

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**



**NGUYỄN THÁI QUỲNH CHI**

**KẾT QUẢ CAN THIỆP THỬ NGHIỆM NÂNG CAO NĂNG LỰC SỨC KHỎE TÂM THẦN  
CHO SINH VIÊN KHOA XÃ HỘI HỌC, TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI  
VÀ NHÂN VĂN, HÀ NỘI**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62.72.03.01**

**HÀ NỘI - 2021**

Công trình được hoàn thành tại trường Đại học Y tế công cộng

Người hướng dẫn khoa học 1: PGS. TS. Đặng Hoàng Minh

Người hướng dẫn khoa học 2: TS. Lê Thị Kim Ánh

Phản biện 1: .....

.....

Phản biện 2: .....

.....

Phản biện 3: .....

.....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm Luận án cấp trường tại:

.....

.....

vào hồi ..... giờ ..... tháng ..... năm .....

Có thể tìm hiểu Luận án tại:

Thư viện Quốc gia Việt Nam

Trung tâm Thông tin Thư viện trường Đại học Y tế công cộng

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Báo cáo về các vấn đề sức khỏe tâm thần (SKTT) của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cũng như kết quả từ nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy các vấn đề SKTT thường xuất hiện ở giai đoạn tuổi trẻ và sẽ để lại hậu quả lâu dài cho cá nhân, nếu không có các biện pháp dự phòng sớm hoặc không được can thiệp kịp thời. Nghiên cứu về các vấn đề SKTT trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc các vấn đề SKTT (như stress, lo âu, trầm cảm, lạm dụng chất kích thích, rối nhiễu hành vi) trong nhóm người trẻ tuổi rơi vào khoảng 25-75%. Ở Việt Nam, tỷ lệ người trẻ tuổi (trong đó có nhóm sinh viên) có xuất hiện các triệu chứng khác nhau của các vấn đề SKTT khoảng 25-60%. Các giải pháp giải quyết các vấn đề SKTT hiện nay đi theo hai hướng là điều trị và dự phòng, trong đó chủ yếu vẫn là điều trị bằng thuốc và trị liệu về tâm lý; các biện pháp dự phòng chưa được đề cập nhiều trong khi chủ trương chung là phòng bệnh hơn chữa bệnh.

Gần đây, nghiên cứu can thiệp nâng cao năng lực SKTT, đặc biệt là nhóm người trẻ tuổi, được nhiều quốc gia quan tâm vì tập trung vào khía cạnh phòng bệnh. Năng lực SKTT (mental health literacy) được định nghĩa là *“hiểu biết và niềm tin của cá nhân về các RLTT để từ đó hỗ trợ cá nhân trong việc phát hiện, quản lý và phòng ngừa”* và đây là một khái niệm khá mới ở Việt Nam. Khái niệm này nhấn mạnh vai trò của hiểu biết của cá nhân trong việc phát hiện ra các vấn đề SKTT và từ đó biết cách dự phòng. Khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT được cho là một yếu tố quan trọng bởi việc không xác định được các vấn đề SKTT sẽ dẫn đến việc chậm trễ trong việc tìm kiếm sự trợ giúp phù hợp.

Can thiệp nâng cao năng lực SKTT nhằm tăng cường hiểu biết của các nhóm xã hội về các vấn đề SKTT, từ đó có khả năng hành động phù hợp để phòng ngừa và phát hiện sớm có ý nghĩa rất lớn trong lĩnh vực y tế công cộng. Mặc dù vậy, đến nay ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu đi vào tìm hiểu năng lực SKTT trên các nhóm đối tượng khác nhau tại cộng đồng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp trước-sau có nhóm chứng **"Đánh giá kết quả can thiệp thử nghiệm nâng cao năng lực sức khỏe tâm thần của sinh viên Khoa Xã hội học, Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội"**. Việc thực hiện nghiên cứu này sẽ góp phần cho thấy hiểu biết của nhóm người trẻ tuổi về các vấn đề SKTT như thế nào để từ đó có những định hướng can thiệp phù hợp.

## MỤC TIÊU CỦA LUẬN ÁN

1. Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT;
2. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT về rối loạn lo âu và trầm cảm của sinh viên Khoa Xã hội học, Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn, Hà Nội.

## NHỮNG ĐIỂM MỚI/ĐÓNG GÓP CỦA LUẬN ÁN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam mô tả năng lực SKTT của sinh viên về RLLA và trầm cảm và thực hiện can thiệp để nâng cao năng lực SKTT cho nhóm đối tượng này. Nghiên cứu sử dụng thiết kế can thiệp trước-sau có nhóm chứng nên đã cung cấp bằng chứng tin cậy về kết quả của các hoạt động can thiệp.

NCS được tác giả của bộ công cụ gốc cho phép tham khảo và áp dụng bộ công cụ này tại Việt Nam. Bộ công cụ đã được đánh giá tính giá trị trước khi sử dụng cho đánh giá trước-sau can

thiệt. Vì vậy, bộ công cụ này đảm bảo về tính giá trị để các nghiên cứu tiếp theo tham khảo và sử dụng.

Đây cũng là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam thực hiện can thiệp để nâng cao năng lực SKTT cho ĐTNC về RLLA và trầm cảm. Đánh giá sau can thiệp cũng cho thấy có sự thay đổi ở nhóm được can thiệp.

Để đánh giá kết quả can thiệp, nghiên cứu sử dụng phương pháp Difference-in-Difference (DID). DID có thể loại bỏ những sai số trong so sánh giữa hai nhóm can thiệp và chứng mà sự khác biệt giữa hai nhóm là kết quả khác biệt về bản chất giữa hai nhóm. DID cũng loại bỏ những sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà những thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của những nguyên nhân khác. Vì vậy, kết quả đánh giá là chính xác và đây là cơ sở để các nghiên cứu tiếp theo có thể tham khảo và áp dụng phương pháp phân tích này.

Ngoài phần Đặt vấn đề, Mục tiêu, Kết luận, Khuyến nghị, Tài liệu tham khảo, và Phụ lục, nội dung của luận án được kết cấu thành 4 chương:

- ✚ Chương 1. Tổng quan tài liệu
- ✚ Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu
- ✚ Chương 3. Kết quả nghiên cứu
- ✚ Chương 4. Bàn luận

## CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Các khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

- ✚ **Sức khỏe tâm thần (mental health):** SKTT là một tình trạng thái sức khỏe mà trong đó cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể ứng phó với những căng thẳng bình thường của cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả, từ đó tạo ra những đóng góp cho chính cộng đồng của mình (WHO). Ngược với SKTT là có vấn đề về SKTT (mental health problem).
- ✚ **Rối loạn tâm thần (RLTT - mental disorders):** RLTT là "một loạt các vấn đề với những triệu chứng khác nhau. Hiện tượng này được ghi nhận bởi sự kết hợp của những suy nghĩ, cảm xúc, hành vi không bình thường, ảnh hưởng đến các mặt đời sống của cá nhân như công việc, gia đình, xã hội (WHO).
- ✚ **Bệnh tâm thần (mental illness):** Tập hợp của tất cả các RLTT cần có sự can thiệp của bác sĩ tâm thần (CDC).
- ✚ Nghiên cứu thống nhất sử dụng thuật ngữ chung là "vấn đề SKTT" mà không phân biệt RLTT hay bệnh tâm thần vì nó có khả năng biểu đạt được hàm ý từ nhẹ (RLTT) đến nặng (bệnh tâm thần).
- ✚ **Năng lực SKTT (mental health literacy):** Kiến thức và niềm tin của cá nhân về các rối loạn tâm thần để từ đó giúp cá nhân phát hiện và có biện pháp dự phòng. Khái niệm đề cập đến 6 nhóm yếu tố: 1/ Khả năng nhận biết sớm dấu hiệu của các vấn đề SKTT; 2/ Kiến thức và niềm tin về yếu tố nguy cơ/nguyên nhân của các vấn đề SKTT; 3/ Kiến thức và niềm tin về khả năng tự hỗ trợ bản thân (self-help) khi gặp các vấn đề SKTT; 4/ Kiến thức và niềm tin về sự trợ giúp của người có chuyên môn (professional help); 5/ Thái độ của cá nhân về các vấn đề SKTT dẫn đến khả năng nhận biết cũng như dự định tìm kiếm trợ giúp; 6/ Kiến thức về

việc làm sao để tìm kiếm được các thông tin về SKTT. Jorm không nhấn mạnh năng lực SKTT là tổ hợp của 6 yếu tố đó mà có thể mô tả và phân tích riêng biệt cho từng yếu tố. Ngoài ra, trong một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh đến khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT và dự định hỗ trợ các vấn đề đó đóng vai trò quan trọng để xác định năng lực SKTT của cá nhân. Trên cơ sở đó, NCS lựa chọn biến đầu ra cho nghiên cứu của mình là năng lực SKTT được đánh giá dựa trên hai yếu tố nhận biết dấu hiệu và dự định hỗ trợ.

- ✚ **Rối loạn lo âu (Anxiety disorders):** Là một nhóm chứng bệnh, biểu hiện bằng cảm giác lo âu quá mức kéo dài, có ảnh hưởng đến thể chất, cảm xúc và mọi khía cạnh của cuộc sống. Khi tình trạng lo âu kéo dài trong nhiều tuần, nhiều tháng, khi lo âu trở thành mối lo sợ không dứt hoặc bắt đầu cản trở đến cuộc sống hàng ngày thì lúc đó lo âu đã vượt quá phạm vi lo âu bình thường.
- ✚ **Trầm cảm (Depression):** Là một vấn đề về SKTT phổ biến, được xác định bởi việc cá nhân cảm thấy buồn chán, mất hứng thú, cảm thấy mình không có giá trị, bị rối loạn giấc ngủ hoặc ăn uống, luôn cảm thấy mệt mỏi, mất năng lượng, luôn có cảm giác bị quan, kém tập trung, không thực hiện được các hoạt động thường ngày, và có ý định tự tử.

## 1.2. Tổng quan năng lực SKTT về rối loạn lo âu và trầm cảm

- ✚ **Nhận biết dấu hiệu:** Các nghiên cứu đều chỉ ra được tỷ lệ người trẻ tuổi nhận biết được dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm nằm trong khoảng 34% đến >80%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở các nước phương Tây nhận biết dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm cao hơn đối tượng nghiên cứu ở các nước phương Đông. Tương tự như vậy, sinh viên ngành y có khả năng nhận biết dấu hiệu của rối loạn lo âu và trầm cảm tốt hơn sinh viên các ngành khác.
- ✚ **Biện pháp hỗ trợ:** Hỗ trợ được chia thành các nhóm: người hỗ trợ, biện pháp cấp cứu/hỗ trợ ban đầu (first-aid), thuốc hỗ trợ.
- ✚ **Dự định hỗ trợ và các biện pháp hỗ trợ ban đầu (first-aid):** Các biện pháp hỗ trợ được đề cập trong các nghiên cứu bao gồm: lắng nghe để hiểu vấn đề, động viên đối tượng tìm đến người có chuyên môn để được hỗ trợ, tìm gặp bác sĩ, kêu gọi bạn bè tụ tập để làm đối tượng vui lên, làm cho đối tượng bận rộn với việc học, khuyến khích tham gia hoạt động thể chất. Dự định hỗ trợ của các đối tượng nghiên cứu là khác nhau; tuy nhiên, một trong các giải pháp mà nhiều người dự định tìm đến là gọi ý người có vấn đề SKTT đến gặp người có chuyên môn.

## 1.3. Công cụ đo lường năng lực SKTT

Công cụ đo lường năng lực SKTT, có hai loại công cụ chính đã được các nghiên cứu sử dụng: 1/ Công cụ dạng mô tả tình huống (vignette) và 2/ Công cụ dạng thang đo (scale).

- ✚ **Công cụ dạng mô tả tình huống:** Bắt đầu bằng một đoạn mô tả dấu hiệu của một vấn đề SKTT cụ thể, theo sau đó là các câu hỏi về dấu hiệu nhận biết, dự định hỗ trợ, người hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ, thuốc hỗ trợ, biện pháp hỗ trợ ban đầu, biện pháp phòng ngừa, vai trò của người có chuyên môn về SKTT, thái độ đối với người có vấn đề SKTT tương tự như đoạn mô tả, khoảng cách xã hội đối với người có vấn đề SKTT.
- ✚ **Công cụ dạng thang đo:** Công cụ được thiết kế với các câu hỏi và phương án trả lời chia theo thang đo Likert 4 mức hoặc 5 mức hoặc chỉ là Có/Không/Không biết.

NCS lựa chọn công cụ dạng mô tả tình huống của Jorm và cộng sự cho nghiên cứu của mình vì một số lý do sau: 1/ Bộ công cụ có các nội dung rõ ràng để có thể dựa vào đó phát triển nội dung can thiệp; và 2/ Có thể tiếp cận được bộ công cụ gốc và được tác giả cho phép sử dụng không mất phí. Jorm đã gửi cho NCS tham khảo các bộ công cụ mà ông và cộng sự dùng cho khảo sát năm 2011 và cho phép NCS sử dụng tại Việt Nam.

#### **1.4. Tổng quan các can thiệp nâng cao năng lực SKTT của sinh viên**

Các nghiên cứu về can thiệp nâng cao năng lực SKTT mà NCS tổng hợp được, hầu hết các nghiên cứu là dành cho đối tượng đang học ở bậc học phổ thông và các đối tượng người trưởng thành khác, rất hiếm nghiên cứu can thiệp trên đối tượng là sinh viên đại học. Các nghiên cứu can thiệp tập trung vào can thiệp tại trường/lớp học (school/classroom-based), can thiệp sử dụng internet (internet-based), và can thiệp bằng chương trình đào tạo (training-based). Một số can thiệp tại trường/lớp học có sử dụng chương trình đào tạo. Một số ít nghiên cứu can thiệp thực hiện trên đối tượng sinh viên đại học mà NCS tham khảo được là những can thiệp sử dụng internet và can thiệp bằng chương trình đào tạo.

#### **1.5. Phương pháp đánh giá bộ công cụ/thang đo**

Các chỉ số chính được dùng để đo lường chất lượng của một thang đo là tính giá trị và độ tin cậy của thang đo đó. Tính giá trị của một thang đo giúp trả lời câu hỏi liệu thang đo đó có đo lường đúng biến số (construct) cần đo hay không. Độ tin cậy đánh giá sự nhất quán của thang đo khi đo lường biến số cần đo.

##### **1.5.1. Độ tin cậy (reliability)**

Các bộ công cụ được xây dựng để đo lường các biến tổ hợp, đặc biệt trong lĩnh vực khoa học xã hội và hành vi, cần phải được đánh giá về độ tin cậy. Độ tin cậy của công cụ/thang đo thể hiện điểm đo lường của thang đo phải không phụ thuộc vào sai số đo lường, bao gồm cả sai số hệ thống và sai số ngẫu nhiên. Hai chỉ số về độ tin cậy của thang đo thường được sử dụng là sự nhất quán bên trong (internal consistency) và độ tin cậy kiểm định lại (test-retest reliability).

##### **1.5.2. Tính giá trị (validity)**

Khi đánh giá các biến tổ hợp thì việc đánh giá độ tin cậy là không thể thiếu; tuy nhiên, với những bộ công cụ mà thang đo không xây dựng theo kiểu biến tổ hợp thì không nhất thiết phải đánh giá độ tin cậy. Ngoài ra, chỉ đánh giá độ tin cậy cũng không đủ để chứng minh tính giá trị của một bộ công cụ.

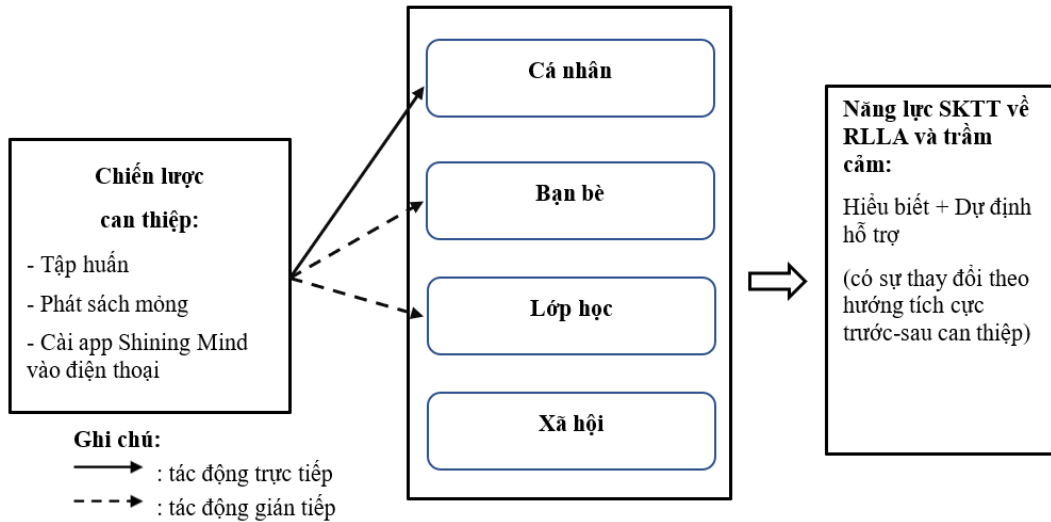
Tính giá trị của một bộ công cụ có thể được chứng thực bởi một nhóm chuyên gia đánh giá tính giá trị bề mặt (face validity) và tính giá trị về nội dung (content validity). Ngoài ra, người ta còn đánh giá tính giá trị của một bộ công cụ bằng cách sử dụng bộ công cụ đó để khảo sát và lấy kết quả khảo sát để đánh giá tính giá trị tiêu chuẩn (criterion validity) và tính giá trị về cấu trúc (construct validity).

Trong nghiên cứu này, *bộ công cụ đo lường năng lực SKTT của Jorm và cộng sự không đo lường năng lực SKTT theo kiểu thang đo/biến tổ hợp nên không áp dụng đánh giá độ tin cậy*. Mỗi câu hỏi gồm các biến khác nhau thể hiện các nội dung khác nhau với các ý nghĩa được phiên giải và ứng dụng khác nhau. Các câu hỏi thể hiện nội dung của một biến riêng biệt nói về một

vấn đề riêng biệt, và những vấn đề này đã được chấp nhận là các nội dung cần có khi nói đến năng lực SKTT. Bên cạnh đó, NCS không tìm được một “chuẩn vàng” nào để có thể đánh giá tính giá trị tiêu chuẩn. Vì vậy, *NCS chỉ thực hiện đánh giá tính giá trị bề mặt, tính giá trị về nội dung và tính giá trị về cấu trúc của bộ công cụ này.*

### 1.6. Khung lý thuyết

NCS xây dựng khung lý thuyết dựa trên hai cơ sở: 1/ Kết quả của các nghiên cứu về năng lực SKTT và 2/ Mô hình lý thuyết Hành động hợp lý và Hành vi có dự định (Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour).



Các hoạt động can thiệp tác động trực tiếp tới cá nhân ĐTNC. Nội dung can thiệp tăng cường hiểu biết của ĐTNC về dấu hiệu của RLLA và trầm cảm; các biện pháp hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm; vai trò của người có chuyên môn về SKTT đối với người mắc RLLA và trầm cảm. Từ đó làm thay đổi dự định hỗ trợ của họ (chính là tạo ra sự thay đổi về năng lực SKTT). Bên cạnh đó, các hoạt động can thiệp cũng tạo ra những thay đổi gián tiếp ở bạn bè cũng như trong môi trường lớp học.

## CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Sinh viên đang theo học tại Khoa Xã hội học từ năm thứ 1 đến năm thứ 4.

**2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Tại hai trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn (ĐHKHXHNV) và Học viện Báo chí và Tuyên truyền (HVBCTT).

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp đánh giá trước-sau có nhóm chứng, kết hợp hai phương pháp định lượng và định tính được tiến hành đồng thời. Nghiên cứu được thực hiện theo 3 giai đoạn: trước can thiệp, thực hiện can thiệp, và sau can thiệp:

- Giai đoạn 1:** Tiến hành nghiên cứu cắt ngang để khảo sát năng lực sức khỏe tâm thần (SKTT) của sinh viên hai Khoa đồng thời tiến hành đánh giá tính giá trị của bộ công cụ.
- Giai đoạn 2:** Thiết kế các hoạt động/tài liệu can thiệp thử nghiệm trên nhóm sinh viên Khoa Xã hội học, trường ĐHKHXHNV. Khoa Xã hội học, HVBCTT là nhóm chứng.
- Giai đoạn 3:** Can thiệp và đánh giá kết thúc chương trình can thiệp.

Về lý thuyết, thiết kế can thiệp so sánh trước-sau có theo dõi và đo lường lặp lại trên cùng các đối tượng được đánh giá là thiết kế tốt hơn so với 2 thiết kế cắt ngang ở 2 thời điểm trước và sau can thiệp. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu của Lee S. Caplan và cộng sự (1995) đã chỉ ra rằng cả hai thiết kế này đều có thể trả lời được hầu hết các câu hỏi nghiên cứu về hiệu quả của các can thiệp, đặc biệt là các can thiệp cộng đồng. Trong nghiên cứu này, NCS đã cân nhắc tính khả thi của việc theo dõi và thu thập lại thông tin sau can thiệp của các ĐTNC ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. Thực tế cho thấy cách làm này không khả thi do các lớp học không cố định, sinh viên học theo tín chỉ và thời gian học của các môn/lớp rất khác nhau. Như vậy, thiết kế với hai lần nghiên cứu cắt ngang ở hai thời điểm trước và sau can thiệp được lựa chọn với các lý do:

- Hiệu quả can thiệp của nghiên cứu được đánh giá ở cấp độ cộng đồng, không phải ở cấp độ cá nhân. Nghĩa là câu hỏi nghiên cứu về hiệu quả của can thiệp là can thiệp đã thay đổi tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm của quần thể ĐTNC, không phải đánh giá sự thay đổi việc nhận biết của từng cá nhân.
- Không cần theo dõi đối tượng từ giai đoạn trước cho đến sau can thiệp vì khó khả thi như trình bày ở trên. Điều này cũng sẽ hạn chế tỷ lệ không trả lời ở cả hai giai đoạn.

## 2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

### 2.4.1. Nghiên cứu định lượng

Đề đạt được mục tiêu 1 "*Đánh giá tính giá trị của bộ công cụ đo lường năng lực SKTT*", đồng thời khảo sát năng lực SKTT của ĐTNC, đề tài chọn mẫu toàn bộ sinh viên từ năm 1 đến năm 4 tại hai trường đại học đã nêu. Số lượng sinh viên tham gia điền bộ câu hỏi để đánh giá mục tiêu 1 là 724 sinh viên (446 sinh viên của ĐHKHXHNV và 278 sinh viên của HVBCCT).

Để đạt được mục tiêu 2 "*Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT của sinh viên xã hội học tại Hà Nội*", đề tài chọn thử nghiệm can thiệp trên sinh viên Khoa Xã hội học của trường ĐHKHXHVN và so sánh với nhóm chứng là sinh viên Khoa Xã hội học của HVBCCT.

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cho một nhóm;
- Mức ý nghĩa  $\alpha=0,5$  (độ tin cậy 95%), kiểm định một phía do giả định năng lực SKTT của sinh viên tăng lên sau can thiệp;
- Lực kiểm định  $(1-\beta) = 90\%$ ;
- P1: Tỷ lệ trước can thiệp: Theo kết quả từ một nghiên cứu của NCS và cộng sự, tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm lần lượt là 35,9% và 32,4%. Như vậy, ở đây có giá trị P1.1=0,36 và giá trị P1.2=0,32. Để có được cỡ mẫu lớn nhất cho can thiệp, đề tài quyết định chọn giá trị P1=0,36.
- P2: Tỷ lệ thay đổi sau can thiệp: P2=0,6.



- Mẫu điều tra tối thiểu  $n=73$  sinh viên.

Ước lượng tỷ lệ không tham gia, điền phiếu không đạt yêu cầu... khoảng 10%, mẫu điều tra tại mỗi trường được lấy tròn là 83 sinh viên. Do nghiên cứu thực hiện tại trường học nên tính thêm hiệu lực mẫu  $DE=2$  cho mẫu cụm (lớp học). Như vậy, cỡ mẫu của mỗi trường là 166 sinh viên.

Vì đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên về chủ đề này trên nhóm sinh viên đại học nên đề tài quyết định chọn mẫu toàn bộ sinh viên năm 2 và năm 3 của ĐHKHXHNV vào chương trình can thiệp thử nghiệm với mong muốn toàn bộ sinh viên được tham gia chương trình can thiệp mà đề tài thực hiện. Vào thời điểm can thiệp, sinh viên năm 1 chưa được đánh giá ban đầu, sinh viên năm 4 đi thực tập và chuẩn bị tốt nghiệp, không còn học tại trường. Việc thu thập số liệu ở HVBCCTT (nhóm chứng) cũng được thực hiện trên sinh viên năm 2 và năm 3.

#### **2.4.2. Nghiên cứu định tính**

Thông tin định tính được thu thập qua kỹ thuật thảo luận nhóm (TLN). Tại mỗi trường, NCS thực hiện 01 cuộc TLN với 6-8 sinh viên năm 1 và năm 2; 01 cuộc TLN với sinh viên năm 3 và năm 4. Tổng số có 04 cuộc TLN tại 2 trường. Đánh giá sau can thiệp cũng thực hiện 04 cuộc TLN tại 2 trường. Như vậy, tổng cộng trước và sau can thiệp là 8 cuộc TLN với tối đa 64 sinh viên.

### **2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu**

**2.5.1. Nghiên cứu định lượng:** Sử dụng bộ câu hỏi tự điền được hiệu chỉnh từ bộ công cụ của Jorm, 2011.

**2.5.2. Nghiên cứu định tính:** Sử dụng hướng dẫn TLN, trong đó TLN sau can thiệp có bổ sung nội dung đánh giá các hoạt động can thiệp.

### **2.6. Biến số và chủ đề nghiên cứu**

#### **2.6.1. Biến số định lượng:**

- Nhóm biến số về năng lực SKTT: Nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm và dự định hỗ trợ; Hiểu biết về người hỗ trợ; Hiểu biết về biện pháp hỗ trợ ban đầu; Hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT.
- Nhóm biến số về hoạt động truyền thông tăng cường hiểu biết về RLLA và trầm cảm (chỉ đối với trước can thiệp).
- Nhóm biến số đánh giá các hoạt động truyền thông tăng cường hiểu biết về RLLA và trầm cảm (chỉ đối với sau can thiệp).
- Nhóm biến số về thông tin chung của ĐTNCC.

#### **2.6.2. Chủ đề nghiên cứu định tính:**

- Thái độ của sinh viên đối với người có vấn đề về SKTT.
- Các yếu tố có thể ảnh hưởng (tích cực và tiêu cực) đến dự định tìm kiếm sự trợ giúp nếu người thân/bạn bè có dấu hiệu của các vấn đề SKTT.
- Các loại hình tài liệu truyền thông phù hợp để chuyển tải các thông tin về SKTT đến sinh viên (đối với trước can thiệp).
- Ưu/nhược điểm của các hoạt động can thiệp (đối với sau can thiệp).

- Bài học kinh nghiệm rút ra từ các hoạt động can thiệp (đối với sau can thiệp).

## 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

**2.7.1. Nghiên cứu định lượng:** Phân tích số liệu định lượng sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Stata 14, bao gồm:

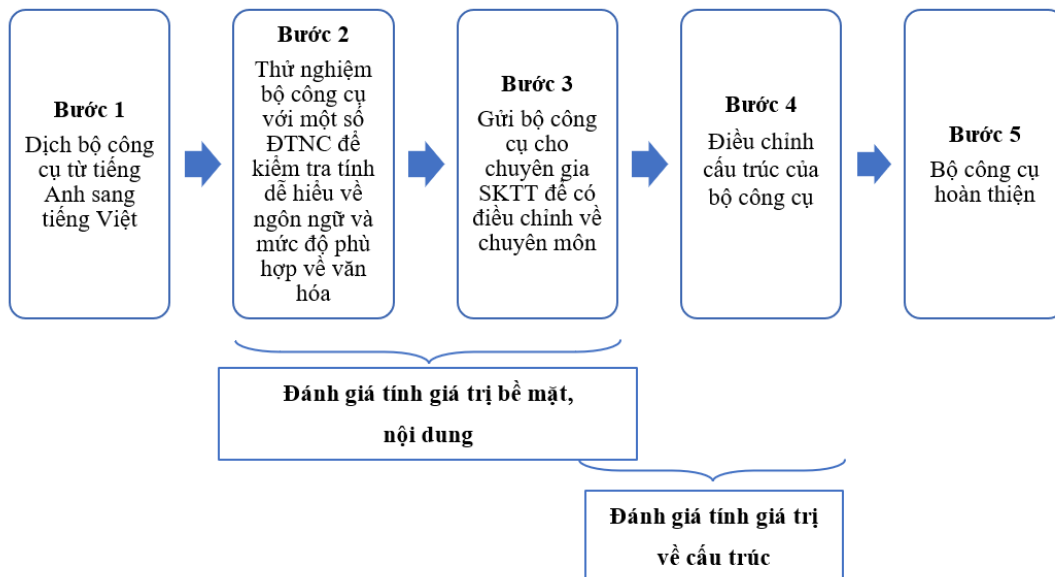
- Thống kê mô tả: tần số, tính tỷ lệ phần trăm...
- Thống kê phân tích: so sánh tỷ lệ với kiểm định  $\chi^2$  để so sánh kết quả trước và sau can thiệp.

Trong quá trình xử lý số liệu, biến số mới (năng lực SKTT) được tạo ra dựa trên việc kết hợp hai biến số “nhận biết dấu hiệu” và “dự định hỗ trợ” để phục vụ cho việc mô tả năng lực SKTT của ĐTNC và đánh giá kết quả của can thiệp.

Sử dụng kỹ thuật phân tích “khác biệt trong khác biệt” (Difference-in-Differences - DID) để đánh giá kết quả can thiệp chính xác hơn khi loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

### ✚ Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ

NCS tham khảo và hiệu chỉnh bộ công cụ về trầm cảm sử dụng cho nhóm thanh thiếu niên (15-25 tuổi) của Jorm và cộng sự sử dụng trong khảo sát năm 2011 tại Úc (được tác giả cho phép và chia sẻ bộ công cụ) và phát triển thêm đoạn mô tả vấn đề RLLA. Quá trình đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ được sử dụng cho nghiên cứu này được thực hiện theo các bước như sau:



### Bước 1. Dịch bộ công cụ sang tiếng Việt

Bộ công cụ gốc tiếng Anh được sử dụng là của nhóm 15-25 tuổi. NCS đã đổi tên nhân vật trong tình huống thành Hùng cho phù hợp hơn với người Việt và điều chỉnh số tuổi để phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học. Trên cơ sở bộ công cụ về trầm cảm, NCS đã tự xây dựng bộ công cụ về RLLA. NCS đã dựa vào tài liệu Phân loại bệnh tật quốc tế (ICD-10) để phát triển đoạn mô tả về RLLA.

## Bước 2. Thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC

NCS đến Khoa Xã hội học của trường ĐHKHXHNV và HVBC TT, nhờ lớp trưởng của một lớp ngẫu nhiên mời 10 sinh viên của mỗi trường đọc bộ câu hỏi để xem khi được dịch sang tiếng Việt, câu từ trong bộ câu hỏi có dễ hiểu không và có phù hợp với văn hóa của Việt Nam cũng như phù hợp với đối tượng sinh viên hiện nay không. 10 sinh viên của mỗi trường tham gia thử nghiệm bộ câu hỏi một cách tự nguyện.

## Bước 3. Gửi bộ công cụ cho chuyên gia SKTT

NCS gửi bộ công cụ cho hai chuyên gia về SKTT: một người hiện đang làm việc tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai; một người đã từng là giảng viên của Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội. NCS lựa chọn một người có chuyên môn về tâm lý và một người có chuyên môn về tâm thần để đảm bảo các ý kiến góp ý cho bộ công cụ đảm bảo đúng về chuyên môn bệnh (đặc biệt là đoạn mô tả dấu hiệu của RLLA và trầm cảm) nhưng vẫn dễ hiểu với ĐTNC.

## Bước 4. Điều chỉnh cấu trúc của bộ công cụ

Tính giá trị về nội dung đã được trình bày cụ thể trong bước 2 và bước 3 phía trên. Tính giá trị về cấu trúc cũng đã được đề cập trong quá trình tiến hành ba bước nói trên. Các ý kiến trong quá trình thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT cũng được sử dụng để điều chỉnh về cấu trúc của bộ công cụ sử dụng cho nghiên cứu này.

## Bước 5. Hoàn thiện bộ công cụ

Sau khi thử nghiệm với sinh viên và tham khảo ý kiến của chuyên gia SKTT, NCS đã hoàn thiện bộ công cụ để chuẩn bị sử dụng cho khảo sát ban đầu.

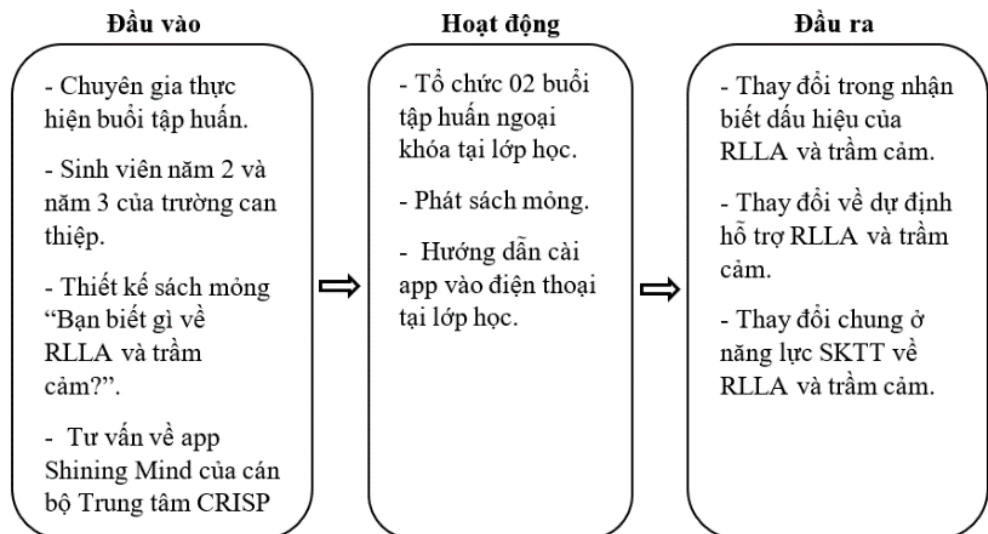
## ✚ Đánh giá sau can thiệp

NCS sử dụng kỹ thuật phân tích “khác biệt trong khác biệt” (Difference-in-Differences - DID) để đánh giá kết quả can thiệp.

### 2.7.2. Nghiên cứu định tính

Thông tin thu được từ các cuộc thảo luận nhóm được ghi âm, gõ băng, mã hóa theo chủ đề, tổng hợp và phân tích không sử dụng phần mềm.

## 2.8. Khung logic của chương trình can thiệp



## 2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định số 366/2017YTCC-HĐ3 ngày 29/9/2017.

Nghiên cứu đảm bảo bí mật thông tin cá nhân của ĐTNC: bộ câu hỏi không có tên ĐTNC, công bố thông tin mang tính khuyết danh.

## CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đánh giá tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ

#### *Bước 1. Dịch bộ công cụ từ tiếng Anh sang tiếng Việt*

Bộ công cụ gốc tiếng Anh được sử dụng là của nhóm 15-25 tuổi. NCS đã đổi tên nhân vật trong đoạn mô tả trường hợp thành Hùng cho phù hợp hơn với người Việt và điều chỉnh số tuổi để phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học.

Trên cơ sở bộ công cụ về trầm cảm, NCS đã tự xây dựng bộ công cụ về RLLA.

*Linh - một nữ sinh viên 20 tuổi - luôn cảm thấy bất an với những chuyện xảy ra xung quanh cô. Việc này bắt đầu xảy ra trong 1-2 tuần gần đây. Nhiều lúc cô không dám ra khỏi nhà vì sợ có chuyện gì đó sẽ xảy ra với mình. Trong khi mọi người cảm thấy bình thường thì cô luôn lo lắng về mọi thứ.*

Các câu hỏi phía dưới đoạn mô tả hoàn toàn giống với mô tả tình huống trầm cảm.

#### *Bước 2. Thử nghiệm bộ công cụ với ĐTNC*

Về câu chữ dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt không gây khó hiểu đối với ĐTNC. Tuy nhiên, sinh viên nhận xét một số phương án lựa chọn/câu trả lời không phù hợp với văn hóa của Việt Nam. Chính những câu trả lời này gây khó hiểu cho họ khi điền bộ câu hỏi. Dựa trên những ý kiến nhận xét này, NCS điều chỉnh lại bộ câu hỏi cho phù hợp hơn với bối cảnh văn hóa của Việt Nam

#### *Bước 3. Gửi bộ công cụ cho chuyên gia về SKTT*

Sau khi đọc bộ công cụ, hai chuyên gia có điều chỉnh hai đoạn mô tả vấn đề cho ngắn gọn hơn và mô tả đúng dấu hiệu của RLLA và trầm cảm. Kết quả điều chỉnh thể hiện chi tiết ở bảng 3.2.

**Bảng 3.1. Kết quả thử nghiệm đoạn mô tả RLLA và trầm cảm với chuyên gia**

	<b>Trước thử nghiệm với chuyên gia</b>	<b>Sau thử nghiệm với chuyên gia</b>
RLLA	Linh - một nữ sinh viên 20 tuổi - luôn cảm thấy lo lắng với những chuyện xảy ra xung quanh cô. Việc này bắt đầu xảy ra trong 1-2 tuần gần đây. Nhiều lúc cô không dám ra khỏi nhà vì sợ có chuyện gì đó sẽ xảy ra với mình. Trong khi mọi người cảm thấy bình thường thì cô luôn lo lắng về mọi thứ.	Linh là một nữ sinh viên 20 tuổi. Khoảng 5-6 tháng gần đây cô luôn cảm thấy lo lắng về những chủ đề không đáng phải lo lắng và không kiểm soát được tình trạng này. Nhiều lúc cô cảm thấy bồn chồn, bất an, và khó tập trung. Điều này ảnh hưởng khá nhiều đến việc học tập của Linh.
Trầm cảm	Hùng là một cậu bé 15 tuổi. Vài tuần gần đây cậu thường cảm thấy buồn một cách bất thường và cảm thấy mình thật khổ sở.	Hùng là một nam sinh viên 20 tuổi. Vài tháng gần đây, cậu thường có cảm giác buồn rầu và giảm đi các ham thích trước

	<b>Trước thử nghiệm với chuyên gia</b>	<b>Sau thử nghiệm với chuyên gia</b>
	Hùng luôn cảm thấy mệt mỏi và đêm thì không ngủ được. Cậu không muốn ăn và bị giảm cân. Cậu không tập trung vào việc học được và bị điểm kém. Hùng không muốn quyết định bất kỳ điều gì và thậm chí những việc thường ngày vẫn làm cũng trở thành gánh nặng với cậu. Bố mẹ và bạn bè của Hùng rất lo lắng cho tình trạng của cậu	đây. Cậu luôn cảm thấy mệt mỏi, giảm đi các hoạt động, ăn uống kém và bị sút cân. Tình trạng này đã ảnh hưởng tới việc học của Hùng đến mức nhà trường phải liên hệ với gia đình để trao đổi về tình trạng của cậu.

Ngoài ra, hai chuyên gia cũng điều chỉnh một số câu trả lời và phương án lựa chọn cho các câu hỏi.

#### **Bước 4. Điều chỉnh cấu trúc của bộ công cụ**

Tính giá trị về nội dung đã được trình bày cụ thể trong bước 2 và bước 3 phía trên. Tính giá trị về cấu trúc cũng đã được đề cập trong quá trình tiến hành ba bước nói trên. Các ý kiến trong quá trình thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT cũng được sử dụng để điều chỉnh về cấu trúc của bộ công cụ sẽ sử dụng cho nghiên cứu này. Cụ thể như sau:

Câu hỏi về thuốc hỗ trợ trầm cảm: Theo ý kiến của ĐTNC, các phương án lựa chọn về thuốc hỗ trợ khá là khó trả lời với sinh viên vì họ không hiểu về các loại thuốc này. Trong quá trình thử nghiệm bộ câu hỏi với ĐTNC, sinh viên cũng đưa ra một số ý kiến như sau:

*“Em nghĩ là không nên hỏi về thuốc vì bọn em không biết gì đâu. Như em chẳng hạn, đọc về thuốc hỗ trợ thì cũng chọn bừa vì thực sự không biết nó là gì”* (Nữ, ĐHKHXHNV, năm 1).

*“Vitamin thì em biết, các loại kia thì em chịu. Cái John’s wort là cái gì hả chị?”* (Nữ, ĐHKHXHNV, năm 2).

Có ĐTNC còn hỏi về việc tự đi mua thuốc về uống. Điều này khá phù hợp với văn hóa của người Việt Nam là tự chữa bệnh, tự đi mua thuốc về uống.

Khi thử nghiệm với chuyên gia SKTT, các chuyên gia cũng nêu ý kiến bản khoản liên quan đến câu hỏi về thuốc và sự phù hợp của nó với bối cảnh của Việt Nam.

*“Không nên để câu hỏi về thuốc vào bộ công cụ này. Thuốc là phải bác sĩ chỉ định chứ có phải tự đi mua về uống được đâu. Vitamin linh tinh thì được, nhưng chống trầm cảm với an thần với chống loạn thần đâu có dễ mua. Mà nói thật sinh viên chắc cũng không biết về mấy loại này đâu. Thế nên tốt nhất là bỏ câu này đi”* (Chuyên gia 2).

Ở câu hỏi về quan điểm của bản thân ĐTNC và quan điểm của ĐTNC về suy nghĩ của những người xung quanh đối với người mắc trầm cảm, có 9 quan điểm được nêu ra. Cả ĐTNC và các chuyên gia đều đề xuất bỏ quan điểm “Tôi sẽ không bỏ phiếu cho chính trị gia nào có vấn đề SKTT giống Hùng/Linh” vì không phù hợp với bối cảnh xã hội của Việt Nam.

Về các phương án lựa chọn của các câu hỏi về kiến thức: Ở bộ câu hỏi gốc, các phương án lựa chọn được chia theo 5 mức độ: Giúp đỡ được, Có tác động tiêu cực, Không tốt không xấu,

Phân vân, Không biết. Sau thử nghiệm, cả ĐTNC và chuyên gia đều thống nhất các phương án lựa chọn được điều chỉnh lại còn 4 lựa chọn: Giúp đỡ được, Có tác động tiêu cực, Phân vân, và Không biết.

Các câu hỏi về yếu tố nguy cơ của RLLA và trầm cảm, dự định hỗ trợ, thông tin chung của ĐTNC và nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm do NCS tự xây dựng.

### **Bước 5. Hoàn thiện bộ công cụ**

Sau khi thử nghiệm với sinh viên và tham khảo ý kiến của chuyên gia SKTT, NCS đã hoàn thiện bộ công cụ để chuẩn bị sử dụng cho khảo sát ban đầu.

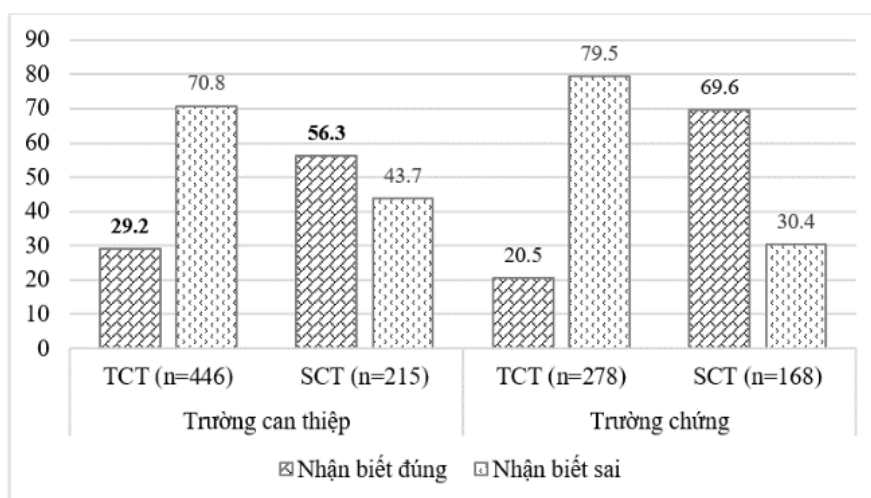
## **3.2. Đánh giá sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm của ĐTNC**

### **3.2.1. Thông tin chung về ĐTNC**

Nghiên cứu thực hiện trên đối tượng sinh viên Khoa Xã hội học với 724 sinh viên giai đoạn trước can thiệp (TCT) và 383 sinh viên giai đoạn sau can thiệp (SCT). Đánh giá SCT trên 215 sinh viên năm 2 và năm 3 của ĐHKHXNV (trường can thiệp). Vào thời điểm SCT có 168 sinh viên năm 2 và năm 3 của HVBCTT (trường chứng) cũng tham gia khảo sát (Bảng 3.3 trong luận án).

### **3.2.2. Nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm, trước và sau can thiệp**

Khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm được mã hóa lại thành biến có hai giá trị “nhận biết đúng” và “nhận biết sai”. Nếu ĐTNC chọn đúng RLLA cho tình huống RLLA và chọn đúng trầm cảm cho tình huống có nghĩa là ĐTNC “nhận biết đúng”, các phương án còn lại là “nhận biết sai”.



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của RLLA, theo nhóm trường, trước và sau can thiệp**

Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA SCT ở trường can thiệp là 56,3%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 29,2% ( $p < 0,001$ ). Ở trường chứng, tỷ lệ này SCT cũng cao hơn so với TCT, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm SCT ở trường can thiệp là 58,1%, cao hơn có ý nghĩa so với TCT là 44,2% ( $p < 0,01$ ). Ở trường chứng, tỷ lệ này SCT cũng cao hơn so với TCT, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). (Biểu đồ 3.3 và 3.5).

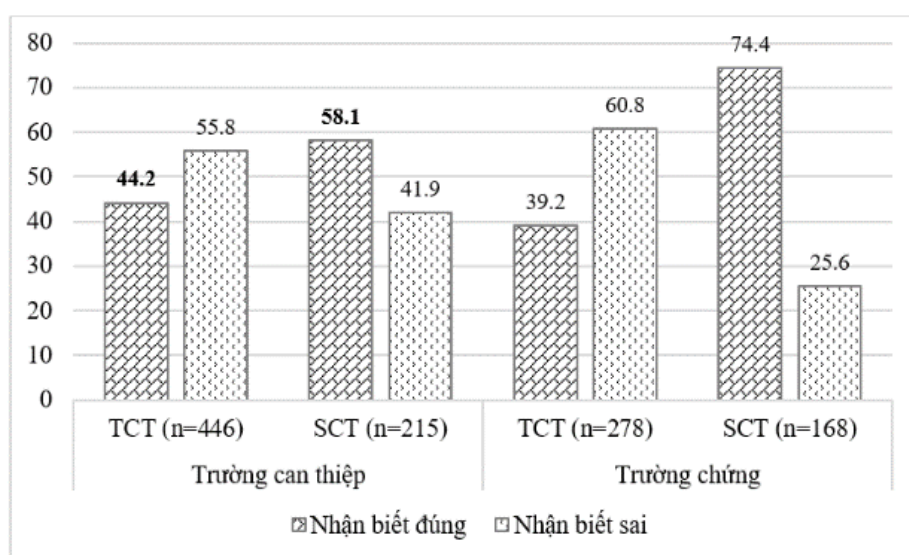
Tỷ lệ ĐTNC dự định làm gì đó để hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm khá cao (>80%) (Bảng 3.4).

**Bảng 3.2. Tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm**

Stt	Biến số	Trường can thiệp		Trường chứng	
		TCT n (%)	SCT n (%)	TCT n (%)	SCT n (%)
1.	RLLA*	398 (90,5)	181 (84,2)	254 (92,4)	154 (92,2)
2.	Trầm cảm*	401 (90,9)	184 (85,6)	249 (90,2)	150 (89,8)

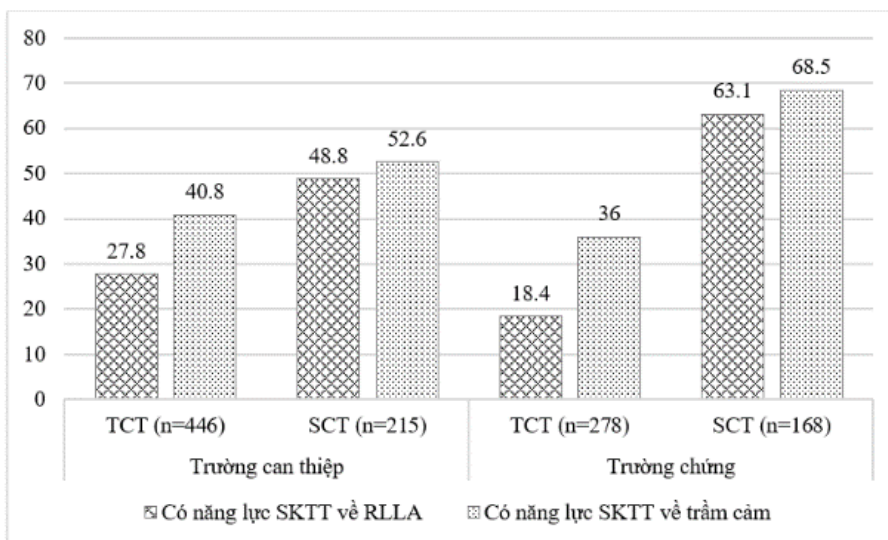
**Ghi chú:**

\*: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ở trường can thiệp, trước-sau can thiệp với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm, theo nhóm trường, trước và sau can thiệp**

**Năng lực SKTT được được xác định dựa trên việc kết hợp hai khía cạnh: nhận biết đúng dấu hiệu và có dự định hỗ trợ.** Tại trường can thiệp, tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về RLLA SCT là 48,8%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 27,8% ( $p < 0,001$ ); tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về trầm cảm sau can thiệp là 52,6%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 40,8% ( $p < 0,01$ ). Tại trường chứng, tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về RLLA ở giai đoạn sau can thiệp là 63,1%, cao hơn có ý nghĩa so với giai đoạn trước can thiệp là 18,4% ( $p < 0,001$ ); tỷ lệ sinh viên có năng lực SKTT về trầm cảm giai đoạn sau can thiệp là 68,5%, cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 36,0% ( $p < 0,001$ ) (Biểu đồ 3.7).



**Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ ĐTNC có năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm theo trường, trước và sau can thiệp**

### 3.2.3. Hiểu biết về người trợ giúp cho người mắc RLLA và trầm cảm

Tại trường can thiệp, giai đoạn TCT, có hơn 80% số sinh viên tin rằng người có thể giúp đỡ được đối với cả RLLA và trầm cảm là: nhà tâm lý, bạn thân, người gần gũi nhất trong gia đình, và người làm tư vấn. Đường dây tư vấn tâm lý, nhân viên công tác xã hội, giáo viên là những lựa chọn của hơn 70% số sinh viên về người có thể hỗ trợ RLLA. Đến giai đoạn SCT, những lựa chọn ưu tiên nhất vẫn là nhóm 4 người như TCT; tuy nhiên, thứ tự ưu tiên có sự thay đổi: nhà tâm lý, người làm tư vấn, người gần gũi nhất trong gia đình, và bạn thân (Bảng 3.5 và 3.6).

Trong các TLN, khá nhiều bạn sinh viên nói rằng gia đình và những người bạn thân đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống của họ. Nhiều bạn ở nhà vẫn có thói quen nói chuyện với mẹ, khi đi học đại học không có điều kiện được ở gần nhà với bố mẹ nên đôi lúc cũng thấy nhớ nhà.

“Mẹ em ở nhà tâm lý lắm chị ạ. Em nhớ là từ bé, từ hồi học tiểu học em đã hay kể chuyện với mẹ mỗi khi đi học về. Lâu dần thành thói quen, về nhà không nói gì với mẹ là không chịu được (cười!). Bây giờ em lên đây đi học em nhớ mẹ lắm vì chẳng có mẹ ở bên cạnh để nói chuyện nữa. Thế nên ngày nào em cũng phải gọi điện thoại về nhà cho mẹ em” (TLN1, trường can thiệp, nữ, năm thứ 1).

### 3.2.4. Hiểu biết về biện pháp hỗ trợ cho người mắc RLLA và trầm cảm

Ở trường có can thiệp, giai đoạn TCT, lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ là 4 biện pháp được hơn 65% số sinh viên lựa chọn làm biện pháp hỗ trợ cho RLLA. Đến giai đoạn SCT, 4 biện pháp này vẫn là lựa chọn ưu tiên nhất; tuy nhiên, thứ tự có sự thay đổi: lắng nghe vấn đề của Linh, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ (Bảng 3.7).



Vẫn có một tỷ lệ nhỏ (<10%) sinh viên ở giai đoạn TCT lựa chọn hai biện pháp mang tính tiêu cực: *nói với Linh một cách kiên quyết về việc phải điều chỉnh hành vi của mình và mặc kệ để Linh tự vượt qua vấn đề*. SCT, tỷ lệ sinh viên cho rằng hai biện pháp này là biện pháp hỗ trợ được cho RLLA đã giảm, trong đó, biện pháp mặc kệ để Linh tự vượt qua vấn đề không còn sinh viên nào lựa chọn. Sự thay đổi về tỷ lệ này có ý nghĩa SCT so với TCT ( $p<0,001$ ).

Với vấn đề trầm cảm, sự lựa chọn của ĐTNC trước-sau can thiệp cũng tập trung vào các biện pháp: *lắng nghe vấn đề của Linh, khuyến khích Linh tham gia hoạt động thể thao, tìm đến người có chuyên môn để được giúp đỡ, và chủ động tìm đến bác sĩ để nhờ hỗ trợ*. SCT, cả 4 biện pháp hỗ trợ này vẫn được sinh viên lựa chọn nhiều nhất với tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa so với TCT ( $p<0,05$  và  $p<0,01$ ).

Biện pháp *mặc kệ để Hùng tự vượt qua vấn đề* là một biện pháp mang tính tiêu cực đối với vấn đề trầm cảm; tuy nhiên, ở giai đoạn TCT vẫn có 7,0% sinh viên lựa chọn là biện pháp hỗ trợ. SCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn biện pháp có giảm đi nhưng sự thay đổi về tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.8).

### **3.2.5. Hiểu biết về các hoạt động tự giúp mình (self-help) để thoát khỏi tình trạng RLLA và trầm cảm**

Ở trường can thiệp, giai đoạn TCT, những hoạt động được phần đông sinh viên (>70%) tin là nếu một người mắc RLLA thực hiện sẽ tự giúp mình vượt qua được tình trạng này gồm có: *Tham gia lớp học thư giãn/kiểm soát căng thẳng/thiền/yoga, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Vận động thể chất nhiều hơn, Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải*. Đến giai đoạn SCT, 5/6 hoạt động tự giúp (trừ Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào) vẫn được số đông sinh viên lựa chọn; tuy nhiên, thứ tự ưu tiên có sự thay đổi (Bảng 3.9).

Với vấn đề trầm cảm, TCT, sinh viên của trường can thiệp lựa chọn các hoạt động tự hỗ trợ sau (thứ tự ưu tiên giảm dần): *Tham gia lớp học thư giãn, Kiểm soát stress/ thiền/yoga/kiểm soát sự căng thẳng, Đi chơi/gặp gỡ bạn bè nhiều hơn, Tư vấn chuyên gia về SKTT, Vận động thể chất nhiều hơn, Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải, Tìm hiểu xem những người có cùng vấn đề như mình ứng phó thế nào*. Ở giai đoạn SCT, 6/7 hoạt động (ngoại trừ Tìm đọc về vấn đề mình đang gặp phải) vẫn được sinh viên lựa chọn với thứ tự ưu tiên có sự thay đổi ở một số hoạt động. Theo đó, SCT, tỷ lệ sinh viên lựa chọn *Tư vấn chuyên gia về SKTT* cao hơn (93,5%) có ý nghĩa so với TCT (85,7%) ( $p<0,05$ ) (Bảng 3.10).

### **3.2.6. Hiểu biết về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc trợ giúp vấn đề RLLA và trầm cảm**

Trước can thiệp, phần lớn ĐTNC ở trường can thiệp (43,2%) cho rằng nếu có sự trợ giúp của người có chuyên môn về SKTT, vấn đề RLLA sẽ *hồi phục một phần nhưng vẫn có thể tái diễn*. Sau can thiệp, hiểu biết của ĐTNC về vai trò của người có chuyên môn về SKTT tốt hơn, thể hiện ở 45,6% tin rằng vấn đề RLLA sẽ *hồi phục hoàn toàn nhưng vẫn có thể tái diễn* ( $p<0,001$ ) (Bảng 3.11).

### 3.2.7. Thái độ đối với RLLA và trầm cảm

Với 8 quan điểm được nêu ra (bảng 3.15), mức độ đồng ý của sinh viên trường can thiệp, ở giai đoạn SCT, với các quan điểm nêu ra có xu hướng giảm, một số tỷ lệ giảm có ý nghĩa (với  $p < 0,01$  và  $p < 0,001$ ). Tuy nhiên, tỷ lệ sinh viên đồng ý rằng những người mắc RLLA là những người nguy hiểm tăng lên có ý nghĩa SCT so với TCT ( $p < 0,01$ ). Ngoài ra, vẫn còn có một tỷ lệ nhỏ sinh viên trường can thiệp đồng ý với quan điểm sẽ không nói cho ai biết nếu bản thân mắc RLLA và không làm việc cùng những người bị RLLA. Hai tỷ lệ này cũng tăng lên ở SCT so với TCT ( $p > 0,05$ ).

Đối với trầm cảm, tỷ lệ sinh viên của trường can thiệp đồng ý với các quan điểm nêu ra về trầm cảm (bảng 3.16), SCT, có xu hướng giảm so với TCT ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, với quan điểm người mắc trầm cảm là người nguy hiểm, tỷ lệ sinh viên đồng ý tăng SCT so với TCT ( $p > 0,05$ ). Ở trường chứng, tỷ lệ sinh viên đồng ý với các quan điểm về trầm cảm cũng có xu hướng giảm ở hai thời điểm thu thập số liệu; tuy nhiên, với quan điểm người mắc trầm cảm là người khó dự đoán về hành vi, tỷ lệ sinh viên đồng ý tăng lên SCT so với TCT ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.8. Đánh giá kết quả can thiệp về năng lực SKTT của ĐTNC trước-sau can thiệp

Nghiên cứu sử dụng phương pháp DID để đánh giá kết quả của can thiệp ở trường can thiệp và trường chứng. Các biến được đưa vào mô hình bao gồm: Can thiệp; Thời gian; Can thiệp x Thời gian. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để thực hiện phân tích DID.

Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm cho thấy can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu RLLA của sinh viên lên 4,5 lần SCT so với TCT ( $1,6 * 2,84 = 4,5$ ; Bảng 3.17). Tương tự như vậy, can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở sinh viên lên hơn 3,2 lần SCT so với TCT ( $1,23 * 2,6 = 3,2$ ; Bảng 3.18).

**Bảng 3.3. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng**

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,6	1,12	2,78	0,01
Thời gian (trước/sau)	3,13	2,23	4,39	<0,001
Can thiệp x Thời gian	2,84	1,63	4,95	<0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107				
Giá trị p của mô hình: $p < 0,001$				

**Bảng 3.4. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến nhận biết dấu hiệu của trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng**

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,23	0,90	1,64	0,2
Thời gian (trước/sau)	1,75	1,26	2,44	0,001

Can thiệp x Thời gian	2,6	1,50	4,38	0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107 Giá trị p của mô hình: p<0,05				

Can thiệp làm tăng năng lực SKTT về RLLA của sinh viên lên 5,3 lần SCT so với TCT ( $1,71 \times 3,1 = 5,3$ ; Bảng 3.19). Tương tự như vậy, can thiệp có khả năng làm tăng năng lực SKTT về trầm cảm của sinh viên lên gần 3 lần SCT so với TCT ( $1,23 \times 2,4 = 2,95$ ; Bảng 3.20).

**Bảng 3.5. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về RLLA của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng**

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,71	1,19	2,48	0,004
Thời gian (trước/sau)	2,47	1,77	3,48	<0,001
Can thiệp x Thời gian	3,1	1,77	5,33	<0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107 Giá trị p của mô hình: p<0,001				

**Bảng 3.6. Kết quả phân tích DID đánh giá kết quả của can thiệp đến năng lực SKTT về trầm cảm của ĐTNC ở trường can thiệp và trường chứng**

Các yếu tố	OR	KTC 95% của OR		p
Can thiệp (chứng/can thiệp)	1,23	0,90	1,67	0,19
Thời gian (trước/sau)	1,60	1,16	2,23	0,005
Can thiệp x Thời gian	2,4	1,42	4,05	0,001
Cỡ mẫu phân tích: n=1.107 Giá trị p của mô hình: p<0,001				

## CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Bàn luận về đối tượng nghiên cứu

ĐTNC của luận án là sinh viên Khoa Xã hội học của hai trường ĐHKHXHNV (trường can thiệp) và HVBC TT (trường chứng). Vì nguồn lực có hạn nên NCS không có điều kiện chọn ĐTNC đa dạng theo các nhóm ngành học. Đây là một trong những hạn chế của nghiên cứu này. Sinh viên học nhóm ngành y vẫn được giả định là nhóm có kiến thức về các vấn đề SKTT tốt hơn các ngành học khác. Một số nghiên cứu về năng lực SKTT của sinh viên nhóm ngành y trên thế giới và Việt Nam đã khẳng định giả thuyết này. Nghiên cứu của Santushi D. Amarasuriya (2015) tại Sri Lanka thực hiện trên nhóm ĐTNC đa dạng về ngành học cho thấy nhóm sinh viên học kỹ thuật và khoa học xã hội có hiểu biết về trầm cảm kém hơn nhóm học ngành y. Trong một nghiên cứu khác của NCS và cộng sự (2018) trong nhóm sinh viên học y tế công cộng và xã

hội học cũng cho thấy nhóm học y tế công cộng có kiến thức tốt hơn nhóm học xã hội học. Kết hợp những lý do nói trên, NCS chọn ĐTNC cho can thiệp thử nghiệm này là sinh viên học Khoa Xã hội học tại trường ĐHKHXHNV.

Nhóm ĐTNC này không đại diện cho toàn bộ đối tượng sinh viên đại học tại Hà Nội nhưng có thể đại diện cho sinh viên đang học nhóm ngành khoa học xã hội tại các trường đại học khác nhau. Về cơ bản, sinh viên khối ngành khoa học xã hội ở các trường đại học đều có tỷ lệ nữ nhiều hơn nam giống với ĐTNC của luận án. Nghiên cứu chia làm 3 giai đoạn: trước can thiệp-can thiệp-sau can thiệp. Trong cả ba giai đoạn của nghiên cứu, NCS đều gặp khó khăn trong việc tiếp cận ĐTNC do sinh viên học theo tín chỉ, một khóa là một lớp nhưng cả lớp không học cùng nhau mà học theo môn học. Điều này có nghĩa là nếu NCS xin giảng viên của một môn học nào đó cho vào lớp để làm khảo sát hoặc can thiệp thì sẽ gặp sinh viên của nhiều khoa khác cũng học môn đó. Đây cũng sẽ là khó khăn của các nghiên cứu sau này nếu chọn ĐTNC là sinh viên đại học. Để khắc phục hạn chế này, NCS phải thông qua giáo viên chủ nhiệm và lớp trưởng để hẹn cả lớp gặp mặt sau buổi học 30 phút cho hoạt động khảo sát trước và sau can thiệp. Ở giai đoạn can thiệp, buổi tập huấn và cài app Shining Mind cũng được triển khai tương tự. Cách làm này khắc phục được hạn chế ĐTNC học theo tín chỉ nhưng cũng không tiếp cận được toàn bộ sinh viên của một khóa/lớp.

Nghiên cứu chỉ thực hiện tại hai trường, hai khoa thuộc nhóm ngành khoa học xã hội nhưng kết quả mô tả khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm hay kết quả về năng lực SKTT của ĐTNC có thể sử dụng để ngoại suy cho các nhóm sinh viên khoa học xã hội tại các trường đại học khác trên địa bàn thành phố Hà Nội.

## **4.2. Tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ**

### **4.2.1. Tham khảo và phát triển bộ công cụ**

Trong quá trình tìm kiếm công cụ để mô tả năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm, NCS đã tìm được một số bộ công cụ được các nghiên cứu khác nhau trên thế giới sử dụng. Công cụ đầu tiên mà NCS tìm được là bộ công cụ của Jorm và cộng sự sử dụng trong cuộc khảo sát lớn vào năm 2011. Đây là một trong những bộ công cụ đầu tiên được xây dựng để đánh giá năng lực SKTT vì chính tác giả Jorm cũng là người đầu tiên đưa ra khái niệm năng lực SKTT. Ngoài bộ công cụ của Jorm còn có công cụ do O'Connor và Casey (2015) phát triển thiết kế theo dạng thang đo và hỏi về nhiều vấn đề SKTT khác nhau. Vào thời điểm NCS tìm kiếm công cụ đánh giá năng lực SKTT, bên cạnh Jorm và O'Connor, một nhóm nghiên cứu của Đại học Quốc gia Úc cũng đã phát triển 2 bộ công cụ tên là A-Lit (Anxiety Literacy) và D-Lit (Depression Literacy) để đánh giá năng lực SKTT về lo âu và trầm cảm.

Khi hình thành ý tưởng nghiên cứu về năng lực SKTT, NCS biết đến khái niệm của Jorm và tham khảo được khá nhiều bài báo liên quan đến chủ đề này mà Jorm và các cộng sự đã xuất bản. NCS đã liên hệ với Jorm, được tác giả gửi cho các bộ công cụ gốc của khảo sát năm 2011 để tham khảo và cho phép sử dụng cho nghiên cứu tại Việt Nam. Bộ câu hỏi này bao hàm được các yếu tố của năng lực SKTT nêu ra trong định nghĩa khái niệm và các câu hỏi tập trung vào một vấn đề SKTT cụ thể: từ nhận biết dấu hiệu, yếu tố nguy cơ, đến người có thể hỗ trợ, biện

pháp hỗ trợ khi đã mắc, biện pháp phòng ngừa nguy cơ mắc, thái độ đối với các vấn đề SKTT. Với nội dung chi tiết như vậy, các bộ công cụ khác không làm được.

NCS đã chọn tham khảo bộ công cụ trầm cảm thiết kế cho nhóm 2 của Jorm cho nghiên cứu này vì bộ công cụ đáp ứng được các tiêu chí: 1/ Được nhiều nghiên cứu trên thế giới sử dụng và chứng minh là có giá trị; 2/ Bộ công cụ có các nội dung rõ ràng để có thể dựa vào đó phát triển nội dung can thiệp; và 3/ Có thể tiếp cận được bộ công cụ gốc và được tác giả cho phép sử dụng không mất phí. Trên cơ sở bộ công cụ trầm cảm, NCS đã thiết kế thêm đoạn mô tả tình huống RLLA, sử dụng các câu hỏi của bộ công cụ trầm cảm và xây dựng thành công cụ để mô tả năng lực SKTT về RLLA. Đoạn mô tả tình huống RLLA được xây dựng dựa trên Phân loại bệnh tật quốc tế phiên bản 10 (ICD-10), có tham khảo thêm ý kiến chuyên gia SKTT, và cũng được Jorm đồng ý với sự điều chỉnh này.

#### **4.2.2. Tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ**

Bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu này đã được đánh giá tính giá trị bề mặt, tính giá trị nội dung và tính giá trị cấu trúc. Trước khi thực hiện đánh giá tính giá trị về nội dung, bộ công cụ gốc về trầm cảm được dịch sang tiếng Việt với tên của nhân vật đối sang tên tiếng Việt cho phù hợp với người Việt. Quá trình dịch bộ công cụ sang tiếng Việt gặp một chút khó khăn với một số thuật ngữ liên quan đến các loại thuốc điều trị (ví dụ như thuốc St John's wort). NCS đã phải giữ nguyên từ tiếng Anh và giải thích cho ĐTNC và chuyên gia trong quá trình thử nghiệm bộ công cụ.

Tính giá trị về nội dung đề cập đến việc các thành tố của thang đo và các tiêu mục có bao hàm tất cả các khía cạnh cần đo lường hay không. Ở mức độ cơ bản nhất thì nội dung của biến phải phù hợp với tên của biến đã được chỉ ra. Mỗi tiêu mục phải thuộc ít nhất là một khía cạnh về nội dung đã được thống nhất. Để một thang đo có được tính giá trị về mặt nội dung, người xây dựng cần tiến hành tổng quan tài liệu liên quan một cách kỹ lưỡng, tham khảo ý kiến của các chuyên gia về lĩnh vực đó (đây chính là cách *đánh giá tính giá trị bề mặt*) và có một nhóm các nhà nghiên cứu có chuyên môn đa ngành để xây dựng và phân tích các tiêu mục của thang đo. NCS không xây dựng một bộ công cụ mới hoàn toàn mà áp dụng bộ công cụ sẵn có rồi điều chỉnh, sửa đổi cho phù hợp với bối cảnh của Việt Nam. Mặc dù vậy, sau khi dịch bộ công cụ sang tiếng Việt, NCS vẫn thực hiện đánh giá tính giá trị về nội dung bằng cách tham khảo ý kiến của chính ĐTNC và hai chuyên gia về SKTT. Việc thử nghiệm với ĐTNC rất có ý nghĩa để làm cho bộ công cụ dễ sử dụng hơn với ĐTNC trong giai đoạn khảo sát chính. Quá trình tham khảo ý kiến của chuyên gia giúp điều chỉnh các phương án trả lời phù hợp với các vấn đề về chuyên môn SKTT ở Việt Nam. Các nghiên cứu áp dụng có sửa đổi bộ công cụ của nơi khác đều thực hiện việc đánh giá tính giá trị về nội dung của bộ công cụ trước khi sử dụng cho khảo sát chính thức. Trong quá trình đánh giá tính giá trị về nội dung, NCS vẫn đảm bảo tôn trọng bộ công cụ gốc của Jorm. NCS đã trao đổi với Jorm về những thay đổi so với công cụ gốc và được tác giả chấp thuận. Như vậy, với kết quả đánh giá tính giá trị về nội dung của bộ công cụ của Jorm, các nghiên cứu sau này về chủ đề năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm có thể tham khảo bộ công cụ này.

Tính giá trị cấu trúc là sự chứng thực rằng thang đo đo lường đúng khái niệm mà thang đo dự kiến đo lường. Trong bộ công cụ gốc, sau đoạn mô tả tình huống trầm cảm, có 17 câu hỏi được nêu ra để hỏi về các nội dung của năng lực SKTT về trầm cảm. Sau khi thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT, câu hỏi về thuốc hỗ trợ đã được bỏ khỏi bộ công cụ khảo sát chính thức. Trong quá trình thử nghiệm, ĐTNC thấy khó trả lời câu hỏi liên quan đến thuốc hỗ trợ, còn chuyên gia SKTT thì lo ngại nguy cơ nó có thể mang lại là ĐTNC tự đi mua thuốc về uống (theo thói quen tự điều trị của người Việt Nam). Trong câu hỏi về thái độ với RLLA và trầm cảm, có 9 quan điểm đã được nêu ra, sau khi thử nghiệm với ĐTNC và chuyên gia SKTT, NCS chỉ giữ lại 8 quan điểm và bỏ đi một quan điểm liên quan đến bỏ phiếu cho chính trị gia mắc RLLA và trầm cảm do không phù hợp với bối cảnh văn hóa của Việt Nam. Với những thay đổi về cấu trúc của bộ công cụ như vậy, NCS đã tham khảo ý kiến của Jorm và được chấp thuận với những thay đổi đó. Jorm khẳng định việc lược bớt như vậy không làm thay đổi tính giá trị về cấu trúc vì mỗi câu hỏi có nội dung về hiểu biết độc lập của ĐTNC về một khía cạnh nào đó.

Như vậy, sau quá trình đánh giá tính giá trị của bộ công cụ mô tả năng lực SKTT mà NCS tham khảo của Jorm và cộng sự, bộ công cụ đã được khẳng định là có giá trị để các nghiên cứu tiếp theo có thể sử dụng. Tuy nhiên, việc gộp cả hai vấn đề RLLA và trầm cảm vào cùng một bộ công cụ làm cho bộ công cụ bị dài, các câu hỏi lặp lại gây nhầm lẫn và cảm giác nản khi trả lời đến gần cuối bộ câu hỏi.

### **4.3. Bàn luận về kết quả can thiệp nâng cao năng lực SKTT**

Luận án là kết quả của việc tự nghiên cứu, tự tìm hiểu của NCS với một chủ đề còn khá mới mẻ ở Việt Nam, năng lực SKTT (mental health literacy). Nhận thức được ảnh hưởng của hai vấn đề SKTT phổ biến trong xã hội hiện đại là RLLA và trầm cảm, cùng với việc đọc các tài liệu về vai trò của nhận thức đến hành vi của cá nhân, NCS quyết định lựa chọn thực hiện nghiên cứu về chủ đề này trong bối cảnh Việt Nam chưa có nhiều người thực hiện nghiên cứu về năng lực SKTT.

Với các vấn đề sức khỏe thể chất, khi phát bệnh có triệu chứng thể chất khá rõ ràng nên có thể phát hiện sớm. Thế nhưng, với RLLA và trầm cảm, nếu không có kiến thức hoặc không thực sự quan tâm thì hoàn toàn có thể bỏ qua những triệu chứng đầu tiên. Vì vậy, việc nâng cao năng lực SKTT, thay đổi “kiến thức và niềm tin của cá nhân về các rối loạn tâm thần để từ đó giúp cá nhân phát hiện và có biện pháp dự phòng” là việc làm rất cần thiết trong xã hội hiện đại này, bối cảnh mà các vấn đề liên quan đến công việc, học hành, các mối quan hệ... rất dễ làm cá nhân phát triển chứng lo âu và trầm cảm.

#### **4.3.1. Sự thay đổi về năng lực SKTT của ĐTNC với RLLA và trầm cảm**

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá sự thay đổi về năng lực SKTT (tổ hợp của hiểu biết + dự định hỗ trợ) của ĐTNC về RLLA và trầm cảm. Một biến tổ hợp đã được tạo ra và NCS sử dụng phương pháp phân tích DID để đánh giá sự thay đổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá năng lực SKTT sử dụng bộ công cụ của Jorm trên thế giới thường mô tả riêng lẻ các thành tố trong khái niệm năng lực SKTT mà Jorm nêu ra nên việc bàn luận sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm theo biến tổ hợp khá hạn chế.

RLLA và trầm cảm là hai vấn đề SKTT phổ biến trong nhóm người trẻ tuổi, trong đó có nhóm sinh viên đại học. Tuy nhiên, trầm cảm được quan tâm nhiều hơn bởi hậu quả nặng nề mà nó gây ra nếu không được phát hiện kịp thời. Rất nhiều trường hợp mắc trầm cảm mà không được phát hiện và can thiệp sớm đã dẫn đến hành vi tự tử. Trong nghiên cứu này, trước can thiệp, tỷ lệ ĐTNC nhận biết dấu hiệu của trầm cảm tốt hơn so với RLLA (42,3% so với 25,8%). Tỷ lệ này cao hơn so với cuộc khảo sát ở Úc thực hiện trên người trưởng thành năm 1995, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu tương tự của họ thực hiện vào năm 2011.

Nếu so sánh với các nghiên cứu trên thế giới được thực hiện trong khoảng 10 năm gần đây về chủ đề này trên nhóm sinh viên đại học, tỷ lệ sinh viên trong nghiên cứu của NCS nhận biết được dấu hiệu của trầm cảm thấp hơn tỷ lệ này ở các nghiên cứu đó. Các nghiên cứu về năng lực SKTT về RLLA còn khá ít, có lẽ cũng bởi RLLA không dẫn đến hành vi tự tử của cá nhân mà chỉ mang lại những phiền phức trong cuộc sống họ.

Ở Việt Nam, cho đến nay, nếu tính các nghiên cứu sử dụng bộ công cụ của Jorm thì mới có nghiên cứu cho chính NCS thực hiện năm 2015. Tỷ lệ sinh viên nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA là 36%, cao hơn tỷ lệ trong luận án này; nhưng tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm lại thấp hơn (32%). Ngoài ra, cũng có nghiên cứu khác đã được thực hiện nhưng không sử dụng cùng một bộ công cụ và không cùng nhóm ĐTNC với luận án. Nghiên cứu này cũng có thấy ĐTNC của họ có mức năng lực SKTT khá thấp.

Mặc dù tỷ lệ nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm của sinh viên ở cả hai trường can thiệp và trường chứng đều ở mức thấp so với các nghiên cứu trên thế giới nhưng tỷ lệ có dự định hỗ trợ lại khá cao (>90%), cao hơn nghiên cứu của Lawrence T Lam (2014) thực hiện tại Nam Ninh, Quảng Tây, Trung Quốc (tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ trầm cảm là 68%). Đây là một tín hiệu đáng mừng cho thấy giới trẻ không cảm thấy ngại ngần khi đề cập đến dự định hỗ trợ người mắc vấn đề SKTT.

Trong nghiên cứu này, NCS sử dụng biến tổng hợp của khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm cùng dự định hỗ trợ hai vấn đề đó để tạo thành biến năng lực SKTT. Một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh đến khả năng nhận biết dấu hiệu của các vấn đề SKTT và dự định hỗ trợ các vấn đề đó đóng vai trò quan trọng để xác định năng lực SKTT của cá nhân. Trước can thiệp, năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên cả hai trường lần lượt là 24,2% và 39%. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Lawrence T Lam (2014), chỉ là 16,4%.

Sau khi các hoạt động can thiệp được thực hiện cũng như tài liệu can thiệp được chuyển đến ĐTNC, khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm có sự thay đổi theo hướng tích cực. Năng lực SKTT về RLLA tăng lên sau can thiệp so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ) và năng lực SKTT về trầm cảm cũng có kết quả tốt tương tự ( $p < 0,01$ ). Khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA sau can thiệp tăng lên 56,3% so với 29,2%; của trầm cảm tăng lên 58,1% so với 44,2%. Sự thay đổi tích cực trong khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm trong đồng nhất với khá nhiều nghiên cứu can thiệp trên thế giới đã thực hiện. Mặc dù hầu hết các nghiên cứu mà NCS tham khảo thực hiện trên các nhóm ĐTNC khác với ĐTNC của luận án; tuy nhiên, NCS

vẫn muốn đưa vào so sánh để chứng minh vai trò của các hoạt động truyền thông trong việc nâng cao khả năng nhận biết dấu hiệu của RLLA và trầm cảm.

Về dự định hỗ trợ, kết quả sau can thiệp cho thấy với cả hai vấn đề RLLA và trầm cảm, tỷ lệ ĐTNC dự định hỗ trợ đều giảm so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Điều này có thể lý giải là do sau khi được cung cấp thêm thông tin về RLLA và trầm cảm, sinh viên có hiểu biết tốt hơn về RLLA và trầm cảm nên thận trọng hơn trong quyết định về dự định hỗ trợ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hương và Trương Quang Tiến (2010) về nâng cao SKTT của học sinh hai trường trung học cơ sở ở Hà Nội có một nội dung liên quan đến bắt nạt học đường. Đây là một nghiên cứu can thiệp và thông tin, tài liệu truyền thông của chương trình đã góp phần nâng cao nhận thức đúng đắn hơn về những biểu hiện của hiện tượng bắt nạt ở học sinh mà trước đây các em thường cho là bình thường và bỏ qua.

Nếu nhìn vào những kết quả tại hai thời điểm trước và sau can thiệp, có một số kết quả có xu hướng ngược với điều mong muốn. Tuy nhiên, điều đáng chú ý là tác động của các hoạt động can thiệp có thể làm thay đổi nhận thức của ĐTNC về RLLA và trầm cảm, đặc biệt là khả năng nhận biết dấu hiệu vì đây là một chỉ báo được nhấn mạnh trong đánh giá năng lực SKTT. Ngoài ra, can thiệp làm tăng hiểu biết của ĐTNC nên cũng khiến họ cân nhắc kỹ hơn khi được hỏi về dự định hỗ trợ.

#### **4.3.2. Bàn luận về các hoạt động can thiệp**

Các hoạt động can thiệp nâng cao năng lực SKTT mà NCS tổng hợp được, hầu hết các nghiên cứu là dành cho đối tượng đang học ở bậc học phổ thông và các đối tượng người trưởng thành khác, rất hiếm nghiên cứu can thiệp trên đối tượng là sinh viên đại học. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu này. Mặc dù vậy, những nghiên cứu này vẫn là những nguồn tài liệu tham khảo để NCS xây dựng hoạt động can thiệp cho nghiên cứu của mình.

Thiết kế của nghiên cứu can thiệp này theo mô hình: đánh giá trước can thiệp - lập kế hoạch can thiệp và thực hiện can thiệp - đánh giá sau can thiệp. Điểm thuận lợi là các hoạt động đánh giá và can thiệp nhận được sự hỗ trợ của lãnh đạo cũng như giảng viên và sinh viên của hai Khoa; kết quả có thể phản ánh xu hướng thay đổi của các biến số tại hai thời điểm trước và sau can thiệp.

Các can thiệp nâng cao năng lực SKTT thường tập trung vào can thiệp tại lớp học, can thiệp sử dụng internet, và can thiệp bằng chương trình đào tạo. Cùng với thông tin thu được từ khảo sát định lượng và định tính, NCS đã xây dựng hoạt động can thiệp là sự kết hợp giữa tập huấn tại lớp học, phát sách mỏng “Bạn biết gì về RLLA và trầm cảm?”, và cung cấp thông tin qua app ShiningMind trên điện thoại. Các thông tin về RLLA và trầm cảm được thiết kế thống nhất ở cả nội dung tập huấn, trong sách mỏng, và trên app điện thoại. Việc thống nhất nội dung can thiệp ở tất cả các tài liệu truyền thông sẽ giúp cho ĐTNC được tiếp cận với thông tin từ các tài liệu khác nhau nhưng nội dung giống nhau. Điều này có ý nghĩa trong việc giúp ĐTNC nhớ các thông tin và tích lũy thành kiến thức của mình.

Các hoạt động can thiệp đều được đánh giá là phù hợp với ĐTNC là sinh viên đại học, cả về hình thức và nội dung của các tài liệu. Các hoạt động này đều là những hoạt động can thiệp



phổ biến theo các nhóm hoạt động đã được chỉ ra trong tổng quan tài liệu. Nội dung 30 ngày thiết kế theo kiểu gửi tin nhắn để nhắc ĐTNC mở app và đọc tin tức theo từng ngày được ĐTNC đánh giá là hợp lý, nhất là trong mấy ngày đầu khi mới cài app để ĐTNC không bị quên mở app. Đây là một điểm khác so với các nghiên cứu có thiết kế hoạt động can thiệp sử dụng internet. Nghiên cứu đã kết hợp sử dụng hai phương pháp can thiệp truyền thống (tập huấn + phát sách mỏng) và hiện đại (sử dụng app trên điện thoại). Các nghiên cứu can thiệp về truyền thông đều được khuyến cáo nên sử dụng kết hợp các hình thức truyền thông và tài liệu truyền thông khác nhau để tác động tới kiến thức, nhận thức của đối tượng đích. Đặc biệt, đối với nhóm đối tượng đích là thanh niên/người trẻ tuổi, các nghiên cứu cũng gợi ý nên sử dụng các hình thức truyền thông hiện đại, hấp dẫn với giới trẻ.

#### **4.4. Hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu chỉ thực hiện trên một nhóm ĐTNC là sinh viên Khoa Xã hội học của hai trường đại học tại Hà Nội, do đó kết quả nghiên cứu không thể phản ánh đầy đủ đặc trưng của sinh viên đại học và cũng không thể suy rộng cho toàn bộ nhóm người trẻ tuổi. Ngoài ra, nghiên cứu cũng mới chỉ dừng lại ở dự định tìm kiếm sự hỗ trợ cho RLLA và trầm cảm chứ chưa mô tả được hành vi tìm kiếm hỗ trợ thực sự của ĐTNC. Đây là một gợi mở cho các nghiên cứu tiếp theo thực hiện trên sinh viên các nhóm ngành khác, học sinh phổ thông, các đối tượng đã đi làm... và có thể tìm hiểu hành vi tìm kiếm trợ giúp thực sự mà các ĐTNC đã làm.

Chủ đề nghiên cứu không mới trên thế giới nhưng các nghiên cứu tập trung vào nhóm ĐTNC là sinh viên đại học không nhiều. Bên cạnh đó, các nghiên cứu thực hiện trên nhóm sinh viên đại học mà NCS tham khảo được sử dụng các bộ công cụ khác nên việc so sánh về tỷ lệ rất khó khăn. Tại Việt Nam, chủ đề này còn khá mới nên NCS gặp khá nhiều khó khăn trong việc tìm kiếm tài liệu tham khảo trong nước để làm tổng quan cũng như phân tích trong phần bàn luận một cách sâu sắc hơn.

Mục tiêu của luận án là đánh giá sự thay đổi năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên nên chưa đánh giá thêm được hiểu biết của sinh viên về một số vấn đề SKTT khác. Ngoài ra, cũng vì mục tiêu của luận án như vậy nên NCS chưa tìm hiểu được những yếu tố ảnh hưởng đến năng lực SKTT về RLLA và trầm cảm của sinh viên.

Với các hoạt động can thiệp, mặc dù NCS đã chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng là sinh viên thuộc hai trường khác nhau và các hoạt động can thiệp gói gọn trong 2 tháng nhằm cố gắng hạn chế các yếu tố gây nhiễu cho kết quả can thiệp. Bên cạnh đó, NCS cũng sử dụng phương pháp DID trong phân tích số liệu để góp phần loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác. Mặc dù vậy, nghiên cứu không tránh khỏi việc ĐTNC ở nhóm can thiệp tiếp cận thêm thông tin về các vấn đề SKTT qua các kênh khác và có thể gây nhiễu cho kết quả nghiên cứu.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Tính giá trị (bề mặt, nội dung, cấu trúc) của bộ công cụ**

- Sau khi thử nghiệm và điều chỉnh bộ công cụ nghiên cứu năng lực SKTT về trầm cảm do Jorm và cộng sự phát triển (được sự cho phép của tác giả), NCS đã hoàn thiện được bộ công cụ để sử dụng cho nghiên cứu này.
- Bộ công cụ hoàn thiện bao gồm có 43 câu hỏi, chia thành 2 tình huống: 1/ Tình huống về RLLA với mô tả nhân vật nữ 20 tuổi tên Linh, là sinh viên và mắc RLLA; 2/ Tình huống về trầm cảm với mô tả nhân vật nam 20 tuổi tên Hùng, là sinh viên và mắc trầm cảm.
- Bộ câu hỏi gồm có 32 câu hỏi liên quan đến RLLA và trầm cảm có nội dung giống nhau và 11 câu hỏi về thông tin nhu cầu biết thêm thông tin về RLLA và trầm cảm, và thông tin chung về ĐTNC.

### **2. Kết quả can thiệp thử nghiệm nâng cao năng lực SKTT cho ĐTNC**

- Việc thực hiện hai hoạt động can thiệp truyền thông là tập huấn + phát sách mỏng và cài app ShiningMind trên điện thoại được đánh giá là phù hợp với ĐTNC.
- Tỷ lệ ĐTNC nhận biết đúng dấu hiệu của RLLA tăng (29,2% TCT lên 56,3% SCT;  $p < 0,001$ ) và tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu của trầm cảm cũng tăng (44,2% TCT lên 58,1% SCT;  $p < 0,001$ ).
- Tỷ lệ ĐTNC có dự định hỗ trợ người mắc RLLA và trầm cảm có xu hướng giảm SCT so với TCT: RLLA 90,5% TCT và 84,2% SCT; trầm cảm: 90,9% TCT và 85,6% SCT.
- ĐTNC có hiểu biết tốt hơn về vai trò của người có chuyên môn về SKTT trong việc hỗ trợ RLLA và trầm cảm.
- Can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu RLLA của sinh viên lên 4,5 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp làm tăng khả năng nhận biết dấu hiệu của trầm cảm ở sinh viên lên hơn 3,2 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp làm tăng năng lực SKTT về RLLA của sinh viên lên 5,3 lần SCT so với TCT.
- Can thiệp có khả năng làm tăng năng lực SKTT về trầm cảm của sinh viên lên gần 3 lần SCT so với TCT.

## **KHUYẾN NGHỊ**

- Nên tiếp tục triển khai các hoạt động can thiệp về truyền thông để nâng cao năng lực SKTT của sinh viên các ngành khác về RLLA và trầm cảm để có được bức tranh tổng thể về năng lực SKTT của sinh viên các ngành học khác nhau về hai vấn đề này.
- Các hoạt động truyền thông ưa thích với đối tượng sinh viên/người trẻ tuổi là hoạt động tập huấn ngoại khóa, phần mềm tương tác trên điện thoại.
- Với các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai: có thể tách riêng bộ câu hỏi theo từng vấn đề SKTT để tránh việc ĐTNC phải trả lời một bộ câu hỏi quá dài; có thể mở rộng chủ đề nghiên cứu này sang các nhóm đối tượng khác để hoàn thiện hơn “bức tranh” về hiểu biết của các nhóm xã hội khác nhau về RLLA và trầm cảm.

## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN NGHIÊN CỨU

1. **Nguyen Thai Quynh Chi**, Dang Hoang Minh, Le Thi Kim Anh (2020). *Recognition of anxiety disorder and depression and literacy of first-aid support: a cross-sectional study among undergraduate students in Ha Noi, Viet Nam 2018*. Health Psychology Open 2021. Vol. 8 Issue 1, January - June 2021. <https://doi.org/10.1177/20551029211015116>.
2. **Nguyen Thai Quynh Chi**, Nguyen Thanh Huong (2018). *Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam*. Int J Ment Health Syst 2018, 12:19. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0195-1>.
3. Trường Đại học Y tế công cộng (2018). *Bạn biết gì về rối loạn lo âu và trầm cảm?* Nxb Hồng Đức, Hà Nội, 2018. Mã ISBN: 978-604-89-6198-5 (Sách mỏng dùng cho cấu phần can thiệp của nghiên cứu, **Nguyễn Thái Quỳnh Chi** chịu trách nhiệm về nội dung).