ của các nhóm người khác nhau trong xã hội. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy rằng có nhiều nguyên nhân dẫn đến việc học sinh ít tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong trường học. Tỷ lệ trẻ em được tham gia điều trị thấp liên quan tới điều kiện tài chính, hiểu biết của cha mẹ. Trường học là môi trường lý tưởng để nâng cao nhận thức của học sinh về vấn đề sức khỏe tâm thần cũng như giúp cải thiện tình trạng của học sinh. Đối với nhiều học sinh trường học là nơi duy nhất các em có thể tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần [28]

Tại các nước châu á hiện nay, xu hướng chung về nghiên cứu sức khỏe tâm thần là đánh giá nhu cầu của học sinh. Đối với các nước châu á dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần còn đang là một vấn đề mới mẻ, do đó việc thực hiện các nghiên cứu đánh giá nhu cầu mang tính chất khoa học là một điều cần thiết. Các nghiên cứu về nhu cầu có giúp các nhà chuyên môn có định

hướng để tổ chức triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả cao. Tại

Trung Quốc, kết quả nghiên cứu cho thấy có 26% số học sinh tham gia nghiên cứu có nhận thức về nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần, nhưng chỉ có 5% trong đó đã từng sử dụng dịch vụ tại trường và 4% sử dụng dịch vụ ngoài trường học. Tỷ lệ học sinh có nhận thức về nhu cầu cao nhất là lớp 11 với 27%. Các học sinh có cha mẹ với trình độ từ đại học trở lên cũng nhận thức cao hơn so với những gia đình có trình độ học vấn của cha mẹ thấp hơn, cụ thể là 29% học sinh trong nhóm có cha mẹ với trình độ đại học trở lên có nhận thức được nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần [31].

1.1.1.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam hiện nay còn đang rất mới mẻ. Do đó chưa có những nghiên cứu về lĩnh vực này trong trường học. Tuy nhiên, tại Việt Nam dịch vụ tâm lý học trường học đã ra đời từ lâu và được nghiên cứu mạnh mẽ vào những năm 2000. Các nghiên cứu được thực hiện với những xu hướng chính như đánh giá nhu cầu tham vấn tâm lý của học sinh các cấp, nhận thức của học sinh về tâm lý học trường học. Nghiên cứu của tập thể cán bộ Khoa Tâm lý – Giáo dục trường Đại học Sư phạm Hà Nội năm 2005 về nhu cầu tham vấn của học sinh một số trường trung học phổ thông trên địa bàn thành phố Hà Nội đã cho ra kết quả rằng nhu cầu tham vấn của học sinh khi đó là rất lớn nhưng người thực hiện tham vấn cho học sinh chủ yếu là giáo viên [10]. Vào năm 2006, Nguyễn Thị Mùi và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu về nhu cầu tham vấn của học sinh trung học cơ sở và trung học phổ thông trên địa bàn thành phố Hà Nội [15]. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy nhu cầu của học sinh về tham vấn tâm lý ngày càng cao từ đó nhóm tác giả đã đề xuất mô hình phòng tham vấn tâm lý trong các nhà trường để đáp ứng nhu cầu của học sinh. Tác giả Dương Diệu Hoa và cộng sự đã có nghiên cứu Khó khăn tâm lý và nhu cầu tham vấn của học sinh trung học phổ thông được thực hiện tại Hà Nội, Nam Định, Vĩnh Phúc năm 2007. Kết quả

đã cho thấy nhu cầu tham vấn

tâm lý của học sinh cũng như mức độ tiếp cận của học sinh với các dịch vụ tham vấn. Trường Đại học Lao động – Xã hội có thực hiện nghiên cứu về thực trạng nhu cầu và dịch vụ tâm lý của tác giả Nguyễn Thị Hồng Nga (2006) cho thấy nhu cầu ngày càng cao của học sinh đối với các dịch vụ tâm lý. Nghiên cứu này còn cho thấy nhu cầu về dịch vụ tâm lý không chỉ dừng lại ở các học sinh cấp phổ thông mà đối với sinh viên cao đẳng, đại học nhu cầu này cũng xuất hiện[3].

1.1.2 . Các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học

1.1.2.1. Trên thế giới

Đề cập đến các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học, tác giả Đặng Hoàng Minh có viết trong cuốn sách chuyên khảo “*Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học*” mô tả về các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới và ở Việt Nam rất chi tiết. Theo đó chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học phải đảm bảo mục tiêu quan trọng là phòng ngừa theo nghĩa rộng nhất [13]. Năm 1990, Viện Y Tế Hoa Kỳ dựa trên phân loại của Ủy ban Phòng bệnh mãn tính và tác giả Gordon đề xuất các dạng phòng ngừa như sau:

Phòng ngừa tổng quát: nhắm đến toàn bộ dân số, không dựa trên nguy cơ mang tính cá nhân. Các can thiệp thuộc dạng này có lợi cho tất cả mọi người.

Phòng ngừa lựa chọn: dành đến nhóm nguy cơ phát triển các vấn đề sức khỏe tâm thần cao hơn mức trung bình. Nguy cơ có thể ngắn hạn hoặc cả đời.

Phòng ngừa chỉ định: nhắm đến các cá nhân có nguy cơ cao đã được xác định có dấu hiệu, triệu chứng của các rối loạn tâm thần nhưng chưa đáp ứng tiêu chí chẩn đoán của DSM tại thời điểm đánh giá.

Ở Hoa Kỳ, áp dụng mô hình có tên gọi là Đáp ứng can thiệp (Response

to intervention - RTI) [14]. Mô hình với 3 tầng trong đó hỗ trợ hành vi và học tập trong trường học. Tầng 1 là các chương trình khuyến khích sức khỏe tâm

thần, phòng ngừa ban đầu và tiếp cận tới 80% học sinh của toàn trường. Tầng 2 nhắm tới 15% học sinh của trường có nguy cơ phát triển các vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc vấn đề học tập. tầng 3 cung cấp dịch vụ chuyên sâu cho 5% học sinh có những đến về về sức khỏe tâm thần hoặc có nguy cơ có các vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng hơn. Mục tiêu chính của tầng 3 là can thiệp chuyên sâu, trị liệu các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh.

Tại Trung Quốc, các dịch vụ tâm lý trong trường học tập trung vào mục tiêu phát triển giáo dục sức khỏe tâm thần cho học sinh [33]. Dịch vụ tâm lý học đường hiện tại ở Trung Quốc đại lục bao gồm tám khía cạnh: đánh giá tâm lý toàn diện (ví dụ: kiểm tra nhận thức và thành tựu); tham vấn và hỗ trợ các vấn đề về học tập cho học sinh; hỗ trợ cho các cá nhân phát triển kiến thức và lòng tự trọng; tham vấn các vấn đề về gia đình (ví dụ: cha mẹ ly hôn); tham vấn kỹ năng xã hội (ví dụ, làm thế nào để hòa đồng với các bạn); tham vấn các vấn đề liên cá nhân và mối quan hệ (ví dụ: phát triển tình dục); can thiệp với trẻ bị rối loạn hành vi; và tham vấn hướng nghiệp (ví dụ, tập trung vào các nghề nghiệp các và trường đại học)

Năm 2007 tại Singapore chương trình có tên Đáp ứng, Can thiệp sớm và Đánh giá về Sức khỏe tâm thần Cộng đồng (REACH) đã được phát triển để hỗ trợ các học sinh đi học gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần [25]. Ba mục tiêu chính của REACH là:

- Cải thiện sức khỏe tinh thần của thanh niên thông qua đánh giá và can thiệp sớm;
- Xây dựng năng lực của các trường học và các đối tác cộng đồng để phát hiện và quản lý các vấn đề về sức khỏe tâm thần thông qua hỗ trợ và đào tạo;
- Xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần cộng đồng cho trẻ em và thanh thiếu niên trong cộng đồng, bao gồm các trường học, bác sĩ đa

khoa (bác sĩ đa khoa) và các tổ chức phúc lợi tự nguyện (VWOs).

1.1.2.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam các chương trình Tâm lý học đường được triển khai trong các trường chưa nhiều. Chủ yếu tại các thành phố lớn như Hà Nội hay Hồ Chí Minh và được triển khai tại các trường tư thục, ngoài công lập hoặc bán công. Mô hình phòng Tâm lý học trường học tại các trường cũng khác nhau. Có trường tập trung vào giải pháp hỗ trợ cải thiện học tập cho học sinh thông qua các hoạt động phòng ngừa, can thiệp sớm, trị liệu. Có trường kết hợp thực hiện các chương trình giáo dục kỹ năng sống, giá trị sống cho học sinh.

1.1.3. Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần

1.1.3.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Trong năm 2002 – 2003, nhóm nghiên cứu của Foster, Rollefson, Doksum, Noonan, Robinson và Teich đã thực hiện nghiên cứu “ Dịch vụ sức khỏe tâm thần học đường ở Hoa Kỳ”[28]. Đây là một cuộc khảo sát quốc gia được tiến hành để kiểm tra các dịch vụ sức khỏe tâm thần tại trường học. Đã có

21.125 trường công lập (K-12) và 1.595 trường liên kết cấp quận. Kết quả chỉ ra rằng trong năm học, 20% học sinh đã nhận được các dịch vụ sức khỏe tâm thần, với 87% trường học báo cáo rằng tất cả học sinh đủ điều kiện nhận dịch vụ trong khi 10% trường báo cáo kế hoạch giáo dục các nhận (IEP) là bắt buộc đối với học sinh để nhận được các dịch vụ sức khỏe tâm thần.

Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ đã thực hiện một nghiên cứu vào năm 2006 được thiết kế để đánh giá sức khỏe tâm thần và các dịch vụ xã hội ở cấp tiểu bang, quận và trường học [36]. Kết quả cho thấy 76,8% trường học có một người giám sát hoặc điều phối các dịch vụ xã hội và sức khỏe tâm thần tiêu chuẩn tại trường. Hơn 50% trong số tất cả các trường có một nhà tham vấn toàn thời gian, 8,3% các trường có một nhà tâm lý học toàn thời

gian, và 14,3% trường có một nhân viên xã hội toàn thời gian. Khi mở rộng giới hạn để bao

gồm nhân viên bán thời gian, 77,9% trường học có ít nhất một nhân viên tư vấn bán thời gian hoặc toàn thời gian cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc xã hội cho học sinh tại trường, nhưng chỉ có 61,4% trường học có ít nhất một bán thời gian hoặc toàn thời gian, tại chỗ, nhà tâm lý học trường học là người đã cung cấp dịch vụ cho học sinh. Chưa đến một nửa (41,7%) trường học có nhân viên xã hội bán thời gian hoặc toàn thời gian. Dựa trên những phát hiện này, rõ ràng là mặc dù các trường có thể có nhân sự có thể cung cấp dịch vụ, nhưng số lượng hạn chế của những trường được tuyển dụng và / hoặc giới hạn về sự sẵn có của họ tại một trường nhất định có thể khiến các quận gặp nhiều khó khăn để đáp ứng nhu cầu và số lượng học sinh quá lớn yêu cầu dịch vụ.

Năm 2018, Michelle O'Reilly cùng đồng nghiệp thực hiện nghiên cứu “Xem xét các can thiệp thúc đẩy sức khỏe tâm thần trong trường học” [30]. Mục đích chính là nghiên cứu dựa trên bằng chứng hiện tại của các can thiệp thúc đẩy sức khỏe tâm thần trong trường học và kiểm tra hiệu quả được báo cáo để xác định các can thiệp có thể hỗ trợ chính sách hiện tại và đảm bảo rằng các nguồn lực được sử dụng một cách hợp lý. Nghiên cứu này đã bối cảnh hóa các báo cáo rộng hơn về thúc đẩy sức khỏe tâm thần và đặc biệt đã tìm hiểu những sự tiến bộ của các can thiệp trong cả thập kỷ. Kết quả đã chứng minh rằng có sự tiến bộ hạn chế của lĩnh vực này. Các tác giả đã chỉ ra rằng các thuật ngữ có sự thay đổi, đánh giá về tác động dài hạn còn hạn chế, thiếu nhất quán về những người được lựa chọn để thực hiện can thiệp với trình độ và nền tảng giáo dục của họ rất đa dạng. Giống như các đánh giá trước đó trong lĩnh vực này, tác giả đã chứng minh rằng các phương pháp được sử dụng có chất lượng khác nhau, một vài tác giả của các bài báo có còn mơ hồ trong các mô tả về can thiệp của mình và không phải lúc nào cũng minh bạch về các nguồn tham khảo. Ngoài ra, nhóm tác giả còn nhận thấy sự thiếu hụt của sự

can thiệp kỹ thuật số, sử dụng trí tuệ nhân tạo, tin học, robot, phương tiện truyền thông xã hội trong các phương pháp can thiệp của các bài báo

cáo được xem xét trong nghiên cứu này.

Khi xem xét hiệu quả của chương trình REACH về kết quả và hiệu quả trong khoảng thời gian từ 2007 đến tháng 2 năm 2015, đã có 4184 học sinh được các cố vấn của trường giới thiệu đến REACH [25]. Nhìn chung, các cải thiện về vấn đề tiến hành, vấn đề cảm xúc, hành vi hiếu động và vấn đề ngang hàng, và hành vi xã hội đối với mức độ nghiêm trọng của bệnh SDQ và CGI được cải thiện đáng kể sau sáu tháng. Hơn nữa, các phát hiện cho thấy chăm sóc tại cộng đồng so với chăm sóc tại bệnh viện có hiệu quả hơn về chi phí, với tỷ lệ hiệu quả chi phí gia tăng âm là 18.308 đô la Singapore mỗi năm trong vòng đời được điều chỉnh chất lượng (QALY) và duy trì hiệu quả chi phí trong 95 % khoảng tin cậy của ước tính QALY

1.1.3.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Hướng nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của các dịch vụ tâm lý tại Việt Nam hiện nay chưa xuất hiện nhiều. Chủ yếu dưới dạng các báo cáo nội bộ của các trường có triển khai dịch vụ tâm lý học trường học. Đây cũng là một hướng đi mới, cần được thực hiện một cách khoa học để đánh giá hiệu quả của các chương trình đang được triển khai nhằm cải tạo chất lượng, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của học sinh về sức khỏe tâm thần, ngoài ra còn nhằm mục đích phát triển mô hình cho các trường học khác trong tương lai.

1.1.4. Các nghiên cứu dịch tễ học về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông

1.1.4.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Mười bốn phần trăm trẻ em và thanh thiếu niên được xác định là có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Nhiều người trong số những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần gặp vấn đề trong các lĩnh vực khác của cuộc sống và có nguy cơ tự tử cao hơn. Chỉ 25 % những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần đã tham dự một dịch vụ chuyên nghiệp trong sáu tháng trước cuộc khảo sát [28].

Các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên ở Malaysia cho thấy xu hướng tăng từ 13,0% năm 1996 lên 19,4% và 20,0% vào năm 2006 và 2011 tương ứng. Theo dữ liệu gần đây được công bố trong Khảo sát về sức khỏe và bệnh tật quốc gia (NHMS) 2015 của Bộ Y tế, tỷ lệ mắc bệnh tâm thần chung ở trẻ em là 12,1% . Các vấn đề về sức khỏe tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em Malaysia là do vấn đề ngang hàng (32,5%), sau đó là các vấn đề về hành vi (16,7%), các vấn đề về cảm xúc (15,7%), kỹ năng xã hội (11,2%) và hiếu động thái quá (4,6%) . Điều này dựa trên dữ liệu được thu thập trong số 5.182 trẻ em từ 5 đến 15 tuổi trên khắp Malaysia [32].

Một nghiên cứu cộng đồng nhỏ xác nhận thang đo trầm cảm cho thanh thiếu niên ước tính tỷ lệ trầm cảm là từ 2 đến 2,5%. Trong số những người dưới 14 tuổi, rối loạn phổ tự kỷ là nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật trong khi rối loạn tăng động giảm chú ý và rối loạn lo âu / trầm cảm lần lượt là nguyên nhân thứ ba. Đối với những người trong độ tuổi từ 15 đến 34 tuổi, rối loạn lo âu / trầm cảm và tâm thần phân liệt là hai nguyên nhân hàng đầu, gây ra gánh nặng chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với đái tháo đường và tai nạn giao thông đường bộ. [24]

1.1.4.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Viện sức khỏe tâm thần ban ngày mai hương, khảo sát thuộc dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh trường học tại Hà Nội, 2009. Đây là một dự án hợp tác quốc tế giữa Sở Y tế Hà Nội, Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương với trường đại học Melbourne (Úc) được thực hiện trên 21.960 thanh thiếu niên Hà Nội cho thấy: khoảng 20% số học sinh gặp khó khăn có vấn đề về sức khỏe tâm thần[23].

Nghiên cứu của 2 tác giả Đặng Hoàng Minh và Hoàng Cẩm Tú năm 2009 tại Hà Nội sử dụng công cụ thang đo hành vi của trẻ em của Achenbach đã được thích nghi ở Việt Nam thực hiện điều tra trên 1727 học sinh lứa tuổi từ

11-15, ở 2 trường THCS. Kết quả cho thấy tỉ lệ trẻ học sinh có biểu hiện về vấn đề tâm lý là 25,76%, có 10,94% ở mức độ rối loạn, bệnh lý lâm sàng [13].

Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và Quỹ nhi đồng liên hợp quốc tại Việt Nam thực hiện nghiên cứu “Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh thiếu niên ở Việt Nam” năm 2018. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 8- 29% trẻ em và vị thành niên mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần chung[21].

1.2. Một số khái niệm

1.2.1. Nhu cầu

1.2.1.1. Nghiên cứu về nhu cầu trên thế

*giới Theo quan điểm của chủ nghĩa
hành vi :*

Chủ nghĩa hành vi do nhà tâm lý học Mỹ J.Watson (1878-1958) sáng lập. Chủ nghĩa hành vi chỉ quan tâm tới các hành vi bên ngoài của cá nhân có thể kiểm soát, quan sát được, còn các hiện tượng như tư duy, ý thức, tưởng tượng... rất ít được quan tâm. Theo tâm lý học hành vi, mọi vấn đề tâm lý như ý thức, tư tưởng, tình cảm, nhu cầu, động cơ... đều là những khái niệm mơ hồ, không ai thấy được, đo được. Hành vi được hiểu là tổng số các cử động bên ngoài nảy sinh ở cơ thể nhằm đáp lại kích thích nào đó. Toàn bộ hành vi được phản ánh bằng công thức S-R (trong đó S-kích thích, R-phản ứng).

Ngay từ đầu thế kỷ 19, các tác giả như Ethorndike, NE.Miller đã có những thí nghiệm nghiên cứu về nhu cầu ở động vật và khẳng định: các kiểu hành vi của con người được thúc đẩy bởi nhu cầu, nhu cầu có thể quyết định hành vi. Sau này, các đại biểu tâm lý học hành vi mới đưa vào công thức S-R một “biến số trung gian” đó là nhu cầu, trạng thái chờ đợi, kinh nghiệm sống,... có tác dụng điều chỉnh đáp ứng phù hợp với kích thích. Các nhà hành vi không coi nhu cầu là thuộc về tâm lý, nhưng trên thực tế nghiên cứu của họ cho thấy các thực nghiệm chỉ ra rằng các nhà tâm lý học hành vi nghiên cứu

khá rõ và kỹ lưỡng về nhu cầu, đặc biệt là những nhu cầu sinh lý. Điểm hạn chế của họ

là quan niệm đồng nhất nhu cầu của con người với nhu cầu ở động vật, mang tính máy móc và thực dụng.

E. Tolman (1886-1959) người khởi xướng chủ nghĩa hành vi mới đã đề cập đến vấn đề mà chủ nghĩa hành vi cổ điển bỏ qua, tức là nghiên cứu xem cái gì xảy ra giữa kích thích và phản ứng (S-R). Ông cho rằng các hành vi được hình thành không hoàn toàn là do kích thích từ bên ngoài quy định trực tiếp như quan niệm của J. Watson mà còn chịu sự chi phối bởi các yếu tố chủ quan của cá thể - các yếu tố trung gian. Những yếu tố trung gian là những nhân tố không quan sát được nhưng là những yếu tố quy định hành vi. Công thức tổng quát của hành vi là: Kích thích – biến số trung gian – phản ứng (S-O-R). Quá trình tạo ra phản ứng không chỉ có các kích thích từ bên ngoài mà còn có cả những nhân tố tâm lý bên trong đó là nhu cầu tiếp cận kích thích đó.

Biến số trung gian (O) là nhu cầu, trạng thái chờ đón, kinh nghiệm sống... O là biến số trung gian có tác dụng điều chỉnh đáp ứng phù hợp với các kích thích vào cơ thể. E. Tolman đã xem xét nhu cầu của con người thiên về quan điểm sinh vật học. Ông coi ham thích, những nhu cầu của con người, tiếp nhận và đôi khi tương đương với nhu cầu của động vật. Tolman đã tìm ra những nguyên tắc chung của hành vi vốn có ở động vật và ở con người, bỏ qua các khía cạnh bản chất xã hội của con người – cái đặc trưng cho quá trình phát triển của mỗi người như là một nhân cách.

Theo quan điểm của thuyết phân tâm học:

Thuyết phân tâm học do S. Freud (1859-1939) xây dựng nên. Trong quá trình nghiên cứu của mình, ông cũng đã đề cập đến vấn đề nhu cầu của cơ thể trong “Lý thuyết bản năng của con người”. Ông khẳng định, Phân tâm học coi trọng nhu cầu tự do cá nhân như các nhu cầu này sẽ dẫn đến hành vi mất định hướng của con người. “Khát dục trong Phân tâm học không có ý nói đến việc thỏa mãn những khát khao thông thường mà là sự đòi hỏi thỏa mãn những

khát khao mãnh liệt. Những mong muốn này được thỏa mãn sẽ đem lại cho con

người những khoái cảm đặc biệt và sẽ tạo ra một trạng thái tâm lý sung sướng, khoan khoái, dễ chịu. Khi một khát vọng nào đó chưa được thỏa mãn thì sự căng thẳng về mặt tâm lý lên đến tột đỉnh”.

Erich Fromm (1900-1980) một nhà Phân tâm học mới đã có một cách nhìn khác về nhu cầu so với S.Freud. Ông gọi những khao khát tinh thần nơi mỗi cá nhân là những nhu cầu của con người để phân biệt đối ngược với những bản năng của thú vật. Ông cho rằng nhu cầu con người có thể gói gọn trong một lời phát biểu: Đây là nhu cầu đi tìm ra câu trả lời cho ý nghĩa hiện diện của chúng ta[22].

Theo tâm lý học nhân văn:

Trường phái tâm lý học nhân văn do Abraham Maslow (1908-1970) là nhà tâm lý học người Mỹ sáng lập. Maslow đã xây dựng học thuyết về nhu cầu và sự phát triển của con người vào những năm 1950, để giải thích những nhu cầu nhất định của con người cần được đáp ứng như thế nào để một cá nhân hướng đến một cuộc sống lành mạnh và có ích cả về thể chất lẫn tinh thần. Điểm nổi bật trong lý thuyết về nhu cầu của trường phái tâm lý học nhân văn là “Thuyết thứ bậc nhu cầu” của Maslow. Theo lý thuyết của ông thì nhu cầu của con người hình thành tạo nên một hệ thống và có thứ bậc từ thấp đến cao:

1. Nhu cầu sinh lí
2. Nhu cầu về an toàn
3. Nhu cầu quan hệ xã hội
4. Nhu cầu được tôn trọng
5. Nhu cầu phát huy bản ngã.

Theo trường phái Gestalt về nhu cầu:

Các nhà nghiên cứu tâm lý nổi tiếng của trường phái này là W.Wertheimer, Kohler, Kolka, đặc biệt là Kutrlevan với các nghiên cứu của ông về vấn đề động cơ và nhân cách, tâm lý học xã hội đều có đề cập đến

những nhân tố thúc đẩy hoạt động của con người, không chỉ có xung năng mà còn có

cả nhu cầu đó của chủ thể. Với mọi ý nghĩ của con người đều có liên quan đến các nhu cầu khác nhau, vì vậy, tạo ra một chuỗi những căng thẳng là nguồn gốc tích cực của hoạt động, đồng thời mang tính tích cực hoạt động, giảm trạng thái căng thẳng đó.

Quan điểm của một số nhà tâm lý học Xô viết:

D.N.Uznetze người đầu tiên trong tâm lý học Xô viết nghiên cứu về nhu cầu. Ông cho rằng: không có gì đặc trưng cho một cơ thể sống hơn sự có mặt của nó ở nhu cầu. Nhu cầu, đó là cội nguồn của tính tích cực, với ý nghĩa này thì khái niệm nhu cầu rất rộng. Nhu cầu là một thuộc tính tâm lý đặc trưng giữ vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy hành vi, ông quan niệm rằng: nhu cầu là yếu tố quyết định tạo ra tính tích cực, nó xác định xu hướng, tính chất hành vi. Và ông cũng cho rằng: dựa vào nhu cầu của con người để phân loại hành vi của con người.[20]

A. G.Covaliop tiếp cận khái niệm nhu cầu với tư cách là nhu cầu của nhóm XH. Ông cho rằng: “Nhu cầu là sự đòi hỏi của các cá nhân và của nhóm XH khác nhau mong muốn có những điều kiện nhất định để sống và phát triển. Nhu cầu quy định sự hoạt động XH của cá nhân, các giai cấp và tập thể” [4;111]

Theo A.N. Leonchiev thì nhu cầu là một trạng thái của con người, cần một cái gì đó cho cơ thể nói riêng, con người nói chung sống và hoạt động. Nhu cầu luôn có đối tượng, đối tượng của nhu cầu là vật chất hoặc tinh thần, chứa đựng khả năng thỏa mãn nhu cầu. Nhu cầu có vai trò định hướng đồng thời là động lực bên trong kích thích hoạt động của con người.[2;228]

B. Ph. Lomov đưa ra định nghĩa: “nhu cầu cá nhân là đòi hỏi nào đó của nó về những điều kiện và phương tiện nhất định cho việc tồn tại và phát triển. Nhu cầu đó nhất thiết bắt nguồn từ những quá trình xảy ra có tính khách quan trong đó cá nhân tham dự vào suốt cả đời sống của mình. Dĩ nhiên, nhu

cầu là trạng thái của cá nhân, nhưng là nhu cầu về một cái gì đó nằm ngoài cá nhân”

[2;479]

Các nhà tâm lý học Liên Xô khi nghiên cứu về con người, đời sống tâm lý người đã khẳng định: nhu cầu là yếu tố bên trong quan trọng đầu tiên thúc đẩy của hoạt động con người.

Nhà triết học F. Ăngghen cũng nói quan điểm về nhu cầu: “Người ta quy cho trí óc, cho sự mơ màng và hoạt động của bộ óc tất cả công lao làm cho xã hội phát triển được nhanh chóng và đáng lẽ người ta phải giải thích rằng hoạt động của mình là do nhu cầu của mình quyết định mà những nhu cầu đó quả thật đã phản ánh vào trong đầu óc của con người là cho học có ý thức đối với những nhu cầu đó thì người ta lại quen giải thích rằng hoạt động của mình là do tư duy của mình quyết định.

A.N.Leochiev (1903-1979) cho rằng nhu cầu có nguồn gốc trong hoạt động thực tiễn. Theo ông, nhu cầu thực sự bao giờ cũng có tính đối tượng. Trong mối quan hệ giữa đối tượng thỏa mãn nhu cầu và nhu cầu, ông cho rằng đối tượng tồn tại một cách khách quan và không xuất hiện khi chủ thể mới chỉ có cảm giác thiếu hụt hay đòi hỏi. Chỉ khi chủ thể thực sự hoạt động thì đối tượng thỏa mãn nhu cầu mới xuất hiện và lộ diện ra. Nhờ có sự lộ diện ấy mà nhu cầu mới có tính đối tượng. Nhu cầu, với tính chất là sức mạnh nội tại thì chỉ có thể được thực thi trong hoạt động. Lúc đầu nhu cầu chỉ xuất hiện như là một điều kiện, một tiền đề cho hoạt động, chỉ đến khi chủ thể thực sự bắt đầu hành động với đối tượng thì lập tức xảy ra sự biến hóa của nhu cầu, nó không còn tồn tại một cách tiềm tàng. Sự phát triển của hoạt động càng đi xa bao nhiêu thì nhu cầu càng chuyển hóa bấy nhiêu thành kết quả của hoạt động. Mối liên hệ giữa hoạt động và nhu cầu được ông mô tả bằng sơ đồ: Hoạt động – Nhu cầu - Hoạt động.[11;131] Luận điểm này cho rằng nhu cầu của con người được sản xuất ra. Đó là luận điểm có ý nghĩa đối với tâm lý học. Ông còn cho rằng: nhu cầu của con người không chỉ được sản xuất ra mà còn được cải biến ngay trong quá trình sản xuất và tiêu thụ và đó là mâu chốt để hiểu

được bản chất

của các nhu cầu của con người.

X.L.Rubinstein cho rằng tâm lý học không nên xuất phát từ nhu cầu mà phải tiến dần và khám phá ra nhiều biểu hiện đa dạng của nó. Ông chính là người đầu tiên khám phá ra quá trình nảy sinh nhu cầu.

Khái niệm nhu cầu

Vấn đề về nhu cầu đã được nhiều nhà tâm lý học nghiên cứu và cho đến nay đã có nhiều khái niệm khác nhau về nhu cầu.

Quan điểm về nhu cầu của một số nhà tâm lý học phương Tây:

Sigmund Freud cho rằng mọi nhu cầu của con người, đặc biệt là nhu cầu tình dục, được thỏa mãn bằng nhiều cách thật, giả (trong giấc mơ), và chỉ có như vậy con người mới tiêu hết năng lượng sinh lý. Ông cũng khẳng định rằng, phân tâm học chủ trương coi trọng nhu cầu tự do cá nhân, như các nhu cầu tự nhiên, đặc biệt là nhu cầu tình dục. Theo đó, việc giải phóng nhu cầu này là giải phóng năng lượng tự nhiên, và như thế tự do cá nhân mới thực sự được tôn trọng. Việc kìm hãm tình dục sẽ dẫn tới hành vi mất định hướng của con người.[4;106]

Victor Vroom, đại diện cho hướng tiếp cận nhu cầu với tư cách là động cơ thúc đẩy đưa ra một lý thuyết đáng chú ý là: Lý thuyết động cơ thúc đẩy theo hy vọng. Theo ông, động cơ thúc đẩy là sản phẩm của giá trị mong đợi mà con người đặt vào mục tiêu và những cơ hội mà họ thấy sẽ hoàn thành được mục tiêu đó.[4;106]

Như vậy, quan điểm của các nhà tâm lý học phương tây cho rằng “Nhu cầu con người là những đòi hỏi tất yếu, khách quan được con người phản ánh trong những điều kiện cụ thể, cần được thỏa mãn để đảm bảo cho sự tồn tại và phát triển của họ”

1.2.1.2. Quan điểm về nhu cầu ở Việt Nam

Theo Từ điển tâm lý học của Nguyễn Khắc Viện (2001) thì “ Nhu cầu

là điều cần thiết để đảm bảo tồn tại và phát triển. Được thỏa mãn thì dễ chịu, thiếu hụt thì khó chịu, căng thẳng, áp lực. Có nhu cầu của cá nhân, có nhu cầu chung của tập thể, khi hòa hợp khi mâu thuẫn; có nhu cầu cơ bản, thiết yếu, có thứ yếu, giả tạo. Nhu cầu do trình độ phát triển của XH mà biến đổi”. [22;266]

Theo GS.TS. Nguyễn Quang Uẩn: “Nhu cầu là sự biểu hiện mối quan hệ tích cực của cá nhân đối với hoàn cảnh, là sự đòi hỏi tất yếu mà con người thấy cần được thỏa mãn để tồn tại và phát triển”. [20]

Theo tác giả Nguyễn Xuân Thức, “Nhu cầu là sự thể hiện mối quan hệ tích cực của cá nhân đối với hoàn cảnh, là những đòi hỏi mà cá nhân thấy cần được thỏa mãn để tồn tại và phát triển” [18;223]

Trong khuôn khổ của đề tài chúng tôi sử dụng định nghĩa của GS.TS. Nguyễn Quang Uẩn: “Nhu cầu là sự biểu hiện mối quan hệ tích cực của cá nhân đối với hoàn cảnh, là sự đòi hỏi tất yếu mà con người thấy cần được thỏa mãn để tồn tại và phát triển”.

1.2.1.3. Phân loại nhu cầu

Hệ thống nhu cầu của con người rất đa dạng. Dựa vào tính chất, đặc điểm, nội dung, phương thức thỏa mãn, đối tượng người ta phân loại nhu cầu thành nhiều nhóm khác nhau. Việc phân chia hệ thống các nhu cầu chỉ mang tính chất quy ước ở một mức độ nhất định.

- Nhu cầu vật chất và tinh thần:

- Nhu cầu vật chất là những đòi hỏi về điều kiện vật chất tự nhiên chính đáng, tất yếu như các điều kiện ngoại cảnh, địa lý, các cơ sở và yếu tố vật chất đảm bảo cho con người và xã hội có thể tồn tại và phát triển được. Chẳng hạn như nhu cầu ăn, ở, mặc,...

- Nhu cầu tinh thần là sự đòi hỏi các giá trị tinh thần làm cơ sở cho sự tồn tại và phát triển của con người và xã hội. Ví dụ: nhu cầu nhận thức, nhu cầu thẩm mỹ, nhu cầu giao lưu,...

- Theo Henry Murray có các loại nhu cầu :

- Tìm kiếm các mối quan hệ bạn bè, muốn hữu nghị
- Bỏ rơi người khác
- Tự trị
- Nhu cầu về sự tôn trọng, ủng hộ, thể hiện sự tôn trọng với người khác
- Thể hiện nguyện vọng muốn chinh phục người khác
- Nhu cầu tìm người bảo trợ
- Nhu cầu giúp người.

• Erich Fromm, nhà phân tâm học mới, đưa ra những nhu cầu sau[2;70]:

- Nhu cầu quan hệ giữa người và người
- Nhu cầu tồn tại “cái tâm” con người
- Nhu cầu về sự bền vững và hài hoà
- Nhu cầu đồng nhất bản thân và xã hội với dân tộc, với giai cấp, với tôn giáo
- Nhu cầu nhận thức, nghiên cứu.

• Theo Abraham H. Maslow

Từ các loại nhu cầu khác nhau của con người, căn cứ theo tính đòi hỏi của nó và thứ tự phát sinh trước sau của chúng để quy về 5 loại sắp xếp thành thang bậc về nhu cầu của con người từ thấp đến cao. Chia nhu cầu theo 5 thứ bậc:

- Nhu cầu sinh lý (physiological)
- Nhu cầu an toàn (safety)
- Nhu cầu được giao lưu tình cảm và được trực thuộc (love/belong)
- Nhu cầu được tôn trọng (esteem)
- Nhu cầu tự thể hiện bản thân (self- actualization)

Sau đó, vào những năm 1970-1980, sự phân cấp này đã được các nhà tâm lý học thuộc trường phái tâm lý học nhân văn hiệu chỉnh thành 7 bậc và cuối cùng là 8 bậc:

- Nhu cầu sinh lý (physiological)
- Nhu cầu về an ninh an toàn (safety)

- Nhu cầu được tôn trọng (esteem)
- Nhu cầu nhận thức, khám phá (cognitive)
- Nhu cầu thẩm mỹ, vươn tới cái đẹp (aesthetic)
- Nhu cầu tự thể hiện bản thân (self-actualization)
- Nhu cầu tham gia vào những mối liên hệ liên cá nhân, vượt ra khỏi cái tôi của mình, giúp người khác tự khẳng định họ và tự nhận ra những giá trị của họ (self-transcendence)

• Theo bác sĩ Nguyễn Khắc Viện có các nhu cầu :

- Nhu cầu vật chất
- Nhu cầu về cảm xúc
- Nhu cầu xã hội

Theo Nguyễn Quang Uẩn thì nhu cầu của con người rất đa dạng như : nhu cầu vật chất gắn liền với sự tồn tại của chủ thể như nhu cầu ăn, ở, mặc...; nhu cầu tinh thần bao gồm nhu cầu nhận thức, nhu cầu thẩm mỹ, nhu cầu giao tiếp và nhu cầu hoạt động văn hoá.

1.2.1.4. Mức độ của nhu cầu

Nhu cầu có thể tồn tại ở nhiều mức độ khác nhau, theo X.L. Rubinstein sự phát triển của nhu cầu trải qua ba mức độ: ý hướng, ý muốn, ý định.

- Ý hướng: là bước khởi đầu của nhu cầu. Ở mức độ này nhu cầu chưa được phản ánh đầy đủ, rõ ràng vào trong ý thức của con người. Ở ý hướng, chủ thể mới ý thức được trạng thái thiếu hụt của bản thân về một cái gì đó nhưng chưa ý thức được nó là gì.

- Ý muốn: ở mức độ ý muốn chủ thể đã ý thức được đối tượng chứa đựng khả năng thỏa mãn nhu cầu. Mục đích của hành động nhằm thỏa mãn nhu cầu, nghĩa là lúc này chủ thể ý thức được đối tượng của nhu cầu và cả về mục đích động cơ hoạt động nhằm thỏa mãn nhu cầu. Ở mức độ này chủ thể xuất hiện những rung động khác nhau, thể hiện những mong muốn, ước muốn.

- Ý định: là mức độ cao nhất của nhu cầu. Lúc này chủ thể đã ý thức

được đầy đủ cả về đối tượng cũng như cách thức điều kiện nhằm thỏa mãn nhu cầu; xác định rõ khuynh hướng của nhu cầu và sẵn sàng hành động.

1.2.2. Sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần là một mức độ tâm lý hạnh phúc hoặc không có bệnh tâm thần. Đó là "trạng thái tâm lý của một người đang hoạt động ở mức độ thỏa đáng về việc điều chỉnh cảm xúc và hành vi". Đây là khái niệm về sức khỏe tâm thần được WHO đưa ra. sức khỏe tâm thần bao gồm "hạnh phúc chủ quan, khả năng tự nhận thức, tự chủ, năng lực, sự phụ thuộc giữa thể hệ, và khả năng tự hiện thực hóa tiềm năng trí tuệ và tình cảm của một người."[36]. WHO tiếp tục tuyên bố rằng hạnh phúc của một cá nhân được bao hàm trong việc thực hiện các khả năng của họ, đối phó với những căng thẳng bình thường của cuộc sống, công việc sản xuất và các đóng góp cho cộng đồng của họ[36]. Sự khác biệt về văn hóa, đánh giá chủ quan và các lý thuyết chuyên nghiệp khác nhau đều ảnh hưởng đến cách thức mà "sức khỏe tâm thần" được định nghĩa[36].

1.2.3. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học có nhiệm vụ chính là phổ rộng các hoạt động và dịch vụ đánh giá, phòng ngừa, can thiệp, theo dõi, tham vấn, tư vấn, chuyển tuyến. Đảm bảo môi trường học tập an toàn và lành mạnh cho tất cả học sinh, giải quyết các hành vi và kỉ luật lớp học, khuyến khích thành công học tập của học sinh, hỗ trợ các nhu cầu tâm lý - xã hội, nhận diện và can thiệp các vấn đề sức khỏe tâm thần.

Đánh giá là việc thu thập thông tin của đối tượng được đánh giá. Việc này có thể được thực hiện thông qua nhiều cách thức khác nhau. Các hình thức phổ biến như phỏng vấn lâm sàng đối tượng và các bên liên quan, sử dụng các công cụ như thang đo, trắc nghiệm, thông qua quan sát, nghiên cứu sản phẩm và hồ sơ. Phòng ngừa là một nhiệm vụ chính của dịch vụ sức khỏe tâm thần trong trường học. Nhiệm vụ này mang tính chất phổ quát trong phạm

vi lớn như của toàn trường, của khối, lớp. Nội dung cơ bản của phòng ngừa có thể bao

gồm: giáo dục kỹ năng sống cho học sinh, giáo dục về vấn đề sức khỏe tâm thần, các chương trình hướng đến cha mẹ, giáo viên nhằm nâng cao nhận thức về vấn đề sức khỏe tâm thần của trẻ em và vị thành niên trong nhà trường. Mục tiêu của các chương trình phòng ngừa nhằm giảm thiểu nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần, duy trì trạng thái khỏe mạnh, hạnh phúc cho học sinh. Phòng ngừa là một nhiệm vụ chính của dịch vụ sức khỏe tâm thần trong trường học. Nhiệm vụ này mang tính chất phổ quát trong phạm vi lớn như của toàn trường, của khối, lớp. Nội dung cơ bản có thể bao gồm: giáo dục kỹ năng sống cho học sinh, giáo dục về vấn đề sức khỏe tâm thần, các chương trình hướng đến cha mẹ, giáo viên nhằm nâng cao nhận thức về vấn đề sức khỏe tâm thần của trẻ em và vị thành niên trong nhà trường. Mục tiêu của các chương trình phòng ngừa nhằm giảm thiểu nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần, duy trì trạng thái khỏe mạnh, hạnh phúc cho học sinh.

Hoạt động tư vấn, tham vấn cho học sinh, giáo viên, phụ huynh, nhà quản lý là một nhiệm vụ không thể thiếu trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học. Mục đích của các hoạt động này là giúp học sinh giải quyết các vấn đề của mình dựa trên thế mạnh của bản thân.

Trị liệu là hoạt động diễn ra giữa nhà trị liệu và thân chủ. Trị liệu dựa trên những lý thuyết về tâm lý học, thông qua các kỹ thuật trị liệu nhằm giúp thân chủ hiểu rõ về vấn đề của bản thân, cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần của thân chủ. Hoạt động trị liệu dựa trên những nguyên tắc về đạo đức nghề phù hợp với hoàn cảnh, văn hóa, pháp luật của địa phương.

1.2.4. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần

Từ các khái niệm về sức khỏe tâm thần, nhu cầu, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chúng tôi đưa ra khái niệm về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần như sau:

Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của

trường trung học phổ thông là những đòi hỏi để được hỗ trợ nhằm giải quyết các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông. Việc hỗ trợ bao gồm các hoạt động diễn ra tại trường học của học sinh có nhu cầu và được thực hiện với nhà tâm lý và/ hoặc giáo viên hay cán bộ chuyên trách về tâm lý học đường của nhà trường. Hoạt động hỗ trợ diễn ra dưới các hình thức trực tiếp hoặc gián tiếp, với các nội dung về phòng ngừa, can thiệp, tham vấn, tư vấn.

Tiểu kết chương 1

Trong chương 1, chúng tôi đã trình bày các vấn đề về nghiên cứu trong nước và thế giới về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trường trung học phổ thông. Chúng tôi đã tổng hợp các nghiên cứu để đưa ra tổng quan về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, các chương trình chăm sóc sức khỏe trong trường học, các nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của các chương trình chăm sóc sức khỏe trong trường học, các nghiên cứu dịch tễ học về sức khỏe tâm thần học sinh trung học phổ thông. Chúng tôi cũng có đưa ra một số khái niệm trong luận văn như nhu cầu, sức khỏe tâm thần, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học.

Ngoài ra chúng tôi còn đi sâu và xây dựng khái niệm công cụ nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông.

CHƯƠNG 2

TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 2 đối tượng là giáo viên và học sinh trường trung học phổ thông. Chúng tôi đã gửi đi 10 thư điện tử cho 10 giáo viên đại diện của 10 trường trung học phổ thông. Các giáo viên đại diện này có vai trò kết nối với các giáo viên khác để mời tham gia cùng vào nghiên cứu này. Kết quả nhận về thu được câu trả lời của 6 trường với tỷ lệ giáo viên và học sinh của mỗi trường là khác nhau.

Bảng 2.1. Một số đặc điểm khách thể nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	%
Giáo viên			
Giới tính	Nam	5	23,8
	Nữ	16	76,2
Trình độ học vấn	Cử nhân	12	57,1
	Thạc sĩ	9	42,9
Độ tuổi	<30	7	33,3
	30 – 40	10	47,6
	40<	4	19
Nhóm môn	Khoa học tự nhiên	10	47,6
	Khoa học xã hội	11	42,4
Năm công tác	1 – 5	7	33,3
	6 – 10	1	4,8
	11 – 15	8	38,1
	16= $\leq$	5	23,8
Chức vụ	Giáo viên bộ môn	9	42,9
	Giáo viên chủ nhiệm	7	33,3

	Quản lý	5	23,8
Trường	Lương Thế Vinh	7	33,3
	Lương Tài	4	19
	Olympia	1	4,8
	Bình Minh	4	19
	Amsterdam	1	4,8
	Lê Hồng Phong	4	19
Tổng		21	100
Học sinh			
Giới tính	Nam	46	44,2
	Nữ	58	55,8
Lớp	10	38	36,5
	11	66	63,5
Trường	Lương Thế Vinh	17	16,3
	Lương Tài	48	46,2
	Olympia	7	6,7
	Bình Minh	12	11,5
	Amsterdam	11	10,6
	Lê Hồng Phong	9	8,7
Tổng		104	100

Như vậy tổng số khách thể tham gia nghiên cứu là 125 người, trong đó có 21 giáo viên và 104 học sinh. Trong đó có 5 giáo viên nam (23,8%) và 16 giáo viên nữ (76,2%). Xét về trình độ học vấn, nhóm giáo viên có trình độ cử nhân (57,1%) nhiều hơn thạc sĩ (42,9%). Xem xét về đặc điểm chức vụ công tác nhận thấy giáo viên bộ môn chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%, giáo viên chủ nhiệm có 33,3%, quản lý ít nhất có 23,8%. Đối với nhóm khách thể là học sinh có 38

em đang học lớp 10 chiếm 36,5%, có 66 em học lớp 11 chiếm 63,5 %. Có 46 học sinh nam chiếm 44,2% ít hơn số học sinh nữ là 58 em chiếm 55,8%.

2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Trong phạm vi nghiên cứu của luận văn tác giả triển khai nghiên cứu tại 6 trường trung học phổ thông ở 4 địa phương bao gồm Hà Nội, Nam Định, Ninh Bình, Bắc Ninh. Có 2 trường trung học phổ thông chuyên có giáo viên và học sinh tham gia nghiên cứu là trường trung học phổ thông chuyên Lê Hồng Phong, Nam Định và trường trung học phổ thông chuyên Hà Nội – Amsterdam

, có 1 trường liên cấp tham gia nghiên cứu là trường trung học phổ thông Olympia thuộc hệ thống trường Liên cấp Olympia Hà Nội, còn lại là 3 trường trung học phổ thông công lập không chuyên là trung học phổ thông Lương Thế Vinh, Nam Định; trung học phổ thông Lương Tài, Bắc Ninh; trung học phổ thông Bình Minh, Ninh Bình.

Bảng 2.2. Đại bàn nghiên cứu

Tỉnh	Trường	Giáo viên	Học sinh	Tổng
Bắc Ninh	Trung học phổ thông Lương Tài	4	48	52
Hà Nội	Trung học phổ thông Chuyên Hà Nội – Amsterdam	1	11	20
	Liên cấp Olympia	1	7	
Nam Định	Trung học phổ thông Lương Thế Vinh	7	17	37
	Trung học phổ thông Chuyên Lê Hồng Phong	4	9	
Ninh Bình	Trung học phổ thông Bình Minh	4	12	16
Tổng		21	104	125

Quy trình thu thập số liệu: Do nghiên cứu được thực hiện trong thời gian

có dịch Covid – 19, xã hội thực hiện cách ly, các trường học đóng cửa nên tác giả sử dụng cách thức điều tra trực tuyến trong luận văn này. Tác giả đã liên lạc với giáo viên tại các trường trung học phổ thông trong các địa phương được lựa chọn để nghiên cứu để gửi thư điện tử mời giáo viên và học sinh tham gia nghiên cứu. Sau khi nhận được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của GIÁO VIÊN và học sinh, tác giả gửi bảng hỏi kèm theo hướng dẫn thực hiện tới giáo viên sau đó giáo viên sẽ chuyển tiếp cho học sinh. Câu trả lời sẽ tự động được gửi về cho tác giả qua ứng dụng Google form.

2.1.3. Phương pháp nghiên cứu

2.1.3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

- *Mục tiêu:* Tìm hiểu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, lịch sử hình thành và phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, biết được các loại hình dịch vụ sức khỏe tâm thần đang được triển khai, tìm kiếm công cụ đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường học, các nghiên cứu liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh, nghiên cứu về các mô hình dịch vụ sức khỏe tâm thần trong trường học. Từ đó tham khảo để xây dựng khái niệm, công cụ, phương pháp nghiên cứu cho đề tài.

- *Đối tượng nghiên cứu:* các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần, thực trạng vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh, chất lượng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện nay.

- *Phương pháp nghiên cứu:* tìm kiếm các tài liệu, bài báo, công trình nghiên cứu, luận án của các tác giả trong và ngoài nước. Nguồn cung cấp tài liệu từ bạn bè, thầy cô, kỹ yếu các hội thảo Tâm lý học, thư viện, internet thông qua việc tìm kiếm từ khóa trên công cụ google scholar. Từ các tài liệu tìm được tác giả tiến hành đọc, phân tích, tổ chức thông tin theo các chủ đề trong nghiên cứu.

2.1.3.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Đây là phương pháp nghiên cứu chính để thu thập số liệu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh, năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông. tác giả đã gửi bảng hỏi trực tuyến tới các giáo viên đồng ý tham gia vào nghiên cứu để tự trả lời. sau đó, giáo viên sẽ lựa chọn học sinh của mình tham gia nghiên cứu và gửi bảng hỏi cho những học sinh đó tự trả lời. bộ công cụ có hai phiên bản dành riêng cho giáo viên và học sinh.

- *Mục đích*: thu thập số liệu về thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh, đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông, tìm hiểu về nhu cầu của giáo viên và học sinh về việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh trường trung học phổ thông.

- *Đối tượng*: thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh, năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông, nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của giáo viên và học sinh.

- *Phương pháp*:

Để đánh giá nhu cầu về sức khỏe tâm thần ở học sinh, chúng tôi sử dụng bảng hỏi gồm 2 phần: (a) bảng hỏi Điểm mạnh và điểm yếu (Strengths & Difficulties Questionnaire) và (b) nhu cầu / mong muốn sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần.

Thang SDQ phiên bản tự đánh giá bao gồm 25 câu chia thành 5 nhóm vấn đề: tình cảm, hành vi, tăng động, bạn bè, mối quan hệ xã hội tích cực và được đánh giá thông qua 3 mức độ: *Không đúng* = 0, *Đúng một phần* = 1, *Chắc chắn đúng*

= 2. Riêng với 5 câu 7, 11, 14, 21, 25 sẽ tính điểm ngược như sau: *Không đúng* = 2, *Đúng một phần* = 1, *Chắc chắn đúng* = 0. Thang đo SDQ được xây dựng từ những năm 90s, bởi tác giả Robert Goodman thuộc Viện tâm thần London [10]. Đây là một công cụ khoa học dùng để phát hiện các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em trong độ tuổi từ 4 đến 16. Chúng tôi lựa chọn thang đo SDQ vì tính chất dễ sử dụng và độ phổ biến của nó. Đã có rất nhiều nghiên cứu dịch tễ về sức khỏe tâm thần tại Việt Nam cũng như thế giới sử dụng

thang đo này [11]. Bảng 2.4 dưới đây báo cáo các điểm giới hạn (cut – off) cho các mức độ “*Không có rối loạn*”,

“*Ranh giới*”, “*Có rối loạn*” của thang đo và các tiểu thang.

Bảng 2.3. Phân loại điểm thang SDQ

Phân loại	Không có rối loạn	Trạng thái ranh giới	Có rối loạn
Tổng vấn đề khó khăn	0 – 15	16 – 19	20 – 40
Vấn đề tình cảm	0 – 5	6	7 – 10
Vấn đề hành vi	0 – 3	4	5 – 10
Vấn đề tăng động	0 – 5	6	7 – 10
Vấn đề bạn bè	0 – 3	4 – 5	6 – 10
Vấn đề xã hội tích cực	10 – 6	5	4 – 0

Về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh chúng tôi đã thiết kế bộ 5 câu hỏi dành cho giáo viên và học sinh như sau:

+ Dành cho giáo viên:

Câu hỏi: Anh chị có biết tới các dịch vụ tâm lý không?

Phương án trả lời: Có / Không

+ Dành cho học sinh:

1. Câu hỏi: Em có từng có sử dụng dịch vụ tâm lý chưa? Phương án trả lời: Đã sử dụng/ Chưa sử dụng

2. Câu hỏi: Em có từng có nhu cầu được hỗ trợ khi có các vấn đề sức khỏe tâm thần hay không?

Nếu “Không” thì trả lời câu 2 rồi kết thúc.

Nếu “Có” thì trả lời tiếp từ câu 3 tới hết

3. Câu hỏi: Lý do mà em không có nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần?

Phương án trả lời:

- Em có nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhưng em không có thời gian để tìm kiếm thông tin
- Em có nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhưng em không biết tới các dịch vụ về sức khỏe tâm thần.
- Em có nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhưng em không được quyền sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần
- Thông tin y tế và sức khỏe hữu ích và hợp lệ có thể được lấy một cách dễ dàng.

4. Câu hỏi: Ai đã giới thiệu em tới dịch vụ tâm lý, số lần sử dụng dịch vụ?

5. Câu hỏi: Cách thức mà em tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần khi bản thân có vấn đề là gì?

Phương án trả lời: bao gồm 10 nội dung được đánh giá qua 5 mức độ “*rất ít* = 1, *ít* = 2, *vừa phải* = 3, *nhiều* = 4, *rất nhiều* = 5”. Các nội dung: Tới gặp chuyên gia về sức khỏe tâm thần, Xem tivi (các chương trình về sức khỏe tâm thần), Nghe đài phát thanh, Hỏi các bạn của mình, Tìm kiếm trên internet, Sử dụng mạng xã hội, Trao đổi với giáo viên trong trường, Sử dụng các ứng dụng trên điện thoại, Hỏi cha mẹ, anh chị em trong gia đình, Tham gia các buổi tọa đàm về sức khỏe tâm thần.

Để đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần cho học sinh chúng tôi sử dụng bảng hỏi về năng lực sức khỏe tâm thần của trường học “*The School Mental Health Capacity Instrument: Development of an Assessment and Consultation Tool*” (SMHCI) do Feigenberg và cs xây dựng năm 2010 [12]. Bảng hỏi dành cho 2 nhóm khách thể tham gia nghiên cứu là giáo viên và học sinh. Bảng hỏi bao gồm 27 item được chia thành 3 lĩnh vực: can thiệp, nhận biết và giới thiệu, phòng ngừa và quảng bá. Ví dụ một số item của lĩnh vực Can thiệp là “*Thông tin liên quan tới các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe tâm thần được chia sẻ với các gia đình*”, “*Những người chịu trách nhiệm cho các nhiệm vụ hoặc công việc cụ thể trong trường hợp khẩn cấp về sức khỏe tâm thần được*

xác định rõ ràng”, “Có hiểu biết rõ ràng và nhất quán giữa các nhân viên và giáo viên của trường về các loại tình huống được xác định là khẩn cấp về sức khỏe tâm thần”. Một số item trong lĩnh vực Nhận biết và giới thiệu là “Có một nhóm nhân viên, giáo viên gặp gỡ thường xuyên để thảo luận về các học sinh có mối lo ngại về sức khỏe tâm thần”, “Nhân viên, giáo viên của trường được cung cấp thông tin theo dõi về tình trạng hoặc kết quả về sức khỏe tâm thần của học sinh được giới thiệu đi”. Một số item trong lĩnh vực Phòng ngừa và quảng bá là “Gia đình là một phần trong nỗ lực ngăn ngừa các vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc hành vi trong tương lai”, “Có các chương trình bồi dưỡng dành cho nhân viên, giáo viên đặc biệt là về sức khỏe tâm thần”.

Các item được đánh giá qua 4 mức độ: 0 = chúng tôi không có hoặc không thực hiện điều này, 1 = chúng tôi thực hiện một chút, 2 = chúng tôi thực hiện ở mức độ nào đó, 3 = chúng tôi thực hiện rất tốt điều này.

2.1.3.3. Phương pháp thống kê toán học

- *Mục đích*: Số liệu thu thập được từ bảng hỏi được chúng tôi xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 23.0.

- *Phương pháp*: Các phép toán được sử dụng trong nghiên cứu này là:

- + Điểm trung bình cộng (Mean)

- + Tỷ lệ phần trăm

- + Độ lệch chuẩn

- +Kiểm định giá trị trung bình các biến độc lập: t-test, ANOVA nhằm kiểm tra sự khác biệt giữa các nhóm khách thể trong một biến số. Đối với kiểm định t- test được sử dụng so sánh giữa 2 nhóm khách thể cùng 1 biến. ANOVA được sử dụng để so sánh giữa 2 nhóm khách thể trở lên với cùng 1 biến.

2.2. Tiến trình và tổ chức nghiên cứu

2.2.1. Giai đoạn nghiên cứu lý luận

Nghiên cứu lý luận là giai đoạn đầu tiên chúng tôi thực hiện cho luận văn này. Mục đích nhằm tìm hiểu các vấn đề đã được nghiên cứu về sức khỏe tâm

thần và sức khỏe tâm thần của học sinh , các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh đã và đang được triển khai trên thế giới và ở Việt Nam, nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, công cụ đánh giá nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đã được sử dụng gần đây và có bằng chứng khoa học , thông tin dịch tễ học về sức khỏe tâm thần của học sinh trong nước và trên thế giới.

Các thông tin được tìm kiếm thông qua sách, bài báo khoa học, luận văn, luận án, các công trình nghiên cứu trong nước và quốc tế qua các kênh thông tin khác nhau như tìm kiếm trên internet, tham khảo từ các chuyên gia, bạn bè đồng nghiệp. Qua đó tiến hành đọc, tổng hợp, phân tích, hệ thống hóa kiến thức để tham khảo xây dựng đề cương cho nghiên cứu, triển khai các bước nghiên cứu tiếp theo của luận văn như xây dựng công cụ và hệ thống khái niệm, lựa chọn phương pháp nghiên cứu phù hợp với mục đích nghiên cứu của luận văn.

2.2.2. Giai đoạn nghiên cứu thực tiễn

Xây dựng bảng hỏi từ việc tham khảo các nghiên cứu trong và ngoài nước là bước mở đầu cho giai đoạn này. Sau khi tham khảo các nghiên cứu trước kia về đánh giá sức khỏe tâm thần tác giả lựa chọn sử dụng thang đo sdq để đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh. đánh giá nhu cầu của giáo viên và học sinh về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tác giả xây dựng bộ 5 câu hỏi tự trả lời làm công cụ đánh giá. Chuyển ngữ công cụ SMHCI làm công cụ đánh giá năng lực sức khỏe tâm thần của các trường trung học phổ thông. Sau đó tác giả gửi bộ công cụ phiên bản dành cho giáo viên và học sinh cho người hướng dẫn để góp ý, điều chỉnh bộ công cụ. Sau khi chỉnh sửa theo góp ý của người hướng dẫn, tác giả gửi bộ câu hỏi cho 1 nhóm khách thể trả lời thử. Từ kết quả thử nghiệm tác giả hoàn chỉnh bộ công cụ để triển khai nghiên cứu.

Lựa chọn khách thể nghiên cứu là khâu thứ 2 trong giai đoạn nghiên cứu thực tiễn. Chúng tôi lựa chọn nhóm khách thể chính là vùng nông thôn các tỉnh

phía Bắc bên cạnh đó sẽ có một nhóm khách thể tại thành phố để làm nhóm so sánh. Tác giả tiến hành liên lạc với giáo viên của một số trường để giới thiệu về nghiên cứu và xin phép được thực hiện tại trường thông qua việc gửi thư điện tử. Sau khi nhận được sự đồng ý tham gia nghiên cứu, tác giả gửi bộ công cụ kèm theo bản hướng dẫn thực hiện và trả lời cho giáo viên. Bộ công cụ được thực hiện dưới hình thức tự trả lời online. giáo viên sau khi nhận được câu hỏi sẽ tiến hành gửi cho các học sinh của mình để cùng tham gia trả lời.

2.2.3. Giai đoạn nhập số liệu, phân tích kết quả và viết báo cáo

Đây là giai đoạn cuối cùng trong nghiên cứu của chúng tôi. Câu trả lời của khách thể mà tác giả nhận được dưới dạng file excel từ hệ thống google form. Từ đó chuyển qua phần mềm xử lý số liệu SPSS. Tác giả tiến hành làm sạch dữ liệu, mã hóa biến và giá trị. Sau đó tiến hành các phân tích thống kê dữ liệu trong SPSS. Từ các số liệu thống kê thu được tiến hành viết và hoàn thiện luận văn.

Tiểu kết chương 2

Nghiên cứu được thực hiện chặt chẽ, có tổ chức từ nghiên cứu lý luận đến nghiên cứu thực tiễn. Kết quả nghiên cứu lý luận được sử dụng làm cơ sở để tiến hành nghiên cứu thực tiễn như việc lựa chọn công cụ, xác định khách thể tham gia nghiên cứu.

Trong luận văn, chúng tôi sử dụng 3 phương pháp nghiên cứu. Trong đó, phương pháp chính được sử dụng là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi để thu thập số liệu cho đề tài.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

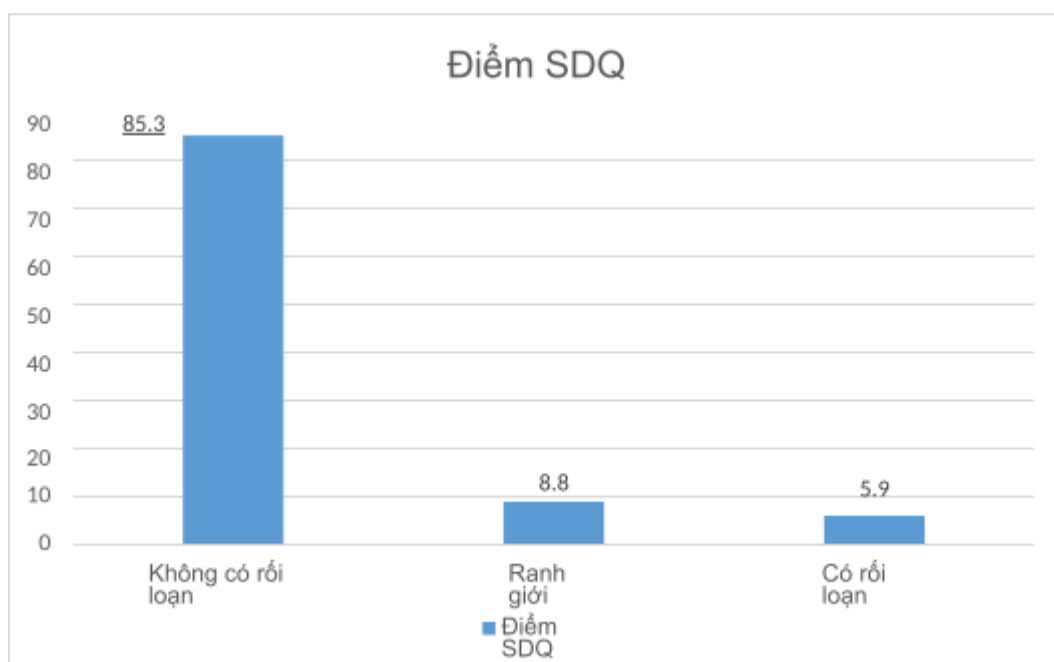
3.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông

3.1.1. Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông

3.1.1.1. Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh theo thang SDQ

Bảng 3.1. Kết quả điểm tổng vấn đề thang SDQ

Phân loại	Không có rối loạn		Ranh giới		Có rối loạn		Mean
	N	%	N	%	N	%	
Tổng	87	85,3	9	8,8	6	5,9	10,8



Biểu đồ 3.1. Kết quả điểm tổng vấn đề thang SDQ

Dựa vào cách tính điểm các ngưỡng “Không có rối loạn, Ranh giới, Có rối loạn” của thang SDQ do trẻ tự báo cáo [10], chúng tôi thu được kết quả như sau: 5,9% học sinh có biểu hiện ở mức “*Có rối loạn*” có nghĩa là có 5,9 % Học

sinh đang có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Nhóm này là nhóm cần được quan tâm nhiều, cần được trợ giúp để giải quyết các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả được báo cáo trong nghiên cứu của Viện sức khỏe tâm thần ban ngày Mai Hương (20%) cùng sử dụng công cụ SDQ năm 2009 tại Hà Nội [13]. Đối tượng của 2 nghiên cứu là khác nhau. Trong nghiên cứu của Viện sức khỏe tâm thần ban ngày Mai Hương khách thể là học sinh tiểu học và trung học cơ sở trong khoảng 10 – 16 tuổi. Còn trong luận văn khách thể là học sinh trung học phổ thông trong khoảng 15 – 16 tuổi. Ngoài ra, thời điểm điều tra của 2 nghiên cứu khác nhau. Đối với nghiên cứu của Viện sức khỏe tâm thần ban ngày Mai Hương đã diễn ra cách đây 11 năm, nghiên cứu của tác giả được thực hiện trong giai đoạn học sinh nghỉ dịch Covid – 19 ở nhà, không tham gia các lớp học tại trường.

Bảng 3.2: Kết quả các lĩnh vực trong SDQ

Mức độ	Không có rối loạn		Ranh giới		Có rối loạn		Mean	SD
	N	%	N	%	N	%		
Tình cảm	82	80,4	8	7,8	12	11,8	2,9	2,527
Hành vi	91	89,2	6	5,9	5	4,9	1,99	1,278
Tăng động	90	88,2	7	6,9	5	4,9	2,93	2,084
Bạn bè	70	68,6	28	27,5	4	3,9	2,98	1,312

Xem xét kết quả của các lĩnh vực cho thấy tỷ lệ có biểu hiện *Có rối loạn* ở lĩnh vực *Tình cảm* cao nhất với 11,8%. Điều này có nghĩa rằng trong nhóm học sinh tham gia nghiên cứu có 11,8% học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở lĩnh vực *Tình cảm*. Tỷ lệ có biểu hiện ở mức *Ranh giới* nhiều nhất là lĩnh vực *Bạn bè* với 27,5%. Điều này có nghĩa là trong nhóm học sinh tham gia

nghiên cứu có 27,5% học sinh đang có nguy cơ có vấn đề về lĩnh vực bạn bè.

3.1.1.2. Sự khác biệt về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở các nhóm

Để so sánh sự khác biệt về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở các nhóm, chúng tôi sử dụng kiểm định giá trị trung bình t-test của điểm số SDQ với các biến độc lập như giới tính, lớp học, học lực, tình trạng gia đình.

Bảng 3.3: So sánh kết quả thang SDQ của biến giới tính

Mức độ	Mean	SD	t	p
Nữ	10,79	4,808	- 0,042	0,967
Nam	10,83	4,832		

Từ kết quả của bảng trên ta thấy giữa nam và nữ không có sự khác biệt về điểm SDQ, $p = 0,967 > 0,05$. Điều này cho thấy không có sự khác biệt về giới tính đối với các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Như vậy có thể nói vấn đề về sức khỏe tâm thần giữa học sinh nam và nữ là như nhau

Bảng 3.4: So sánh kết quả thang SDQ của biến khối lớp

Mức độ	Mean	SD	t	p
Lớp 10	10,58	4,494	- 0,342	0,733
Lớp 11	10,92	4,981		

Kết quả kiểm định t – test cho $|t| = 0,342$ và $p = 0,733 > 0,05$ cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình SDQ của 2 khối lớp.

Bảng 3.5: So sánh kết quả thang SDQ của biến học lực

Mức độ	Mean	SD	t	p
Giỏi	10,83	4,242	- 0,202	0,841

Khá	11,03	5,733		
------------	-------	-------	--	--

Biến học lực được đánh giá qua kết quả học tập học kỳ I trong năm học 2019 – 2020 của học sinh và được học sinh tự báo cáo. Giữa học sinh có học lực Giỏi và Khá không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về điểm của thang SDQ, kết quả từ bảng trên cho thấy $|t| = 0,202$, $p = 0,841 > 0,05$. Điều này có thể thấy học lực không ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh.

Bảng 3.6: So sánh kết quả thang SDQ của biến tình trạng gia đình

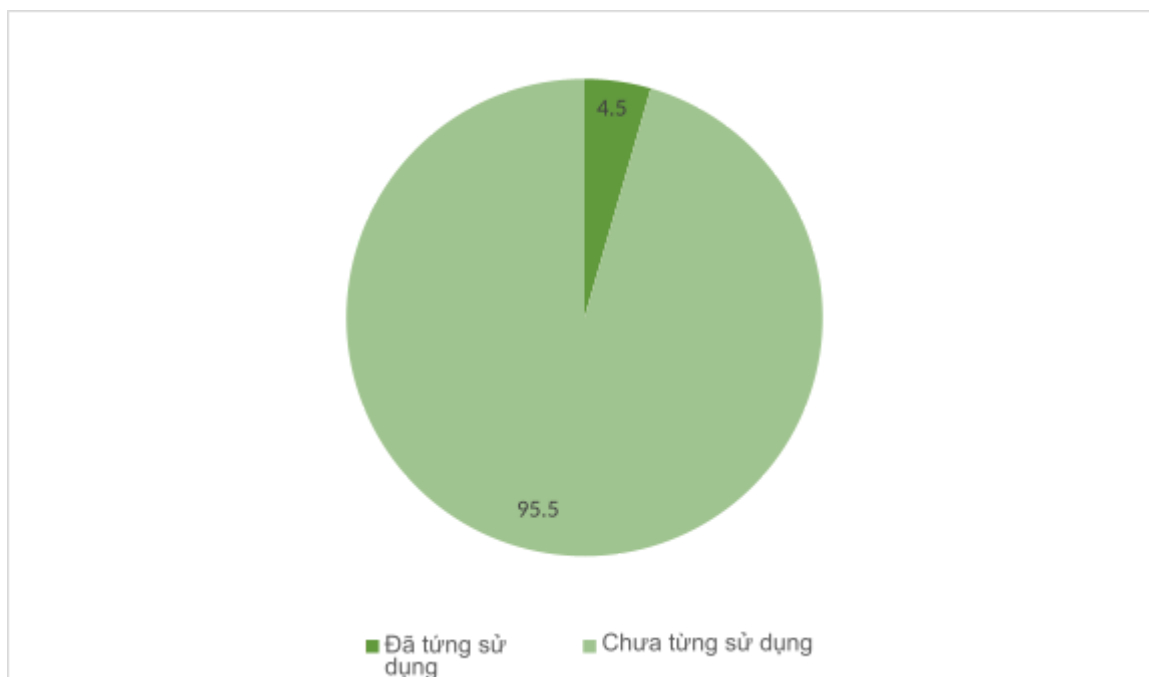
Mức độ	Mean	SD	t	p
Gia đình trọn vẹn	10,6	4,634	- 1,594	0,114
Gia đình khuyết thiếu	13,57	6,399		

Yếu tố hoàn cảnh gia đình được đưa vào đánh giá để xem xét sự ảnh hưởng của gia đình tới sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông. Kết quả so sánh t – test của biến tình trạng gia đình có $|t| = 1,594$, $p = 0,114 > 0,05$ do đó không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả SDQ của HỌC SINH có gia đình trọn vẹn và gia đình khuyết thiếu.

Như vậy, tỷ lệ có vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông tham gia trong nghiên cứu này là 5,9%. Kết quả so sánh sự khác biệt về vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh cho thấy các yếu tố giới tính, học lực, khối lớp, hoàn cảnh gia đình không ảnh hưởng đến Sức khỏe tâm thần của học sinh. Với tỷ lệ có rối loạn thấp trong tổng thể mẫu, do đó nhóm có rối loạn này không ảnh hưởng đến kết quả của mẫu. Nên nhìn chung học sinh trong nghiên cứu không có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Khi đó các yếu tố về nhân khẩu học không xuất hiện sự ảnh hưởng tới thực trạng vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh.

3.1.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông

3.1.2.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần



Biểu đồ 3.2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông

Để xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông chúng tôi tính tỉ lệ các phương án trả lời cho câu hỏi “*Em đã từng sử dụng dịch vụ tâm lý chưa?*”. Kết quả cho thấy có 4,5% số học sinh tham gia nghiên cứu đã từng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đều là học sinh lớp 10.

Bảng 3.7: So sánh kết quả SDQ giữa nhóm đã và chưa sử dụng dịch vụ

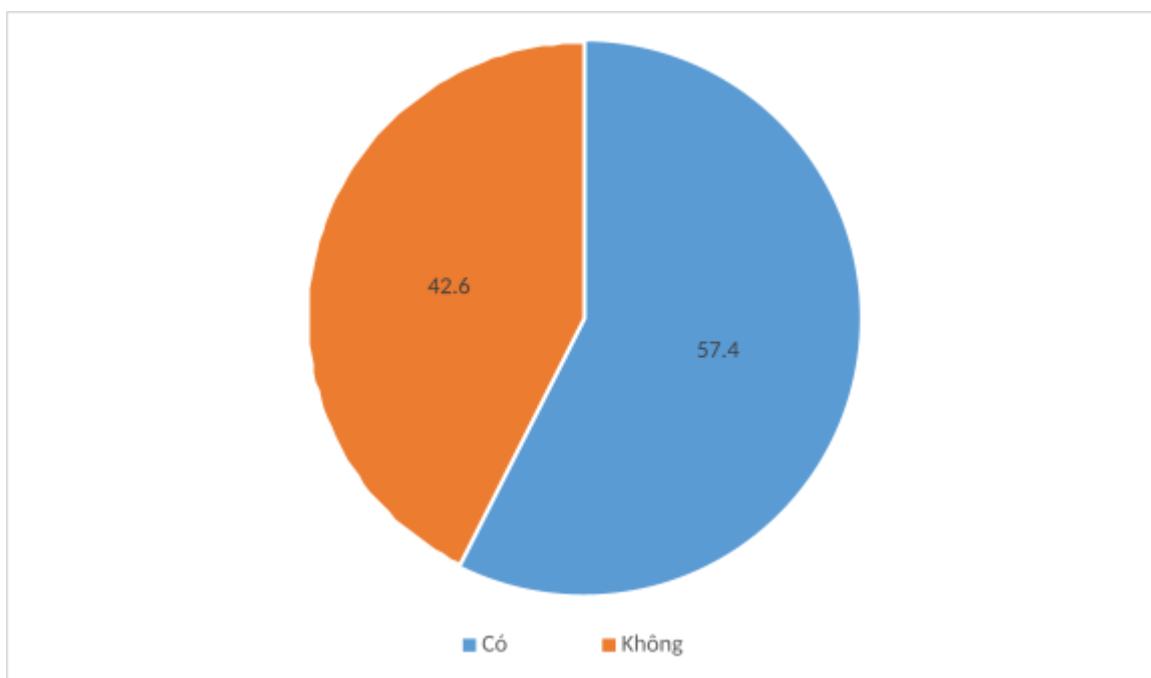
Mức độ	Mean	SD	t	p
Đã sử dụng	16,33	5,033	1,989	0,051
Chưa sử dụng	10,56	4,911		

Để so sánh sự khác biệt về kết quả SDQ giữa nhóm đã sử dụng và chưa sử dụng chúng tôi dùng kiểm định t – test cho ra kết quả $|t| = 1,989$ và $p = 0,051 > 0,05$

cho thấy giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.1.2.2. Nhu cầu được hỗ trợ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần

Để đánh giá nhu cầu được hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh chúng tôi đặt câu hỏi “*Em có từng có nhu cầu được hỗ trợ khi có các vấn đề sức khỏe tâm thần hay không?*”, câu trả lời 1 = có, 2 = không. Kết quả được thể hiện qua biểu đồ dưới đây:



Biểu đồ 3.3: Báo cáo kết quả về nhu cầu được hỗ trợ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh

Kết quả cho thấy có 57,4% học sinh có nhu cầu được hỗ trợ khi nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ này khá cao chiếm hơn 1 nửa số học sinh có nhu cầu. Điều này cho thấy học sinh đang có nhu cầu cao được hỗ trợ về các vấn đề sức khỏe tâm thần.

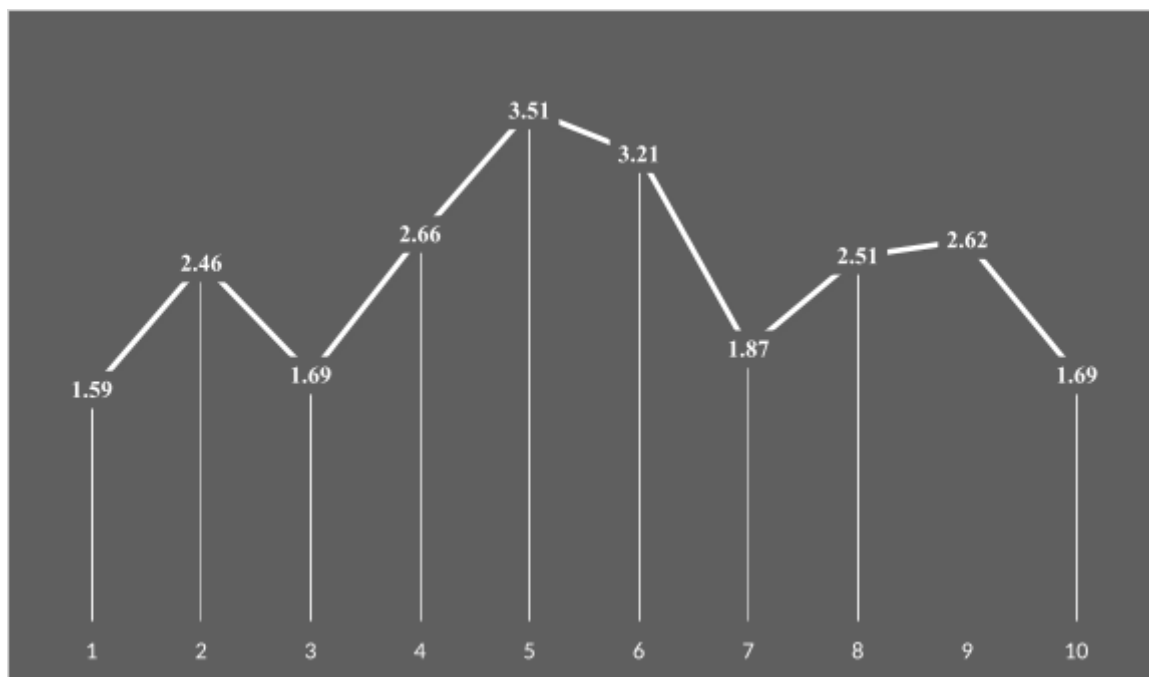
Bảng 3.8: Lý do học sinh không có nhu cầu cần hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần

Lý do	N	%
Em không nhận thấy mình có bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe tâm thần	25	86,2
Em có nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhưng em không có thời gian để tìm kiếm thông tin	4	13,8

Lý do được lựa chọn nhiều nhất trong nhóm không có nhu cầu là do học sinh không nhận thấy bản thân mình có vấn đề về sức khỏe tâm thần với tỷ lệ là 86,2%. Lý do thứ 2 được lựa chọn là “*Em có nhận thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhưng em không có thời gian để tìm kiếm thông tin*” với 13,8% học sinh lựa chọn. Điều này cho thấy học sinh biết được bản thân mình đang có vấn đề về sức khỏe tâm thần đồng thời hiểu rằng mình cần được hỗ trợ để giải quyết vấn đề đang gặp phải nhưng trì hoãn việc tìm kiếm sự trợ giúp và với lý do không có thời gian để tìm kiếm thông tin. Lý do này có thể thấy rằng học sinh chưa dành sự quan tâm, ưu tiên tới vấn đề sức khỏe tâm thần.

3.1.3 Cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông

3.1.3.1. Cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông



Biểu đồ 3.4. Cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần

STT	Cách thức	STT	Cách thức
1	Tới gặp chuyên gia về sức khỏe tâm thần	6	Sử dụng mạng xã hội
2	Xem tivi (các chương trình về sức khỏe tâm thần)	7	Trao đổi với giáo viên trong trường
3	Nghe đài phát thanh	8	Sử dụng các ứng dụng trên điện thoại
4	Hỏi các bạn của mình	9	Hỏi cha mẹ anh chị em trong nhà
5	Tìm kiếm trên internet	10	Tham gia các buổi tọa đàm về sức khỏe tâm thần

Để tìm hiểu kênh thông tin mà học sinh thường xuyên sử dụng để tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần chúng tôi đưa ra câu hỏi “ *Cách thức mà*

em tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần khi bản thân có vấn đề là gì?” với phân loại mức độ như sau: *Rất ít* = 1, *Ít* = 2, *Vừa phải* = 3, *Nhiều* = 4, *Rất nhiều* = 5. Ngoài ra việc tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần cũng có thể phản ánh một phần nhu cầu của học sinh về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Vì khi nhận thấy bản thân cần được hỗ trợ tức là cần sử dụng dịch vụ thì học sinh sẽ tìm hiểu những thông tin về dịch vụ, nguồn hỗ trợ cho mình. Kết quả cho thấy cách thức được lựa chọn nhiều nhất là “*Tìm kiếm internet*” với Mean = 3,51 đây được coi như là cách thức phổ biến và sử dụng nhiều nhất của nhóm học sinh tham gia nghiên cứu. Thực tế hiện nay việc sử dụng internet để tìm kiếm thông tin trong mọi lĩnh vực đời sống đã trở nên phổ biến với học sinh. Do đó kết quả này rất phù hợp với thực tế về thói quen tìm kiếm thông tin của học sinh. Internet với cách thức đơn giản, nhanh chóng, tiện lợi đã trở thành một phần không thể thiếu đối với học sinh. Xếp thứ 2 là *Mạng xã hội*, việc sử dụng mạng xã hội đã quá phổ biến với học sinh, Mạng xã hội là kênh liên lạc chính của học sinh hiện nay. Ngoài việc dùng để liên lạc với người thân và bạn bè thì mạng xã hội cũng là nơi có nhiều thông tin được đăng tải về mọi lĩnh vực. Đối với các vấn đề về sức khỏe tâm thần, mạng xã hội đang là một nền tảng mới được sử dụng để chia sẻ thông tin.

Nhóm cách thức ít được sử dụng nhất là *Tới gặp chuyên gia về sức khỏe tâm thần* và *tham gia vào các buổi tạo đàm về sức khỏe tâm thần*, đây là các cách thức mang lại hiệu quả tốt nhất nhưng lại chưa đến được với học sinh một cách dễ dàng.

3.1.3.2. So sánh cách thức tìm kiếm thông tin của học sinh trong các nhóm

Để so sánh sự khác biệt trong cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần của học sinh trong các biến độc lập khu vực, giới tính, lớp .. chúng tôi sử dụng kiểm định t – test. Kết quả thu được như bảng sau:

Bảng 3.9: So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần các khu vực

Cách thức	Khu vực					
	Nông thôn		Thành phố		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1	1,48	0,73	1,75	1	-0,982	0,333
2	2,61	0,722	2,21	1,251	1,220	0,231
3	2,04	0,825	1,19	0,403	3,835	0,000
4	2,73	1.032	2,56	1,365	0,424	0,674
5	3,26	1,096	3,88	1,025	-1,767	0,086
6	3,17	0,984	3,27	1,033	-0,279	0,782
7	1,7	0,822	2,13	1,204	-1,326	0,193
8	2,7	0,876	2,25	0,931	1,524	0,136
9	2,86	1,014	2,31	1,25	1,464	0,152
10	1,78	0,902	1,56	0,814	0,779	0,441

Xét trong 10 cách thức được đưa ra để đánh giá, có duy nhất cách thức “*Nghe đài phát thanh*” có sự khác biệt giữa 2 khu vực với $|t| = 3,835$ và $p = 0,000 < 0,05$. Ở khu vực Nông thôn (Mean = 2,04) cách thức này được sử dụng nhiều hơn ở thành phố (Mean = 1,19). Thực tế đài phát thanh là một kênh thông tin đã có tuổi đời lâu năm và hiện nay được sử dụng phổ biến ở vùng nông thôn hơn.

Bảng 3.10. So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần theo các khối lớp

Cách thức	Khối lớp					
	10		11		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1	1,73	1,033	1,50	0,722	0,831	0,411
2	2,23	1,166	2,58	0,830	-1,068	0,293

3	1,33	0,617	1,92	0,83	-2,343	0,025
4	2,73	1,223	2,61	1,158	0,317	0,753
5	4	0,845	3,21	1,141	2,315	0,026
6	3,29	0,914	3,17	1,049	0,353	0,726
7	2,13	1,246	1,71	0,806	1,297	0,203
8	2,13	0,834	2,75	0,897	-2,146	0,039
9	2,47	1,125	2,73	1,162	-0,678	0,502
10	1,53	0,834	1,79	0,884	-0,907	0,37

Từ kết quả trong bảng trên, ta có thể thấy có 3 cách thức có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 khối lớp ($p < 0,05$). Cách thức *nghe đài, tìm kiếm trên internet, sử dụng các ứng dụng trên điện thoại di động* là các cách thức có sự khác biệt giữa 2 khối lớp. Cụ thể trong cách thức Nghe đài, nhóm học sinh khối lớp 11 (Mean = 1,92) có xu hướng sử dụng nhiều hơn khối lớp 10 (Mean = 1,33). Với cách thức *Tìm kiếm trên internet* khối lớp 10 sử dụng nhiều hơn (Mean = 4) so với khối lớp 11 (Mean = 3,21). học sinh khối lớp 11 (Mean = 2,75) sử dụng các ứng dụng trên điện thoại để tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần nhiều hơn học sinh khối lớp 10 (Mean = 2,13). Đối với các cách thức còn lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 khối lớp 11 và 10 ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. So sánh cách thức học sinh tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần theo giới tính

Các h thức	Giới tính					
	Nữ		Nam		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1	1,5	0,860	1,77	0,832	-0,931	0,358
2	2,48	1,005	2,42	0,9	0,185	0,854

3	1,65	0,745	1,77	0,927	-0,42	0,677
4	2,85	1,255	2,25	0,866	1,485	0,146
5	3,85	1,008	2,85	0,987	2,941	0,06
6	3,4	1	2,85	0,899	1,674	0,103
7	1,81	0,981	2	1,080	-0,558	0,58
8	2,46	1,029	2,62	0,65	-0,491	0,627
9	2,71	1,268	2,46	0,877	0,624	0,537
10	1,69	0,884	1,69	0,855	0	1

Xem xét sự khác biệt giữa giới tính nam và nữ về cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm giới tính ở các cách thức. Như vậy có thể hiểu rằng học sinh giới tính nam và nữ có xu hướng giống nhau về cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần qua các kênh thông tin.

3.1.4. Vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh

Để tìm hiểu quan điểm của học sinh và giáo viên về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh tác giả sử dụng câu hỏi “*theo bạn, sức khỏe tâm thần có vai trò quan trọng như thế nào trong việc học tập của học sinh?*” với câu trả lời được đánh giá qua 5 mức độ “*1 = Không quan trọng tí nào, 2 = Quan trọng một chút, 3 = Hơi quan trọng, 4 = Khá quan trọng, 5 = Rất quan trọng*”.

Để xem xét sự khác biệt giữa đánh giá của các đối tượng tham gia tác giả sử dụng kiểm định t – test, kết quả thu được như sau:

Bảng 3.12: So sánh quan điểm về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh trong các nhóm học sinh

		Mean	SD	t	p
Lớp	10	4,57	0,504	-2,372	0,021
	11	4,84	0,437		
Giới tính	Nữ	4,76	0,484	0,893	0,375
	Nam	4,65	0,485		

Khu vực	Nông thôn	4,8	0,401	1,527	0,133
	Thành phố	4,64	0,549		
Tổng		4,72	0,484		

Xem xét sự khác biệt giữa đánh giá về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh trong các nhóm cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong biến lớp học với $|t| = 2,372$ và $p = 0,021 < 0,05$. Điều này có nghĩa là đánh giá của học sinh lớp 10 khác với học sinh lớp 11, cụ thể học sinh lớp 11 đánh giá cao hơn học sinh lớp 10 vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học. Điều này có thể giải thích bằng lý do học sinh lớp 11 có thời gian học tập tại trường trung học phổ thông lâu hơn học sinh lớp 10 do đó những trải nghiệm về học tập cũng nhiều hơn học sinh lớp 10. Nên đánh giá của học sinh lớp 11 khác biệt với học sinh lớp 10 là một điều phù hợp với thực tế.

Bảng 3.13. So sánh sự khác biệt trong đánh giá của giáo viên về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh

		Mean	SD	t	F	p
Nhóm môn	Khoa học tự nhiên	4,7	0,483	-1,202		0,244
	Khoa học xã hội	4,91	0,302			
Giới tính	Nữ	4,81	0,403	0,059		0,953
	Nam	4,8	0,447			
Năm công tác	1 – 5	4,71	0,488		0,246	0,863
	6 – 10	5				
	11 – 15	4,88	0,354			
	>=16	4,8	0,447			
Tổng		4,81	0,402			

Từ số liệu bảng trên cho thấy, không có sự khác biệt trong đánh giá của giáo viên về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập của học sinh ở

các nhóm khác nhau (p đều lớn hơn 0,05). Điều này cho thấy các yếu tố về nhân khẩu học không ảnh hưởng đến kết quả đánh giá của giáo viên về vai trò của sức khỏe tâm thần. Hay nói cách khác bất kể giáo viên ở độ tuổi, môn học, giới tính nào thì đều có đánh giá như nhau về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học của học sinh. Xem xét điểm trung bình cộng (Mean = 4,88) của tổng thể cho thấy giáo viên đánh giá vai trò của sức khỏe tâm thần đối với việc học tập ở mức độ cao.

3.2. Năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông

3.2.1. Hiểu biết của giáo viên về sự có mặt của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh

Bảng 3.14: Hiểu biết của giáo viên về sự có mặt của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh

	N	%	Mean	SD
Có	14	73,7	1,26	0,452
Không	5	26,3		

Để đánh giá hiểu biết của giáo viên về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tác giả sử dụng câu hỏi “*Anh chị có biết tới các dịch vụ tâm lý không?*” với câu trả lời 1 = *Có*, 2 = *Không*. Kết quả trong bảng trên cho thấy tỷ lệ giáo viên biết tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần khá cao. Xét trong nhóm chung tỷ lệ là 73,7% giáo viên biết đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Như vậy, qua kết quả trên có thể nói hiểu biết của các giáo viên tham gia nghiên cứu này tương đồng nhau, 2/3 giáo viên đã biết tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đây có thể coi là thuận lợi cho nhà trường trong việc hỗ trợ học sinh có nhu cầu. Mặt khác cách thức tìm kiếm thông tin về sức khỏe tâm thần thông qua giáo viên không nhận được nhiều lựa chọn từ học sinh mặc dù giáo

viên rất có hiểu biết, mâu thuẫn này có thể phản ánh một phần mối quan hệ giữa học sinh và giáo viên trong trường học. giáo viên không phải là người được học sinh lựa chọn để yêu cầu sự giúp đỡ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần như vậy có thể thấy mối quan hệ thầy và trò còn nhiều điểm yếu, thiếu liên kết. Điều này có thể coi là hạn chế về năng lực hỗ trợ học sinh của giáo viên. Như vậy, có thể thấy mối quan hệ giữa giáo viên và học sinh rất quan trọng. Ngoài học tập thì giáo viên còn có thể hỗ trợ học sinh các vấn đề khác trong đời sống bằng sự hiểu biết của bản thân mình.

3.2.2. Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông

Bảng 3.15: Điểm chuẩn của thang đo SHMI

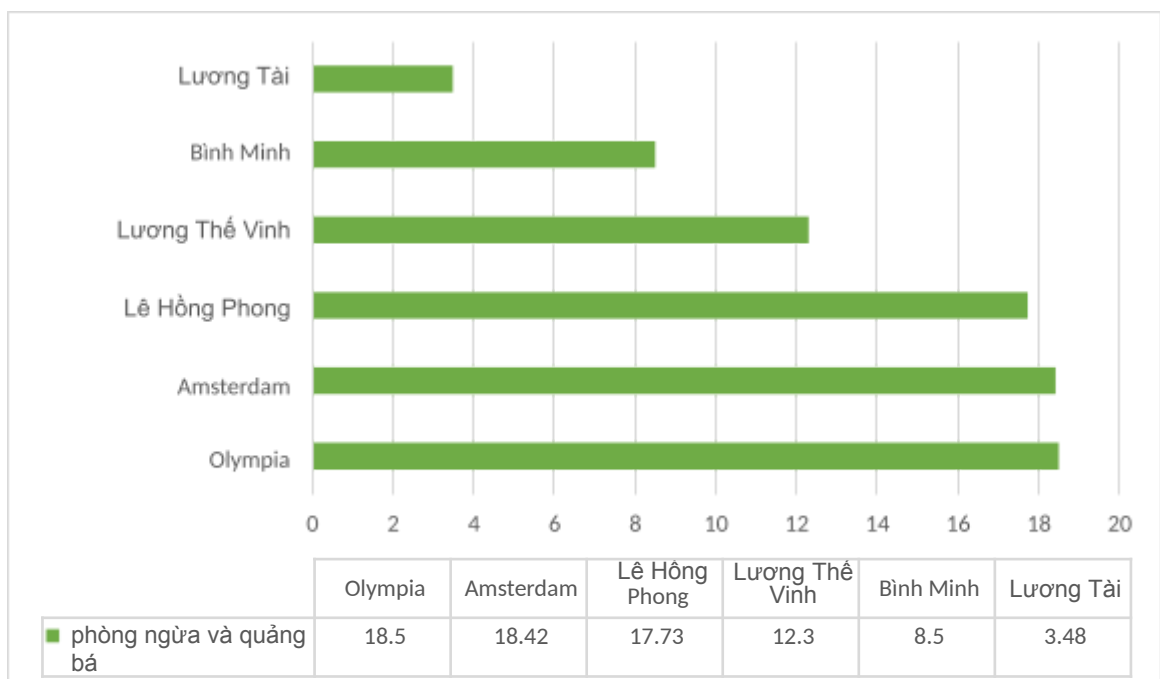
Lĩnh vực	Mean	SD
Phòng ngừa và quảng bá	14	6,31
Nhận biết và giới thiệu	16,81	5,76
Can thiệp	15,65	5,64
Tổng	46,16	15,64

Để đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của trường trung học phổ thông chúng tôi lựa chọn thang đo đánh giá năng lực sức khỏe tâm thần “SMHCI” [12]. Thang đo này đánh giá trên 3 lĩnh vực phòng ngừa và quảng bá; nhận biết và giới thiệu; can thiệp với 4 mức độ điểm như sau: *0 = chúng tôi không có hoặc không thực hiện điều này, 1 = chúng tôi thực hiện một chút, 2 = chúng tôi thực hiện ở mức độ nào đó, 3 = chúng tôi thực hiện rất tốt điều này.*

So sánh năng lực giữa các trường

Bảng 3.16: So sánh điểm năng lực phòng ngừa và quảng bá của các trường

Trường	Mean	SD	F	p
Olympia	18,50	8,668	7,056	<0.0001
Amsterdam	18,42	3,895		
Lê Hồng Phong	17,73	6,101		
Lương Thế Vinh	12,30	3,211		
Bình Minh	8,50	1,033		
Lương Tài	3,48	3,456		
Tổng	9,54	7,241		



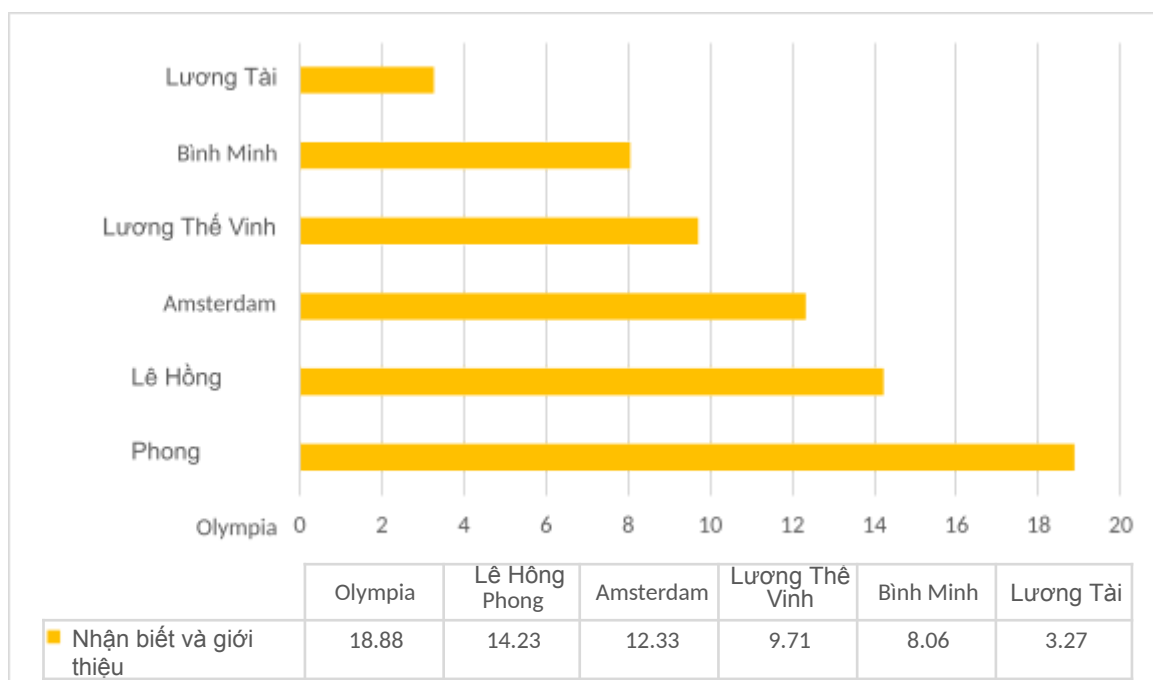
Biểu đồ 3.5: Điểm năng lực phòng ngừa và quảng bá của các trường

Từ kết quả ở bảng trên cho thấy sự khác biệt giữa các trường về năng lực thực hiện các hoạt động phòng ngừa cho học sinh với $p < 0,001$ cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trường có năng lực Phòng ngừa và quảng bá cao nhất là trường Olympia (Mean = 18,5). Trường có năng lực Phòng ngừa

và quảng bá thấp nhất là Lương Tài (Mean = 3,48). Điều này phù hợp với thực tế, trường Olympia đã triển khai các chương trình tâm lý học đường từ nhiều năm nay, các chương trình phòng ngừa được tổ chức thường xuyên, định kỳ trong toàn trường. Đối với trường Lương Tài, sức khỏe tâm thần dựa vào trường học hay tâm lý học đường chưa được đề cập đến nhiều cũng như khả năng được tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần còn hạn chế.

Bảng 3.17: So sánh điểm năng lực nhận biết và giới thiệu của các trường

Trường	Mean	SD	F	p
Olympia	18.88	8.887	3,043	<0.0001
Lê Hồng Phong	14.23	5.510		
Amsterdam	12.33	5.532		
Lương Thế Vinh	9.71	4.506		
Bình Minh	8.06	1.769		
Lương Tài	3.27	3.657		
Tổng	8.13	6.573		

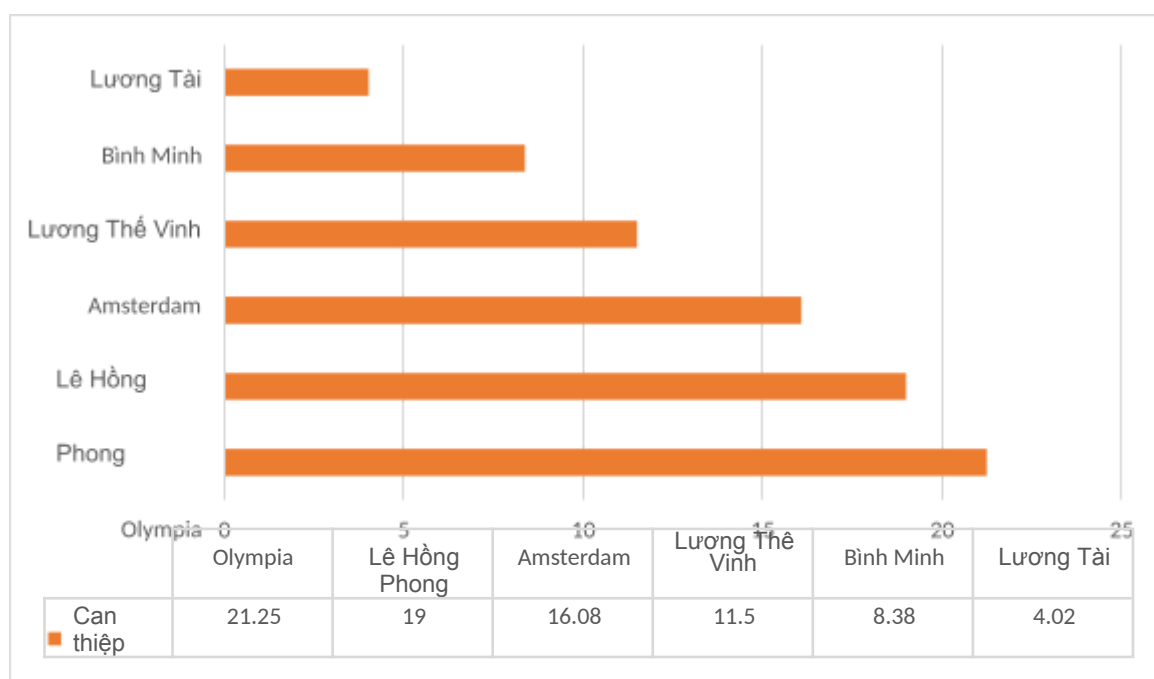


Biểu đồ 3.6: So sánh điểm năng lực nhận biết và giới thiệu của các trường

Tiêu thang nhận biết và giới thiệu đánh giá năng lực của nhà trường trong việc nhận biết sớm các vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh và giới thiệu các dịch vụ phù hợp để hỗ trợ học sinh khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Từ kết quả trên nhận thấy trường Olympia có năng lực nhận biết và giới thiệu cao nhất trong số các trường tham gia nghiên cứu. Trường Lương Tài có năng lực nhận biết và giới thiệu thấp nhất trong các trường.

Bảng 3.18: So sánh điểm năng lực về can thiệp của các trường

Trường	Mean	SD	F	p
Olympia	21.25	7.797	5,864	<0.0001
Lê Hồng Phong	19.00	4.916		
Amsterdam	16.08	5.854		
Lương Thế Vinh	11.50	4.160		
Bình Minh	8.38	1.360		
Lương Tài	4.02	3.416		
Tổng	9.54	7.241		



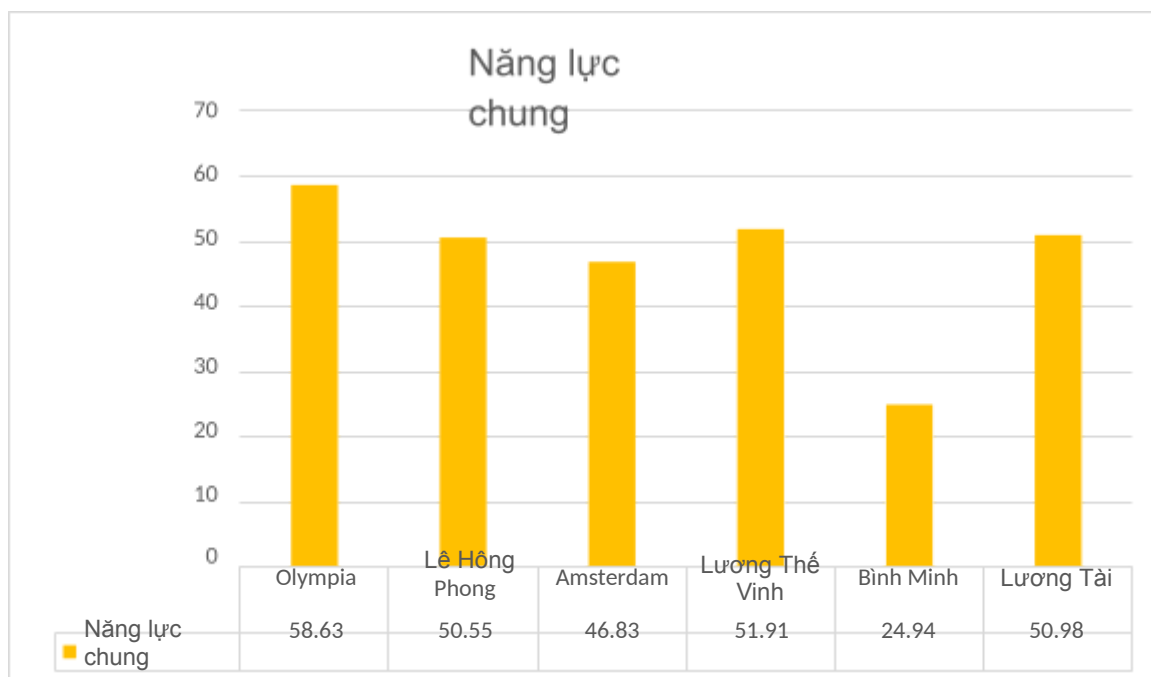
Biểu đồ 3.7: So sánh năng lực can thiệp của các trường

Năng lực can thiệp của các trường có sự khác biệt rõ ràng và mang ý nghĩa thống kê. Trường có năng lực can thiệp cao nhất là trường Olympia (Mean = 21,25). Năng lực can thiệp được đánh giá ở đây bao gồm các hoạt động đáp ứng nhu cầu của học sinh khi xảy ra tình huống khẩn cấp về sức khỏe tâm thần, một hệ thống bao gồm nhiều thành phần được kết nối để hỗ trợ học sinh và liên lạc với gia đình bao gồm chuyên gia về sức khỏe tâm thần, giáo viên, nhân viên nhà trường. Từ kết quả nhận được cho thấy những điều này được thực hiện ở trường Olympia tốt hơn các trường khác.

Bảng 3.19: So sánh điểm năng lực chung của các trường

Trường	Mean	SD	F	p
Olympia	58,63	24,985	5,278	<0.0001
Lê Hồng Phong	50,55	15,168		
Amsterdam	46,83	13,875		
Lương Thế Vinh	51,91	18,508		

Bình Minh	24,94	3,941		
Lương Tài	50,98	23,748		
Tổng	47,8	21,442		



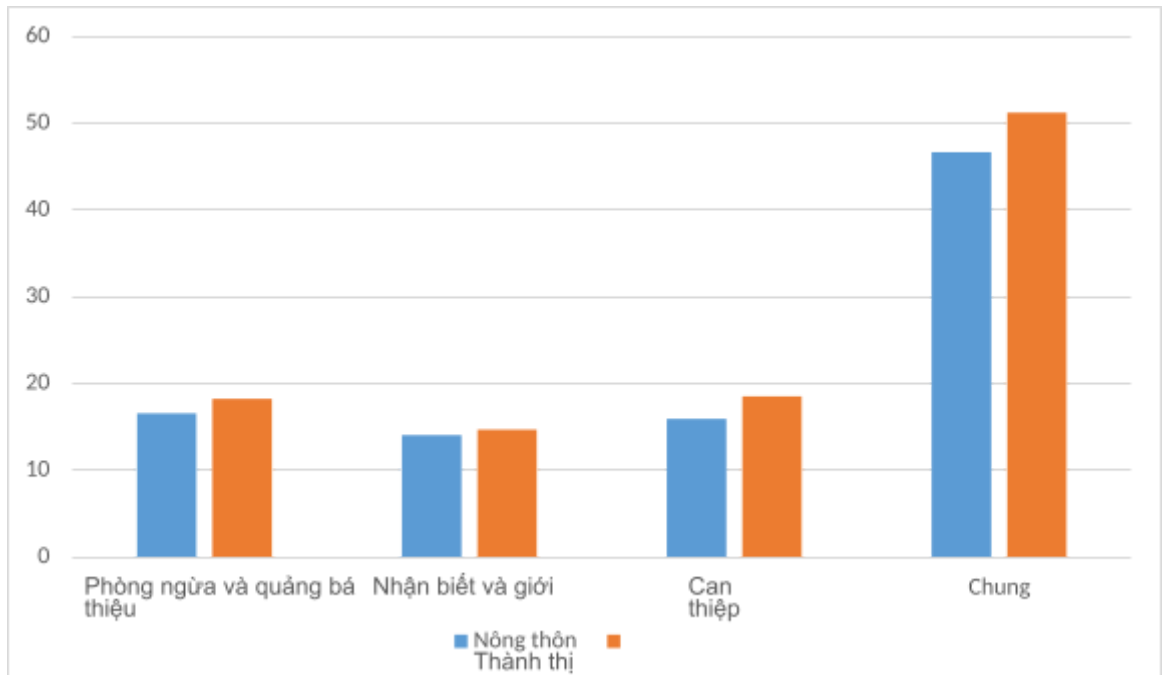
Biểu đồ 3.8: So sánh năng lực chung của các trường

Điểm năng lực chung được tính bằng tổng của 3 năng lực thành phần. Điểm trung bình của thang đo cho năng lực chung là 46,16. Qua bảng và biểu đồ trên cho thấy trường có tổng năng lực chung cao nhất là trường Olympia với 58,63 điểm và trường có năng lực thấp nhất là trường Bình Minh với 24,94 điểm. Kết quả này phù hợp với thực tế tại hai trường. Trường Olympia được biết đến là một trong những trường học đầu tiên tại Hà Nội có phòng Tâm lý học đường hoạt động hơn 10 năm. Do đó việc học sinh đánh giá năng lực triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cao là hoàn toàn có cơ sở. Nhà trường có nguồn nhân lực tham gia vào giải quyết, hỗ trợ các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho học sinh, giáo viên và học sinh trong trường được có cơ hội tiếp cận với nhiều kiến thức về sức khỏe tâm thần. Mặt khác trường Bình Minh là một trường công lập ở vùng nông

thôn, sức khỏe tâm thần dường như còn là 1 vấn đề mới mẻ đối với học sinh và giáo viên trong trường do đó năng lực cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ở mức thấp là hợp lý với tình hình thực tế tại nhà trường. Để có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần theo như các items trong bảng hỏi đòi hỏi nhà trường cần có đội ngũ chuyên gia về sức khỏe tâm thần, giáo viên, cán bộ, học sinh trong nhà trường có hiểu biết về sức khỏe tâm thần mà điều này thực tế chưa có hoặc biểu hiện chưa rõ ràng, cụ thể tại trường này.

Bảng 3.20: So sánh năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường giữa 2 khu vực

Lĩnh vực	Khu vực	N	Mean	SD	F	p
Phòng ngừa và quảng bá	Nông thôn	91	16,55	7,174	4,453	0,037
	Thành thị	31	18,19	5,969		
Nhận biết và giới thiệu	Nông thôn	92	14,02	8,546	6,658	0,011
	Thành thị	33	14,67	6,762		
Can thiệp	Nông thôn	92	15,92	7,901	4,114	0,045
	Thành thị	33	18,48	6,190		
Chung	Nông thôn	91	46,64	22,531	6,477	0,012
	Thành thị	31	51,19	17,760		



Biểu đồ 3.9: So sánh năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường giữa 2 khu vực

Kết quả từ bảng trên cho thấy điểm năng lực giữa 2 khu vực nông thôn và thành thị trong các lĩnh vực có sự khác biệt rõ rệt. Khu vực nông thôn có xu hướng có điểm thấp hơn khu vực thành thị tại mọi lĩnh vực. Thực tế cho thấy các trường tại vùng nông thôn ít cơ hội tiếp cận với các kiến thức về sức khỏe tâm thần hơn thành thị. Quan điểm về sức khỏe tâm thần tại nông thôn cũng khác so với thành thị khi sự kỳ thị về sức khỏe tâm thần của những người sống tại nông thôn khá nhiều. Do đó, sự quan tâm dành cho các vấn đề về sức khỏe tâm thần bị hạn chế cũng như những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần có tâm lý e ngại thể hiện ra ngoài và tính chấp nhận vấn đề cũng hạn chế. Tại thành thị, nơi có dân trí cao hơn, sự quan tâm tới đời sống tinh thần, sức khỏe tâm thần cũng được chú trọng hơn nên trong các trường trung học phổ thông cũng có những quan tâm sát sao hơn tới học sinh về khía cạnh sức khỏe tâm thần.

Tiểu kết chương 3

Từ kết quả trên cho thấy tỷ lệ học sinh có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở mức độ đáng lo ngại. Tỷ lệ có vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông tham gia trong nghiên cứu này là 5,9%. Kết quả so sánh sự khác biệt về vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh cho thấy các yếu tố giới tính, học lực, khối lớp, hoàn cảnh gia đình không ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của học sinh. Với tỷ lệ có rối loạn thấp trong tổng thể mẫu, do đó nhóm có rối loạn này không ảnh hưởng đến kết quả của mẫu. Bên cạnh đó, học sinh cũng thể hiện nhu cầu ở mức độ cao với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường học. Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường có sự khác biệt lớn.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

Qua nghiên cứu lý luận và thực tiễn chúng tôi có một số kết luận như sau:

Việc nghiên cứu về nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông được tiến hành tại nhiều quốc gia phương Tây với các kết quả tương đồng nhau. Hầu hết nghiên cứu đều cho thấy học sinh có nhu cầu ở mức độ vừa và cao đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Hiệu quả từ các dịch vụ này mang lại được thể hiện rõ rệt qua việc cải thiện được tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh sau khi sử dụng dịch vụ. Tỷ lệ học sinh mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần ngày càng gia tăng trên toàn thế giới và tỷ lệ dao động trong khoảng từ 15 – 30% học sinh mắc ít nhất 1 vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Kết quả thực tế cho thấy, tỷ lệ học sinh có biểu hiện “Có rối loạn” là 5,9%. Vấn đề về Tình cảm có biểu hiện ở mức Có rối loạn cao nhất 11,8%. Tỷ lệ phần trăm học sinh có nhu cầu được hỗ trợ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần là 42,6%. Đối với nhóm học sinh không có nhu cầu, lý do được báo cáo chính là vì học sinh không có thời gian để tìm kiếm thông tin và tự nhận thấy bản thân không có bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe tâm thần. Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các trường có sự khác biệt rõ rệt. Trường có điểm năng lực trong cả 3 lĩnh vực cao nhất là trường Olympia, trường có điểm năng lực thấp nhất là trường Lương Tài. Điều này rất phù hợp với thực tế tại 2 ngôi trường này do đó có thể thấy đánh giá của học sinh là phù hợp, chính xác.

2. Khuyến nghị

Để đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh của trường trung học phổ thông và cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần cho học sinh, chúng tôi có một số đề xuất khuyến nghị như sau:

- Nâng cao nhận thức của giáo viên, cán bộ, nhân viên nhà trường về sức khỏe tâm thần về các rối loạn thường gặp ở học sinh trung học phổ thông, mức độ,

ảnh hưởng của các rối loạn tới học tập, mối quan hệ của học sinh, ...

- Nâng cao hiểu biết của học sinh về sức khỏe tâm thần nhằm tăng khả năng tự nhận biết các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh.
- Thành lập các tổ chuyên môn / chuyên gia nhằm hỗ trợ học sinh gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần bao gồm ban giám hiệu, giáo viên chủ nhiệm, giáo viên bộ môn, nhà tâm lý, ...
- Triển khai các chương trình phòng ngừa dành cho học sinh phù hợp với điều kiện thực tế tại nhà trường và thực trạng nhu cầu của học sinh.
- Phối hợp với gia đình học sinh để nâng cao hiểu biết về các vấn đề sức khỏe tâm thần bên ngoài học đường.

