

KỶ YẾU HỘI THẢO KHOA HỌC QUỐC GIA
CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG
CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

BỘ NỘI VỤ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

KỸ YẾU HỘI THẢO KHOA HỌC QUỐC GIA
CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG
CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

BAN CHỈ ĐẠO

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	TS. Phạm Ngọc Thành	Hiệu Trưởng Phụ Trách - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Trưởng Ban
2	TS. Doãn Thị Mai Hương	Phó Hiệu Trưởng - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
3	PGS.TS. Nguyễn Trung Hải	Trưởng khoa Công tác xã hội -Thành viên

BAN TỔ CHỨC

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	TS. Doãn Thị Mai Hương	Phó Hiệu Trưởng - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Trưởng ban
2	PGS.TS. Nguyễn Trung Hải	Trưởng Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Phó trưởng ban
3	TS. Nguyễn Xuân Hường	Trưởng phòng - Thành viên
4	PGS.TS. Nguyễn Thị Hương	Phó trưởng Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
5	TS. Đặng Quang Trung	Trưởng bộ môn Công tác xã hội cơ bản - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
6	TS. Đặng Thị Lan Anh	Trưởng bộ môn Chính sách và Xã hội học - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
7	TS. Phạm Hồng Trang	Phó trưởng bộ môn Chính sách và Xã hội học - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
8	TS. Lê Thị Nhung	Phó trưởng khoa Công tác xã hội- Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên

BAN THƯ KÝ

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	TS. Chu Thị Huyền Yến	Thư ký hội đồng khoa học khoa Công tác xã hội
2	Ths. Nguyễn Thị Huệ	Giảng viên khoa Công tác xã hội

BAN CHUYÊN MÔN – PHẢN BIỆN

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	PGS.TS. Nguyễn Trung Hải	Trưởng Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Trưởng ban
2	TS. Chu Thị Huyền Yến	Thư ký hội đồng khoa học khoa Công tác xã hội Thành viên
3	PGS.TS. Nguyễn Thị Hương	Phó trưởng Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
4	TS. Phạm Minh Tuấn	Trưởng khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội (cơ sở 2) - Thành viên
5	TS. Đặng Quang Trung	Trưởng bộ môn Công tác xã hội cơ bản - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
6	TS. Đặng Thị Lan Anh	Trưởng bộ môn Chính sách và Xã hội học - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
7	TS. Vũ Thúy Ngọc	Trưởng bộ môn Tâm lý học ứng dụng - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
8	TS. Nguyễn Thị Liên	Trưởng bộ môn Công tác xã hội ứng dụng - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
9	TS. Phạm Hồng Trang	Phó trưởng bộ môn Chính sách và Xã hội học - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
10	TS. Lê Thị Thủy	Phó trưởng bộ môn Tâm lý học cơ bản - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
11	TS. Nguyễn Phương Anh	Phó trưởng bộ môn Công tác xã hội ứng dụng - Trường Đại học Lao động - Xã hội - Thành viên
12	TS. Nguyễn Trung Hải	Giảng viên khoa Công tác xã hội - Thành viên

BAN CƠ SỞ VẬT CHẤT

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	ThS. Phạm Quốc Huy	Trưởng phòng Tổ chức - Hành Chính - Quản trị
2	ThS. Đoàn Quang Huy	Phó trưởng phòng Tổ chức - Hành Chính - Quản trị
3	ThS. Vũ Xuân Dũng	Giảng viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

BAN TÀI CHÍNH

STT	Họ và tên	Chức vụ - Đơn vị công tác
1	ThS. Đỗ Thị Ngọc Bích	Giảng viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội
2	ThS. Đỗ Thị Kim Huế	Giảng viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

MỤC LỤC

BÁO CÁO ĐỂ DẪN HỘI THẢO CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG..... 11

1. CÁC MÔ HÌNH CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN
TS. Nguyễn Hải Hữu 13

2. PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG CHO TRẺ TÂM THẦN THEO ĐỊNH HƯỚNG CÔNG TÁC XÃ HỘI
PGS.TS. Nguyễn Trung Hải 20

3. KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ MÔ HÌNH PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG: BÀI HỌC CHO VIỆT NAM
TS. Vũ Thúy Ngọc 33

4. MÔ HÌNH CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI HOA KỲ VÀ HƯỚNG ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM
TS. Nguyễn Thị Hiền 47

5. TƯ VẤN TÂM LÝ HỌC ĐƯỜNG TẠI VIỆT NAM: PHÂN TÍCH HỆ THỐNG TỪ CÁC NGHIÊN CỨU THỰC CHỨNG VÀ KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH
TS. Nguyễn Minh Tuấn 55

6. MỘT SỐ GIẢI PHÁP XÂY DỰNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM DƯỚI GÓC NHÌN CÔNG TÁC XÃ HỘI
ThS. Lê Thị Mai Hương 64

7. CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM
ThS. Nguyễn Thị Hoài Anh, ThS. Hoàng Lan Anh, ThS. Nguyễn Thị Kim Anh 76

8. CÁCH TIẾP CẬN PHỤC HỒI: ĐỊNH HƯỚNG THỰC HÀNH CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG LĨNH VỰC CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TINH THẦN
TS. Phạm Thị Huyền Trang 89

9. TÁC ĐỘNG TIÊU CỰC CỦA FACEBOOK ĐẾN SỨC KHOẺ TÂM THẦN SINH VIÊN (NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUY NHƠN)
TS. Nguyễn Văn Nga..... 102

10. BẠO LỰC GIA ĐÌNH ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TUỔI: NHỮNG TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI SỨC KHOẺ TÂM THẦN VÀ BIỆN PHÁP CAN THIỆP DƯỚI GÓC NHÌN CÔNG TÁC XÃ HỘI
GVC. ThS. Phạm Thị Hải Lý 118

11. HỆ THỐNG LUẬT PHÁP, CHÍNH SÁCH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM QUA CÁC GIAI ĐOẠN
Ths. Trần Thị Phương Thảo 132

12. THỰC TRẠNG, NHU CẦU VÀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỦA NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ, BỆNH VIỆN NHIỆT ĐỚI, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
ThS. Hoàng Bào Trường, Trần Thị Ánh..... 143

13. THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO NGƯỜI DÂN Ở VIỆT NAM HIỆN NAY
TS. Vũ Thị Minh Ngọc 155

14. CĂNG THẲNG CẢM NHẬN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
ThS. Nguyễn Thị Trường Hân, Giang Vũ Thanh Mai, Võ Minh Châu2, Lê Tất Thuận..... 169

15.	ĐẶC ĐIỂM VÀ NHU CẦU CỦA NGƯỜI GẶP VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI VIỆT NAM HIỆN NAY TS. Chu Thị Huyền Yến, ThS. Khuất Hương Giang	177
16.	HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI TÂM THẦN VIỆT TRÌ ThS. Đỗ Thị Kim Huế, Bác sỹ CK I. Lương Ngọc Cường	187
17.	CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG NHÌN TỪ GÓC ĐỘ LÝ LUẬN, NGHIÊN CỨU TẠI TỈNH KHÁNH HÒA ThS. Từ Thị Hường, ThS. Mai Thị Quỳnh Tú	200
18.	VAI TRÒ CỦA CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG CHO PHỤ HUYNH CÓ CON RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ HÀM Ý ĐỐI VỚI VIỆT NAM NCS. Lê Thị Huyền	214
19.	MÔ HÌNH CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỦA CÁC NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI VÀ NHỮNG KHUYẾN NGHỊ CHO VIỆT NAM ThS. Võ Mạnh Tuấn	232
20.	NHU CẦU VỀ MỨC ĐỘ CẦN THIẾT SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CỘNG ĐỒNG TS. Phạm Thanh Hải, ThS-NCS. Hoàng Thị Thu Hoài.....	247
21.	NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO DIỄN HỒNG, HÀ NỘI TS. Mai Tuyết Hạnh, NCS. Phạm Hiền Anh2, CN. Mai Trường Mạnh	262
22.	MỘT SỐ VAI TRÒ CỦA NHÂN VIÊN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO DIỄN HỒNG, HÀ NỘI ThS. Nguyễn Thị Huệ, TS. Nguyễn Thị Liên.....	277
23.	HOẠT ĐỘNG THAM VẤN CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ THÁI GIANG - THÁI THUY - THÁI BÌNH Lê Thị Thuỷ, Vũ Thị Lan Anh	290
24.	THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU CỦA HỌC SINH LỚP 9 TRƯỜNG THCS THANH VINH, THỊ XÃ PHÚ THỌ, TỈNH PHÚ THỌ TRƯỚC KỲ THI CHUYỂN CẤP Nguyễn Thị Thanh Huyền, Hồ Thị Xuân Thanh, Hà Ngọc Khánh	302
25.	VAI TRÒ CỦA HỖ TRỢ XÃ HỘI TRONG VIỆC CẢI THIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN TS. Đỗ Mạnh Tuấn	311
26.	THỰC TRẠNG KHÓ KHĂN TÂM LÝ CỦA CHA MẸ CÓ CON RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI HÀ NỘI Nguyễn Thị Thanh Huyền, Đặng Thị Hoài Thương, Hoàng Thị Yến Nhi.....	325
27.	NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CĂNG THẲNG, LO ÂU CỦA HỌC SINH KHỐI 9 TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TRÊN ĐỊA BÀN TP. HỒ CHÍ MINH Trần Thị Năm, Nguyễn Hà Hiếu Hạnh	336
28.	NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG: GÓC NHÌN TỪ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI - BỆNH VIỆN BẠCH MAI Ths. Nguyễn Thị Lệ Thuỷ, TS. Trần Song Giang, ThS. Nguyễn Hải Chiêu, Ths. Vũ Ngọc Anh Thư, CN. Nguyễn Thị Lanh	348
29.	ỨNG DỤNG CHUYỂN ĐỔI SỐ TRONG TƯ VẤN VÀ HỖ TRỢ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN NGOÀI CỘNG ĐỒNG TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI TÂM THẦN SỐ 2 HÀ NỘI Phan Quỳnh Thơ	357
30.	XÂY DỰNG MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI HỖ TRỢ TINH THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI GIA ĐÌNH ThS. Đỗ Đức Long.....	370
31.	CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO BỆNH NHÂN NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN ÁI, TỈNH BÌNH PHƯỚC Nguyễn Thị Lan, ThS. Hoàng Bào Trường, ThS. Lê Thị Thu Phương	383

32.	NGUYÊN NHÂN GÂY RA VẤN ĐỀ CĂNG THẲNG, LO ÂU CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH Trần Thị Năm, Nguyễn Hà Hiếu Hạnh	393
33.	CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TINH THẦN CHO NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN BẠCH MAI, THÀNH PHỐ HÀ NỘI ThS. Nguyễn Hải Chiêu, TS. Trần Song Giang, ThS. Hà Hải Long, CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, SV. Nguyễn Thị Ngọc Nga	408
34.	HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG HỖ TRỢ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG Ở CÁC KHU CÔNG NGHIỆP, KHU CHẾ XUẤT TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TS. Nguyễn Thanh Huyền, Dương Mai Trang	417
35.	MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI PHỐI HỢP GIỮA BỆNH VIỆN VÀ CỘNG ĐỒNG TRONG TRỢ GIÚP GIA ĐÌNH TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ - KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM TS.GVC. Lê Thị Nhung, HVCH.Vũ Minh Tâm	425
36.	THỰC TRẠNG KHÓ KHĂN TÂM LÝ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI Nguyễn Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Hương, Bùi Thu Hiền.....	435
37.	HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG MÔ HÌNH CẦU LẠC BỘ HỖ TRỢ BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN QUẢN Y 5 Lê Đàm Thu Huệ	445
38.	ẢNH HƯỞNG CỦA BÁO ĐIỆN TỬ ĐẾN CÁCH CỘNG ĐỒNG TIẾP NHẬN VÀ PHẢN ỨNG VỚI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN PGS,TS. Phạm Hương Trà, ThS. Lê Nguyễn Phương Thảo	459
39.	ĐIỀU PHỐI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAI NGHIỆN MA TÚY: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM TRONG TÁI HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG Bùi Thị Phương Linh, TS.GVC. Lê Thị Nhung.....	470
40.	MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NHU CẦU THAM VẤN CỦA CHA MẸ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI TRUNG TÂM TƯ VẤN VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP GIA AN Đỗ Thị An	483
41.	THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI, HÀ NỘI PGS.TS. Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Hoàng Đức.....	494
42.	CÔNG TÁC XÃ HỘI HỌC ĐƯỜNG TRONG HỖ TRỢ HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG GẶP VẤN ĐỀ RỐI LOẠN LO ÂU (NGHIÊN CỨU TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG THPT TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN) ThS. Nguyễn Thị Hồng Trâm	504
43.	XÂY DỰNG MÔ HÌNH HỖ TRỢ PHÒNG NGỪA TRONG CÔNG TÁC XÃ HỘI DÀNH CHO NGƯỜI CHƯA THÀNH NIÊN BỊ SANG CHẤN TÂM LÝ TS. Đặng Quang Trung, TS. Nguyễn Trung Hải2, ThS. Nguyễn Văn Ngo2, Ths. Hứa Sỹ Đức2	514
44.	THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ NHỮNG YẾU TỐ TIỀM ẨN TỪ BẠO LỰC HỌC ĐƯỜNG CỦA SINH VIÊN NGÀNH CÔNG TÁC XÃ HỘI – TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI Tiêu Thị Minh Hường, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Hoàng Như Phương Linh	523
45.	ỨNG DỤNG GIÁO DỤC CẢM XÚC XÃ HỘI (SEL) TRONG HOẠT ĐỘNG PHÒNG NGỪA TẠI TRƯỜNG TIỂU HỌC THỰC NGHIỆM VICTORY TS. Nguyễn Thị Thuý Mai, ThS. Nguyễn Thị Thu Hằng, ThS. Nguyễn Thanh Thanh An	533
46.	THỰC TRẠNG NHU CẦU THAM VẤN TÂM LÝ CỦA CHA MẸ TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN TẠI TRUNG TÂM THAM VẤN HỌC ĐƯỜNG VÀ CAN THIỆP SỚM, TRƯỜNG ĐẠI HỌC THỦ ĐÔ HÀ NỘI ThS. Vũ Thị Thanh Nga	541
47.	MÔ HÌNH DỊCH VỤ TÂM LÝ HỌC TRƯỜNG HỌC TẠI MỸ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH HIỆN NAY Vũ Thu Thủy, Lại Vũ Kiều Trang	548
48.	SỰ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG HỖ TRỢ CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG TS. Nguyễn Hồng Linh, ThS. Phạm Thị Thu Trang.....	556
49.	ÁP LỰC THI CỬ ĐỐI VỚI HỌC SINH LỚP 9 TẠI HÀ NỘI ThS. Hà Thị Thu Hòa, TS. Chu Thị Huyền Yến, Trần Tuyết Ngân	567

50.	KỸ NĂNG CẦN THIẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG ThS. Hồ Thị Phương.....	581
51.	NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG VIỆC PHÁT HIỆN SỚM VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH ThS. Vũ Thị Minh Phương, ThS. Trần Văn Thành2	598
52.	XÂY DỰNG TRỤ CỘT HỖ TRỢ PHÁT TRIỂN TRONG MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI CHƯA THÀNH NIÊN BỊ SANG CHẤN TÂM LÝ TS. Phạm Hồng Trang, TS. Nguyễn Trung Hải, ThS. Phạm Thị Thu Trang, ThS. Phạm Hồng Nhung	609
53.	VAI TRÒ CỦA NHÂN VIÊN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG LĨNH VỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TS. Nguyễn Phương Anh	620
54.	SỰ CÔ ĐƠN HIỆN SINH GIỮA ĐỜI SỐNG CỘNG ĐỒNG: PHÂN TÍCH HIỆN TƯỢNG VÀ TIẾP CẬN HỖ TRỢ TÂM LÝ - XÃ HỘI TỪ GÓC NHÌN TÂM LÝ HỌC HIỆN SINH TS. Lê Minh, ThS. Lê Thị Thanh Hà	627
55.	NGHIÊN CỨU VỀ CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC THỰC TIỄN CHO VIỆT NAM TS. Nguyễn Thùy Trang.....	640
56.	NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG THPT NGUYỄN GIA THIỂU, LONG BIÊN, HÀ NỘI TS. Nguyễn Thị Liên, Ths. Nguyễn Thị Huệ	653
57.	THỰC TRẠNG SỬ DỤNG MẠNG XÃ HỘI CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI ThS. Vũ Thị Lan Anh, ThS. Lê Văn Thuần.....	665
58.	BIỂU HIỆN STRESS CỦA NHÂN VIÊN TẠI CÔNG TY TNHH NHA KHOA JADE VÀ HÀM Ý CHÍNH SÁCH PHÁT TRIỂN CTXH TRONG DOANH NGHIỆP ThS. Nguyễn Phương Cường, ThS. Hoàng Lan Anh	672
59.	XÂY DỰNG MẠNG LƯỚI HỖ TRỢ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở VIỆT NAM HIỆN NAY ThS. Hoàng Thị Thu Huyền, ThS. Trương Hoàng Chinh	688
60.	CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM TRONG HỖ TRỢ HỌC SINH CĂNG THẲNG SAU BÃO YAGI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC BÀN TRÚ TỈNH CAO BẰNG Phạm Thị Thu Hoa, Đỗ Dương Hiền, Đỗ Thị Trang, Trần Ngọc Thảo, Dương Anh Tuấn	698
61.	HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ Ở HÀ NỘI TS. Đặng Thị Lan Anh, ThS. Đỗ Thị Ngọc Bích.....	711
62.	BẠO LỰC HỌC ĐƯỜNG VÀ NHỮNG HỆ LỤY CỦA NÓ ĐỐI VỚI SỨC KHỎE TÂM THẦN TRẺ EM ThS Lương Thị Lan Huệ	723
63.	DỰ ÁN ĐỌC VỀ NĂNG LỰC HỌC TẬP CẢM XÚC XÃ HỘI CHO TRẺ EM GÓP PHẦN TRIỂN KHAI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TẠI CỘNG ĐỒNG TS. Hoàng Tuấn Ngọc, Nguyễn Trần Trâm Anh, Lê Đình Khôi.....	729
64.	THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN HỌC SINH TRƯỜNG THPT BUỒN MA THUỘT TỈNH ĐẮK LẮK VÀ GỢI MỞ VAI TRÒ CỦA CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CUNG CẤP DỊCH VỤ KẾT NỐI GIỮA NHÀ TRƯỜNG VÀ CỘNG ĐỒNG ThS. Đỗ Thị Liên	741
65.	KHẢO SÁT THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI BỊ TRẦM CẢM TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI Phạm Thị Kiều Duyên, Nguyễn Thị Trâm Anh.....	751
66.	NHẬN THỨC VỀ VẤN ĐỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH DÂN TỘC NỘI TRÚ TẠI CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TỈNH QUẢNG NGÃI Phạm Thị Kiều Duyên, Nguyễn Trà	764
67.	MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TINH THẦN CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN ThS. Đỗ Thị Ngọc Bích	776

BÁO CÁO ĐỀ DẪN HỘI THẢO CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Sức khỏe tâm thần là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của các cá nhân trong xã hội. Các quan điểm và định nghĩa về sức khỏe tâm thần cũng đã có những thay đổi mang tính nhân văn và bao quát hơn. Trước đây khỏe mạnh về tâm thần được hiểu là người không bị chẩn đoán với bất cứ một bệnh lý tâm thần nào. Ngày nay, sức khỏe tâm thần được nhìn nhận một cách tích cực hơn: Sức khỏe tâm thần tốt không chỉ là không có rối loạn về tâm thần mà đó còn là trạng thái khỏe mạnh về mặt tâm trí, sức khỏe tâm thần là thành công của chức năng tâm thần, dẫn đến các hành vi có ích, các mối quan hệ thành công với người khác và cung cấp khả năng thích ứng với sự thay đổi và đối phó với mọi hoàn cảnh. Sức khỏe tâm thần là khả năng tận hưởng cuộc sống: là cách sống với hiện tại và những gì mình có; khả năng học được những bài học từ quá khứ và lập kế hoạch cho tương lai mà không trăn trở, sống mãi với những kỉ niệm đau buồn hoặc sự thất bại. Khả năng phục hồi và chống chọi với các sự kiện đó mà không mất đi sự lạc quan cũng như niềm tin của mình. Có khả năng thiết lập sự cân bằng trước rất nhiều phương diện của cuộc sống như thể chất, tâm lý, tinh thần, xã hội và kinh tế. Có thể tự nhận biết năng lực và sở thích của cá nhân, nuôi dưỡng những năng lực của mình để đạt được sự phát triển tối đa. Dễ dàng thích nghi trong những tình huống mới, tự điều chỉnh mong đợi của mình về cuộc sống, về chính bản thân mình và về người khác để giải quyết vấn đề gặp phải và để đạt được sự thoải mái hơn.

Mặc dù đã được quan tâm và có nhiều mô hình can thiệp hỗ trợ, tuy nhiên theo đánh giá, Việt Nam có khoảng 14 triệu người rối loạn tâm thần và trong số này nhiều người đang phải đối mặt với mô hình bệnh tật kép, bệnh truyền nhiễm diễn biến phức tạp trong đó các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, tiểu đường, COPD, bệnh tâm thần... Chính vì vậy đòi hỏi cần có nhiều hơn nữa các nghiên cứu cả về lý luận và thực tiễn trong lĩnh vực này. Thực tiễn cho thấy, cộng đồng là môi trường chính để hỗ trợ phục hồi và tái hòa nhập cho người có rối loạn tâm thần. Sự tham gia tích cực của cộng đồng giúp người bệnh cảm thấy được chấp nhận, giảm cảm giác cô lập và tăng cường sức đề kháng tinh thần. Việc xây dựng các nhóm tự giúp đỡ, mạng lưới hỗ trợ bạn bè và gia đình đóng vai trò quan trọng trong hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững. Cộng đồng cũng là nơi hiệu quả để thực hiện các hoạt động giáo dục và ngăn ngừa. Tuy nhiên vẫn cần có những dịch vụ chuyên nghiệp để có thể phát huy vai trò của cộng đồng trong việc phối kết hợp cung cấp dịch vụ. Kinh nghiệm trên thế giới đối với các can thiệp hỗ trợ tiên tiến cho thấy dịch vụ công tác xã hội (CTXH) đóng góp một vai trò quan trọng vì không chỉ can thiệp hỗ trợ trực tiếp các đối tượng

trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần mà nó còn đóng vai trò trọng tâm trong việc điều phối các hoạt động điều phối đa ngành. Các bằng chứng khoa học cho thấy công tác xã hội hỗ trợ cá nhân, gia đình, nhóm, cộng đồng vượt qua các khó khăn tâm lý xã hội; kết nối nguồn lực, biện hộ chính sách, hỗ trợ hòa nhập xã hội... Ngoài ra CTXH còn là cầu nối giữa các dịch vụ y tế, xã hội và nguồn lực cộng đồng nhằm tăng cường khả năng tự lực và phát triển bền vững cho người gặp các rối nhiễu về tâm thần. Nhân viên công tác xã hội không chỉ can thiệp trực tiếp mà còn thực hiện vai trò tư vấn, kết nối người bệnh với các dịch vụ hỗ trợ khác nhau như chăm sóc sức khỏe, giáo dục và pháp lý. Điều này góp phần giảm thiểu tình trạng kỳ thị và nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

Dịch vụ công tác xã hội giúp giảm áp lực cho hệ thống y tế bằng cách hỗ trợ người bệnh ngay tại cộng đồng, tạo điều kiện thuận lợi cho việc hồi phục và tái hòa nhập xã hội. Hơn nữa, các nhân viên xã hội đóng vai trò thiết yếu trong việc chuẩn bị môi trường sống an toàn và hỗ trợ tâm lý hiệu quả. Ngoài ra, dịch vụ còn giúp nhận diện các yếu tố rủi ro xã hội đáng chú ý như nghèo đói, bạo lực gia đình, hoặc sự cô lập, đồng thời thiết kế các chương trình can thiệp phù hợp để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người gặp các rối nhiễu về tâm thần. Các dịch vụ công tác xã hội được cung cấp thông qua nhiều mô hình khác nhau như mô hình cá nhân – nhóm – gia đình – cộng đồng, mô hình tích hợp trong các trung tâm y tế xã hội và mô hình dựa vào mạng lưới tự giúp đỡ cộng đồng. Mỗi mô hình đều có ưu điểm phù hợp với đặc điểm vùng miền và nhóm đối tượng phục vụ. Nhân viên công tác xã hội thường phối hợp với bác sĩ, tâm lý viên để xây dựng kế hoạch hỗ trợ toàn diện, giúp bệnh nhân thích nghi và cải thiện các kỹ năng sống. Họ cũng tham gia giám sát, đánh giá tiến độ và hiệu quả của can thiệp tại cộng đồng.

Tuy nhiên hiện nay, việc cung cấp dịch vụ CTXH trong lĩnh vực này còn gặp phải nhiều thách thức. Cụ thể là sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn, hạn chế về kinh phí và nguồn lực hỗ trợ, cũng như rào cản văn hóa và kỳ thị xã hội đối với người có rối nhiễu về tâm thần. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiếp cận dịch vụ và chất lượng chăm sóc. Bên cạnh đó, mức độ phối hợp chưa đồng bộ giữa các ngành y tế, xã hội và tổ chức cộng đồng làm giảm hiệu quả can thiệp. Nhằm đẩy mạnh hoạt động trao đổi học thuật, tạo diễn đàn chia sẻ các kinh nghiệm nghiên cứu, giảng dạy, can thiệp trực tiếp liên quan đến lĩnh vực cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, Trường Đại học Lao động – Xã hội long trọng tổ chức Hội thảo khoa học quốc gia với chủ đề: “Cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng”.

Các bài viết trong kỷ yếu hội thảo này cung cấp tổng quan chi tiết về vai trò và thách thức trong việc cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Đây là một tài liệu mang tính chuyên môn với hàm lượng học thuật cao nhằm hỗ trợ cán Bộ Y tế, nhân viên công tác xã hội và các thành viên cộng đồng trong việc hiểu rõ chức năng, quy trình cũng như các giải pháp nâng cao hiệu quả chăm sóc người có rối nhiễu tâm thần thông qua việc cung cấp dịch vụ công tác xã hội.

Ban tổ chức hội thảo

CÁC MÔ HÌNH CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

TS. Nguyễn Hải Hữu

Tóm tắt: Có khoảng 10,5% dân số Việt Nam có vấn đề về sức khỏe tâm thần với các dạng, mức độ khác nhau, trong đó tâm thần nặng khoảng 2,5%. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần rất lớn, nhưng chưa được đáp ứng đầy đủ, cả về chăm sóc sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Từ thực tế đó, Chính phủ đã ban hành Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2011-2020 và giai đoạn 2021-2030, để tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, cùng với các Đề án trợ giúp xã hội, phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 và giai đoạn 2021-2030. Từ đó nhiều mô hình CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần được hình thành và phát triển như mô hình CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các bệnh viện; Mô hình CTXH chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cơ sở trợ giúp xã hội, trung tâm công tác xã hội; Mô hình CTXH trong chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng. Việc cung cấp dịch vụ CTXH góp phần quan trọng vào nâng cao chất lượng, hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh.

Từ khóa: Dịch vụ công tác xã hội, chăm sóc sức khỏe tâm thần, mô hình công tác xã hội.

MODELS OF SOCIAL WORK SERVICE DELIVERY IN MENTAL HEALTH CARE

Abstract: Approximately 10.5% of Vietnam's population experiences mental health problems of varying types and severity, with about 2.5% suffering from serious mental disorders. The demand for mental health care is significant but remains inadequately met, both in terms of physical and psychological support. In response to this reality, the Vietnamese Government issued the Social Work Development Program for the periods 2011–2020 and 2021–2030 to strengthen the capacity for delivering social work services in mental health care. In parallel, it introduced programs to provide social assistance and community-based rehabilitation for people with mental disorders and psychosocial disabilities during the same periods. As a result, various models of social work in mental health care have been developed and implemented, including: social work in psychiatric hospitals, social work in mental health care at social protection centers and social work service centers, and community-based social work in mental health care. The provision of social work services has played a vital role in improving the quality and effectiveness of mental health care for individuals with mental health conditions.

Keywords: Social work services, mental health care, social work models.

1. MỨC ĐỘ VÀ TÍNH PHỔ BIẾN CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở VIỆT NAM

Sức khỏe tâm thần được xem là một bộ phận không thể tách rời trong định nghĩa về sức khỏe (xem WHO, 2001), trong đó sức khỏe tâm thần không chỉ là không bị mắc rối loạn tâm thần, mà còn bao hàm trạng thái thoải mái, sự tự tin vào năng lực bản thân, tính tự chủ, năng lực và khả năng nhận biết những tiềm năng của bản thân. (Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam của UNICEF 2019).

Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thì trên thế giới cứ 4 người thì có 1 người rối loạn tâm thần hoặc có hành vi rối loạn tâm thần tại một thời điểm nào đó trong suốt cuộc đời của họ. Hiện nay trên thế giới có khoảng 7.53 tỷ người (2017) trong đó, hơn 773 triệu người có các rối loạn tâm thần khác nhau, trong đó 251 triệu bệnh nhân trầm cảm, 18,2 triệu bệnh nhân tâm thần phân liệt, hơn 68 triệu người nghiện chất, hơn 102 triệu người nghiện rượu¹.

¹ IHME, Global Burden of Disease, 2017.

Bảng 1: Số lượng và tỷ lệ NTT, NRNTT so với dân số (năm 2019)

Rối nhiễu tâm trí	Tỷ lệ % so với dân số	Số lượng
Tâm thần phân liệt	0.236%	230.880
Động kinh	0.324%	317.460
Trầm cảm	2.83%	2.770.560
Tổn thương não	0.448%	438.600
Nghiện/lạm dụng rượu	1.71%	1.673.880
Nghiện các chất ma túy	0.678%	663.780
Rối loạn lưỡng cực	0.55%	529.100
Rối loạn ăn uống	0.12%	125.060
Các rối loạn tâm thần nặng khác (Sa sút trí tuệ tuổi già, mất ngủ, Alzheimer)	3.66%	3.517.120
Tổng cộng	10,5%	10.266.440

Nguồn: Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030

Theo kết quả Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ năm 2024, dân số Việt Nam thời điểm 01/4/2024 là 101 triệu người. Với tỷ lệ 10,5% dân số bị rối nhiễu tâm trí ước tính tương đương với 10,6 triệu người, trong đó số người tâm thần nặng ước tính 2,5% số người rối nhiễu tâm trí (tương đương 260 ngàn người). Trong đó, số người có hành vi nguy hiểm cho gia đình, cộng đồng khoảng 155.000 người

Tổng quan các bằng chứng về sức khỏe tâm thần ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần nói chung đối với trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam dao động từ 8% đến 29% và khác nhau theo tỉnh, giới tính. Một khảo sát dịch tễ học năm 2018 trên mẫu đại diện quốc gia của 10 trong số 63 tỉnh/thành cho thấy tỷ lệ trung bình các vấn đề sức khỏe tâm thần trẻ em khoảng 12%, đồng nghĩa với việc hơn 3 triệu trẻ em có nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe tâm thần. (Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam của UNICEF 2019).

2. CUNG ỨNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Việc cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thuộc quản lý của các Bộ, ngành liên quan, bao gồm: Bộ Y tế, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (chức năng của BLĐTB&XH trước đây nay chuyển về Bộ Y tế) và Bộ Giáo dục và Đào tạo. Mỗi Bộ đều có mô hình quản lý khác nhau theo từng ngành, lĩnh vực, chức năng, nhiệm vụ riêng và có các chương trình, đề án, mô hình về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội khác nhau. Chẳng hạn như Bộ Y tế quản lý về lĩnh vực y tế, các bệnh viện, trung tâm y tế. Các trung tâm y tế và bệnh viện đưa ra chẩn đoán và điều trị ban đầu đối với các bệnh tâm thần nặng và kéo dài có căn nguyên từ các bệnh lý về thần kinh và phát triển. Trong khi đó, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, thông qua hệ thống ngành dọc Sở Lao động-Thương binh và Xã hội tại 63 tỉnh, thành phố, các cơ sở trợ giúp xã hội, giải quyết các chính sách cho đối tượng bảo trợ xã hội và cung cấp các dịch vụ cho các trường hợp nặng. Bộ Giáo dục và Đào tạo chịu trách nhiệm thiết lập phòng tư vấn tâm lý xã hội trong các trường học và đào tạo kỹ năng sống. Bên cạnh đó số lượng các tổ chức phi chính phủ và tư nhân cung cấp các dịch vụ liên quan đến tâm lý xã hội và sức khỏe tâm thần cũng đang dần gia tăng. Đặc biệt là các cơ

sở chăm sóc trẻ em tự kỷ, rối nhiễu tâm trí, chậm phát triển về trí tuệ; cơ sở chăm sóc người bị rối loạn tâm thần do sử dụng chất gây nghiện.

Việc chăm sóc sức khỏe tâm thần tuy được các cấp, các ngành liên quan quan tâm, nhưng chưa thật sự đáp ứng nhu cầu của người dân cả về chăm sóc sức khỏe thể chất, và chăm sóc sức khỏe tinh thần. Trong bối cảnh đó, năm 2010 Chính phủ đã Phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 - 2020 (quyết định số 32/2010/QĐ-TTg ngày 25/03/2010). Tiếp đó là Quyết định số 112/QĐ-TTg ngày 22/01/2021 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021 - 2030 với mục tiêu: Tiếp tục đẩy mạnh phát triển công tác xã hội tại các ngành, các cấp, phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước theo từng giai đoạn; đảm bảo nâng cao nhận thức của toàn xã hội về công tác xã hội; đẩy mạnh xã hội hóa, nâng cao chất lượng dịch vụ công tác xã hội trên các lĩnh vực, đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ công tác xã hội của người dân, hướng tới mục tiêu phát triển xã hội công bằng và hiệu quả. Từ đó dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ngày càng phát triển trong các bệnh viện, cơ sở trợ giúp xã hội và tại cộng đồng.

Năm 2024, Chính phủ ban hành Nghị định số 110/2024/NĐ-CP (30/8/2024) về công tác xã hội. Nghị định này quy định quyền và nghĩa vụ của đối tượng công tác xã hội; quyền và nghĩa vụ của người hành nghề công tác xã hội; điều kiện đăng ký hành nghề công tác xã hội; thực hành nghề công tác xã hội; thẩm quyền, hồ sơ, thủ tục cấp, cấp lại và thu hồi giấy chứng nhận đăng ký hành nghề công tác xã hội. Nghị định này cũng quy định chức năng của CTXH, nguyên tắc CTXH, dịch vụ CTXH, quy trình cung cấp dịch vụ CTXH, chính sách của nhà nước về CTXH. Sự ra đời Nghị định này là bước tiến mới về khung khổ luật pháp CTXH ở Việt Nam.

2.1. Mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các bệnh viện

Tham gia vào việc cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của ngành y tế bao gồm một số bệnh viện ở tuyến trung ương, bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến huyện và các trạm y tế ở tuyến xã. Tuyến trung ương có một số bệnh viện chuyên chăm sóc sức khỏe tâm thần hoặc bệnh viện đa khoa, trong đó có khoa chăm sóc sức khỏe tâm thần. Một số tỉnh có bệnh viện chuyên chăm sóc sức khỏe cho những người bị tâm thần kinh, còn lại đa phần là bệnh viện đa khoa trong đó có khoa chăm sóc sức khỏe tâm thần. Hầu hết các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh có phòng công tác xã hội hoặc tổ công tác xã hội. Các bệnh viện lớn như Bệnh viện Bạch Mai ở Hà Nội, phòng công tác xã hội có tới 70 cán bộ nhân viên, bao gồm cả nhân viên CTXH chuyên nghiệp và bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng kiêm nhiệm. Phòng CTXH tham tích cực vào việc hỗ trợ người bệnh và gia đình người bệnh. Hoạt động CTXH trong bệnh viện thực hiện theo Thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ công tác xã hội của bệnh viện. Từ 01/03 /2025 thực hiện theo Thông tư 51/TT-BYT (12/2024) quy định về thực hiện công tác xã hội trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Việc thực hiện CTXH theo Thông tư 51 là một bước tiến lớn về hoạt động CTXH trong cơ sở khám, chữa bệnh, trong đó có chăm sóc SKTT.

2.2. Mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cơ sở trợ giúp xã hội

Các cơ quan cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (nay là Bộ Y tế) bao gồm các trung tâm bảo trợ xã hội, trung tâm công tác xã hội, Trung tâm chăm sóc và phục hồi chức năng (CS&PHCN) cho người tâm thần (gọi chung là cơ sở trợ giúp xã hội).

Các cơ sở trợ giúp xã hội (bao gồm, Cơ sở chăm sóc người cao tuổi; Cơ sở chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt; Cơ sở chăm sóc người khuyết tật; Cơ sở chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí; Cơ sở trợ giúp xã hội tổng hợp thực hiện việc chăm sóc nhiều đối tượng bảo trợ xã hội hoặc đối tượng cần trợ giúp xã hội; Trung tâm công tác xã hội thực hiện việc tư vấn, chăm sóc khẩn cấp hoặc hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho đối tượng cần trợ giúp xã hội; Cơ sở trợ giúp xã hội khác theo quy định của pháp luật.

Các cơ sở trợ giúp xã hội có nhiệm vụ (i) Cung cấp các dịch vụ khẩn cấp (tiếp nhận đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp; đánh giá các nhu cầu của đối tượng; sàng lọc và phân loại đối tượng. Trường hợp cần thiết thì chuyển gửi đối tượng tới các cơ sở y tế, giáo dục, cơ quan công an, tư pháp hoặc các cơ quan, tổ chức phù hợp khác; bảo đảm sự an toàn và đáp ứng các nhu cầu khẩn cấp của đối tượng như: nơi cư trú tạm thời, thức ăn, quần áo và đi lại); (ii) Tham vấn, trị liệu rối nhiễu tâm trí, khủng hoảng tâm lý và phục hồi thể chất cho đối tượng. (iii) Tư vấn và trợ giúp đối tượng thụ hưởng các chính sách trợ giúp xã hội; phối hợp với các cơ quan, tổ chức phù hợp khác để bảo vệ, trợ giúp đối tượng; tìm kiếm, sắp xếp các hình thức chăm sóc. (iv) Xây dựng kế hoạch can thiệp và trợ giúp đối tượng; giám sát và rà soát lại các hoạt động can thiệp, trợ giúp và điều chỉnh kế hoạch. (v) Tiếp nhận, quản lý, chăm sóc, nuôi dưỡng các đối tượng bảo trợ xã hội thuộc diện đặc biệt khó khăn, không tự lo được cuộc sống và không có điều kiện sinh sống tại gia đình, cộng đồng. (vi) Cung cấp dịch vụ điều trị y tế ban đầu. (vii) Tổ chức hoạt động phục hồi chức năng, lao động sản xuất; trợ giúp các đối tượng trong các hoạt động tự quản, văn hoá, thể thao và các hoạt động khác phù hợp với lứa tuổi và sức khỏe của từng nhóm đối tượng. (viii) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị, tổ chức để dạy văn hoá, dạy nghề, giáo dục hướng nghiệp nhằm giúp đối tượng phát triển toàn diện về thể chất, trí tuệ và nhân cách. (x) Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội và nâng cao năng lực (Cung cấp các dịch vụ về giáo dục xã hội để giúp đối tượng phát triển khả năng tự giải quyết các vấn đề, bao gồm cả giáo dục kỹ năng làm cha mẹ cho những đối tượng có nhu cầu; đào tạo kỹ năng sống cho trẻ em và người chưa thành niên; Hợp tác với các cơ sở đào tạo tổ chức đào tạo, tập huấn về công tác xã hội cho đội ngũ nhân viên, cộng tác viên công tác xã hội hoặc làm việc tại các cơ sở cung cấp dịch vụ công tác xã hội; Tổ chức các khóa tập huấn, hội thảo cung cấp kiến thức, kỹ năng cho các nhóm đối tượng có nhu cầu. (xi) Quản lý đối tượng được cung cấp dịch vụ công tác xã hội... cho tất cả các đối tượng bảo trợ xã hội và đối tượng cần sự bảo vệ khẩn cấp.

Đến nay, có 45 cơ sở trợ giúp xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng người tâm thần và các Trung tâm Công tác xã hội hỗ trợ đã tổ chức quản lý trường hợp đối với 60.000 đối tượng là người tâm thần tại cộng đồng. Các trung tâm này cung cấp dịch vụ công tác xã hội như tổ chức lao động sản xuất, phục hồi chức năng cho đối tượng. Phần lớn các cơ sở liên kết với tiêu thương, tổ chức, cá nhân, tổ chức lao động sản xuất, hướng nghiệp và dạy nghề, tạo việc làm

cho người tâm thần thông qua các nghề như chăn nuôi gia súc, gia cầm, trồng nấm, sản xuất hương, vàng mã, giấy bản, trồng cây cảnh... tạo thu nhập, góp phần nâng cao chất lượng đời sống và tinh thần cho đối tượng

2.3. Mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng

Năm 2011, Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 (Quyết định 1215). Mục tiêu của Đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa rối nhiễu tâm trí bị tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội. Tiếp đó, năm 2020 Thủ Tướng Chính phủ tiếp tục ban hành quyết định số 1929 ngày 25/11/2020, phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030, với mục tiêu tổng quát như sau: “Huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng tăng cường trợ giúp về vật chất, tinh thần, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí hòa nhập cộng đồng, ổn định cuộc sống; sàng lọc, phát hiện và hỗ trợ can thiệp, phòng ngừa người rối nhiễu tâm trí đặc biệt là trẻ tự kỷ bị tâm thần nặng, góp phần bảo đảm an sinh xã hội và nâng cao chất lượng dịch vụ trợ giúp xã hội đối với người tâm thần và người rối nhiễu tâm trí”.

Nhiệm vụ chính của Đề án: trợ giúp về y tế trong đó có thực hiện dịch vụ phát hiện sớm trẻ em tự kỷ, người rối nhiễu tâm trí; tuyên truyền, tư vấn về phục hồi chức năng đối với người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí. Đi cùng với nó là phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH. Triển khai phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng. Trợ giúp về giáo dục trong đó có phát triển hệ thống dịch vụ và mô hình giáo dục trẻ em tự kỷ, người chưa thành niên rối nhiễu tâm trí có hiệu quả từ trung ương đến địa phương, phù hợp với nhu cầu đa dạng của trẻ em tự kỷ và người chưa thành niên rối nhiễu tâm trí. Phát hiện sớm, can thiệp sớm, giáo dục hòa nhập, giáo dục chuyên biệt, giáo dục trẻ em tự kỷ và người chưa thành niên rối nhiễu tâm trí tại cơ sở trợ giúp xã hội, gia đình và cộng đồng, giáo dục từ xa. Trợ giúp hướng nghiệp, lao động trị liệu, hỗ trợ sinh kế và văn hóa, thể thao, trong đó có Triển khai hướng nghiệp, tổ chức lao động trị liệu, tổ chức các mô hình câu lạc bộ, các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục thể thao nhằm phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí tại các cơ sở trợ giúp xã hội. Xây dựng mô hình hỗ trợ sinh kế đối với gia đình người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí; xây dựng mô hình hỗ trợ gia đình có người tâm thần và người rối nhiễu tâm trí khởi nghiệp. Phát triển mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội làm nhiệm vụ chăm sóc, giáo dục phục hồi chức năng đối với người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí. Bên cạnh đó còn một số nhiệm vụ bổ trợ khác.

Một số mô hình CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần thực hiện theo Quyết định số 1215 (2011-2020) và quyết định 1929 (2021-2030)

Mô hình cơ sở phòng và trị liệu rối nhiễu tâm trí ở một số huyện, thành phố các tỉnh Đắk Nông, Quảng Ninh, Thanh Hóa. Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng Các mô hình này tập trung vào

việc cung cấp các dịch vụ, tư vấn, tham vấn, kết nối chuyển tuyến cho đối tượng bị rối nhiễu tâm trí, sang chấn tâm lý, khủng hoảng tâm lý, có nguy cơ cao bị bệnh tâm thần.

Mô hình cơ sở phòng và trị liệu rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng tại một số huyện giai đoạn 2011-2015 và giai đoạn 2016-2020 (huyện Châu Thành và thành phố Tân An tỉnh Long An và một số địa phương khác), nhằm triển khai trợ giúp, tư vấn, cung cấp các dịch vụ công tác xã hội đối với người bệnh tâm thần, người rối nhiễu tâm trí, người trầm cảm đến các hộ gia đình có người bệnh tâm thần, người rối nhiễu tâm trí, người trầm cảm tại cộng đồng.

Mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện tại tỉnh Thanh Hóa và Bến Tre (phối hợp với Tổ chức từ thiện Đại Tây Dương - Atlantic Philanthropies - AP). Mục tiêu của mô hình là xây dựng cơ chế hợp tác liên ngành, chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, lấy đối tượng làm trung tâm, phục hồi chức năng luân phiên cho đối tượng và tăng cường cơ chế phòng ngừa: tư vấn, trị liệu tâm lý, đường dây tư vấn điện thoại (hotline).

Mô hình Trung tâm Công tác xã hội hỗ trợ điều trị trầm cảm tại tỉnh Quảng Ninh và Thái Nguyên (phối hợp với tổ chức FHI - Family Health International. Mô hình tập trung cung cấp các dịch vụ tốt nhất cho người bị trầm cảm tại cộng đồng như tham vấn, tư vấn, trị liệu và chuyển tuyến; lồng ghép dịch vụ sức khỏe tâm thần với hệ thống dịch vụ xã hội tại cộng đồng; thiết lập một hệ thống chuyển gửi, trao đổi thông tin giữa dịch vụ xã hội (ngành LĐTBXH) và dịch vụ sức khỏe tâm thần (ngành y tế); truyền thông giáo dục về chống kỳ thị đối với người bệnh trầm cảm tại khu phố; hỗ trợ nghiên cứu, xây dựng chương trình tài liệu tập huấn giảng viên nguồn về lĩnh vực sức khỏe tâm thần; đào tạo công tác xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cán bộ quản lý.

Phối hợp với Đại học SFU (Canada) và Melbourne (Úc) thí điểm mô hình tự kiểm soát trầm cảm tại cộng đồng sử dụng sách kỹ năng kiểm soát trầm cảm nhẹ và vừa không sử dụng thuốc tại 32 xã tại 8 tỉnh của Việt Nam. Mô hình kết hợp giữa y tế và ngành công tác xã hội đã đạt kết quả tốt.

2.4. Mô hình công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở cơ sở giáo dục

Việc cung cấp dịch vụ CTXH trường học trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở trường học, nhất là các trường phổ thông đang từng bước phát triển, sau khi BGD&ĐT ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông (TT31/2017) và Thông tư hướng dẫn công tác xã hội trường học (TT33/2018). Vấn đề SKTT của học sinh chủ yếu là các dạng nhẹ như trầm cảm, tự ty, lo âu, bị cô lập, buồn rầu, rối loạn cảm xúc, khủng hoảng tâm lý... Nguyên nhân dẫn đến các vấn đề SKTT học sinh là do ba nguyên nhân, thứ nhất là áp lực học hành, thi cử; thứ hai là bị bạo lực trong môi trường học đường, mối quan hệ với bạn bè, thầy cô; thứ ba là các yếu tố liên quan đến môi trường gia đình, môi trường mạng... Hoạt động CTXH trường học tập trung vào tư vấn, hỗ trợ về tâm lý cho học sinh, giúp các em nhận biết các vấn đề về SKTT của bản thân và hỗ trợ các em vượt qua. Bên cạnh đó là các hoạt động liên quan đến phòng chống bạo lực học đường, xây dựng trường học an toàn, lành mạnh thân thiện với người học.

Nội dung tư vấn học đường tại một trường THPT, Hồ Chí Minh

- Tư vấn hướng nghiệp, chọn nghề và tuyển sinh lớp 10, trường chuyên.
- Tư vấn giáo dục giới tính - sức khỏe sinh sản vị thành niên.
- Giải quyết những khó khăn, vướng mắc trong tình bạn, giới tính và quan hệ với bạn khác giới.
- Những băn khoăn, vướng mắc xung quanh vấn đề ứng xử với cha mẹ, thầy cô, người thân trong gia đình mong muốn được gần gũi, chia sẻ.
- Quan hệ, giao tiếp, ứng xử với gia đình, giáo viên và bạn bè.
- Phương pháp học tập
- Tham gia các hoạt động xã hội.
- Tư vấn về các giá trị sống, kỹ năng sống.
- Tư vấn về công tác phòng, chống dịch bệnh, phòng chống xâm hại, phòng chống các bệnh theo mùa gây ra.

Tư vấn các vấn đề khác theo mong muốn của học sinh.

Nguồn: Dự thảo Báo cáo khảo sát đánh giá thực trạng triển khai thực hiện CTXH và tư vấn tâm lý trong trường học UNICEF, 2025

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg ngày 25/03/2010 của thủ Tướng Chính phủ phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010 - 2020.
2. Quyết định số 112/QĐ-TTg ngày 22/01/2021 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021 - 2030.
3. Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 (2011).
4. Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030 (2020).
5. Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam của UNICEF (2019).
6. Quyết định số 1215/2011/QĐ-TTg ngày 22/07/2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020.
7. Quyết định số 1929/2020/QĐ-TTg ngày 25/11/2020, của Thủ Tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030.
8. IHME, Global Burden of Disease, 2017.
9. Dự thảo Báo cáo khảo sát đánh giá thực trạng triển khai thực hiện CTXH và tư vấn tâm lý trong trường học UNICEF, 2025.

PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG CHO TRẺ TÂM THẦN THEO ĐỊNH HƯỚNG CÔNG TÁC XÃ HỘI

PGS.TS. Nguyễn Trung Hải¹

Tóm tắt: Gia đình có trẻ tâm thần luôn mong muốn nhận được cái nhìn thông cảm, sẻ chia và không kỳ thị của cộng đồng xã hội. Đây là giải pháp hữu ích nhất để những đứa trẻ không may mắc bệnh liên quan đến tâm thần và gia đình nỗ lực, kiên trì theo đuổi quá trình điều trị lâu dài, giúp con trẻ phát triển bình thường, không trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội trong tương lai. Tuy nhiên hiện nay trẻ tâm thần gặp không ít rào cản và khó khăn trong việc hòa nhập cộng đồng đòi hỏi cần có các dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu. Bài viết dưới đây dựa trên phương pháp khảo sát 200 bảng hỏi đối với gia đình có trẻ tâm thần kết hợp với các phương pháp phỏng vấn sâu đối với nhân viên cung cấp dịch vụ hỗ trợ trẻ hòa nhập cộng đồng tại 7 cơ sở trợ giúp xã hội trong 2 địa phương là Hà Nội và Hồ Chí Minh. . . Kết quả cho thấy các dịch vụ hỗ trợ hòa nhập cộng đồng về phục hồi chức năng và dạy văn hóa đang được triển khai nhiều nhất tại các cơ sở trợ giúp xã hội với hình thức cung cấp dịch vụ chủ yếu là bán thời gian. Mặc dù có tỷ lệ hài lòng khá cao về dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần, tuy nhiên những hạn chế của dịch vụ như nguồn lực còn ít, cơ sở vật chất chưa đủ, năng lực cán bộ còn chưa được chuyên sâu cũng như các yếu tố cộng đồng xã hội khác.

Từ khoá: Trẻ tâm thần, công tác xã hội, hiệu quả dịch vụ

DEVELOPING COMMUNITY INTEGRATION SERVICES FOR MENTALLY ILL CHILDREN IN – DIRECTION OF SOCIAL WORK BASED

Abstract: Families with mentally ill children always want to receive a sympathetic, sharing and non-discriminatory view from the community. This is the most useful solution for unfortunate children with mental illnesses and their families to strive and persevere in pursuing long-term treatment, helping children develop normally and not become a burden to their families and society in the future. However, currently, mentally ill children face many barriers and difficulties in integrating into the community, requiring specialized support services. The following article is based on a survey method of 200 questionnaires for families with mentally ill children combined with in-depth interview methods for staff providing services to support children's integration into the community at 7 social assistance facilities in 2 localities: Hanoi and Ho Chi Minh City... The results show that community integration support services on rehabilitation and cultural education are being implemented the most at social assistance facilities with the service provision mainly being part-time. Although there is a high satisfaction rate with community integration services for mentally ill children, there are limitations to the service such as limited resources, inadequate facilities, lack of specialized staff capacity, and other social and community factors.

Keywords: Mentally ill children, social work, service effectiveness

1. LÝ DO CHỌN NGHIÊN CỨU

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hiện có hơn 13% trẻ em, thanh thiếu niên từ 10-19 tuổi trên toàn cầu đang phải sống chung với chứng rối loạn tâm thần. Số liệu của Dịch vụ Sức khỏe tâm thần của Anh cho biết năm 2023, cứ 12 trẻ em, thanh thiếu niên thì có

¹ Trường Đại học Lao động – Xã hội

1 em gặp vấn đề, được giới thiệu đến các trung tâm sức khỏe tâm thần (WHO, 2020). Theo cuộc khảo sát của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ cuối năm 2023, khoảng 30% thanh thiếu niên của quốc gia này cho biết tình trạng sức khỏe tâm thần của họ rất kém, khoảng 40% thường xuyên cảm thấy buồn bã hoặc vô vọng kéo dài. Tại Việt Nam, “Nghiên cứu toàn diện về các yếu tố liên quan đến trường học ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện của trẻ em nam và nữ vị thành niên tại Việt Nam” do Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) tại Việt Nam phối hợp với Bộ GD&ĐT công bố, thì 20% trẻ vị thành niên có vấn đề về sức khỏe tâm thần và chỉ 8,4% các em được tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn. Hơn nữa, chỉ có 5,1% cha mẹ có con vị thành niên nhận thấy con mình cần sự giúp đỡ đối với các vấn đề về cảm xúc và hành vi. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra, nhiều phụ huynh gây áp lực buộc con em mình phải thành công và có những tiêu chuẩn cao khiến các em phải “học 24/24h” (UNICEF, 2023).

Trẻ em thường có sự phát triển và thay đổi nhanh chóng trong thời thơ ấu. Tuy nhiên trong thời kỳ này trẻ em cũng là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương và dễ chịu tác động, ảnh hưởng bởi các yếu tố từ môi trường bên ngoài gây ra những vấn đề về sức khỏe tâm thần. Nhiều chứng rối loạn tâm thần có thể bắt đầu từ thời thơ ấu. Ước chừng 1/5 (khoảng 20%) trẻ em và thanh thiếu niên có các rối loạn về sức khỏe tâm thần và cảm xúc cần được phát hiện và điều trị. Một số chứng bệnh tâm thần của trẻ em thường gặp bao gồm: Các chứng rối loạn cảm xúc lo âu; Các chứng rối loạn hành vi phá rối và thiếu tập trung chú ý; Các chứng rối loạn ăn uống; Các chứng rối loạn tâm trạng... Trẻ mắc bệnh tâm thần sẽ ảnh hưởng tới việc phát triển về thể chất, giảm sút hiệu quả học tập, thường có những hành vi hiếu chiến hoặc rút lui khỏi các mối quan hệ xã hội. Đặc biệt với một số bệnh còn khiến trẻ có những hành vi tự tử hoặc tự làm hại bản thân... Trên thực tế, qua đánh giá từ các báo cáo, số lượng trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn trong đó có trẻ tâm thần được nhận trợ cấp và các dịch vụ hiện đang khá thấp trong các nhóm đối tượng. Điều đó đã tạo ra những bất cập trong việc trợ giúp các nhóm đối tượng yếu thế trong xã hội.

Ngoài ra, trẻ tâm thần còn gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống, học tập và sinh hoạt hàng ngày. Theo báo cáo của UNICEF (2023) thì một trong những vấn đề khó khăn nhất của trẻ và gia đình là các rào cản kỳ thị, phân biệt đối xử tại cộng đồng. Điều đó không chỉ gây bất lợi với trẻ mà còn hạn chế hiệu quả của các chương trình chăm sóc hỗ trợ. Chính vì vậy việc phát triển các dịch vụ hỗ trợ toàn diện nói chung và dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ tâm thần nói riêng là rất quan trọng cho sự phát triển của trẻ cũng như đóng góp vào hiệu quả của các chương trình, chính sách của xã hội.

2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

- Khái niệm trẻ em

Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em của Liên hiệp quốc công bố năm 1989 tại Điều 1 xác định “Trẻ em có nghĩa là dưới 18 tuổi, trừ trường hợp luật pháp áp dụng với trẻ em đó quy định tuổi thành niên sớm hơn” (Công ước quốc tế về Quyền trẻ em, 1989). Luật Trẻ em vừa được kỳ họp thứ 11, Quốc hội khóa XIII thông qua ngày 5/4/2016 và có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2017. Tại Điều 1 của Luật Trẻ em định nghĩa rằng “Trẻ em là người dưới 16 tuổi” (Luật Trẻ em, 2016).

- Khái niệm Trẻ tâm thần

Qua tổng hợp, nghiên cứu, đề tài đưa ra một định nghĩa tổng quát về trẻ tâm thần là *“Công dân Việt Nam dưới 16 tuổi gặp phải những triệu chứng rối loạn về tâm thần gây ảnh hưởng đến các chức năng xã hội và chất lượng trong cuộc sống”*.

- Khái niệm Dịch vụ

Dịch vụ được hiểu theo nhiều cách khác nhau và gắn liền với quá trình phát triển xã hội. Theo Từ điển Tiếng Việt: Dịch vụ là công việc phục vụ trực tiếp cho những nhu cầu nhất định của số đông, có tổ chức và được trả công (*Từ điển Tiếng Việt, 2004, NXB Đà Nẵng, tr.256*). Tác giả Trần Hậu, Đoàn Minh Tuấn (2012) cho rằng dịch vụ là những hoạt động lao động mang tính xã hội tạo ra các sản phẩm hàng hóa tồn tại dưới hình thái vô hình nhằm thỏa mãn các nhu cầu sản xuất và đời sống của con người. Philip Kotler định nghĩa dịch vụ: Dịch vụ là một hoạt động hay lợi ích cung ứng nhằm để trao đổi, chủ yếu là vô hình và không dẫn đến việc chuyển quyền sở hữu. Việc thực hiện dịch vụ có thể gắn liền hoặc không gắn liền với các sản phẩm vật chất.

Tóm lại, có nhiều khái niệm về dịch vụ được phát biểu dưới những góc độ khác nhau nhưng tựu chung thì: *Dịch vụ là hoạt động có chủ đích nhằm đáp ứng nhu cầu nào đó của con người. Đặc điểm của dịch vụ là không tồn tại ở dạng sản phẩm cụ thể (hữu hình) như hàng hoá nhưng nó phục vụ trực tiếp và đáp ứng những nhu cầu nhất định của xã hội.*

- Khái niệm Dịch vụ hòa nhập cộng đồng

Hòa nhập cộng đồng là quá trình đảm bảo cho những đối tượng dễ bị tổn thương có nguy cơ nghèo đói và bị loại trừ xã hội có cơ hội và nguồn lực cần thiết để tham gia vào đời sống kinh tế xã hội, đảm bảo mức sống tối thiểu phù hợp với cộng đồng nơi họ sinh sống (*Thuật ngữ an sinh xã hội Việt Nam, 2010*). Hòa nhập cộng đồng còn hướng tới gỡ bỏ những rào cản và tạo điều kiện hỗ trợ những nhóm đối tượng yếu thế những điều kiện cần thiết để họ có thể tham gia vào các hoạt động như những người khác trong xã hội. Với nội hàm như trên, dịch vụ phát triển, hòa nhập cộng đồng là những hoạt động nhằm đáp ứng nhu cầu cho con người liên quan tới các lĩnh vực hỗ trợ tạo điều kiện để họ gỡ bỏ những rào cản và được nâng cao năng lực để vươn lên và hòa nhập trong cuộc sống. Các dịch vụ cụ thể là dịch vụ dạy văn hóa, hướng nghiệp dạy nghề, phục hồi phát triển các chức năng xã hội cho đối tượng.

- Khái niệm Dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ tâm thần

Tổng hợp từ những khái niệm trên, nghiên cứu rút ra khái niệm về Dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ tâm thần là: *“là các hoạt động hỗ trợ đáp ứng nhu cầu và gỡ bỏ những rào cản và tạo điều kiện cho trẻ tâm thần những điều kiện cần thiết để các em có thể tham gia vào các hoạt động như những người khác trong xã hội”*.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp khảo sát bảng hỏi

Để có được những số liệu thống kê phản ánh thực trạng về các dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ em tâm thần, nhóm nghiên cứu sẽ sử dụng phương pháp điều tra bằng bảng

hỏi. Bảng hỏi sẽ được phát ra với mục đích mô tả thực trạng trẻ em tâm thần, đánh giá những khó khăn và hiệu quả các dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ tâm thần và gia đình các em trong các cơ sở chăm sóc công lập và ngoài công lập tại Hà Nội và Hồ Chí Minh. Ngoài ra bảng hỏi cũng được thiết kế nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả dịch vụ hòa nhập cộng đồng.

Mô tả mẫu: Cụ thể 100 bảng hỏi sẽ được thiết kế dành cho gia đình/người giám hộ trẻ em mắc bệnh tâm thần và 100 bảng hỏi dành cho đội ngũ cán bộ cung cấp trực tiếp dịch vụ hòa nhập cộng đồng.

3.2. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Trong phương pháp này, nhóm nghiên cứu sẽ tập trung nghiên cứu những tài liệu liên quan đến luật pháp, chính sách đối với trẻ em mắc bệnh tâm thần. Việc phân tích tài liệu này sẽ giúp nhóm nghiên cứu bổ sung vào đề tài đường lối, quan điểm và định hướng phát triển dịch vụ hòa nhập cộng đồng đối với trẻ em mắc bệnh tâm thần. Ngoài ra vận dụng phương pháp này, đề tài cũng hướng tới nghiên cứu và tìm hiểu các quy định, chính sách về việc cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ em mắc bệnh tâm thần tại các cơ sở chăm sóc nhằm đánh giá được các chính sách, quy định về các dịch vụ này. Nhóm nghiên cứu cũng phân tích những hồ sơ trường hợp của trẻ nhằm làm cơ sở để đánh giá sự biến chuyển về bệnh tật và hiệu quả của các dịch vụ hòa nhập cộng đồng.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

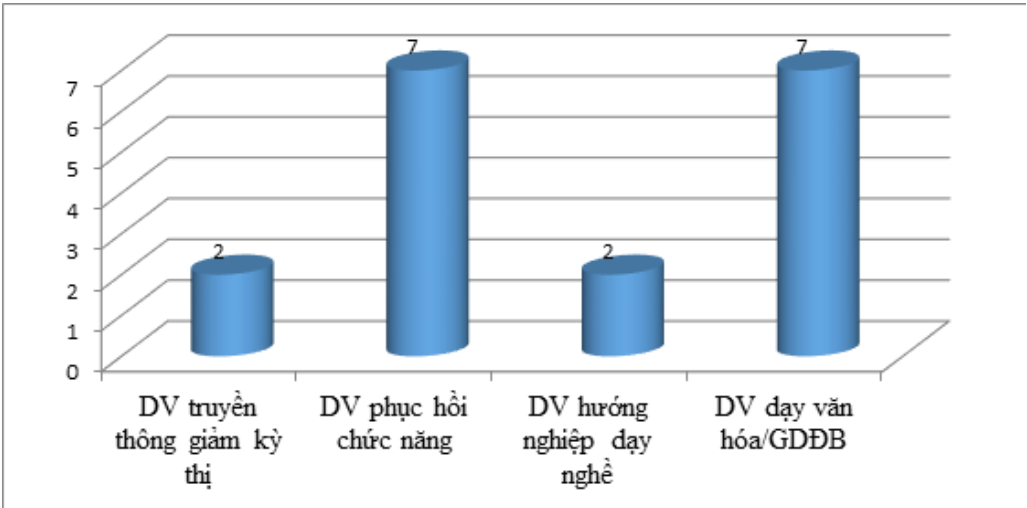
Nhóm nghiên cứu sẽ phỏng vấn những chuyên gia trong lĩnh vực cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ em mắc bệnh tâm thần. Việc sử dụng phương pháp này sẽ giúp nhóm nghiên cứu có những phân tích chuyên môn sâu cũng như lý giải được những nguyên nhân liên quan đến lĩnh vực cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng với trẻ em mắc bệnh tâm thần. Hơn nữa các ý kiến chuyên gia cũng là cơ sở để nhóm nghiên cứu đưa ra các đề xuất khuyến nghị cho việc nâng cao hiệu quả của những dịch vụ này. Cụ thể 20 phiếu phỏng vấn sâu tại Hà Nội và Hồ Chí Minh sẽ được triển khai.

Mô tả mẫu: Các chuyên gia phỏng vấn bao gồm cán bộ hoạch định chính sách làm việc trong lĩnh vực tâm thần và những người có kiến thức sâu trong lĩnh vực này. Ngoài ra khách thể trong phỏng vấn sâu là các cán bộ trong các trung tâm công lập, tư nhân, (là lãnh đạo hoặc cán bộ cung cấp trực tiếp dịch vụ cho trẻ tâm thần) và thành viên/người giám hộ trong gia đình các em.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Loại hình dịch vụ hòa nhập cộng đồng

Đối với các loại hình dịch vụ hòa nhập cộng đồng, mức độ triển khai dịch vụ này có sự khác nhau khá rõ ràng. Hầu hết các cơ sở chưa thực hiện nhiều đối với các dịch vụ truyền thông giảm kỳ thị và dịch vụ hướng nghiệp dạy nghề.



Hình 1: Loại hình dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần

(Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu)

Đối với các loại hình dịch vụ hòa nhập cộng đồng, mức độ triển khai dịch vụ này có sự khác nhau khá rõ ràng. Hầu hết các cơ sở không thực hiện dịch vụ truyền thông giảm kỳ thị và dịch vụ hướng nghiệp dạy nghề.

Trước hết đối với dịch vụ truyền thông giảm kỳ thị, đối với các cơ sở bảo trợ xã hội hoặc cơ sở chăm sóc người tâm thần thì trọng tâm công việc chính của họ là chăm sóc trẻ trong trung tâm và đó đã là một khối lượng công việc lớn đòi hỏi nhiều công sức và thời gian. Trong chức năng của các trung tâm CTXH cũng có các hoạt động hỗ trợ cộng đồng nhưng thực tế các hoạt động này không thường xuyên được triển khai. Chỉ khi có những dịp lễ, sự kiện hoặc thông qua các chương trình, dự án thì các trung tâm CTXH mới cử cán bộ tham gia và thường chỉ là những hoạt động ngắn hạn. Ngoài ra những hoạt động truyền thông này cũng được thực hiện với những trường hợp CTXH cá nhân hoặc Quản lý trường hợp khi nhân viên CTXH đánh giá thấy cần có những hoạt động như vậy để giúp đối tượng của họ hòa nhập cộng đồng. Tuy nhiên phần lớn những hoạt động như vậy là tập trung vào truyền thông tới bạn bè hoặc hàng xóm chứ không phải diện rộng. Thảo luận nhóm ở Hồ Chí Minh cho thấy rõ điều đó (*Các hoạt động truyền thông giảm kỳ thị ít khi được thực hiện. Thường thì chúng tôi biết được các hoạt động này khi đọc các báo cáo hoặc qua trao đổi chuyên môn với nhân viên khi họ thực hiện các can thiệp với cá nhân.*) Cũng theo ý kiến thảo luận nhóm đó, khi có những hoạt động truyền thông dài hơi thì thường là do yêu cầu của những dự án, chương trình mà trung tâm/cơ sở đó có phối hợp với các đối tác. Ví dụ nhóm thảo luận ở Hà Nội cho biết (*Ở Trung tâm CTXH Thái Nguyên hay trung tâm CTXH ở Đà Nẵng có sự hỗ trợ của tổ chức UNICEF khi thực hiện các dự án thí điểm hỗ trợ trẻ bị lạm dụng, bạo lực thông qua các hoạt động tham vấn, quản lý trường hợp hoặc truyền thông cộng đồng. Do có những thỏa thuận cam kết, được sự đồng ý của chính quyền địa phương và có kinh phí nên họ mới thực hiện các hoạt động này một cách thường xuyên.*)

Với các cơ sở ngoài công lập, việc truyền thông giảm kỳ thị không được thực hiện vì các hoạt động phần lớn của các cơ sở này diễn ra trong phạm vi của cơ sở. Việc tham gia vào

các hoạt động truyền thông bên ngoài thường là do mối quan hệ cá nhân của những người có chuyên môn cao được mời đến nói chuyện trong các trường học

Đối với dịch vụ giáo dục hướng nghiệp dạy nghề, mặc dù tâm thần nói chung cũng được coi là khuyết tật tuy nhiên đây là loại hình khuyết tật đặc thù. Hơn nữa đối với nhóm đối tượng là trẻ em thì dịch vụ hướng nghiệp dạy nghề cũng chưa hoàn toàn là nhu cầu cũng như sự quan tâm của các cơ sở chăm sóc (*Trong cơ sở chúng tôi nhiều trẻ 16,17 tuổi rồi nhưng cứ như những đứa trẻ 5,7 tuổi. Chúng chả biết làm gì và rất ngờ nghệch. Chúng tôi chủ yếu dạy trẻ các hoạt động cơ bản về phục hồi chức năng và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày là tốt lắm rồi. Chúng tôi chỉ cung cấp các hoạt động thông tin hướng nghiệp, dạy nghề khi phụ huynh trẻ có yêu cầu*). Xuất phát từ lý do như vậy nên chỉ duy nhất có Trung tâm phục hồi chức năng trẻ tàn tật Thụy An – Ba Vì mới triển khai hoạt động này, không chỉ hướng nghiệp dạy nghề mà còn làm ra và bán sản phẩm. (*Ở đây trẻ được học nghề và làm các sản phẩm như túi thổ cẩm, làm tranh đá và các sản phẩm nhỏ. Lãnh đạo trung tâm cho biết thời gian đầu chúng tôi cũng gặp nhiều khó khăn trong việc triển khai dịch vụ này. Trẻ rất khó tiếp thu và đôi khi ném đá vứt tung các vật phẩm. Phải thực sự kiên nhẫn và nhận thức rõ việc dạy nghề sẽ giúp trẻ hòa nhập cộng đồng cũng như là một hình thức phục hồi chức năng rất hiệu quả. Tuy nhiên đến bây giờ chúng tôi cũng gặp khó khăn về các sản phẩm đầu ra. Các sản phẩm trẻ làm ra thường chỉ bán được trong các buổi từ thiện chứ không hẳn đã được thị trường chấp nhận do sự cạnh tranh bây giờ là rất lớn. Chúng tôi đang suy nghĩ nên chuyển hướng sang làm sản phẩm thô có khi bán lại dễ hơn. Chúng tôi cũng cần có sự quan tâm nhiều hơn của chính quyền để tạo điều kiện cho những trẻ có khả năng và nhu cầu được dạy nghề và có được nghề ổn định*) - Lãnh đạo trung tâm cơ sở công lập, Nam, 52 tuổi.

Mặc dù phần lớn trẻ và gia đình chưa có nhu cầu hoặc các cơ sở chăm sóc cũng chưa quan tâm nhiều đến dịch vụ này. Tuy nhiên nếu tiếp cận theo lứa tuổi hoặc vòng đời thì các vấn đề của trẻ nhỏ liên quan tới các hoạt động phục hồi chức năng, các vấn đề thể chất, dinh dưỡng giáo dục... Tuy nhiên với những trẻ lớn hơn thì nhu cầu sẽ dần chuyển sang các hoạt động tương tác xã hội và hòa nhập cộng đồng mà việc dạy nghề và hướng nghiệp là một trong những bước đệm để thực hiện nhu cầu này. Do đó cũng cần có những quan tâm đúng mức để phát triển dịch vụ này trong tương lai. Do đặc thù là chăm sóc bệnh nhân tâm thần nên các dịch vụ liên quan đến Phục hồi chức năng và giáo dục đặc biệt được thực hiện bởi hầu hết các cơ sở/ trung tâm chăm sóc trẻ. Đối với cả các cơ sở công lập và ngoài công lập thì các cơ sở này đều có dịch vụ này tuy nhiên ở các mức độ khác nhau. Ví dụ với dịch vụ phục hồi chức năng, 7/8 cơ sở trả lời là họ có triển khai dịch vụ này. Tuy nhiên khi được hỏi sâu hơn thì dịch vụ này chủ yếu hướng tới các hoạt động phục hồi chức năng thể chất thông qua các bài tập với các dụng cụ trong phòng hoặc ngoài trời. Các hoạt động phục hồi chức năng xã hội chủ yếu là dạy trẻ thực hiện các bài tập vệ sinh cá nhân, dạy trẻ giao tiếp một cách phù hợp với cha mẹ trong gia đình hoặc bạn bè. Các phương pháp cũng khá đơn giản, chủ yếu thông qua các hoạt động giảng dạy, hướng dẫn. Ở nước ngoài, các hoạt động phục hồi chức năng xã hội diễn ra khá đa dạng và phần lớn được thực hiện thông qua các tương tác xã hội với môi trường bên ngoài. Ví dụ trẻ lớn có thể được trả lời điện thoại gọi đến để nâng cao khả năng tương tác ngôn ngữ thông qua việc trả lời điện thoại. Các bài học với trẻ nhỏ được thực hiện và hướng dẫn thông qua hình

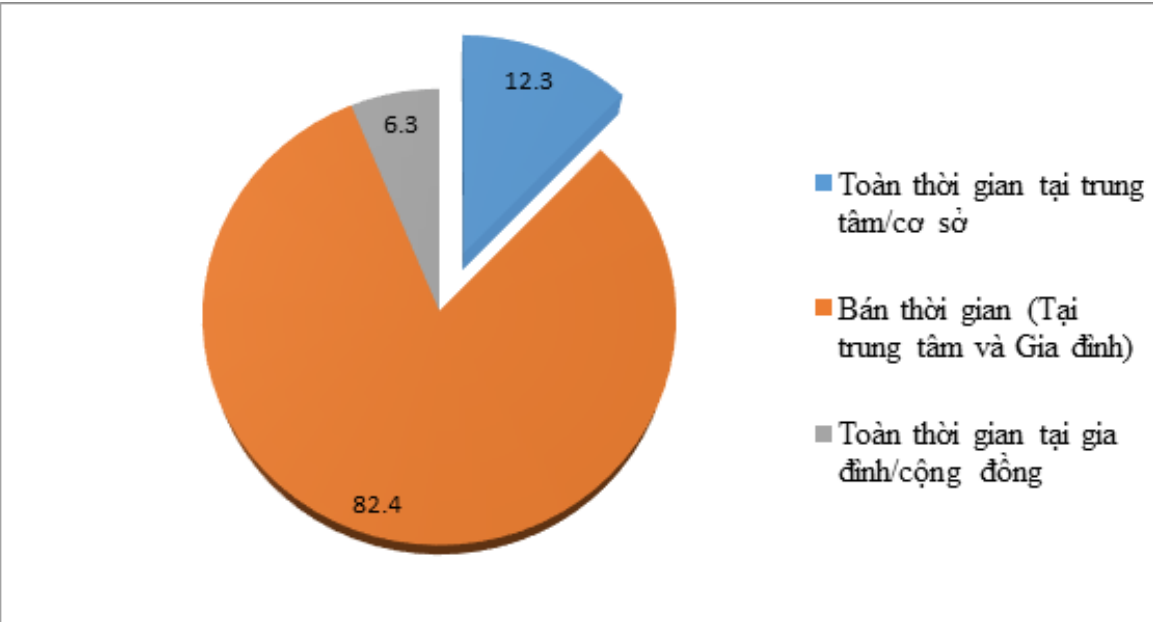
ảnh trên vô tuyến, video để trẻ thực hiện được dễ dàng hơn. Các hoạt động tương tác với trẻ ngoài cộng đồng như văn nghệ, trò chơi hoặc cả các hoạt động làm vườn trồng cây cũng được sử dụng hướng tới nâng cao sự tương tác về mặt xã hội cho trẻ. Đó là những hoạt động mà các cơ sở chăm sóc cần tham khảo và học tập.

Đối với dịch vụ giáo dục đặc biệt, hầu hết các cơ sở chăm sóc cũng đều triển khai dịch vụ này vì đây là dịch vụ quan trọng đặc biệt là với trẻ tâm thần. Trên thực tế với độ tuổi là trẻ em, việc học tập là một trong những hoạt động chính yếu. Tuy nhiên với trẻ tâm thần, việc học tập tại các trường học ngoài cộng đồng gặp nhiều khó khăn. Những cản trở đó đến từ việc trẻ khó tham gia và không theo được chương trình đào tạo chung? Trẻ gặp nhiều khó khăn trong việc tham gia các hoạt động chung và hòa nhập với những trẻ? Trẻ thường bị xa lánh, sao nhãng và trêu chọc bởi bạn bè... Do đó một trong những giải pháp là giúp trẻ được tham gia các lớp học riêng tại cơ sở chăm sóc thông qua các lớp giáo dục đặc biệt. Với những trẻ có cùng vấn đề và phát triển, giảng dạy theo một chương trình riêng phù hợp với trẻ tâm thần thì việc tiếp thu cũng như hòa nhập với môi trường học tập là tốt hơn rất nhiều. Với những trẻ tâm thần ở thể nhẹ hơn, hiện nay đang có một mô hình lồng ghép các trẻ này vào các trường công lập ngoài cộng đồng. Hiện nay trường phổ thông cơ sở cầu giấy đang phối hợp trung tâm New Star để đưa các trẻ này vào học tại các lớp học bình thường với mục đích đảm bảo quyền học tập cũng như giúp trẻ có một môi trường học như những trẻ khác. Tuy nhiên điểm đáng lưu ý là mỗi trẻ này đều được 1 nhân viên CTXH hỗ trợ chứ không giao cho giáo viên chủ nhiệm. Điều này là rất quan trọng vì với kiến thức được đào tạo, nhân viên CTXH này sẽ hỗ trợ trẻ trong việc hạn chế những phân biệt đối xử và giúp trẻ hòa nhập tốt hơn vào môi trường học tập. Chi phí cho nhân viên CTXH này được trả bởi phụ huynh sau khi có hợp đồng với cơ sở chăm sóc.

Tuy nhiên với các trường hợp tâm thần nặng hoặc gia đình không có kinh phí thì việc học tập trong các lớp giáo dục đặc biệt tại cơ sở chăm sóc là điều bắt buộc cần phải làm. Đây là nhu cầu mà hầu hết các phụ huynh đều đề nghị và trên thực tế các cơ sở có thể đáp ứng được nhu cầu này thông qua việc cung cấp dịch vụ giáo dục đặc biệt. Với 1, 2 giáo viên được đào tạo chuyên ngành giáo dục đặc biệt là có thể phụ trách lớp từ 15, 20 trẻ với 1 phòng học và các trang thiết bị cũng không quá phức tạp. Do đó các cơ sở đều triển khai hoạt động này. Tuy nhiên với dịch vụ này các ý kiến đưa ra là họ gặp khó khăn với các giáo trình và chương trình giảng dạy vì bây giờ vẫn chưa có chương trình chuẩn và thống nhất. Hơn nữa việc tuyển dụng các giáo viên có bằng giáo dục đặc biệt hiện nay cũng khó khăn, đặc biệt là trong các cơ sở công lập nên đôi khi vẫn phải sử dụng những giáo viên có chuyên ngành khác. Điều đó khiến chất lượng giảng dạy cũng gặp phải những khó khăn nhất định. *(Chúng tôi vừa ở xa thành phố nên việc tìm giáo viên đúng chuyên ngành là rất khó do ngay khi ở Hà Nội với bằng giáo dục đặc biệt họ cũng có thể tìm được việc với lương tốt. Hơn nữa hiện nay do không được bổ sung biên chế nên việc ký hợp đồng cũng khiến tâm lý giáo viên cảm thấy không ổn định. Do đó chúng tôi phải cử giáo viên đi học các lớp ngắn hạn và tập huấn để bổ sung thêm kiến thức. Tuy nhiên quan trọng nhất vẫn là Tâm Huyết – PVS Nam, 52 tuổi, Lãnh đạo cơ sở công lập).*

4.2. Hình thức triển khai dịch vụ hòa nhập cộng đồng

Hình thức triển khai dịch vụ được mô tả thông qua các loại hình như chăm sóc trẻ toàn thời gian tại cơ sở; chăm sóc trẻ bán thời gian và chăm sóc trẻ toàn thời gian tại gia đình. Hình 2 cho thấy đội ngũ cán bộ chủ yếu thực hiện việc cung cấp dịch vụ bán thời gian tại các trung tâm/cơ sở kể cả công lập và ngoài công lập. Đối với các cơ sở công lập chăm sóc trẻ tâm thần toàn thời gian tại trung tâm chỉ là những trẻ thuộc dạng chính sách, bỏ rơi không ai chăm sóc. Trên thực tế vì nhiều lý do khác nhau, có rất nhiều phụ huynh trẻ có mong muốn được cho trẻ chăm sóc toàn thời gian tại cơ sở. Lý do không phải là vì phụ huynh muốn bỏ rơi trẻ mà do họ chia sẻ họ có khả năng kinh tế nhưng lại không biết cách chăm sóc con và nhận thấy rằng trẻ có những biến chuyển tốt hơn nếu thời gian chăm sóc tại các cơ sở nhiều hơn. Anh NVQ, 32 tuổi cho biết *(Khi đi đến các cơ sở chăm sóc, được tham gia vào các lớp giáo dục đặc biệt tôi thấy con tôi có nhiều thay đổi, cháu đỡ quậy hơn và còn tập trung hơn vào các hoạt động hàng ngày. Thường những ngày thứ 7, chủ nhật ở nhà cháu lại có nhiều hành vi làm loạn hơn)*. Hay như chị NVT, 29 tuổi *(Chúng tôi đi làm cả ngày, tôi làm kinh doanh còn chồng tôi cũng hay đi công tác. Những lúc như vậy rất khó vì có gửi cho bố mẹ tôi thì ông bà cũng lớn tuổi và không biết cách chăm sóc nên chúng tôi cũng không yên tâm. Nếu có phải bỏ kinh phí mà bé nhà tôi được chăm sóc vài ngày ở trung tâm thì quá tốt. Chúng tôi sẵn sàng bỏ phí)*.



Hình 2: Hình thức triển khai dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần

(Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu)

Cùng quan điểm trên, nhiều phụ huynh cho biết điều mà họ mong muốn là có nhiều thời gian được chăm sóc bởi các cán bộ chuyên môn thì con của họ sẽ có khả năng phục hồi tốt hơn. Mong muốn của họ có thể là các ngày trong tuần khi họ đi làm thì con của họ sẽ được chăm sóc tại trung tâm. Đến thứ 7 và chủ nhật thì họ sẽ đến đón cháu về nhà chơi. Đây cũng là mô hình mà một số trường tiểu học cũng áp dụng. Mặc dù đối tượng là trẻ tâm thần sẽ có những đặc điểm riêng nhưng các loại hình dịch vụ chăm sóc cũng cần có những chuyển đổi linh hoạt hơn và chính sách và cơ chế cũng cần có những thay đổi nhằm đáp ứng nhu cầu

và mang lại những lợi ích nhiều hơn cho trẻ tâm thần. Mong muốn là vậy nhưng các trung tâm và cơ sở cũng gặp nhiều khó khăn ngay cả khi đối tượng có nhu cầu. Đó là do cơ sở vật chất không đủ và đội ngũ nhân viên trực và chăm sóc đêm cũng không nhiều. *(Khác với các nhóm đối tượng khác, việc chăm sóc qua đêm không chỉ đơn thuần là trực mà do trẻ có những vấn đề rối nhiễu tâm thần nên phải là những nhà chuyên môn kết hợp với đôi khi là cả bác sĩ và những cán bộ khác. Mà đội ngũ cán bộ chúng tôi không đáp ứng được - PVS, Nam, 47 tuổi, lãnh đạo cơ sở công lập).*

Đối với các dịch vụ chăm sóc tại gia đình còn chưa được triển khai nhiều do điều kiện về số lượng cán bộ và gia đình đôi khi cũng ở xa với trung tâm. Hơn nữa như đã phân tích ở trên thì công việc cung cấp dịch vụ trong trung tâm đã quá nhiều nên việc cung cấp dịch vụ tại gia đình cũng gặp nhiều khó khăn. Một vài hoạt động được thực hiện trong dịch vụ này chủ yếu liên quan tới các nhân viên Quản lý trường hợp trong các trung tâm CTXH khi vắng gia đánh giá hoặc thực hiện các hoạt động can thiệp theo yêu cầu của Quản lý trường hợp. Các dịch vụ ở cộng đồng được cung cấp từ phía trung tâm/cơ sở còn chưa được thực hiện. Đối với các cơ sở ngoài công lập, các dịch vụ, thực chất chỉ là các hoạt động, dường như chỉ là đưa trẻ đi thăm quan ở những địa điểm phù hợp, hoặc tham gia tổ chức các hoạt động trò chơi ngoài trời, công viên. Những hoạt động chung cùng cộng đồng hoặc muốn huy động cộng đồng cùng tham gia cần được sự đồng ý của chính quyền địa phương mà các cơ sở ngoài công lập thường gặp khó khăn hoặc ngại không muốn làm điều này. Ví dụ như việc lồng ghép, kết hợp sự tham gia của trẻ tâm thần cùng các hoạt động văn nghệ từ thiện ngoài cộng đồng cần phải được chính quyền cho phép.

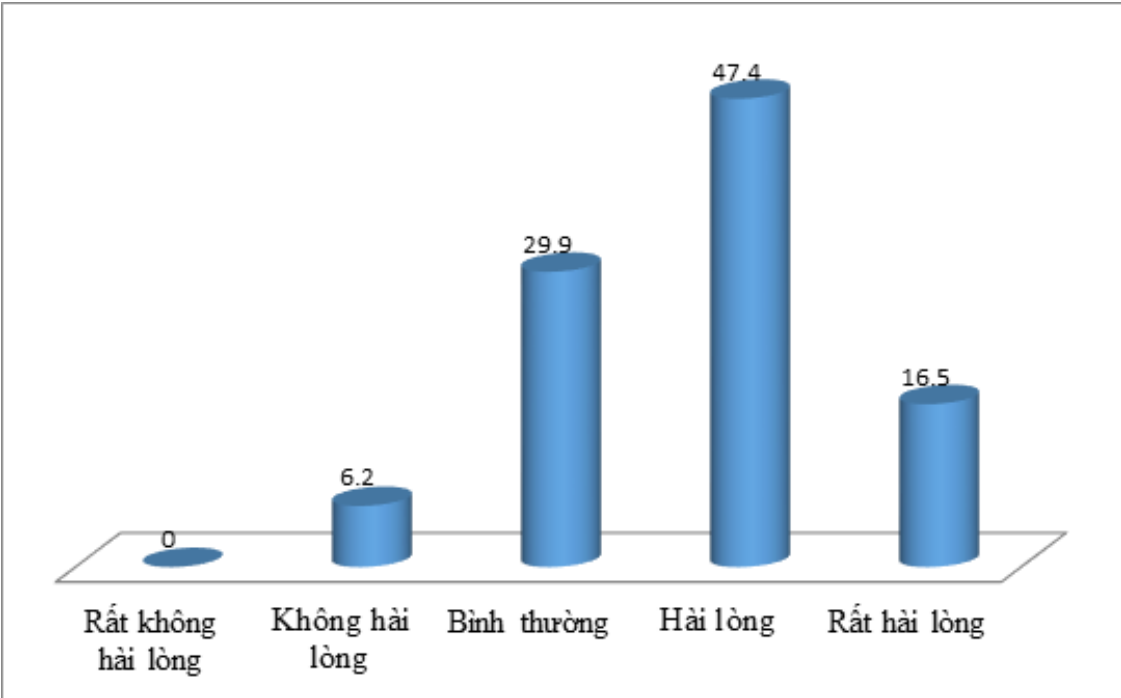
Đối với các cơ sở công lập, các dịch vụ cung cấp ngoài cộng đồng cũng chưa được thực hiện nhiều hoặc chỉ mang tính chất tuyên truyền, nâng cao nhận thức lồng ghép với các nội dung khác. Đôi khi các dịch vụ này phụ thuộc khá nhiều vào các chương trình dự án mà trung tâm/cơ sở đó đang triển khai. Các dịch vụ ở cộng đồng như Phát hiện can thiệp sớm, Hòa nhập cộng đồng, Kết nối nguồn lực và các dịch vụ ở cộng đồng được thực hiện không thường xuyên do khối lượng công việc nhiều. Ngay cả những yếu tố về kinh phí, thời gian, khoảng cách và còn là sự chưa tự tin... cũng khiến đội ngũ cán bộ còn e ngại. Ví dụ như trong thảo luận nhóm tại Hà Nội, một cán bộ quản lý chia sẻ (Đội ngũ cán bộ đặc biệt là những cán bộ trẻ còn ngại các hoạt động can thiệp tại cộng đồng do khi làm ở trung tâm thì chỉ một số người tương tác với nhau nhưng khi ra ngoài cộng đồng thì phải gặp, làm việc với nhiều người. Khi cán bộ còn chưa tự tin với năng lực và chưa quen công việc thì sẽ e ngại khi phải triển khai các hoạt động cung cấp dịch vụ tại cộng đồng). Tuy nhiên nếu nhìn vào mong muốn của các gia đình về hình thức triển khai dịch vụ thì có thể thấy có khá nhiều nhu cầu của gia đình mong muốn được chăm sóc tập trung lâu dài tại trung tâm và được chăm sóc tại gia đình.

4.3. Hiệu quả của dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần

Đánh giá hiệu quả của dịch vụ trong nghiên cứu dựa trên sự phản ánh của đối tượng thụ hưởng dịch vụ là gia đình của trẻ trong quá trình sử dụng dịch vụ. Ngoài ra hiệu quả của dịch vụ cũng được phân tích thông qua sự đánh giá của đội ngũ cán bộ.

- *Mức độ hài lòng của gia đình trẻ về dịch vụ hòa nhập cộng đồng*

Kết quả trong hình 3 cho thể thấy, tỷ lệ người được hỏi đánh giá ở mức độ “hài lòng” chiếm tỷ lệ lựa chọn cao nhất (47.4%) trong khi tỷ lệ “không hài lòng” là 6.2% và “hoàn toàn không hài lòng” chiếm tỉ lệ thấp nhất với 0%. Nhìn chung mức độ hài lòng về các dịch vụ hòa nhập cộng đồng được đánh giá cao, mức đánh giá “hoàn toàn không hài lòng” và “không hài lòng” chiếm tổng tỷ lệ là 6.2% trong khi tổng tỷ lệ đánh giá “hài lòng” và “rất hài lòng” đạt 63.9%. *(Tôi rất hài lòng về những dịch vụ mà con chúng tôi đang sử dụng bởi vì: con được chăm sóc chu đáo; con có môi trường giao tiếp với bạn bè cùng trang lứa và con được hoạt động và học tập theo một chương trình phù hợp với con – Nữ, 35 tuổi, Hà Nội).*



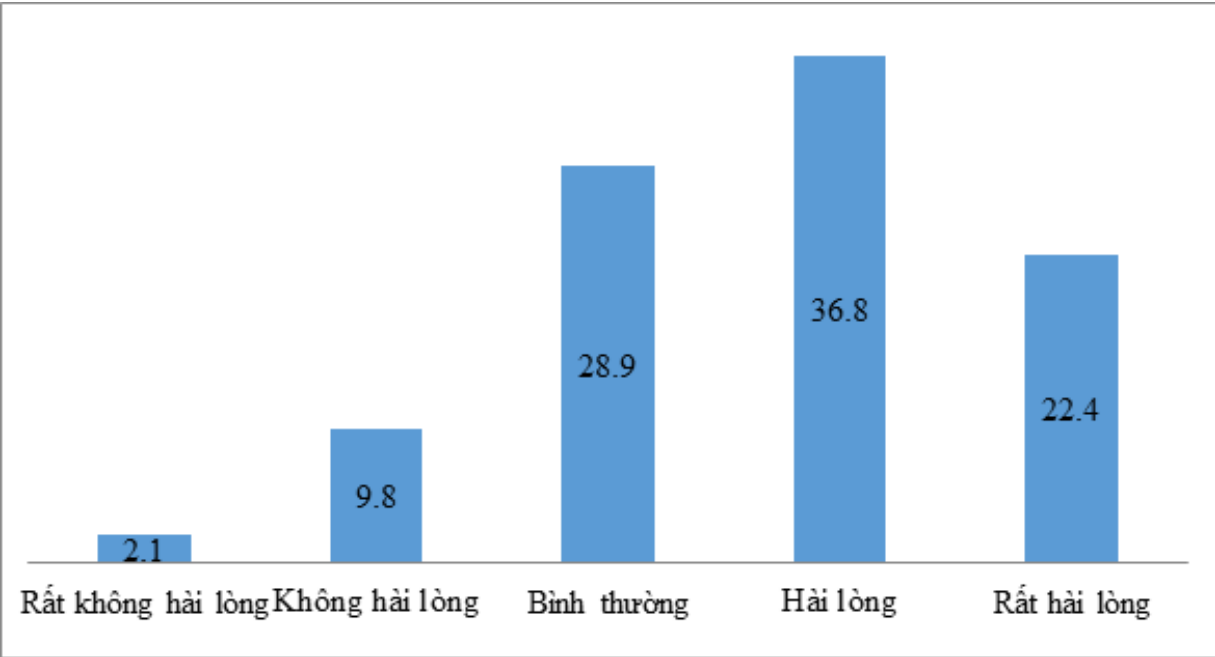
Hình 3: Mức độ hài lòng của gia đình trẻ về dịch vụ hòa nhập cộng đồng

(Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu)

Có thể nói, với xã hội đang phát triển, hội nhập, việc điều trị các dạng bệnh tâm thần mới bắt đầu phát triển, “mức độ hài lòng và rất hài lòng” đạt tổng tỉ lệ cao như vậy là một tín hiệu đáng mừng. Tuy nhiên, với tỷ lệ đánh giá ở mức độ “bình thường” và “không hài lòng” chiếm tổng tỷ lệ 36.1%. Con số này không vượt quá tổng tỷ lệ đánh giá hài lòng nhưng vẫn chiếm tổng tỷ lệ cao, điều đó cho thấy chúng ta vẫn cần có sự trau dồi chuyên môn, nâng cao chất lượng dịch vụ để hiệu quả điều trị ngày càng nâng cao, tỷ lệ đánh giá “bình thường và không hài lòng” ngày càng giảm sút. Về lý do hài lòng, tác giả đã đưa ra các lý do khác nhau để khách thể có thể lựa chọn một hoặc nhiều lý do khác nhau mà họ cho là phù hợp, bao gồm: phí dịch vụ hợp lý; được hỗ trợ, tạo điều kiện; có nhiều chương trình/hoạt động hữu ích; cán bộ nhiệt tình/quan tâm; đội ngũ cán bộ có chuyên môn; cơ sở vật chất tốt; thủ tục/hồ sơ đơn giản; nhiều thủ tục đa dạng; dịch vụ chất lượng; dịch vụ phù hợp với khả năng kinh tế. Tiếp tục đánh giá và phân tích sâu về mức độ hài lòng đối với từng dịch vụ hòa nhập cộng đồng cụ thể, kết quả nghiên cứu chỉ ra trong bảng dưới đây.

- *Mức độ hài lòng của cán bộ cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng*

Đánh giá về mức độ hài lòng về những dịch vụ cung cấp, nhìn chung đội ngũ cán bộ cũng có những quan điểm khá tương đồng với đánh giá của đối tượng thụ hưởng dịch vụ hòa nhập cộng đồng.



Hình 4: Mức độ hài lòng của cán bộ cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng

(Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu)

Ở đây mức độ Rất hài lòng cũng có tỷ lệ đánh giá thấp hơn các mức độ Bình thường và Hài lòng về dịch vụ cung cấp. Tuy nhiên khác với phần đánh giá của đối tượng thụ hưởng, đã có 2 cán bộ (chiếm 2,1%) tự đánh giá là Rất không hài lòng về dịch vụ mà họ cung cấp. Tỷ lệ cán bộ cảm thấy Không hài lòng về dịch vụ cung cấp cũng cao hơn và tỷ lệ Hài lòng về Dịch vụ cung cấp lại thấp hơn so với đánh giá của đối tượng thụ hưởng. Như vậy có thể thấy một phần đội ngũ cán bộ đang tự đánh giá dịch vụ mà họ cung cấp chưa thực sự hoàn toàn tốt. Tuy nhiên nếu nhìn vào cột cuối cùng thì lại thấy tỷ lệ cán bộ đánh giá Rất hài lòng về những dịch vụ cung cấp lại cao hơn (22,4%) so với việc đánh giá của đối tượng thụ hưởng, sắp xỉ với tỷ lệ về cán bộ đánh giá ở mức độ Bình thường (28,9%). Qua tìm hiểu và phân tích phỏng vấn sâu cho thấy những cán bộ này đều đã được trải qua các lớp tập huấn cơ bản về chuyên sâu trong các lĩnh vực công việc phụ trách. Chính việc được trang bị khối kiến thức bài bản như vậy nên họ rất tự tin trong việc cung cấp dịch vụ và qua đánh giá của lãnh đạo cơ sở cũng cho thấy những cán bộ được tham gia các khóa đào tạo bài bản đều thể hiện năng lực tốt hơn và có những thái độ và cách làm việc chuyên nghiệp hơn trong quá trình làm việc. *(Trước kia tôi là cán bộ điều dưỡng trong trung tâm, sau khi trung tâm được bổ sung thêm chức năng về các hoạt động CTXH, tôi được chuyển sang phòng CTXH. Thời gian đầu rất khó khăn vì đây là lĩnh vực mới nên khó thực hiện và cũng không biết làm thế nào. Sau này tôi được cử đi tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về lĩnh vực CTXH do Cục Bảo trợ xã hội tổ chức. Sau quá trình học tôi cảm thấy đã có những thay đổi khá nhiều vì đã hiểu hơn về CTXH. Hơn nữa tôi cũng được cung cấp những công cụ là các biểu bảng đánh giá cũng như các quy trình can thiệp*

cụ thể nên dựa vào đó tôi thấy công việc mình thực hiện tốt hơn nhiều. Bây giờ tôi không cảm thấy áp lực nhiều trong công việc nữa - Cán bộ cung cấp dịch vụ, Nam, 38 tuổi).

Cùng quan điểm trên, các ý kiến rút ra từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều cho thấy những cán bộ làm việc tốt và có năng lực đều là những người được đào tạo và trang bị kiến thức chuyên ngành đúng với chuyên môn đang thực hiện. Tuy nhiên qua phân mô tả ở trên thì đội ngũ cán bộ có chuyên môn khác với công việc đang thực hiện còn khá nhiều. Do đó việc tuyển dụng sau này cũng như chiến lược đào tạo, bổ sung thêm kiến thức chuyên ngành cho những cán bộ hiện tại là điều rất quan trọng mà lãnh đạo các cơ sở cần thực sự phải quan tâm hơn nữa nhằm tiến tới nâng cao hiệu quả chất lượng của những dịch vụ trong cơ sở. Mức độ hài lòng của gia đình trẻ và đội ngũ cán bộ về dịch vụ cung cấp phần nào phản ánh được hiệu quả của dịch vụ.

5. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN CỦA NGHIÊN CỨU

Việc cung cấp các dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần và gia đình hiện đang được triển khai cả trong các cơ sở công lập và ngoài công lập. Tuy nhiên việc cung cấp dịch vụ hiện nay được triển khai chưa đồng đều cả về hình thức và loại hình cung cấp dịch vụ do đặc điểm của từng cơ sở. Chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ sở và trong khối công lập – ngoài công lập cũng chưa được tốt. Hiệu quả của dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần nhìn chung được đánh giá tốt thông qua sự hài lòng của gia đình và đội ngũ cán bộ. Tuy nhiên một số ý kiến vẫn chưa hài lòng về dịch vụ do chưa được đào tạo chuyên sâu trong lĩnh vực CTXH với trẻ tâm thần cũng như vẫn còn có những hạn chế về chính sách cũng như rào cản từ phía cộng đồng xã hội.

Về quan điểm và chính sách hiện nay đối với vấn đề chăm sóc SKTT nói chung và trẻ tâm thần nói riêng đang ngày càng hoàn thiện. Tuy nhiên vẫn cần tiếp tục phát triển hơn nữa về chính sách không chỉ hướng tới trẻ tâm thần mà cũng cần quan tâm tới đội ngũ cán bộ chăm sóc. Ngoài ra cần tập trung xây dựng và ưu tiên các chính sách hỗ trợ nhằm phát triển các cơ sở ngoài công lập cụ thể là các cơ sở tư nhân nhằm phát huy những ưu việt của các cơ sở trên tinh thần tập trung đẩy mạnh các hoạt động hòa nhập cộng đồng hơn là những hoạt động chỉ can thiệp trong trung tâm.

Về các dịch vụ nói chung, hiện nay các cơ sở cung cấp dịch vụ nhìn chung là đang được mở rộng và phát triển về số lượng, tuy nhiên hệ thống cung cấp dịch vụ đang phát triển không đồng đều. Cấp Huyện và cấp Xã hiện nay còn đang thiếu hụt do đó ảnh hưởng lớn tới việc tiếp cận dịch vụ, đặc biệt là những dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần. Vì vậy cần xây dựng các chiến lược nhằm cân đối trong việc phát triển các dịch vụ ở các cấp khác nhau. Đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ, ngoài việc tiếp tục đầu tư phát triển cơ sở vật chất thì điều quan trọng nhất là phải tuyển dụng và phát triển năng lực đội ngũ cán bộ theo hướng chuyên môn sâu. Với cộng đồng và gia đình cần nâng cao sự chủ động và làm rõ vai trò trọng tâm của gia đình trong tiến trình hỗ trợ. Cùng với các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức thì việc chăm sóc trẻ sẽ đạt được những hiệu quả cao.

Ngoài ra các cơ sở cung cấp dịch vụ cần đa dạng hóa các loại hình dịch vụ cũng như phương thức cung cấp dịch vụ hòa nhập cộng đồng. Thu hút đầu tư và đẩy mạnh xã hội hóa việc cung cấp các dịch vụ nói chung và dịch vụ hòa nhập cộng đồng nói riêng. Đào tạo nghề gắn với nhu cầu xã hội cũng như các nghề chất lượng cao từ đó gắn kết các doanh nghiệp với những trẻ tâm thần đã khỏi bệnh và có năng lực.

Điều cần lưu ý cuối cùng là các giải pháp phát triển dịch vụ hòa nhập cộng đồng cho trẻ tâm thần cần được thực hiện đồng bộ và hướng tới các nhóm đối tượng khác nhau, cụ thể là gia đình, cơ sở cung cấp dịch vụ và xã hội để từ đó cung cấp những dịch vụ toàn diện và chất lượng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, vấn đề về trẻ tâm thần hiện nay biến đổi phức tạp với nhiều nguyên nhân và các dạng khác nhau và có tác động không chỉ đối với trẻ và gia đình mà còn tới cả xã hội. Các dịch vụ chăm sóc trẻ tâm thần nói chung và dịch vụ hòa nhập cộng đồng nói riêng đang ngày càng phát triển, tuy nhiên cần phải có sự vào cuộc một cách đồng bộ cũng như nâng cao các dịch vụ chuyên sâu với cách thức triển khai chuyên nghiệp. Từ đó mới có thể hỗ trợ tạo điều kiện để trẻ tâm thần có một môi trường để phát triển một cách toàn diện trong xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008). *Phục hồi chức năng người có bệnh tâm thần*.
2. Cục Bảo trợ xã hội (2016). *Kết quả của Hội nghị chuyên đề về Bảo trợ xã hội tại Quy Nhơn*. (Tháng 12 năm 2016).
3. Đặng Bá Lâm & Bahr Weiss (2007). *Giáo dục, Tâm lý và Sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam*, Hà nội: NXB ĐHQG.
4. Đặng Hoàng Minh và cộng sự, (2013). *Sức khỏe tâm thần của trẻ em Việt Nam- Thực trạng và các yếu tố nguy cơ*.
5. Đặng Hoàng Minh, Hoàng Cẩm Tú (2009). Thực trạng sức khỏe tâm thần (SKTT) ở học sinh THCS ở Hà Nội và nhu cầu tham vấn SKTT học đường, *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn*, tập 25, số 1S, 2009, trang 106-112.
6. Đào Thị Thu Thủy (2014). Điều chỉnh hành vi ngôn ngữ cho trẻ tự kỷ 3-6 tuổi dựa vào bài tập chức năng.
7. Đề án “Bảo trợ xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng, giai đoạn 2011-2020”.
8. Đỗ Thúy Lan (2003), *Đánh giá hiệu quả tái hòa nhập gia đình và cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt bằng liệu pháp phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động liệu pháp*, Đề tài nghiên cứu Khoa học cấp thành phố, Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương, Hà Nội.
9. Khảo sát sức khỏe tâm thần học sinh trường học thành phố Hà Nội, (Hợp tác của Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương, 2007).
10. Nguyễn Hải Hữu, (2017). *Báo cáo Tóm tắt nghiên cứu đánh giá hệ thống hòa nhập cộng đồng ở Việt Nam*.
11. Overview mental health in Australia (2016). *Australian institute of health and welfare*, 2016.
12. Quốc hội (2016). *Luật Trẻ em*
13. Số liệu tổng hợp từ websites Tổng cục Thống kê (www.gso.gov.vn)
14. Sungwon Roh et al, (2016) *Mental health services and R&D in South Korea*.
15. Tài liệu của Hội thảo tham vấn về Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2016-2025 và tầm nhìn đến 2030.
16. Trần Hậu và Đoàn Minh Huân (2010). *Dịch vụ xã hội ở nước ta đến năm 2020 - Định hướng và giải pháp phát triển*.
17. UNICEF (2016). *Báo cáo Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh thiếu niên ở Việt Nam*. Tháng 12 năm 2016.
18. UNICEF (2023). *Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam*.
19. Viện Khoa học Lao động và xã hội (2011). *Thuật ngữ an sinh xã hội Việt Nam*
20. WHO (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Mental Health Policy and Service Guidance Package, World Health Organization, Geneva.
21. WHO (2006). *Aim report on mental health system in Republic of Korea*, 2006.

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ MÔ HÌNH PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG, BÀI HỌC CHO VIỆT NAM

TS. Vũ Thúy Ngọc¹

Tóm tắt: Trong bối cảnh sức khỏe tâm thần ngày càng được coi là yếu tố then chốt của phát triển bền vững, nhiều quốc gia trên thế giới đã triển khai thành công các mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Bài báo này tổng hợp và phân tích một số kinh nghiệm tiêu biểu từ các quốc gia như Anh, Úc, Canada và Thái Lan, nhằm làm rõ cấu trúc hệ thống, cơ chế vận hành và vai trò của các chủ thể tham gia vào quá trình cung cấp dịch vụ tâm thần cộng đồng. Các mô hình này đều nhấn mạnh vai trò trung tâm của người sử dụng dịch vụ, sự hợp tác chặt chẽ giữa các ngành y tế, giáo dục, công tác xã hội, tư pháp và cộng đồng dân cư. Kết quả cho thấy, những yếu tố then chốt đảm bảo hiệu quả của mô hình bao gồm: khung pháp lý rõ ràng, cơ chế chia sẻ thông tin hiệu quả, đào tạo liên ngành cho đội ngũ nhân lực, và sự tham gia tích cực của chính quyền địa phương.

Từ những kinh nghiệm quốc tế nêu trên, bài báo đề xuất một số bài học quan trọng cho Việt Nam: cần xây dựng chính sách hỗ trợ mô hình hợp tác liên ngành, đẩy mạnh đào tạo và bồi dưỡng đội ngũ công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, tăng cường nguồn lực cho hệ thống chăm sóc tại cộng đồng, và thiết lập cơ chế phối hợp bền vững giữa các ngành liên quan. Đây là hướng đi khả thi nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần trong bối cảnh chuyển đổi xã hội hiện nay.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, phối hợp liên ngành, công tác xã hội, chăm sóc tại cộng đồng, mô hình, chăm sóc sức khỏe tâm thần.

INTERNATIONAL EXPERIENCES IN INTERDISCIPLINARY MODELS FOR COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE: LESSONS FOR VIETNAM

Abstract: In the context where mental health is increasingly recognized as a key factor for sustainable development, many countries around the world have successfully implemented interdisciplinary models for community-based mental health care. This paper synthesizes and analyzes selected international experiences from countries such as the United Kingdom, Australia, Canada, and Thailand, focusing on system structures, operational mechanisms, and the roles of stakeholders involved in delivering community mental health services. These models emphasize the central role of service users and the close collaboration among sectors including health, education, social work, justice, and the local community. The findings reveal several critical factors for effective implementation, including a clear legal framework, efficient information-sharing mechanisms, interdisciplinary workforce training, and active involvement of local governments.

Drawing on these international experiences, the paper proposes several key lessons for Vietnam: the need to develop supportive policies for interdisciplinary collaboration models; enhance training and capacity building for the social work workforce in the mental health sector; strengthen resources for community-based care systems; and establish sustainable coordination mechanisms among relevant sectors. These strategies present a feasible pathway to improve the effectiveness of mental health care in Vietnam amid ongoing social transformation.

Keywords: Mental health, interdisciplinary coordination, social work, community-based care, models, mental health services.

1. GIỚI THIỆU

Sức khỏe tâm thần là một bộ phận không thể tách rời của sức khỏe toàn diện và đóng vai trò thiết yếu trong sự phát triển bền vững của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022), cứ 8 người trên thế giới thì có 1 người đang sống chung với

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: vtngocldxh@gmail.com

một rối loạn tâm thần, và các rối loạn này là nguyên nhân chính dẫn đến gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế, hiện có khoảng 15% dân số gặp các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần (Nhân dân, 2023). Tuy nhiên, chỉ khoảng 29% người bị rối loạn tâm thần và 1/3 người bị trầm cảm được chăm sóc sức khỏe tâm thần chính thức, cho thấy còn khoảng trống lớn trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng (VOV2, 2023).

Trên phương diện lý luận, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhấn mạnh đến vai trò của mô hình phối hợp liên ngành như một phương thức hiệu quả nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, đa chiều và bền vững (WHO, 2021; Thornicroft & Tansella, 2011). Sự phối hợp này không chỉ là giải pháp kỹ thuật, mà còn là biểu hiện của cách tiếp cận lấy con người làm trung tâm, dựa trên quyền và nhu cầu của người sử dụng dịch vụ, đồng thời đảm bảo tính hiệu quả và công bằng trong phân bổ nguồn lực xã hội.

Về phương diện thực tiễn, tại nhiều quốc gia như Hoa Kỳ, Anh, Canada, Úc..., mô hình phối hợp liên ngành đã được triển khai rộng rãi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng và mang lại những kết quả tích cực: giảm tái phát bệnh, tăng khả năng hòa nhập xã hội, và tiết kiệm chi phí y tế dài hạn (WHO, 2021; National Mental Health Commission, 2019). Trong khi đó, tại Việt Nam, việc phối hợp giữa các ngành như y tế, công tác xã hội, giáo dục, tư pháp... trong chăm sóc sức khỏe tâm thần còn nhiều hạn chế về cơ chế, nhân lực và nhận thức xã hội.

Xuất phát từ những lý do nêu trên, bài viết tập trung tổng hợp và phân tích kinh nghiệm quốc tế về mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, từ đó rút ra một số bài học có giá trị tham khảo cho Việt Nam trong bối cảnh xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, hiện đại và nhân văn.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Trong những thập kỷ gần đây, vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã thu hút sự quan tâm rộng rãi của các nhà nghiên cứu, nhà hoạch định chính sách và các tổ chức quốc tế. Nhiều công trình nghiên cứu đã khẳng định vai trò then chốt của mô hình phối hợp liên ngành trong việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần toàn diện, liên tục, lấy con người làm trung tâm. Có thể kể đến một số nghiên cứu tiêu biểu như:

Thornicroft và cộng sự (2011) đã đưa các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở nhiều quốc gia như Brazil, Nhật Bản, Hoa Kỳ, Ethiopia..., nhấn mạnh đến tính hiệu quả của việc phối hợp giữa các ngành y tế, xã hội, giáo dục và cộng đồng trong điều trị và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần (Thornicroft et al, 2011). Đồng quan điểm này, tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization, 2021) trong tài liệu hướng dẫn toàn cầu cũng đã khuyến nghị thay thế mô hình điều trị cách ly tại bệnh viện bằng các dịch vụ cộng đồng tích hợp, nhân văn và dựa trên quyền con người (WHO, 2021).

Tại Úc, báo cáo của Ủy ban Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (National Mental Health Commission, 2019) nhấn mạnh rằng mô hình chăm sóc phối hợp giữa các lĩnh vực đã tạo điều kiện thuận lợi để phòng ngừa tự tử, can thiệp sớm và hỗ trợ tái hòa nhập xã hội cho người bệnh. Trong khi đó, các nghiên cứu tại Anh, Canada và Mỹ cũng chỉ ra rằng sự phối hợp hiệu quả

giữa các bên liên quan - từ bác sĩ, chuyên gia tâm thần, nhân viên công tác xã hội, đến người thân và cộng đồng - là yếu tố quyết định chất lượng dịch vụ và mức độ hài lòng của người sử dụng (World Health Organization, 2021; Thornicroft et al., 2011).

Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu hiện nay tập trung vào mô tả mô hình triển khai, hiệu quả can thiệp hoặc các điều kiện chính sách tại từng quốc gia, mà chưa có nhiều công trình mang tính tổng hợp kinh nghiệm quốc tế để từ đó đề xuất bài học cho các nước đang phát triển như Việt Nam. Ngoài ra, còn tồn tại khoảng trống trong việc hệ thống hóa cơ sở lý luận của mô hình phối hợp liên ngành trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt là các tiêu chí đánh giá hiệu quả phối hợp giữa các ngành và mức độ tham gia của các chủ thể liên quan.

Về phương diện lý luận, bài viết vận dụng các khung lý thuyết sau:

Thứ nhất, lý thuyết hệ thống (Systems Theory) do Ludwig von Bertalanffy khởi xướng, nhấn mạnh rằng mọi tổ chức hoặc hệ thống xã hội đều bao gồm các cấu phần liên kết, phụ thuộc lẫn nhau và có sự tương tác liên tục (Bertalanffy, 1968). Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, lý thuyết này được áp dụng để hiểu rằng hệ thống cung cấp dịch vụ không thể tách rời từng bộ phận như y tế, giáo dục, công tác xã hội hay tư pháp, mà cần được tổ chức như một chỉnh thể tích hợp và phối hợp. Khi các thành phần trong hệ thống (như bệnh viện, trung tâm công tác xã hội, trường học, chính quyền địa phương) hoạt động thiếu kết nối, hiệu quả can thiệp sẽ bị hạn chế (Meadows, 2008). Việc tổ chức mô hình phối hợp liên ngành vì thế cần xem xét đến cấu trúc, luồng thông tin, phân công chức năng và cơ chế phản hồi trong toàn hệ thống.

Thứ hai, lý thuyết hợp tác liên ngành (Interprofessional Collaboration Theory) phát triển từ lĩnh vực y tế và điều dưỡng, nhấn mạnh đến quá trình làm việc phối hợp giữa các chuyên gia từ các ngành nghề khác nhau để đạt được mục tiêu chung trong chăm sóc sức khỏe (D'Amour et al., 2005; Reeves et al., 2010). Lý thuyết này chỉ ra các yếu tố quyết định hiệu quả hợp tác gồm: chia sẻ tầm nhìn chung, cơ chế truyền thông hiệu quả, phân vai rõ ràng, sự tin tưởng giữa các bên và sự hỗ trợ tổ chức. Trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe tâm thần, sự phối hợp hiệu quả giữa bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội, điều dưỡng tâm thần, cán bộ cộng đồng và gia đình bệnh nhân là điều kiện tiên quyết để bảo đảm can thiệp toàn diện, tránh chồng chéo hoặc bỏ sót trách nhiệm.

Thứ ba, tiếp cận dựa trên quyền con người (Rights-based approach) xuất phát từ các nguyên tắc của luật nhân quyền quốc tế, nhấn mạnh rằng mọi người - bao gồm cả người có vấn đề về sức khỏe tâm thần - đều có quyền bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ, được tham gia vào các quyết định ảnh hưởng đến cuộc sống của họ và không bị kỳ thị, phân biệt đối xử (United Nations, 2006; McCusker et al, 2023; WHO, 2021). Theo WHO (2021), mô hình chăm sóc tâm thần hiện đại cần thay thế các hình thức cưỡng chế và cách ly bằng mô hình hỗ trợ cộng đồng dựa trên quyền, sự đồng thuận và sự tham gia thực chất của người sử dụng dịch vụ. Khung tiếp cận này đặc biệt phù hợp với mô hình phối hợp liên ngành vì nó đòi hỏi mọi thành phần trong hệ thống phải tôn trọng phẩm giá và sự lựa chọn cá nhân của người bệnh, xem họ như một chủ thể tích cực trong quá trình chăm sóc.

Sự kết hợp của ba khung lý thuyết - lý thuyết hệ thống, lý thuyết hợp tác liên ngành và tiếp cận dựa trên quyền con người - không chỉ cung cấp nền tảng lý luận vững chắc cho bài viết mà còn định hướng cách tiếp cận phân tích toàn diện về tổ chức và vận hành mô hình phối hợp liên

ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Trên cơ sở đó, bài viết tập trung tổng hợp các mô hình điển hình đã được triển khai hiệu quả tại nhiều quốc gia, chỉ ra các đặc điểm chung, điều kiện bảo đảm thành công và những thách thức thường gặp. Qua đó, bài viết góp phần lấp đầy khoảng trống lý luận và thực tiễn hiện nay, đồng thời gợi mở hướng xây dựng mô hình phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và hệ thống dịch vụ hiện có tại Việt Nam, theo hướng hệ thống, hiệu quả và nhân văn - phù hợp với xu thế cải cách dịch vụ y tế - xã hội toàn cầu.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu, phân tích tài liệu và tổng hợp kinh nghiệm thực tiễn nhằm làm rõ đặc điểm, nguyên tắc vận hành và điều kiện triển khai của các mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trên thế giới. Dữ liệu được thu thập từ các tài liệu thứ cấp, bao gồm: Các báo cáo quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Liên Hợp Quốc (UN), Ủy ban Sức khỏe Tâm thần Quốc gia Úc (NMHC)... Các công trình khoa học quốc tế được công bố trong cơ sở dữ liệu học thuật (PubMed, Scopus, Google Scholar) như sách chuyên khảo, bài báo khoa học, và tổng quan hệ thống; Một số chính sách, khuyến nghị và tài liệu hướng dẫn thực hành của các quốc gia tiêu biểu (Anh, Mỹ, Canada, Úc...).

Quy trình nghiên cứu gồm ba bước chính: Lựa chọn và sàng lọc tài liệu dựa trên tiêu chí: tài liệu công bố từ năm 2000 trở lại đây (kể từ khi CRPD được thông qua), có nội dung liên quan đến phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng; Phân tích nội dung các tài liệu đã lựa chọn nhằm nhận diện các yếu tố cốt lõi trong thiết kế và triển khai mô hình: cấu trúc tổ chức, vai trò các bên liên quan, nguyên tắc hoạt động, mức độ hiệu quả, thách thức gặp phải; Tổng hợp, đối chiếu và rút ra bài học kinh nghiệm có giá trị tham khảo cho việc xây dựng mô hình phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và hệ thống dịch vụ hiện hành tại Việt Nam.

Việc áp dụng phương pháp nghiên cứu, phân tích tài liệu, giúp bài viết có cơ sở hệ thống và toàn diện trong việc đề xuất các gợi ý mang tính thực tiễn, đồng thời góp phần làm rõ những khoảng trống lý luận còn tồn tại trong nghiên cứu mô hình phối hợp liên ngành tại bối cảnh các nước đang phát triển như Việt Nam.

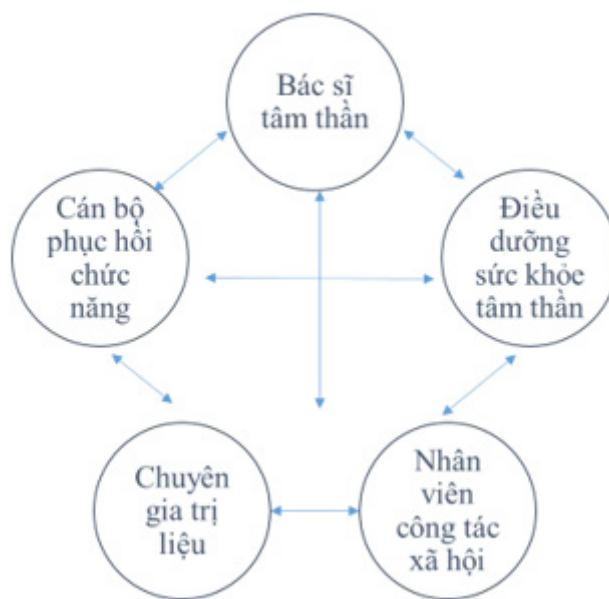
4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Một số mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trên thế giới

4.1.1. Mô hình nhóm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng (*Community Mental Health Teams - CMHTs*) của Anh

Mô hình nhóm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là một sáng kiến nổi bật của Dịch vụ Y tế Quốc gia Anh (NHS), nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng theo cách tiếp cận đa ngành và lấy người bệnh làm trung tâm. Mô hình này ra đời trong bối cảnh nhận thức được những hạn chế của hệ thống điều trị cách ly tại bệnh viện và nhu cầu cần thiết phải hỗ trợ người bệnh trong môi trường sống quen thuộc của họ.

CMHTs bao gồm các nhóm chuyên gia đa ngành làm việc phối hợp với nhau, thường gồm: Bác sĩ tâm thần; Điều dưỡng sức khỏe tâm thần; Nhân viên công tác xã hội; Chuyên gia trị liệu như trị liệu hành vi - nhận thức, tâm lý trị liệu cá nhân hoặc nhóm; Cán bộ phục hồi chức năng - hỗ trợ người bệnh tái hòa nhập cộng đồng. Có thể mô tả mô hình này qua sơ đồ sau:



Hình 1. Mô hình “Nhóm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng”

Các nhóm trong mô hình này hoạt động tại cộng đồng, thường thuộc phạm vi một quận, khu dân cư hoặc đơn vị địa phương, và chịu trách nhiệm đánh giá, quản lý ca bệnh, cung cấp các can thiệp tâm lý - xã hội - y khoa phù hợp. CMHTs đặc biệt chú trọng can thiệp sớm, hỗ trợ liên tục và phối hợp với các dịch vụ y tế, giáo dục, tư pháp, nhà ở khi cần thiết.

Trong mô hình này sự phối hợp giữa các chuyên gia đa ngành là yếu tố then chốt bảo đảm hiệu quả chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Việc phối hợp này không mang tính hình thức mà được tổ chức một cách có hệ thống, thường xuyên và xuyên suốt quá trình can thiệp, thông qua cơ chế quản lý ca bệnh và làm việc nhóm liên ngành.

Cụ thể, bác sĩ tâm thần đóng vai trò chủ đạo về chuyên môn y khoa, chẩn đoán và chỉ định điều trị bằng thuốc nếu cần thiết. Điều dưỡng sức khỏe tâm thần chịu trách nhiệm theo dõi sát sao diễn biến tâm lý - y tế hằng ngày, đồng thời duy trì liên lạc với người bệnh và gia đình. Nhân viên công tác xã hội hỗ trợ kết nối với các nguồn lực trong cộng đồng như nhà ở, phúc lợi xã hội, hỗ trợ pháp lý hoặc bảo trợ trẻ em nếu có liên quan. Chuyên gia trị liệu tiến hành các can thiệp chuyên sâu như trị liệu hành vi - nhận thức, liệu pháp nhóm hoặc cá nhân, trong khi cán bộ phục hồi chức năng thiết kế các chương trình giúp người bệnh rèn luyện kỹ năng xã hội, nghề nghiệp và thích nghi với môi trường sống.

Mỗi nhóm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đều có điều phối viên ca bệnh hoặc người quản lý nhóm, thường là một điều dưỡng hoặc nhân viên xã hội cấp cao, đảm nhiệm việc điều phối thông tin, phân công trách nhiệm và theo dõi tiến độ chăm sóc. Các thành viên nhóm thường tổ chức cuộc họp định kỳ (weekly team meetings) để thảo luận từng trường hợp, cập nhật tình hình người bệnh và đưa ra quyết định can thiệp thống nhất. Sự phối hợp này được thúc đẩy bởi cơ sở dữ liệu dùng chung, kế hoạch điều trị thống nhất, các quy trình giao tiếp nội bộ rõ ràng và tinh thần làm việc tôn trọng chuyên môn lẫn nhau. Tất cả tạo nên một hệ thống

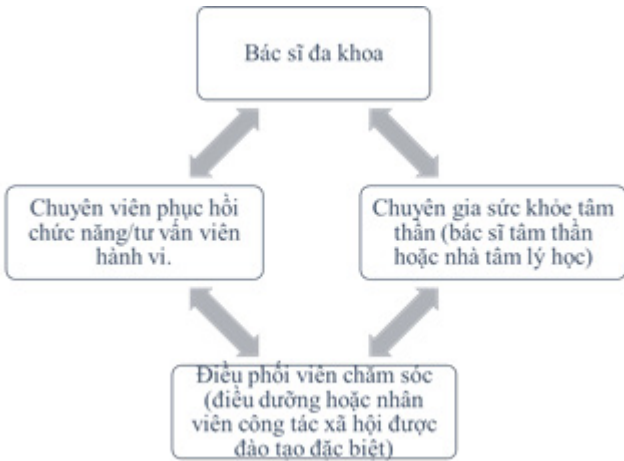
chăm sóc liên tục, lấy người bệnh làm trung tâm, đồng thời tối ưu hóa chuyên môn của từng thành viên trong nhóm.

Các nghiên cứu tại Anh cho thấy mô hình này giúp: Giảm rõ rệt tỷ lệ tái nhập viện; Tăng mức độ hài lòng và gắn kết điều trị của người bệnh; Tăng khả năng phục hồi và tái hòa nhập xã hội; Giảm chi phí dài hạn cho hệ thống y tế (Thornicroft et al., 2011). Mô hình này cũng đóng vai trò quan trọng trong giám kỳ thị và phân biệt đối xử với người có rối loạn tâm thần bằng cách cung cấp dịch vụ trong môi trường mở, thân thiện và bình đẳng.

4.1.2. Mô hình “Collaborative Care” (Chăm sóc hợp tác) của Hoa Kỳ và Canada

Collaborative Care là một mô hình tiên tiến trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, được thiết kế nhằm lồng ghép dịch vụ chăm sóc tâm thần vào hệ thống chăm sóc ban đầu. Mô hình này ra đời từ nhu cầu cải thiện khả năng tiếp cận và hiệu quả điều trị cho các rối loạn tâm thần phổ biến, đặc biệt là trầm cảm và lo âu, trong bối cảnh đa số người bệnh thường tiếp cận với bác sĩ đa khoa đầu tiên thay vì chuyên gia tâm thần. Đây là mô hình được áp dụng rộng rãi tại Hoa Kỳ và Canada, với nhiều bằng chứng khoa học xác nhận hiệu quả trên quy mô lớn.

Cốt lõi của mô hình Collaborative Care là sự phối hợp chặt chẽ và có hệ thống giữa các chuyên gia đa ngành, bao gồm: bác sĩ đa khoa, chuyên gia sức khỏe tâm thần (thường là bác sĩ tâm thần hoặc nhà tâm lý học), điều phối viên chăm sóc (thường là điều dưỡng hoặc nhân viên công tác xã hội được đào tạo đặc biệt) và đôi khi có cả chuyên viên phục hồi chức năng hoặc tư vấn viên hành vi. Mô hình này được mô tả qua sơ đồ sau:



Hình 2. Mô hình “Collaborative Care” (Chăm sóc hợp tác)

Quá trình phối hợp này được tổ chức theo chu trình khép kín với 4 thành phần chính: Tầm soát và phát hiện sớm các rối loạn tâm thần trong môi trường khám chữa bệnh ban đầu bằng các công cụ chuẩn hóa (như PHQ-9 đối với trầm cảm); Can thiệp dựa trên bằng chứng, bao gồm cả liệu pháp hành vi và thuốc, được quản lý bởi nhóm chuyên gia; Điều phối chăm sóc liên tục, trong đó điều phối viên theo dõi sát sao tiến trình, cập nhật hồ sơ điện tử, liên hệ với bệnh nhân và tư vấn cho bác sĩ điều trị; Giám sát kết quả điều trị thông qua hệ thống theo dõi triệu chứng định kỳ và điều chỉnh kế hoạch can thiệp kịp thời. Một yếu tố then chốt giúp mô hình này đạt hiệu quả cao là hệ thống thông tin điện tử dùng chung, nơi các chuyên gia có thể cập nhật và truy xuất thông tin người bệnh nhanh chóng, đảm bảo tính liên tục trong điều trị

và tránh trùng lặp. Việc đưa nhà tâm thần học vào quá trình điều trị dưới dạng tư vấn chuyên môn cũng giúp tăng cường chất lượng điều trị mà không cần phải chuyển tuyến bệnh nhân.

Trong mô hình này, sự phối hợp liên ngành không chỉ là sự hiện diện của nhiều chuyên gia trong cùng một quy trình điều trị, mà là một cơ chế làm việc nhóm thực chất, có mục tiêu chung, phân vai rõ ràng và chia sẻ trách nhiệm theo từng ca bệnh. Mỗi chuyên gia tham gia vào quá trình chăm sóc với vai trò cụ thể, nhưng không hoạt động tách rời mà liên kết chặt chẽ thông qua hệ thống thông tin chia sẻ, kế hoạch điều trị cá nhân hóa và cơ chế giao tiếp định kỳ.

Bác sĩ đa khoa thường là người đầu tiên tiếp cận bệnh nhân, thực hiện tầm soát các rối loạn tâm thần bằng công cụ chuẩn hóa và đưa ra chẩn đoán ban đầu. Khi phát hiện trường hợp cần hỗ trợ sâu hơn, bác sĩ sẽ phối hợp với điều phối viên chăm sóc - người chịu trách nhiệm theo dõi tiến trình điều trị, nhắc lịch tái khám, cập nhật triệu chứng và tư vấn hành vi. Điều phối viên cũng là cầu nối giữa bệnh nhân với bác sĩ tâm thần hoặc chuyên gia tâm lý trong đội ngũ. Trong khi đó, chuyên gia sức khỏe tâm thần đóng vai trò cố vấn chuyên môn, giúp điều chỉnh kế hoạch điều trị (đặc biệt về thuốc hoặc liệu pháp tâm lý) và hỗ trợ trong các trường hợp phức tạp mà bác sĩ đa khoa không chuyên sâu.

Đặc biệt, chuyên viên phục hồi chức năng hoặc tư vấn viên hành vi đóng vai trò hỗ trợ người bệnh duy trì động lực điều trị, thực hành kỹ năng sống, vượt qua các rào cản tâm lý - xã hội (như tái hòa nhập, duy trì công việc, cải thiện tương tác xã hội...). Các chuyên gia này thường làm việc tại cộng đồng hoặc cơ sở y tế địa phương, đảm bảo rằng sự chăm sóc không chỉ dừng lại ở điều trị triệu chứng mà còn hướng đến phục hồi toàn diện. Sự phối hợp được duy trì thông qua các cuộc họp nhóm định kỳ liên ngành, nơi mỗi chuyên gia đóng góp ý kiến vào kế hoạch điều trị dựa trên vai trò của mình. Hồ sơ sức khỏe điện tử liên thông giúp đảm bảo tính minh bạch, đồng bộ và cập nhật tức thì trong suốt quá trình can thiệp. Nhờ cơ chế đó, mô hình Collaborative Care bảo đảm tính liên tục, toàn diện và lấy bệnh nhân làm trung tâm, đúng với tinh thần của một hệ thống y tế hiện đại và nhân bản.

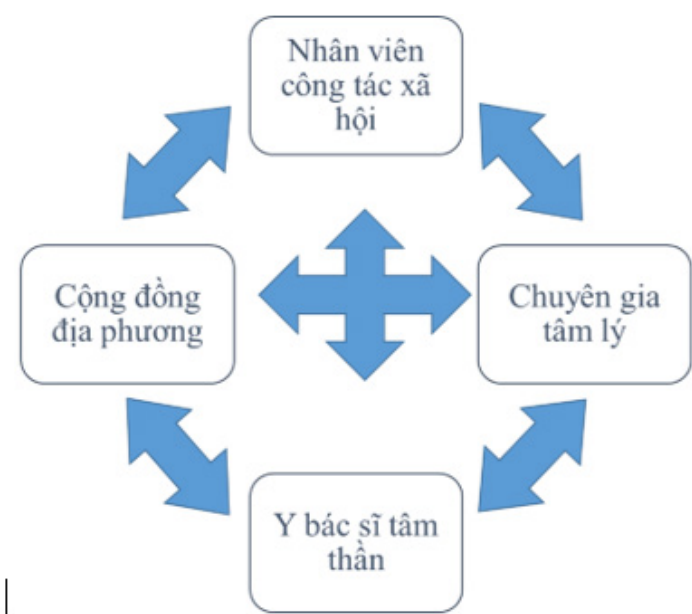
Theo Archer et al (2012) và báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2021), mô hình Collaborative Care đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong việc giảm các triệu chứng trầm cảm, tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị, cải thiện chất lượng sống và tiết kiệm chi phí y tế so với mô hình điều trị truyền thống. Mô hình này đang dần trở thành tiêu chuẩn vàng trong việc tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào chăm sóc ban đầu ở các nước phát triển.

2.1.3. Mô hình “Integrated Community Centres for Mental Wellness - ICCMWs”(Trung tâm Cộng đồng Tích hợp vì Sức khỏe Tâm thần Toàn diện) của Hồng Kông

Mô hình “Integrated Community Centres for Mental Wellness” (ICCMWs) là một sáng kiến do Cục Phúc lợi Xã hội Hồng Kông khởi xướng từ năm 2010 nhằm xây dựng mạng lưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện tại cộng đồng, phục vụ cho người có nhu cầu hỗ trợ tâm lý và người mắc các rối loạn tâm thần nhẹ đến trung bình. Đây là mô hình tích hợp đa chức năng, hoạt động theo nguyên tắc “một cửa”, cung cấp nhiều dịch vụ đồng thời, từ phòng ngừa sớm, tư vấn, hỗ trợ gia đình, đến phục hồi chức năng và tái hòa nhập cộng đồng.

Mô hình này được triển khai tại từng địa phương (quận/huyện), do các tổ chức phi chính phủ điều hành dưới sự tài trợ và giám sát của chính quyền. Các dịch vụ chính tại

ICCMWs bao gồm: hỗ trợ điều trị và theo dõi tâm lý, tư vấn cá nhân và nhóm, hoạt động phục hồi chức năng xã hội, hướng nghiệp, can thiệp khủng hoảng và giáo dục sức khỏe tâm thần. Đặc biệt, mô hình nhấn mạnh sự hợp tác liên ngành giữa các nhân viên công tác xã hội, chuyên gia tâm lý, y bác sĩ tâm thần và cộng đồng địa phương nhằm xây dựng hệ sinh thái hỗ trợ bền vững và linh hoạt theo nhu cầu thực tế. Sự hợp tác liên ngành được mô tả qua sơ đồ sau:



Hình 3. Mô hình “Integrated Community Centres for Mental Wellness - Trung tâm Cộng đồng Tích hợp vì Sức khỏe Tâm thần Toàn diện

Một điểm mạnh của mô hình là khả năng tiếp cận sớm và can thiệp kịp thời tại cộng đồng, giúp giảm tải cho các bệnh viện tâm thần và hỗ trợ người bệnh duy trì đời sống xã hội bình thường. Đồng thời, mô hình thúc đẩy việc giảm kỳ thị đối với người có vấn đề tâm thần nhờ tăng cường hoạt động truyền thông và giáo dục cộng đồng.

Tính liên ngành trong mô hình này được thể hiện rõ nét thông qua cơ chế phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau, bao gồm: nhân viên công tác xã hội, chuyên gia tâm lý, y bác sĩ tâm thần và cộng đồng địa phương. Các chuyên gia này làm việc trong cùng một trung tâm theo mô hình nhóm đa ngành, cùng chia sẻ thông tin, lập kế hoạch can thiệp, giám sát tiến trình điều trị và hỗ trợ phục hồi toàn diện cho người có vấn đề sức khỏe tâm thần. Nhân viên công tác xã hội chịu trách nhiệm hỗ trợ kết nối dịch vụ, tư vấn gia đình và thúc đẩy quá trình hòa nhập xã hội; chuyên gia tâm lý đảm nhiệm các hoạt động trị liệu tâm lý cá nhân và nhóm; y bác sĩ tâm thần thực hiện thăm khám, kê đơn và điều trị y khoa; trong khi đó cộng đồng địa phương vừa là đối tượng được nâng cao nhận thức thông qua các hoạt động truyền thông phòng ngừa, vừa đóng vai trò hỗ trợ người bệnh tái hòa nhập. Mô hình này cho phép triển khai dịch vụ tích hợp và liên tục, từ phòng ngừa, điều trị đến phục hồi, giúp người bệnh tiếp cận hỗ trợ sớm, giảm thiểu kỳ thị xã hội, đồng thời nâng cao hiệu quả can thiệp và chất lượng sống cho người sử dụng dịch vụ (Lam, Chung, 2022).

4.2. Đánh giá chung về các mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trên thế giới và bài học cho Việt Nam

4.2.1. Đánh giá chung về các mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Qua phân tích các mô hình tiêu biểu như CMHTs của Anh, Headspace của Úc, Collaborative Care của Hoa Kỳ - Canada, và ICCMWs của Hồng Kông, có thể rút ra một số đặc điểm chung trong thiết kế và vận hành mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

Thứ nhất, sự phối hợp liên ngành là yếu tố cốt lõi bảo đảm hiệu quả của các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Đây không chỉ là sự hiện diện của các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực trong cùng một tổ chức, mà còn là một cơ chế vận hành dựa trên nguyên tắc làm việc nhóm thực chất, phối hợp chặt chẽ và phân công vai trò rõ ràng. Các mô hình như CMHTs (Anh), Collaborative Care (Mỹ - Canada) hay ICCMWs (Hồng Kông) đều tổ chức các cuộc họp nhóm liên ngành định kỳ (thường hàng tuần hoặc theo từng ca bệnh), nơi các chuyên gia như bác sĩ tâm thần, nhân viên công tác xã hội, nhà tâm lý học, điều dưỡng và chuyên viên phục hồi chức năng cùng trao đổi, cập nhật, đánh giá và thống nhất kế hoạch can thiệp cho từng trường hợp cụ thể. Mỗi chuyên gia đóng góp vào quá trình điều trị không phải bằng kiến thức chuyên môn đơn lẻ, mà bằng cách kết nối với các lĩnh vực khác, đảm bảo quá trình chăm sóc là liên tục, toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm. Việc phối hợp này còn được củng cố bởi các công cụ như kế hoạch điều trị cá nhân hóa, quy trình phối hợp nội bộ minh bạch, và người điều phối ca bệnh - đóng vai trò kết nối các thành viên và theo dõi tiến độ can thiệp (Archer et al., 2012; Thornicroft et al., 2011). Trong thực tiễn, chính mô hình này đã giúp gia tăng sự hài lòng của người bệnh, giảm tái phát và nâng cao khả năng phục hồi chức năng xã hội.

Thứ hai, sự tích hợp dịch vụ và tính linh hoạt trong tiếp cận là điểm nổi bật làm nên tính hiệu quả của các mô hình phối hợp liên ngành. Hầu hết các mô hình đều hướng đến xây dựng không gian hỗ trợ tích hợp, nơi người bệnh có thể tiếp cận nhiều dịch vụ sức khỏe tâm thần, từ thăm khám, trị liệu, phục hồi chức năng đến tư vấn pháp lý, giáo dục, hỗ trợ việc làm... chỉ tại một địa điểm. Điều này không chỉ giảm thiểu rào cản đi lại, thời gian chờ đợi và tâm lý e ngại khi tiếp cận dịch vụ, mà còn giúp phát hiện và can thiệp sớm các vấn đề tâm thần. Mô hình Headspace của Úc là một ví dụ điển hình, với thiết kế thân thiện, không kỳ thị, hỗ trợ thanh thiếu niên tự nguyện tìm đến, kể cả khi chưa có chẩn đoán y khoa chính thức. Tương tự, mô hình ICCMWs tại Hồng Kông (Trung Quốc) không chỉ cung cấp dịch vụ trị liệu mà còn hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng, tư vấn gia đình, và tổ chức hoạt động nhóm, dựa trên nhu cầu cá nhân và đặc thù văn hóa. Chính yếu tố tùy biến theo ngữ cảnh địa phương, linh hoạt theo từng nhóm đối tượng (như người trẻ, người có nguy cơ cao, người dân tộc thiểu số...) đã giúp các mô hình này mở rộng phạm vi ảnh hưởng, nâng cao hiệu quả và tính bền vững của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Thứ ba, việc ứng dụng hệ thống công nghệ thông tin và hồ sơ điện tử liên thông đã tạo ra bước tiến lớn trong việc đảm bảo tính liên tục và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các mô hình tiên tiến đều sử dụng hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử liên ngành, cho phép các chuyên gia trong cùng nhóm truy cập, cập nhật và chia sẻ thông tin người bệnh một cách kịp thời, chính

xác và bảo mật. Nhờ đó, mỗi can thiệp được thực hiện dựa trên bối cảnh đầy đủ và đồng bộ, tránh trùng lặp hoặc mâu thuẫn giữa các kế hoạch điều trị. Đồng thời, hệ thống dữ liệu số còn giúp giám sát tiến độ can thiệp, theo dõi triệu chứng, đánh giá kết quả điều trị, từ đó cho phép điều chỉnh kế hoạch phù hợp với tiến trình phục hồi của người bệnh. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2021) đã chỉ ra rằng hồ sơ điện tử liên thông là một trong những yếu tố quyết định đến chất lượng và khả năng nhân rộng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện đại. Không chỉ nâng cao hiệu quả nội tại của nhóm chăm sóc, việc ứng dụng công nghệ còn giúp tăng cường minh bạch, tiết kiệm thời gian và cải thiện chất lượng tương tác giữa người bệnh và chuyên gia.

4.2.2. Bài học cho Việt Nam về việc xây dựng mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Từ kinh nghiệm triển khai các mô hình phối hợp liên ngành tại Anh, Úc, Mỹ, Canada và Hồng Kông, có thể rút ra nhiều bài học thiết thực để xây dựng và hoàn thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Việt Nam. Trong bối cảnh tỷ lệ người mắc các rối loạn tâm thần đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt là tại khu vực đô thị, vùng sâu vùng xa và sau đại dịch COVID-19, nhu cầu cấp thiết đặt ra là phải đổi mới cách tiếp cận, từ mô hình điều trị tập trung tại bệnh viện sang mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng, tích hợp đa ngành và lấy người bệnh làm trung tâm (WHO, 2021; Lam & Chung, 2022).

Thứ nhất, cần xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng, thống nhất và hiệu quả. Hiện nay, ở Việt Nam, chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn chủ yếu do ngành y tế đảm nhiệm, trong khi vai trò của các ngành khác như công tác xã hội, tâm lý học, giáo dục, tư pháp, lao động - thương binh và xã hội còn mờ nhạt hoặc chưa có sự liên thông. Bài học từ các nước phát triển cho thấy, để mô hình phối hợp liên ngành phát huy hiệu quả, cần có khung pháp lý và quy trình vận hành cụ thể, xác định rõ vai trò, nhiệm vụ và quyền hạn của từng thành phần tham gia (Thornicroft et al., 2011). Đồng thời, cần xây dựng cơ chế điều phối chung, có thể là người quản lý ca bệnh hoặc điều dưỡng trưởng nhóm, chịu trách nhiệm điều tiết thông tin, phân công nhiệm vụ và giám sát tiến độ can thiệp (Archer et al., 2012).

Thứ hai, cần thiết lập các trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng theo nguyên lý “một cửa”, tương tự mô hình ICCMWs của Hồng Kông (Trung Quốc) hoặc Headspace của Úc. Các trung tâm này không chỉ cung cấp dịch vụ trị liệu mà còn phải tích hợp các hoạt động như tư vấn tâm lý, phục hồi chức năng, hướng nghiệp, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ gia đình. Việc bố trí các chuyên gia đa ngành làm việc trực tiếp tại trung tâm sẽ giúp người dân tiếp cận dịch vụ thuận tiện, giảm áp lực cho hệ thống bệnh viện và phòng khám chuyên khoa (Rickwood et al., 2019; Lam & Chung, 2022).

Thứ ba, tăng cường đào tạo và phát triển đội ngũ nhân lực liên ngành. Việt Nam hiện đang thiếu hụt nghiêm trọng nguồn nhân lực về công tác xã hội, trị liệu tâm lý, phục hồi chức năng và điều phối ca bệnh tại cộng đồng. Do đó, cần có chính sách đào tạo, bồi dưỡng thường xuyên và cấp chứng chỉ hành nghề cho các chuyên gia này, đồng thời thúc đẩy mô hình đào tạo liên ngành ngay từ bậc đại học, giúp sinh viên hiểu được cách làm việc trong môi trường phối hợp thực chất.

Thứ tư, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và chia sẻ thông tin là yếu tố quan trọng để đảm bảo sự phối hợp hiệu quả. Việc xây dựng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử liên thông giữa các cơ sở y tế, trung tâm tư vấn, dịch vụ xã hội và chính quyền địa phương sẽ giúp các chuyên

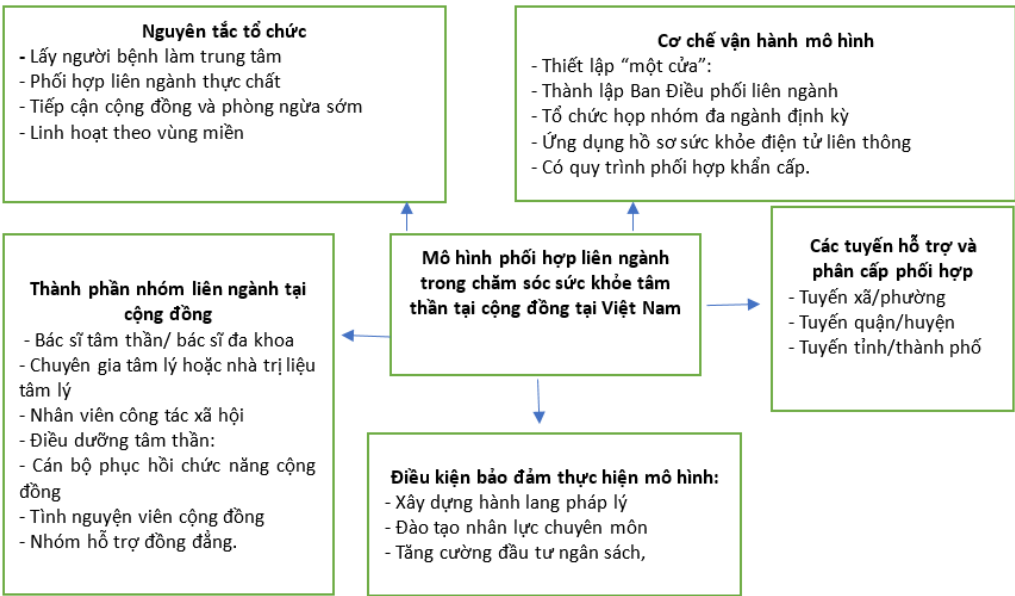
gia dễ dàng cập nhật tiến độ điều trị, điều chỉnh kế hoạch can thiệp và phối hợp phản ứng nhanh với những tình huống khẩn cấp hoặc nguy cơ cao (World Health Organization, 2021).

Thứ năm, lồng ghép yếu tố văn hóa - xã hội và truyền thông cộng đồng vào mô hình chăm sóc. Bài học từ Hồng Kông (Trung Quốc) (Lam & Chung, 2022) cho thấy việc vượt qua rào cản văn hóa và giảm kỳ thị có vai trò quyết định đến sự thành công của mô hình. Việt Nam cần chú trọng đến việc xây dựng các chiến dịch nâng cao nhận thức, huy động sự tham gia của cộng đồng và tạo điều kiện để người dân được tiếp cận dịch vụ trong một môi trường thân thiện, tôn trọng, không phân biệt đối xử.

Tóm lại, xây dựng mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là xu hướng tất yếu và phù hợp với bối cảnh hiện nay của Việt Nam. Việc kế thừa có chọn lọc các mô hình quốc tế, điều chỉnh phù hợp với đặc điểm văn hóa - xã hội và cơ sở hạ tầng trong nước sẽ là giải pháp hiệu quả để hướng tới một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, nhân văn và bền vững.

4.2.3. Đề xuất mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng tại Việt Nam

Từ những phân tích trên, tác giả đề xuất mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng tại Việt Nam với các đặc điểm và cấu trúc cụ thể như sau:



Hình 4. Mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng tại Việt Nam

Mô hình trên cho thấy:

Thứ nhất về nguyên tắc tổ chức: Lấy người bệnh làm trung tâm, tôn trọng nhu cầu, điều kiện và bối cảnh xã hội của từng cá nhân; Phối hợp liên ngành thực chất, không hình thức, dựa trên chia sẻ thông tin, đồng quản lý ca và lập kế hoạch can thiệp thống nhất; Tiếp cận cộng đồng và phòng ngừa sớm, tích hợp các yếu tố y tế, xã hội, giáo dục và pháp lý; Linh hoạt theo vùng miền, có thể điều chỉnh tùy theo điều kiện đô thị, nông thôn, vùng sâu - vùng xa.

Thứ hai về thành phần nhóm liên ngành tại cộng đồng: Mỗi nhóm hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng nên bao gồm tối thiểu các thành phần sau: Bác sĩ tâm thần hoặc

bác sĩ đa khoa được đào tạo về tâm thần: chịu trách nhiệm chẩn đoán, kê đơn và theo dõi điều trị bằng thuốc; Chuyên gia tâm lý hoặc nhà trị liệu tâm lý: thực hiện trị liệu tâm lý cá nhân, nhóm và đánh giá tâm lý học lâm sàng; Nhân viên công tác xã hội chuyên ngành sức khỏe tâm thần: hỗ trợ kết nối dịch vụ, tư vấn gia đình, điều phối các nguồn lực và quản lý ca; Điều dưỡng tâm thần: theo dõi tình trạng sức khỏe hằng ngày, hỗ trợ chăm sóc tại nhà; Cán bộ phục hồi chức năng cộng đồng: hỗ trợ người bệnh tái hòa nhập xã hội, rèn luyện kỹ năng sống và lao động; Tình nguyện viên cộng đồng hoặc nhóm hỗ trợ đồng đẳng: góp phần duy trì môi trường thân thiện, đồng hành cùng người bệnh.

Thứ ba về cơ chế vận hành mô hình: Thiết lập Trung tâm Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại tuyến huyện hoặc quận, hoạt động theo mô hình “một cửa”: Thành lập Ban Điều phối liên ngành cấp địa phương, do cán bộ của ngành y tế chủ trì, có sự tham gia của đại diện các ngành giáo dục, công an, đoàn thể, tổ chức xã hội...; Tổ chức họp nhóm đa ngành định kỳ (hàng tuần hoặc theo ca bệnh) để xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa; Ứng dụng hồ sơ sức khỏe điện tử liên thông, bảo đảm chia sẻ thông tin giữa các chuyên gia một cách bảo mật và hiệu quả; Có quy trình phối hợp khẩn cấp, xử lý nhanh các trường hợp nguy cơ cao như tự sát, hành vi gây hại hoặc khủng hoảng tâm lý.

Thứ tư về các tuyến hỗ trợ và phân cấp phối hợp: Tuyến xã/phường: có cán Bộ Y tế học đường, trạm y tế, công tác viên công tác xã hội và tình nguyện viên cộng đồng; Tuyến quận/huyện: là nơi đặt trung tâm chăm sóc tích hợp và nhóm liên ngành; Tuyến tỉnh/thành phố: quản lý và điều phối hệ thống, đào tạo nhân lực, đánh giá chất lượng dịch vụ.

Thứ năm về điều kiện bảo đảm thực hiện mô hình: Xây dựng hành lang pháp lý về phối hợp liên ngành, quy định rõ vai trò và trách nhiệm của các bên liên quan; Đào tạo nhân lực chuyên môn liên ngành, chú trọng đào tạo công tác xã hội và tâm lý học ứng dụng; Tăng cường đầu tư ngân sách, ưu tiên phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, nhất là vùng khó khăn; Đẩy mạnh truyền thông - giáo dục cộng đồng, giảm kỳ thị, nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần và tầm quan trọng của phối hợp dịch vụ.

Mô hình phối hợp liên ngành này hướng tới mục tiêu xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng nhân văn, hiệu quả và bền vững, phù hợp với thực tiễn Việt Nam, đặc biệt là trong bối cảnh gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm thần do tác động của đô thị hóa, áp lực xã hội và hậu quả dịch bệnh.

5. KẾT LUẬN

Sức khỏe tâm thần ngày càng được nhìn nhận là nền tảng quan trọng cho sự phát triển bền vững của con người và xã hội. Tuy nhiên, tại Việt Nam, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn còn nhiều bất cập, nhất là trong việc tiếp cận cộng đồng, phân bổ nguồn lực và thiếu cơ chế phối hợp giữa các ngành. Do đó, xây dựng mô hình phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là yêu cầu cấp thiết nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp, đảm bảo quyền được chăm sóc toàn diện cho người dân và sử dụng hiệu quả nguồn lực xã hội.

Bài viết đã phân tích các mô hình quốc tế tiêu biểu như CMHTs (Anh), Headspace (Úc), Collaborative Care (Hoa Kỳ - Canada), và ICCMWs (Hong Kông (Trung Quốc)), chỉ ra ưu

điểm, điều kiện thực thi và các thách thức phổ biến. Trên cơ sở vận dụng Lý thuyết hệ thống, Hợp tác liên ngành và Tiếp cận dựa trên quyền con người, bài viết khẳng định rằng mô hình phối hợp liên ngành hiệu quả cần tổ chức như một hệ tích hợp, có phân công rõ ràng, truyền thông hiệu quả và lấy người bệnh làm trung tâm. Từ đó, bài viết đề xuất mô hình phù hợp cho Việt Nam: chăm sóc đa ngành tại cộng đồng, chú trọng phòng ngừa sớm, linh hoạt theo vùng miền, sử dụng hồ sơ điện tử liên thông, đào tạo nhân lực liên ngành, kết hợp truyền thông nâng cao nhận thức và xây dựng hành lang pháp lý hỗ trợ triển khai.

Trong bối cảnh cải cách y tế và an sinh xã hội, mô hình phối hợp liên ngành cần được thể chế hóa trong chính sách và quy hoạch quốc gia về sức khỏe tâm thần. Đây là giải pháp chiến lược giúp Việt Nam ứng phó hiệu quả với các thách thức tâm thần hiện nay, đồng thời khẳng định cam kết xây dựng xã hội công bằng, bao trùm và phát triển bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... & Coventry, P (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>.
2. Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
3. D'amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
4. Lam, G., & Chung, E. Y. H. (2022). Mental health services in Hong Kong: Development of community-based inclusive development practice faced with the cultural barriers. *Mental Health Review Journal*, 27(4), 426-436. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2021-0087>.
5. McCusker, P., Gillespie, L., Davidson, G., Vicary, S., & Stone, K (2023). The United Nations convention on the rights of persons with disabilities and social work: Evidence for impact? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6927. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206927>.
6. Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. Chelsea green publishing.
7. National Mental Health Commission (2019). *Monitoring mental health and suicide prevention reform: National Report*. Canberra: Government of Australia.
8. Nhân dân (2023). *Khoảng 15% số dân mắc rối loạn tâm thần*. <https://nhandan.vn/khoang-15-so-dan-mac-roi-loan-tam-than-post776821.html>.
9. Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell.
10. Rickwood, D., Telford, N., Mazzer, K., & Parker, A. (2019). The services provided to young people through the headspace centres across Australia. *Medical Journal of Australia*, 210(Suppl 6), S27-S32. <https://doi.org/10.5694/mja2.50089>
11. Thornicroft, G., Alem, A., Drake, R. E., Ito, H., Mari, J., McGeorge, P.,... & Semrau, M. (Eds.). (2011). *Community mental health: Putting policy into practice globally*. John Wiley & Sons.
12. United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
13. VOV2 (2023). *Còn khoảng trống trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở nước ta*. <https://vov2.vov.vn/suc-khoe/con-khoang-trong-cham-soc-suc-khoe-tam-than-o-nuoc-ta-45356.vov2>.

14. World Health Organization (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: WHO.
15. World Health Organization (2022). *Mental health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
16. Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L.,... & Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>.

MÔ HÌNH CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI HOA KỲ VÀ HƯỚNG ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM

TS. Nguyễn Thị Hiền¹

Tóm tắt: Ở Hoa Kỳ, có nhiều mô hình cung cấp dịch vụ Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, tuy nhiên mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng (Community-Based Mental Health Services Model) tại Mỹ được xem là nhân văn, bền vững và hiệu quả nhất hiện nay. Mô hình dựa vào cộng đồng là cách tiếp cận trong đó các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp ngay tại nơi người dân sinh sống, trong cộng đồng, thay vì tập trung chủ yếu tại bệnh viện hay cơ sở điều trị nội trú. Công tác xã hội trong mô hình này đóng vai trò là cầu nối giữa người bệnh với hệ thống chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực xã hội. Tại Việt Nam, mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng cũng đang được áp dụng rộng rãi. Bài viết này phân tích đặc điểm, bài học kinh nghiệm của mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng ở Hoa Kỳ và định hướng áp dụng mô hình này tại Việt Nam.

Từ khóa: Mô hình, dịch vụ công tác xã hội, chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng

THE MODEL OF PROVIDING SOCIAL WORK SERVICES IN COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES AND ITS APPLICATION ORIENTATION IN VIETNAM

Abstract: In the United States, there are many models of providing Social Work services in mental health care, however, the Community-Based Mental Health Services Model in the United States is considered the most humane, sustainable and effective today. The community-based model is an approach in which mental health services are provided right where people live, in the community, instead of focusing mainly on hospitals or inpatient treatment facilities. Social work in this model plays the role of a bridge between patients and the health care system and social resources. In Vietnam, the community-based mental health care model is also widely applied. This article analyzes the characteristics, advantages and disadvantages of the social work service delivery model in community-based mental health care and the orientation for applying this model in Vietnam.

Keywords: Model, social work services, community-based mental health care

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác xã hội (CTXH) trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người bệnh, gia đình và cộng đồng tiếp cận các dịch vụ y tế, xã hội một cách toàn diện. Nhân viên CTXH không chỉ hỗ trợ tâm lý mà còn điều phối các nguồn lực, bảo vệ quyền lợi người bệnh, thúc đẩy phục hồi và hòa nhập xã hội.

Công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần không chỉ tập trung vào trị liệu tâm lý, mà còn bao gồm nhiều dịch vụ chuyên môn và hỗ trợ xã hội nhằm thúc đẩy sự phục hồi và hòa nhập của người bệnh. Các dịch vụ này được cung cấp bởi nhân viên CTXH tại các cơ sở y tế, cộng đồng, trường học, tổ chức phi chính phủ, hoặc tại chính nơi sinh sống của người bệnh.

Bệnh tâm thần là phổ biến ở Hoa Kỳ với gần 1/5 người trưởng thành ở Hoa Kỳ mắc bệnh tâm thần, 52,9 triệu người vào năm 2020 ở độ tuổi từ 18 trở lên, chiếm khoảng 21,1% trong

¹ Đại học Lao động - Xã hội.

tổng số người trưởng thành.¹ Theo thống kê ở Hoa Kỳ năm 2020 ở trẻ vị thành niên độ tuổi từ 13-18 cho thấy có 49,5% có RLTT, 22,2 % trong số đó có sự suy giảm nghiêm trọng theo DSM 4.4. Đối với thanh thiếu niên, trầm cảm, sử dụng chất gây nghiện và tự sát là những mối quan tâm quan trọng, 4,1% có sử dụng chất, 18,8% cân nhắc về toan tự sát, 15,7% lên kế hoạch tự sát, 8,9% có toan tự sát, 2,5% có toan tự sát cần can thiệp y tế.[3]

Ở Hoa Kỳ, mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tập trung vào cấu trúc tổ chức, cách vận hành, các hình thức triển khai và vai trò cụ thể của công tác xã hội trong từng giai đoạn và có nhiều dịch vụ ở từng giai đoạn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần như dịch vụ tư vấn và trị liệu tâm lý - xã hội; dịch vụ đánh giá, lập kế hoạch can thiệp; dịch vụ điều phối, kết nối hệ thống; dịch vụ can thiệp khẩn cấp và ứng phó khủng hoảng; dịch vụ hỗ trợ phục hồi và hòa nhập cộng đồng; dịch vụ giáo dục và truyền thông cộng đồng; dịch vụ bảo vệ quyền lợi người bệnh...

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần thường gặp là 14,9% dân số - nghĩa là có gần 15 triệu người [Báo cáo kết quả điều tra 10 rối loạn tâm thần thường gặp trên toàn quốc (2001-2003)]. Để đáp ứng công tác chăm sóc SKTT, từ năm 1999, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt chương trình Chăm sóc, bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng. Trong quá trình thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ SKTT, phòng, chống các RLTT, vẫn còn nhiều khó khăn, tồn tại: hệ thống các cơ sở chuyên khoa tâm thần dưới mức đầu tư, nhân lực chuyên môn thiếu và yếu, không đầy đủ, hệ thống cung cấp dịch vụ không đầy đủ, không toàn diện, không đảm bảo tính hệ thống, sự kỳ thị, phân biệt đối xử vẫn còn tồn tại, sự phối hợp, hợp tác liên ngành, đa lĩnh vực chưa thực hiện, thực hiện không hiệu quả, chính sách thu hút nhân lực về tâm thần chưa phù hợp, thiếu văn bản luật pháp và hạn chế trong giám sát thực thi luật, chăm sóc SKTT chưa được chú trọng đến một số nhóm đặc biệt: trẻ em, vị thành niên, phụ nữ, người cao tuổi, thiên tai, thảm họa.. Do đó ở Việt Nam, mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng còn gặp nhiều khó khăn và lúng túng. Mỗi địa bàn có cách thiết lập mô hình riêng dựa trên nhu cầu, đặc điểm và nhân lực của mỗi đơn vị và chưa có mô hình nào rõ ràng.

Bài viết này sẽ trình bày về mô hình dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng ở Mỹ. Việc nghiên cứu mô hình này nhằm tìm ra mô hình dịch vụ phù hợp trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, giúp tiết kiệm thời gian thử nghiệm và hoàn thiện các mô hình ở Việt Nam phù hợp với thực tiễn, điều kiện của Việt Nam hiện nay.

2. NỘI DUNG

2.1. Mô hình dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ

Mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ, tập trung vào cấu trúc tổ chức, cách vận hành, các hình thức triển khai và vai trò cụ thể của công tác xã hội trong từng giai đoạn.

2.1.1. Cấu trúc mô hình cung cấp dịch vụ

Mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng (Community-Based Mental Health Services) tại Hoa Kỳ là một hệ thống chăm sóc toàn diện, lấy cộng đồng làm trung tâm,

¹ Mental Illness. National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed December 24, 2022, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc tâm thần gần gũi, dễ tiếp cận, liên tục và phù hợp với nhu cầu thực tế của người dân. Nguyên lý của mô hình này là lấy người bệnh làm trung tâm, tăng cường quyền tự quyết và hòa nhập xã hội cho người bệnh, người bệnh không cần phải nhập viện mà có thể được điều trị và hỗ trợ tại nơi họ sinh sống; tập trung vào phòng ngừa và can thiệp sớm, tích hợp đa ngành, có sự phối hợp giữa y tế, xã hội, giáo dục, tư pháp, và cộng đồng.

Mô hình tại Hoa Kỳ hoạt động theo hệ thống phân tầng, từ nhẹ đến nặng với các mức độ cung cấp dịch vụ khác nhau:

Bảng 1. Hệ thống phân tầng dịch vụ theo mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ

Mức độ	Dịch vụ chính	Đối tượng phục vụ
Mức độ 1	Phòng ngừa, sàng lọc, tư vấn ngắn hạn	Người có nguy cơ rối loạn tâm thần
Mức độ 2	Trị liệu ngoại trú, hỗ trợ cộng đồng	Người có rối loạn tâm thần mức độ nhẹ-trung bình
Mức độ 3	Quản lý ca, điều trị chuyên sâu tại cộng đồng	Người có rối loạn tâm thần nặng, mãn tính

Cơ sở cung cấp dịch vụ của mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ là: Trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng (CMHCs); phòng khám tích hợp y tế - tâm thần; đơn vị ACT / PACT (đội can thiệp tích cực cộng đồng); tổ chức phi lợi nhuận, nhóm hỗ trợ tự lực; dịch vụ tận nơi (home-based services)

2.1.2. Mô hình tổ chức và vận hành

Cách tổ chức và vận hành mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần theo cấu trúc đa ngành. Các đội ngũ chăm sóc thường gồm: Công tác viên xã hội (social workers); bác sĩ tâm thần; Y tá chuyên ngành tâm thần; nhà trị liệu tâm lý; chuyên viên phục hồi chức năng tâm thần (psychiatric rehabilitation specialists); người đồng đẳng (peer support workers)...

Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong mô hình này là:

- ✓ Quản lý ca (Case Management): Một công tác viên xã hội phụ trách lập kế hoạch, theo dõi và điều phối toàn bộ dịch vụ cho từng cá nhân. Đánh giá nhu cầu, kết nối dịch vụ, theo dõi tiến trình, vận động chính sách cá nhân.
- ✓ Can thiệp tích cực tại cộng đồng (ACT/PACT): Đội chuyên biệt hỗ trợ tại nhà cho người bệnh nặng, hoạt động 24/7. Trực tiếp tham gia can thiệp, làm việc nhóm, hỗ trợ cá nhân phục hồi tại nơi cư trú.
- ✓ Hỗ trợ đồng đẳng và phục hồi chức năng: Hỗ trợ người bệnh từ người có kinh nghiệm phục hồi. Công tác xã hội hỗ trợ tổ chức nhóm, đào tạo kỹ năng sống, hướng dẫn sử dụng dịch vụ công.
- ✓ Tích hợp trong y tế ban đầu (Integrated BH): Công tác viên xã hội làm việc ngay trong phòng khám đa khoa. Phát hiện sớm rối loạn, tư vấn ngắn hạn, giới thiệu dịch vụ chuyên sâu.

Vai trò cụ thể của công tác xã hội trong mô hình này được thể hiện qua từng giai đoạn chăm sóc cho người bệnh như sau:

Giai đoạn tiếp cận - Sàng lọc: Nhân viên công tác xã hội phỏng vấn đánh giá tâm lý - xã hội; phát hiện sớm dấu hiệu rối loạn; đánh giá rủi ro (tự sát, bạo lực).

Giai đoạn lập kế hoạch chăm sóc: Lập kế hoạch can thiệp cá nhân hóa, phối hợp với gia đình và đội ngũ y tế.

Giai đoạn can thiệp - hỗ trợ: Tư vấn trị liệu, giáo dục sức khỏe tâm thần, đào tạo kỹ năng sống và kỹ năng xã hội.

Giai đoạn kết nối dịch vụ: Nhân viên xã hội hỗ trợ về nhà ở, việc làm, phúc lợi xã hội, giáo dục, pháp lý...

Giai đoạn theo dõi - Đánh giá: Nhân viên xã hội theo dõi tiến trình phục hồi, điều chỉnh kế hoạch chăm sóc, báo cáo tiến triển. Ngoài ra, nhân viên xã hội vận động và bảo vệ quyền cho người bệnh, bảo vệ quyền được sống độc lập, được chăm sóc, không bị kỳ thị...

Ví dụ điển hình về mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ là mô hình ACT (Assertive Community Treatment)- mô hình chăm sóc chuyên sâu, liên ngành, chủ động, hướng đến việc hỗ trợ những người mắc bệnh tâm thần nặng và mạn tính. Đây là một trong những phương pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng hiệu quả và đặc trưng tại Hoa Kỳ.

Đội ACT bao gồm 10-12 thành viên cho tối đa 100 khách hàng. Bao gồm: Bác sĩ tâm thần, điều dưỡng tâm thần, nhân viên xã hội, chuyên gia phục hồi chức năng nghề nghiệp, chuyên gia lạm dụng chất, nhân viên hỗ trợ đồng đẳng (peer specialist), nhân viên quản lý ca (case manager)... Tất cả thành viên đều làm việc chung một nhóm và cùng theo dõi mọi bệnh nhân, không chia ca theo từng người quản lý. Cách cung cấp dịch vụ rất chủ động và lưu động, nhân viên đến tận nơi người bệnh sống - nhà ở, nhà tạm, đường phố; hỗ trợ 24/7 (Có thể phản ứng nhanh trong các tình huống khủng hoảng), nhân viên xã hội gặp người bệnh trực tiếp nhiều lần mỗi tuần, thậm chí hàng ngày nếu cần. Dịch vụ được thực hiện tại nhà, nơi làm việc, công viên hoặc bất kỳ địa điểm nào người bệnh cảm thấy thoải mái. Nhân viên xã hội có thể hỗ trợ dài hạn cho người bệnh, cá nhân hóa, tập trung vào phục hồi. Dịch vụ được cung cấp một cách toàn diện bao gồm: Đánh giá tâm thần và điều trị, quản lý thuốc, hỗ trợ kỹ năng sống (nấu ăn, ngân sách, vệ sinh cá nhân), hỗ trợ tìm nhà, tìm việc, hướng dẫn điều hướng hệ thống phúc lợi xã hội, giải quyết vấn đề pháp lý nếu cần. Công tác xã hội đảm nhiệm vai trò quản lý hồ sơ ca, đào tạo kỹ năng thích nghi (tài chính, giao tiếp, tự chăm sóc...), hỗ trợ gia đình hiểu bệnh lý và phối hợp chăm sóc, phối hợp điều trị. Điển hình như ở tiểu bang New York, mô hình ACT được triển khai mạnh mẽ qua các chương trình của văn phòng sức khỏe tâm thần tại cộng đồng (Office of Mental Health -OMH). Người bệnh có thể được giới thiệu từ bệnh viện, phòng khám, hoặc từ các tổ chức xã hội. Nhóm ACT chịu trách nhiệm giám sát, điều trị, hỗ trợ mọi mặt cho bệnh nhân, giúp họ tránh tái nhập viện và sống độc lập hơn.

2.1.3. Cơ chế phối hợp và tài chính

Cơ chế phối hợp của mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Mỹ là cơ chế liên ngành - tích hợp: Các dịch vụ được tổ chức theo mạng lưới, có hệ thống hồ sơ chia sẻ chung, phối hợp định kỳ. Các trung tâm tâm thần làm việc cùng: Cảnh sát (mô hình CIT - Crisis Intervention Team); trường học, để hỗ trợ học sinh; tòa án tâm thần (Mental Health Courts), xử lý người có rối loạn tâm thần phạm pháp nhẹ; dịch vụ xã hội như hỗ trợ việc làm, phúc lợi, bảo hiểm.

Một đội ngũ đa ngành hỗ trợ tích cực cho những người bị rối loạn tâm thần nghiêm trọng (nặng) làm việc tại cộng đồng (tại nhà, nơi sinh sống) thay vì chờ bệnh nhân đến cơ sở y tế như:

có bác sĩ tâm thần, điều dưỡng, nhân viên xã hội, chuyên gia phục hồi chức năng, có nhóm can thiệp khủng hoảng tâm thần, thường phối hợp với cảnh sát hoặc đơn vị cấp cứu để xử lý tình huống khẩn cấp tại cộng đồng, có chương trình nhà ở hỗ trợ- nơi cung cấp không gian sống ổn định kèm theo dịch vụ tâm lý-xã hội, có các nhân viên đồng đẳng (người từng có kinh nghiệm phục hồi từ bệnh tâm thần) hỗ trợ tinh thần, đồng hành với người bệnh.

Tài chính được hỗ trợ chủ yếu từ các tổ chức: Medicaid (Trả cho hầu hết dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng); Medicare, ACA (Hỗ trợ cho người cao tuổi hoặc có bảo hiểm tư nhân); Tài trợ liên bang và tiểu bang (Dành cho các chương trình phục hồi và phòng ngừa)

Như vậy, mô hình công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ tập trung vào hỗ trợ cá nhân trong môi trường tự nhiên, người bệnh không cần nhập viện dài hạn, được điều trị ngay tại nơi ở, giúp duy trì các mối quan hệ xã hội, gia đình, việc làm; giảm kỳ thị và cô lập xã hội, hỗ trợ phục hồi hòa nhập bền vững hơn; các đội ACT cung cấp dịch vụ 24/7, cá nhân hóa theo từng người bệnh, các đội di động sẵn sàng đến hỗ trợ khi có khủng hoảng tâm thần. Tỷ lệ tái nhập viện tâm thần giảm rõ rệt trong các mô hình ACT bởi có sự hỗ trợ toàn diện: từ y tế, tâm lý, việc làm, nhà ở đến kỹ năng sống giúp giảm gánh nặng cho hệ thống y tế và tư pháp. So với điều trị nội trú dài hạn, mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tiết kiệm hơn, hiệu quả hơn, tăng sự hài lòng và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Công tác xã hội đóng vai trò then chốt trong kết nối các nguồn lực, xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa và bảo vệ quyền của người bệnh.

2.2. Bài học kinh nghiệm từ Hoa Kỳ

Bài học kinh nghiệm quan trọng từ Hoa Kỳ trong việc vận dụng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng (đặc biệt là mô hình ACT) là:

Một là, lấy người bệnh làm trung tâm: dịch vụ được thiết kế dựa trên nhu cầu, sở thích và mục tiêu cá nhân của người bệnh, khuyến khích sự tham gia chủ động của người bệnh vào kế hoạch điều trị và phục hồi.

Hai là, xây dựng đội ngũ đa ngành và đội ngũ CTXH chuyên nghiệp: đội ngũ nhân viên được đào tạo bài bản, có chứng chỉ hành nghề rõ ràng, sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, y tá, nhân viên xã hội, chuyên viên phục hồi chức năng, tư vấn viên, và người hỗ trợ đồng đẳng. Mỗi thành viên đóng vai trò khác nhau, bổ sung lẫn nhau để cung cấp dịch vụ toàn diện. Nhân viên được đào tạo liên tục về kỹ năng chuyên môn, giao tiếp, xử lý khủng hoảng, phục hồi chức năng. Đồng thời, có hệ thống đánh giá và hỗ trợ nội bộ để duy trì chất lượng dịch vụ.

Ba là, đảm bảo dịch vụ tiếp cận tại cộng đồng: Dịch vụ linh hoạt, cá nhân hóa theo nhu cầu người bệnh. Đội ACT và các dịch vụ hỗ trợ hoạt động tại nơi sinh sống của người bệnh (nhà riêng, nơi làm việc, cộng đồng) giúp giảm thiểu rào cản tiếp cận dịch vụ, đặc biệt cho nhóm người bệnh khó tiếp cận.

Bốn là, việc hỗ trợ diễn ra liên tục và lâu dài nhờ sự phối hợp liên ngành chặt chẽ giữa y tế - xã hội - pháp luật - giáo dục - cộng đồng. Mô hình tập trung vào hỗ trợ kéo dài, không giới hạn thời gian nếu người bệnh còn cần. Mô hình này cũng thực hiện việc theo dõi liên tục giúp phát hiện sớm dấu hiệu tái phát và can thiệp kịp thời.

Năm là, chăm sóc sức khỏe tâm thần là sự tích hợp dịch vụ: Tích hợp giữa dịch vụ tâm thần, y tế tổng quát, xã hội, nhà ở, nghề nghiệp trong cùng một hệ thống. Mô hình này giúp hạn chế tình trạng “mỗi nơi một mảnh”, thiếu liên kết giữa các bộ phận. Mô hình thể hiện sự hợp tác chặt chẽ với các tổ chức phi lợi nhuận, nhóm tôn giáo, nhà ở xã hội, cảnh sát cộng đồng... để tạo mạng lưới hỗ trợ toàn diện.

Sáu là, chính sách và tài chính hỗ trợ người bệnh tâm thần: Chính phủ ban hành hướng dẫn, quy chuẩn và hỗ trợ kỹ thuật để đảm bảo chất lượng và nhất quán. Sự hỗ trợ từ hệ thống bảo hiểm y tế (Medicaid, Medicare), ngân sách bang và liên bang là yếu tố then chốt để duy trì mô hình.

2.3. Thực trạng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và hướng ứng dụng mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Việt Nam

Việt Nam đã ban hành nhiều quyết định và đề án trong chăm sóc sức khỏe tâm thần như Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 - 2030. Đề án này nhằm phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ phát hiện sớm, điều trị, trị liệu và phục hồi chức năng đối với trẻ em tự kỷ và người bị rối nhiễu tâm trí theo quy định của pháp luật; Phát triển mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội làm nhiệm vụ chăm sóc, giáo dục phục hồi chức năng đối với người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí...

Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025, trong đó mục tiêu năm 2025: Tất cả các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có kế hoạch liên ngành phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025; Ban hành đầy đủ các quy định, chính sách để kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.

Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030 của Bộ Y tế với mục tiêu tăng cường lãnh đạo, điều hành, phối hợp liên ngành của các Bộ, ngành, chính quyền các cấp và huy động xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, thiết lập và tiếp tục duy cơ chế điều phối hợp tác liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết lập tại trung ương và địa phương từ năm 2025.

Mặc dù đã có nhiều đề án và quyết định của Thủ tướng chính phủ về chăm sóc sức khỏe tâm thần tuy nhiên thực trạng sức khỏe tâm thần tại Việt Nam còn nhiều tồn tại. Hầu hết người dân chưa được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần: Dịch vụ SKTT chủ yếu có ở cơ sở chuyên khoa tuyến trung ương và tỉnh. Tuyến huyện và xã chủ yếu quản lý, điều trị tâm thần phân liệt và động kinh, trong khi đó theo điều tra của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 thì 2 bệnh này chỉ chiếm khoảng 0,5% dân số và tổng các RLTT là 14,2% dân số. Ước tính 0,5% RLTT khác được điều trị tại cơ sở chuyên khoa, như vậy có tới trên 90% (13/14) người rối loạn tâm thần chưa được nhận dịch vụ chính thức, trong khi đó tình hình RLTT ngày càng gia tăng về số lượng cũng như đa dạng thêm về nhiều mặt bệnh như lo âu, nghiện chất, sa sút trí tuệ, tự kỷ, tăng động giảm chú ý...

Dịch vụ SKTT ở Việt Nam chủ yếu là điều trị bằng thuốc. Cả nước có khoảng 100 triệu dân, với khoảng 14 triệu người RLTT nhưng chỉ có 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu. Tuy nhiên dịch vụ tâm lý lâm sàng chưa phải là dịch vụ chính thức được bảo hiểm y tế chi trả do vậy 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu chủ yếu được coi là kỹ thuật viên và làm các trắc nghiệm tâm lý, không phải dịch vụ tâm lý lâm sàng thực sự.

Các dịch vụ phục hồi chức năng tâm thần cũng rất hạn chế. Không có dịch vụ SKTT chính thức cho người dân bị tác động của thiên tai, thảm họa ví dụ như lũ lụt, hạn hán và dịch bệnh (như đại dịch COVID-19).

SKTT chưa được coi trọng: Do SKTT khó nhận thấy hơn so với sức khỏe thể chất nên chưa được quan tâm đúng mức; hoạt động khám chữa bệnh tâm thần trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được quan tâm như các lĩnh vực chuyên khoa, chuyên ngành khác; hoạt động về dự phòng, nâng cao sức khỏe tâm thần và y tế cơ sở chưa được chú trọng.

Hệ thống chăm sóc SKTT phát triển không đầy đủ, còn nhiều khoảng trống: Tuyến xã, phường tập trung nhiều vào quản lý danh sách người bệnh tâm thần, chủ yếu là cấp thuốc điều trị tâm thần theo chỉ định của tuyến trên, không thực hiện công việc khám, chẩn đoán, kê đơn điều trị RLTT; tuyến huyện hầu như không cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh nội trú về tâm thần; việc lồng ghép CSSKTT trong chăm sóc sức khỏe chung, nhất là CSSKBĐ hạn chế, hầu như chỉ cơ sở chuyên khoa tâm thần cung cấp dịch vụ.

Thiếu nhân lực nhất là bác sĩ chuyên khoa tâm thần, theo báo cáo kết quả nghiên cứu năm 2021 của UNICEF, tỷ lệ bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân đạt 0,62/100.000 dân trong năm 2021, khá thấp so với mức độ chung ở các nước có thu nhập trung bình cao (năm 2020: 1,7/100.000 dân). Trong số bác sĩ chuyên khoa tâm thần, có 83% bác sĩ làm việc tại các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần tỉnh, thành phố; 9,5% làm việc tại Bệnh viện tâm thần trung ương và 3,9% làm việc tại khoa tâm thần của Bệnh viện đa khoa và 3,6% làm việc tại khoa tâm thần của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố. Điều dưỡng làm việc trong lĩnh vực CSSKTT: năm 2023, Việt Nam có 3 điều dưỡng tâm thần trên 100.000 dân (thấp hơn so với trung bình toàn cầu là 3,8 điều dưỡng trên 100.000 dân năm 2020). Hầu hết các điều dưỡng tâm thần làm việc tại các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần tỉnh, thành phố (75%); 19,8% tại BVCK tâm thần trung ương; 4,4% tại khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh, chỉ có 0,8% làm việc tại khoa tâm thần của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố [1]

Báo cáo UNICEF 2021, Việt Nam có 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu (tương đương 3% của các nhà lâm sàng) trong các bệnh viện công. Điều này có nghĩa có 1 nhà hành nghề tâm lý làm việc với 8 nhà hành nghề về y khoa (bác sĩ tâm thần) và 20 điều dưỡng trong các cơ sở. Tính trên 100.000 dân, số nhà tâm lý lâm sàng/tâm lý trị liệu là 0,15 thấp hơn gần 10 lần so với trung bình chung toàn cầu (1,4/100.000 dân), thấp hơn một nửa so với khu vực Đông Nam Á (0,3/100.000 dân), thấp hơn một nửa so với các nước thu nhập trung bình thấp (0,3/100.000 dân) [1]

Từ thực trạng trên, Việt Nam cần thiết đưa mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại các địa phương với sự tham gia của nhân viên CTXH với các phương hướng như sau:

- Đào tạo chuyên sâu nhân lực CTXH trong lĩnh vực tâm thần học: Nguồn nhân lực là yếu tố quan trọng nhất của bất kỳ dịch vụ SKTT nào. Các nhân viên chăm sóc SKTT bao gồm bác sĩ tâm thần, bác sĩ tâm thần trẻ em, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội, nhà trị liệu nghề nghiệp và những người lao động được trả lương trong lĩnh vực SKTT, đã hoàn thành khóa đào tạo chính thức tại một cơ sở giảng dạy được công nhận, và được đưa vào các chức danh chuyên nghiệp. Trong đó, bác sĩ tâm thần được định nghĩa là bác sĩ đa khoa với ít nhất hai năm đào tạo sau đại học về tâm thần học.

- Tăng cường hợp tác liên ngành, đặc biệt giữa y tế, giáo dục và chính quyền địa phương. Sự hợp tác chặt chẽ giữa các lĩnh vực công khác nhau - y tế, giáo dục, tư pháp và với chính quyền địa phương là chìa khóa để phá vỡ các cản trở, thu hẹp khoảng cách hiện có và mang trọng tâm trở lại với người dân và cộng đồng. Cách tiếp cận này sẽ giúp giải quyết các vấn đề phổ biến liên quan đến SKTT ở Việt Nam - ví dụ: sự kỳ thị đối với các tình trạng SKTT, thiếu khả năng tiếp cận can thiệp sớm, thiếu sự phối hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ, thời gian nằm viện dài ngày và các yếu tố quyết định ban đầu của SKTT. Thúc đẩy sơ cứu SKTT và nâng cao hiểu biết về SKTT là những hành động chính để cho phép chăm sóc SKTT không chính thức có khả năng tiếp cận phân khúc dân số rộng nhất

- Xây dựng mạng lưới hỗ trợ cộng đồng: Câu lạc bộ, nhóm hỗ trợ, đội tình nguyện viên.

- Truyền thông nâng cao nhận thức để giảm kỳ thị, thúc đẩy cộng đồng tham gia.

3. KẾT LUẬN

Việc học hỏi mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ là cần thiết cho quá trình cải cách hệ thống y tế - xã hội tại Việt Nam. Tuy nhiên, để triển khai hiệu quả cần có sự thích nghi với điều kiện văn hóa - xã hội và năng lực nội tại của từng địa phương. Nhân viên công tác xã hội chính là cầu nối quan trọng trong việc xây dựng một hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, nhân văn và bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023), Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030
2. Báo cáo kết quả điều tra 10 rối loạn tâm thần thường gặp trên toàn quốc (2001-2003)
3. Mental Illness. National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed December 24, 2022. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
Mental health: a state of well being http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
Mental disorders [http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/]
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorder>

TƯ VẤN TÂM LÝ HỌC ĐƯỜNG TẠI VIỆT NAM: PHÂN TÍCH HỆ THỐNG TỪ CÁC NGHIÊN CỨU THỰC CHỨNG VÀ KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH

TS. Nguyễn Minh Tuấn¹

Tóm tắt: Bài viết tổng hợp và phân tích hệ thống từ các nghiên cứu thực nghiệm về tư vấn tâm lý học đường được thực hiện tại Việt Nam giai đoạn 2016–2024, tập trung vào ba cấp học: tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông. Sử dụng cách tiếp cận tổng thuật có hệ thống và phân tích nội dung, bài viết làm rõ mức độ hiện diện, đặc điểm triển khai, các yếu tố rào cản và điều kiện thành công của các mô hình tư vấn tâm lý học đường hiện nay. Kết quả chỉ ra rằng phần lớn học sinh đều gặp phải các vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm, stress học đường, với tỷ lệ dao động từ 25% đến 60% tùy theo bối cảnh và cấp học. Tuy nhiên, hệ thống tư vấn tại nhà trường vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu: chỉ khoảng 30% học sinh từng tiếp cận hỗ trợ tâm lý, trong khi đội ngũ tư vấn còn thiếu chuyên môn, cơ sở vật chất chưa đảm bảo, và sự phối hợp giữa gia đình – nhà trường còn hạn chế. Một số mô hình can thiệp như “Ngôi nhà hạnh phúc” đã cho thấy hiệu quả trong việc nâng cao năng lực tự chủ của học sinh, song chưa được nhân rộng. Từ kết quả bài viết đề xuất các khuyến nghị chính sách phân tầng theo ba cấp độ: thể chế (luật hóa hoạt động tư vấn học đường), nhà trường (chuẩn hóa đội ngũ và tích hợp dịch vụ), và gia đình (giáo dục cảm xúc và tăng cường phối hợp hỗ trợ). Kết quả nghiên cứu đóng góp bằng chứng thực tiễn và cơ sở khoa học nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần học đường tại Việt Nam.

Từ khóa: Tư vấn tâm lý học đường, sức khỏe tâm thần học sinh, can thiệp trường học, chính sách giáo dục

SCHOOL PSYCHOLOGICAL COUNSELING IN VIETNAM: A SYSTEMIC ANALYSIS OF EMPIRICAL STUDIES AND POLICY RECOMMENDATIONS

Abstract: This article synthesizes and systemically analyzes empirical studies on school-based psychological counseling conducted in Vietnam from 2016 to 2024, focusing on three educational levels: primary, lower secondary, and upper secondary. Using a systematic review approach combined with thematic content analysis, the paper explores the prevalence of mental health problems among students, the implementation status of school counseling services, and the factors affecting their effectiveness. Findings reveal a high prevalence of psychological problems such as anxiety, depression, and academic stress, affecting 25% to 60% of students depending on region and grade level. However, existing school counseling systems remain underdeveloped: only about 30% of students have accessed support services, professional school counselors are scarce, physical facilities are inadequate, and coordination with families is limited. Intervention models such as the “Happy House” program showed significant benefits in enhancing student self-efficacy but remain limited in application. Based on this, the article propose stratified policy recommendations across three levels: institutional (legal mandates and frameworks), school (counselor standardization and service integration), and family (emotional education and support collaboration). This study provides critical insights and practical evidence to improve school mental health policy and practice in the Vietnamese context.

Key words: School psychological counseling, student mental health, school-based intervention models, educational policy

1. GIỚI THIỆU

Trong hai thập kỷ trở lại đây, sức khỏe tâm thần trong trường học đã trở thành một chủ đề trung tâm trong nghiên cứu giáo dục, tâm lý học và chính sách công trên toàn cầu. Trong bối cảnh thế giới liên tục đối diện với những biến động lớn như khủng hoảng khí hậu, bất ổn xã

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội (Cơ sở 2).

hội, cạnh tranh học thuật gay gắt và đặc biệt là đại dịch COVID-19, các vấn đề liên quan đến rối loạn tâm lý ở trẻ em và vị thành niên đang ngày càng được nhìn nhận như một khía cạnh thiết yếu trong phát triển toàn diện. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2021) ước tính rằng từ 10% đến 20% trẻ em và thanh thiếu niên toàn cầu đang sống chung với một hoặc nhiều dạng rối loạn tâm thần, trong đó phần lớn không được phát hiện hoặc hỗ trợ can thiệp kịp thời. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến quá trình học tập, mà còn làm suy giảm năng lực cảm xúc, giao tiếp xã hội và chất lượng cuộc sống lâu dài.

Tại Việt Nam, mối quan tâm tới sức khỏe tâm thần học đường đã có bước chuyển dịch mạnh mẽ, đặc biệt sau ảnh hưởng kéo dài của đại dịch COVID-19. Huỳnh Văn Sơn et al. (2022) ghi nhận rằng tỉ lệ các biểu hiện lo âu, trầm cảm, stress học đường ở học sinh gia tăng đáng kể trong giai đoạn học trực tuyến và hậu giãn cách, đặc biệt ở học sinh trung học cơ sở và trung học phổ thông. Các nghiên cứu thực nghiệm trong nước gần đây cho thấy tình trạng đáng lo ngại: tỷ lệ học sinh trung học phổ thông gặp các biểu hiện rối loạn tâm lý dao động từ 25% đến trên 60% (Nguyễn Thị Linh et al., 2022; Trần Thị Thu, 2023; Lê Hồng Hoài Linh et al., 2024). Ví dụ, khảo sát tại Hải Phòng ghi nhận 53,8% học sinh THPT có biểu hiện lo âu học đường, bao gồm cả lo âu thi cử và lo âu xã hội (Nguyễn Thị Linh et al., 2022). Trong khi đó, một nghiên cứu tại Quảng Nam phát hiện 40% học sinh có các triệu chứng stress kéo dài liên quan đến áp lực học tập và xung đột gia đình (Trần Thị Thu, 2023).

Dù nhu cầu hỗ trợ tâm lý trong trường học là rõ ràng, hệ thống dịch vụ tư vấn tâm lý học đường tại Việt Nam vẫn còn thiếu hụt nghiêm trọng cả về chiều rộng lẫn chiều sâu. Theo thống kê của Lê Huyền Trang et al. (2024), chỉ khoảng 30% học sinh từng tiếp cận một hình thức hỗ trợ tâm lý chính thống, trong khi phần lớn các trường phổ thông hiện nay chưa có nhân sự chuyên trách (Vũ Dương Thái, 2023). Các yếu tố hạn chế còn bao gồm: thiếu cơ sở vật chất tối thiểu cho tham vấn học đường (phòng riêng, tài liệu hỗ trợ), đội ngũ giáo viên kiêm nhiệm không được đào tạo bài bản, và sự phối hợp giữa nhà trường – gia đình – hệ thống y tế còn mang tính hình thức. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bắc et al. (2022) cho thấy hơn 70% giáo viên chủ nhiệm không biết quy trình can thiệp khi phát hiện học sinh có dấu hiệu rối loạn tâm lý. Đồng thời, rào cản văn hóa và định kiến xã hội cũng khiến học sinh e ngại tìm đến dịch vụ tư vấn, lo ngại bị kỳ thị hoặc gắn mác “yếu đuối” (Phan Thị Hoàng Oanh & Lê Nguyễn Anh Như, 2020).

Từ những thách thức hiện hữu, bài viết này đặt mục tiêu tổng hợp và phân tích các nghiên cứu thực chứng tiêu biểu giai đoạn 2016–2024 về tư vấn tâm lý học đường tại Việt Nam, với ba trọng tâm chính. Thứ nhất, bài viết đi sâu vào phân tích thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh và năng lực đáp ứng của hệ thống nhà trường, từ tiểu học đến trung học phổ thông. Thứ hai, thông qua việc tích hợp dữ liệu định lượng và định tính, bài viết làm rõ các yếu tố nguy cơ (ví dụ: giới tính, hoàn cảnh gia đình, thiếu kỹ năng đối mặt) và các yếu tố bảo vệ (ví dụ: hỗ trợ xã hội, chương trình SEL, thầy cô quan tâm) có liên quan đến sức khỏe tâm thần học đường. Thứ ba, bài viết đưa ra hệ thống khuyến nghị chính sách phân tầng ở ba cấp độ: thể chế – nhà trường – gia đình, nhằm hướng đến xây dựng một hệ sinh thái hỗ trợ tâm lý học đường toàn diện, bền vững và khả thi trong bối cảnh giáo dục Việt Nam.

Phần lý thuyết của bài viết được định hướng bởi hai khung tiếp cận có ảnh hưởng lớn trong lĩnh vực tâm lý học đường: mô hình sinh thái của Bronfenbrenner (1979) – nhấn mạnh sự tác động qua lại giữa cá nhân và các cấp độ môi trường (gia đình, trường học, xã hội); và lý thuyết ứng phó với stress của Lazarus & Folkman (1984), cho phép hiểu sâu hơn cách học sinh đánh giá và ứng phó với các tình huống gây căng thẳng trong bối cảnh học tập và phát triển.

2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM LIÊN QUAN

Sức khỏe tâm thần (Mental Health)

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2021), sức khỏe tâm thần được định nghĩa là:

“Trạng thái an lành trong đó một cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối mặt với các áp lực thông thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và đóng góp tích cực cho cộng đồng”. Sức khỏe tâm thần không đơn thuần là không có rối loạn tâm thần, mà là sự tích hợp giữa cảm xúc, nhận thức, hành vi và mối quan hệ xã hội hài hòa.

Tư vấn tâm lý học đường (School Psychological Counseling)

Theo Bộ Giáo dục và Đào tạo Việt Nam (Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT), tư vấn tâm lý học đường là:

“Tư vấn tâm lý cho học sinh là sự hỗ trợ tâm lý, giúp học sinh nâng cao hiểu biết về bản thân, hoàn cảnh gia đình, mối quan hệ xã hội, từ đó tăng cảm xúc tích cực, tự đưa ra quyết định trong tình huống khó khăn học sinh gặp phải khi đang học tại nhà trường”. Tư vấn tâm lý học đường có thể bao gồm tư vấn cá nhân, tư vấn nhóm, giáo dục kỹ năng sống, hướng nghiệp và các hoạt động giáo dục cảm xúc – xã hội.

Lo âu học đường (School-related Anxiety)

Lo âu học đường là một trạng thái căng thẳng và lo lắng xuất phát từ các yêu cầu học tập, kỳ vọng của cha mẹ, giáo viên, hoặc áp lực từ các kỳ thi (Nguyễn Thị Linh et al., 2022). Các biểu hiện có thể bao gồm tim đập nhanh, mất ngủ, né tránh trường học và suy giảm khả năng học tập.

Trầm cảm vị thành niên (Adolescent Depression)

Theo DSM-5 (Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ, 2013), trầm cảm ở học sinh là một rối loạn khí sắc được đặc trưng bởi:

“Tâm trạng buồn bã kéo dài, mất hứng thú, cảm giác vô vọng, thay đổi giấc ngủ và ăn uống, suy giảm năng lượng, có thể kèm theo ý nghĩ tự tử”. Ở lứa tuổi học sinh, trầm cảm thường biểu hiện thông qua sự rút lui xã hội, thành tích học tập giảm sút và hành vi tự gây tổn thương.

Stress học đường (Academic Stress)

Theo Lazarus và Folkman (1984), stress học đường là phản ứng tâm lý khi cá nhân cảm thấy rằng yêu cầu học tập vượt quá khả năng đối phó của bản thân. Đối với học sinh, stress có thể đến từ áp lực điểm số, lịch học quá tải, kỳ vọng từ gia đình và thiếu kỹ năng tổ chức học tập.

Ứng phó thích nghi (Coping)

Ứng phó thích nghi là quá trình tâm lý – hành vi mà cá nhân sử dụng để xử lý các tình huống gây căng thẳng, nhằm đến giảm thiểu áp lực hoặc điều chỉnh cảm xúc. Theo Lazarus & Folkman (1984):

“Ứng phó thích nghi là những nỗ lực nhận thức và hành vi liên tục nhằm quản lý các yêu cầu nội tại hoặc ngoại tại được đánh giá là vượt quá nguồn lực của cá nhân.”. Ứng phó thích nghi chia thành hai nhóm chính: ứng phó tập trung vào vấn đề (problem-focused coping) và ứng phó tập trung vào cảm xúc (emotion-focused coping).

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp tổng thuật hệ thống (systematic review) và phân tích tổng hợp (meta-synthesis) dựa trên tệp dữ liệu nghiên cứu định lượng và định tính liên quan đến tư vấn tâm lý học đường tại Việt Nam, được trích xuất từ các nguồn tài liệu đã cung cấp. Tiêu chí lựa chọn gồm: (i) nghiên cứu thực nghiệm có sử dụng công cụ đo lường khoa học, (ii) lấy mẫu tại các trường học các cấp tiểu học, trung học cơ sở (THCS), trung học phổ thông (THPT), (iii) phản ánh bối cảnh và đặc trưng văn hóa – giáo dục Việt Nam. Dữ liệu được phân tích theo các lớp mã hóa: cấp học – loại hình tư vấn – rào cản – hiệu quả can thiệp – quan điểm chủ thể.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Mức độ triển khai và tiếp cận tư vấn học đường

Kết quả tổng hợp từ các nghiên cứu cho thấy hệ thống tư vấn học đường hiện nay triển khai không đồng đều giữa các cấp học và vùng miền. Dữ liệu Bảng 1 cho thấy:

Bảng 1. Mức độ triển khai tư vấn học đường theo cấp học

Cấp học	Nghiên cứu tiêu biểu	Số trường khảo sát	Tỷ lệ có phòng tư vấn riêng	Tỷ lệ cán bộ có đào tạo chuyên môn
Tiểu học	Cao & Nguyễn (2023)	8	25%	0%
THCS	Vũ (2023); Hồng (2024)	12 (2 huyện)	16%	~20%
THPT	Văn Bắc et al. (2022); G. Vũ & Khang (2021)	18	33%	~15%

Nguồn: Tác giả tổng hợp

Dữ liệu cho thấy tỉ lệ có phòng tư vấn có tăng nhưng vẫn còn rất thấp so với nhu cầu thực tế. Tại cấp tiểu học, chỉ 25% trường có phòng tư vấn, trong khi tỷ lệ cán bộ được đào tạo đúng chuyên môn gần như bằng 0.

4.2. Rào cản trong tiếp cận tư vấn tâm lý

Bảng 2 cho thấy các rào cản lớn nhất trong tiếp cận tư vấn học đường là nhận thức sai lệch, thiếu chuyên môn và cơ sở vật chất không đảm bảo.

Bảng 2. Các rào cản chính

Rào cản chính	Tỷ lệ học sinh/cán bộ đề cập	Nghiên cứu tiêu biểu
Sợ bị kỳ thị khi đi tư vấn	48–52% học sinh	Hồng (2024); Văn Bắc (2022)
Cán bộ tư vấn không chuyên	~80% cán bộ không đào tạo	Vũ (2023); Cao (2023)
Thiếu cơ sở vật chất	65–75% trường không có phòng tư vấn	Hồng (2024); G. Vũ (2021)

Những dữ liệu trên củng cố nhận định rằng học sinh dù có nhu cầu nhưng ngại chia sẻ, còn cán bộ trường học thiếu chuyên môn, tạo thành vòng luẩn quẩn trong hỗ trợ tâm lý.

4.3. Hiệu quả mô hình can thiệp có kiểm chứng

Chỉ có 1 mô hình tư vấn học đường được đánh giá bằng thử nghiệm có kiểm soát – “Ngôi nhà hạnh phúc” (Lã Linh Nga, 2023), triển khai tại 5 trường THPT ở Hà Nội. Kết quả ghi nhận tăng điểm tự chủ tâm lý (GSE) trung bình từ 22.3 lên 29.4 ($p < 0.001$).

Bảng 3. Hiệu quả mô hình Happy House

Biến đo lường	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Chênh lệch	p-value	Hiệu ứng (Cohen’s d)
GSE trung bình	22.3	29.4	+7.1	<0.001	0.82

Ngoài ra, mô hình có tính kết nối cộng đồng và sự đồng thuận cao từ giáo viên và học sinh.

4.4. Trải nghiệm thực tế từ người học và giáo viên

Phân tích trích dẫn phỏng vấn sâu từ các nghiên cứu định tính cho thấy bức tranh sinh động và nhiều chiều cạnh về trải nghiệm tâm lý, nhu cầu và rào cản của người học và đội ngũ giáo viên trong tiếp cận và triển khai hoạt động tư vấn tâm lý học đường. Những trải nghiệm này không chỉ là các biểu hiện cá nhân mà còn phản ánh khoảng trống mang tính hệ thống trong chăm sóc sức khỏe tinh thần học đường.

Ở cấp tiểu học, trẻ em thường có nhu cầu chia sẻ cảm xúc nhưng lại thiếu môi trường phù hợp để giải bày. Một học sinh lớp 5 chia sẻ: *“Em thấy buồn và lo khi bố mẹ hay đánh nhau, nhưng ở lớp không ai hỏi nên em chỉ ngồi im.”* (Cao Thị Liêm & Nguyễn Thị Trâm Anh, 2023). Một học sinh khác chia sẻ: *“Khi bị điểm kém, em sợ nói với mẹ nên chỉ muốn ở trong phòng, không ra ngoài.”* Những lời tâm sự này phản ánh sự tổn thương tinh thần kéo dài nhưng chưa được phát hiện bởi giáo viên chủ nhiệm hoặc nhân viên tư vấn – vốn đang thiếu hụt trong hệ thống tiểu học.

Ở bậc THCS, học sinh bắt đầu hình thành ý thức xã hội rõ nét hơn và cùng với đó là những cảm xúc dễ bị tổn thương khi không được đón nhận hoặc thấu hiểu. Một nữ sinh lớp 8 chia sẻ: *“Em rất muốn có người để tâm sự, nhưng em sợ bạn bè nói mình yếu đuối.”* (Nguyễn Thị Hồng, 2024). Một học sinh khác cho biết: *“Khi bị bạn bắt nạt, em chỉ nói với mẹ, nhưng mẹ bảo phải tự chịu đựng vì ‘đó là chuyện con nít’.”* Điều này cho thấy rào cản văn hóa – xã hội không chỉ đến từ trong trường mà còn tồn tại từ phía gia đình, khi các vấn đề tâm lý vẫn bị xem nhẹ hoặc gán với sự “yếu đuối cá nhân.”

Tại THPT, nơi học sinh phải đối mặt với áp lực học tập, kỳ vọng thi cử và sự biến động cảm xúc tuổi dậy thì, nhiều em cho biết thường xuyên có cảm giác mệt mỏi, mất phương hướng nhưng không có nơi tin cậy để tìm đến. Một học sinh lớp 11 chia sẻ: *“Mỗi lần bị điểm kém, em rất áp lực nhưng không dám nói với bố mẹ. Thầy cô thì quá bận, còn cô tư vấn chỉ đến vài buổi rồi nghỉ.”* Một nam sinh khác bày tỏ: *“Nhiều lúc em thấy muốn khóc giữa lớp học, nhưng em sợ mọi người cười nên cố gắng im lặng.”* (Lã Linh Nga et al., 2023). Những biểu hiện này gợi ý rằng lo âu và trầm cảm học đường đang âm thầm tồn tại, nhưng chưa được phát hiện sớm vì thiếu kênh tiếp nhận phù hợp.

Phía giáo viên cũng không nằm ngoài sự căng thẳng hệ thống. Một giáo viên chủ nhiệm chia sẻ: *“Ngoài dạy, tôi còn phải theo dõi tâm lý học sinh, nhưng không có chuyên môn tư vấn, nhiều lúc cũng bối rối không biết xử lý sao.”* (Nguyễn Văn Bắc et al., 2022).

Tổng hợp các trải nghiệm này cho thấy tư vấn tâm lý học đường không thể chỉ là một phần phụ trong hoạt động giáo dục, mà cần được xác lập như một cấu phần thiết yếu, có cơ chế vận hành độc lập, nhân sự chuyên môn và liên kết chặt chẽ với giáo viên, phụ huynh và chính quyền địa phương. Sự thấu hiểu từ người học và người dạy chính là chất liệu quý giá cho thiết kế chính sách hỗ trợ tâm lý học đường một cách hiệu quả, nhân văn và bền vững.

5. THẢO LUẬN

Kết quả phân tích cho thấy thực trạng triển khai tư vấn tâm lý học đường tại Việt Nam còn tồn tại nhiều bất cập nghiêm trọng về cả cơ sở vật chất, nhân sự và nhận thức xã hội. Cả dữ liệu định lượng lẫn định tính đều khẳng định một nghịch lý đang diễn ra: nhu cầu hỗ trợ tâm lý trong học đường rất lớn nhưng khả năng đáp ứng lại cực kỳ hạn chế.

Trước hết, khoảng cách giữa nhu cầu và mức độ tiếp cận tư vấn là đáng báo động. Các nghiên cứu chỉ ra rằng trên 60% học sinh trung học cơ sở và trung học phổ thông có dấu hiệu của các rối loạn tâm lý phổ biến như lo âu, trầm cảm hoặc stress kéo dài, đặc biệt trong bối cảnh hậu COVID-19. Tuy nhiên, chưa đến 10% trong số này từng sử dụng dịch vụ tư vấn tại trường. Điều này cho thấy hệ thống hiện tại không thực sự kết nối được với nhóm học sinh đang cần hỗ trợ nhất.

Nguyên nhân chính cho tình trạng này nằm ở ba điểm nghẽn: nhận thức xã hội, năng lực đội ngũ và hệ thống tổ chức. Về nhận thức, các kết quả định tính cho thấy vẫn tồn tại mạnh mẽ định kiến “đi tư vấn là yếu đuối”, khiến học sinh tự ti và ngại ngần chia sẻ. Một học sinh THCS chia sẻ: “Nếu bạn bè biết em từng nói chuyện với cô tư vấn, chắc chắn em sẽ bị trêu.” Đây là bằng chứng cho thấy các can thiệp truyền thông thay đổi thái độ xã hội là cực kỳ cần thiết.

Về năng lực đội ngũ, dữ liệu tổng hợp từ các nghiên cứu cho thấy có đến 80% cán bộ tư vấn tại các trường học chưa được đào tạo bài bản chuyên ngành. Điều này dẫn đến hệ quả là cán bộ không đủ kỹ năng nhận diện vấn đề, xử lý khủng hoảng hoặc xây dựng chương trình can thiệp hiệu quả. Việc nhiều giáo viên chủ nhiệm kiêm nhiệm vai trò tư vấn càng khiến trách nhiệm này trở nên quá tải và thiếu hiệu quả.

Hệ thống tổ chức tư vấn học đường tại Việt Nam hiện đang phân mảnh và thiếu cơ chế giám sát, đánh giá rõ ràng. Các mô hình can thiệp thực nghiệm như “Ngôi nhà hạnh phúc” (Lã Linh Nga et al., 2023) cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc tăng cường chỉ số tự chủ tâm lý học sinh (GSE tăng từ 22.3 lên 29.4, $p < 0.001$). Tuy nhiên, đây chỉ là trường hợp cá biệt, chưa thể nhân rộng do thiếu cơ chế hướng dẫn và hỗ trợ từ cấp quản lý giáo dục địa phương và trung ương.

Bên cạnh đó, vai trò của ban giám hiệu nhà trường là nhân tố trung gian rất quan trọng. Một nghiên cứu của Văn Bắc et al. (2022) cho thấy ở những trường mà hiệu trưởng trực tiếp chỉ đạo và phân công rõ ràng về tư vấn tâm lý, tỷ lệ học sinh tiếp cận dịch vụ cao hơn gấp ba lần ($OR = 3.1$, $p < 0.05$). Điều này phù hợp với khung lý thuyết hệ sinh thái học đường (Bronfenbrenner, 1979), trong đó mối quan hệ giữa các cấp cá nhân – tổ chức – chính sách tương tác lẫn nhau để tạo điều kiện hoặc cản trở sự phát triển tâm lý xã hội của học sinh.

Thảo luận định tính còn chỉ ra tính cá nhân hóa của nhu cầu tâm lý: mỗi học sinh có một câu chuyện, một nỗi lo riêng. Ví dụ, một em học sinh tiểu học nói: “Em không muốn đến lớp

vì mẹ em với ba em hay cãi nhau mỗi tối.” Nếu không có người tư vấn phù hợp, những sang chấn ban đầu như vậy có thể phát triển thành rối loạn cảm xúc nghiêm trọng.

Cuối cùng, điểm chung giữa các nghiên cứu là thiếu khung hướng dẫn chuyên môn chuẩn cho các cấp học. Không có mô hình tích hợp giữa nhà trường – phụ huynh – chuyên gia tâm lý một cách hệ thống. Do đó, để nâng cao hiệu quả tư vấn tâm lý học đường tại Việt Nam, cần một chiến lược tổng thể, gắn kết giữa các yếu tố cấu trúc (thể chế – nguồn lực – quy trình) và yếu tố xã hội học (nhận thức – văn hóa – sự tham gia của các bên liên quan).

6. KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH

Dựa trên tổng hợp dữ liệu từ các nghiên cứu thực nghiệm về sức khỏe tâm thần và tư vấn học đường tại Việt Nam (2016–2024), có thể thấy rõ khoảng trống lớn giữa nhu cầu tâm lý của học sinh và năng lực đáp ứng của hệ thống nhà trường. Để thu hẹp khoảng cách này, cần triển khai các giải pháp chính sách đồng bộ ở ba cấp độ: thể chế – nhà trường – gia đình.

Thứ nhất: Cấp độ thể chế (Chính sách và pháp lý)

- Luật hóa công tác tư vấn tâm lý học đường. Cần đưa hoạt động tư vấn học đường thành một nhiệm vụ bắt buộc trong Luật Giáo dục sửa đổi, không chỉ dừng lại ở quy định hành chính (Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT).

- Ban hành khung năng lực và chuẩn hóa nghề tư vấn học đường. Xây dựng và công bố bộ tiêu chuẩn năng lực dành cho nhân viên tư vấn học đường (kiến thức, kỹ năng, đạo đức nghề nghiệp), đảm bảo tương thích với mô hình quốc tế (như chuẩn CACREP, Hoa Kỳ).

- Bố trí ngân sách chuyên biệt cho sức khỏe tâm thần học sinh. Cần có dòng ngân sách độc lập trong ngân sách giáo dục hàng năm, phục vụ tuyển dụng chuyên viên tâm lý, tổ chức các chương trình can thiệp, và nâng cấp cơ sở vật chất phục vụ tư vấn.

- Kết nối liên ngành giữa giáo dục – y tế. Thiết lập cơ chế phối hợp đa ngành trong phát hiện, xử lý và hỗ trợ học sinh có vấn đề tâm lý; đồng thời kết nối nhà trường với trung tâm y tế, bệnh viện chuyên khoa tâm thần địa phương.

Thứ hai: Cấp độ nhà trường

- Bổ sung nhân sự chuyên trách. Mỗi trường học cần có ít nhất một cán bộ tư vấn chuyên môn, được đào tạo bài bản về tâm lý học đường. Đối với trường quy mô lớn, cần thành lập Phòng Tham vấn học đường độc lập.

- Tích hợp giáo dục cảm xúc – xã hội (SEL) vào chương trình chính khóa. Các trường cần triển khai chương trình SEL phù hợp theo độ tuổi, giúp học sinh rèn luyện năng lực quản lý cảm xúc, kỹ năng giải quyết vấn đề và xây dựng mối quan hệ lành mạnh.

- Ứng dụng các mô hình can thiệp hiệu quả. Nhân rộng các mô hình đã có minh chứng tác động như chương trình “Ngôi nhà hạnh phúc” (Happy House), hoạt động nhóm nhỏ, nhật ký cảm xúc, kịch tâm lý... theo hướng phù hợp đặc thù từng địa phương.

- Tăng cường đào tạo giáo viên chủ nhiệm và cán bộ quản lý. Cung cấp khóa bồi dưỡng định kỳ về nhận diện sớm dấu hiệu rối loạn tâm lý, kỹ năng ứng xử với học sinh khủng hoảng và quy trình chuyển tuyến hỗ trợ.

Thứ ba: Cấp độ gia đình

- Nâng cao nhận thức của phụ huynh về sức khỏe tâm thần học sinh. Tổ chức các chuyên đề phụ huynh hằng học kỳ về các vấn đề tâm lý tuổi vị thành niên, cách tạo môi trường giao tiếp mở, không phán xét trong gia đình.

- Phối hợp ba bên: gia đình – giáo viên – tư vấn viên. Thiết lập cơ chế gặp gỡ định kỳ giữa phụ huynh – giáo viên – nhân viên tâm lý để cập nhật tình hình học sinh và đưa ra kế hoạch hỗ trợ cụ thể khi cần thiết.

- Giáo dục cảm xúc trong gia đình. Cha mẹ cần được hướng dẫn cách giúp con xây dựng ngôn ngữ cảm xúc, tự điều tiết và chia sẻ, từ đó giảm áp lực tâm lý dồn nén kéo dài.

Hệ sinh thái hỗ trợ tâm lý học đường không thể được xây dựng nếu thiếu liên kết giữa chính sách quốc gia, thực hành trong nhà trường và sự đồng hành từ phía gia đình. Ba trụ cột này cần vận hành nhịp nhàng, có cơ chế kết nối và cùng chia sẻ trách nhiệm, nhằm tạo dựng một môi trường học đường an toàn – nhân văn – phát triển toàn diện. Đầu tư cho sức khỏe tâm thần học sinh hôm nay chính là đầu tư cho tương lai bền vững của quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2017). Thông tư 31/2017/TT-BGDĐT ngày 18/12/2017: Hướng dẫn thực hiện công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông
3. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
5. Nguyễn, Thị Linh, Trần, Văn Khải, & Lê, Đức Hòa. (2022). Thực trạng rối loạn tâm lý học sinh THPT tại Hải Phòng. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 32(4), 55–63.
6. Cao Thị Liêm & Nguyễn Thị Trâm Anh. (2023). Thực trạng quản lý hoạt động hỗ trợ tâm lý cho học sinh tại các trường tiểu học quận Thanh Khê, thành phố Đà Nẵng. *TNU Journal of Science and Technology*.
7. Nguyễn Thị Xuân Đại & Nguyễn Hoàng Minh Trí. (2016). Thực trạng và giải pháp nâng cao vai trò tư vấn tâm lý cho sinh viên của giảng viên Trường Đại học Đồng Tháp. *Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp*.
8. Nguyễn Thị Hồng. (2024). Nhu cầu tư vấn tâm lý học đường của học sinh trung học cơ sở ở tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí Khoa học Giáo dục*.
9. Huỳnh Văn Sơn, Đỗ, Tất Thiên, Bùi, Hồng Quân, Vũ, Gia, Nguyễn, Thị Ngọc Yến, et al. (2022). Giải pháp chăm sóc sức khỏe tinh thần cho sinh viên sau dịch COVID-19: Tiếp cận ở góc độ quản trị trường học. *Tạp chí Khoa học Giáo dục*.
10. Lã Linh Nga, Trần, Đức Thạch, Lã, Thị Bưởi, Nguyễn, Thị Phi Nga, & Nguyễn, Thanh Hương. (2023). Cải thiện sự tự chủ ở vị thành niên: Kết quả chương trình can thiệp sức khỏe tâm thần “Happy House” tại các trường trung học phổ thông ở Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*.
11. Lê Phạm Huyền Trang, Nguyễn, Tấn Đạt, Nguyễn, Trương Thái Hà, & Phùng, Ngọc Hải. (2024). Thực trạng thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào trường học tại thành phố Cần Thơ năm 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*.

12. Nguyễn Phan Thị Hoàng Oanh & Lê Nguyễn Anh Như. (2020). Thực trạng định hướng giá trị tình yêu của sinh viên một số trường đại học tại Thành phố Hồ Chí Minh và đề xuất mô hình tham vấn tâm lý. *Tạp chí Giáo dục*.
13. Nguyễn Thị Danh. (2021). Quản lý hoạt động tư vấn tâm lý cho học sinh ở các trường trung học cơ sở huyện Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp. *Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp*.
14. Nguyễn Thị Quỳnh Trang. (2022). Các yếu tố ảnh hưởng đến stress học đường của học sinh trung học phổ thông: Một nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Tâm lý Giáo dục và Phát triển*.
15. Nguyễn Văn Bắc, Nguyễn Bá Phú, Lê Văn Khuyên & Đoàn Văn Hòa. (2022). Thực trạng hoạt động tư vấn tâm lý cho học sinh ở các trường trung học phổ thông huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế. *Hue University Journal of Science: Social Sciences and Humanities*.
16. Trần Thị Quỳnh & Nguyễn Thị Kim Tuyền. (2024). Stress học đường ở học sinh phổ thông: Thực trạng và mối liên hệ với yếu tố cá nhân và gia đình. *Tạp chí Tâm lý học*.
17. Trần Thị Thu. (2023). Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần học sinh THPT Quảng Nam. Sở GD&ĐT Quảng Nam – *Báo cáo nghiên cứu*.
18. Trương Uyên Thảo Uyên, Quan, Phan, Thúy Huyền, Nguyễn, Thị Mai Phương, & Nguyễn Quốc Hòa. (2024). Khảo sát tình trạng sức khỏe tâm thần và nhu cầu được hỗ trợ về mặt tinh thần của sinh viên được. *Tạp chí Y học Việt Nam*.
19. Vũ Dương Thái. (2023). Quản lý hoạt động tư vấn tâm lý cho học sinh ở các trường trung học cơ sở huyện Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp. *Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp*.
20. Vũ Gia & Lê Ngọc Khang. (2021). Thực trạng triển khai công tác hướng nghiệp trong trường trung học phổ thông tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học Giáo dục*.
21. World Health Organization. (2021). Adolescent mental health: Global report. *Geneva: WHO*.

MỘT SỐ GIẢI PHÁP XÂY DỰNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM DƯỚI GÓC NHÌN CÔNG TÁC XÃ HỘI

ThS. Lê Thị Mai Hương¹

Tóm tắt: Trong bối cảnh tỷ lệ người mắc các bệnh tâm thần như trầm cảm, hoang tưởng ngày càng gia tăng, việc phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trở thành nhiệm vụ cấp thiết nhằm đảm bảo sức khỏe thể chất và tinh thần cho người dân. Nghiên cứu sử dụng phương pháp đánh giá nhanh (PRA) kết hợp phỏng vấn sâu bán cấu trúc chuyên gia, người dân để xác định thực trạng và đề xuất giải pháp. Một số giải pháp chính bao gồm hoàn thiện hệ thống pháp lý về chăm sóc sức khỏe tâm thần, mở rộng mạng lưới nhân viên công tác xã hội, đẩy mạnh truyền thông nhằm giảm kỳ thị và phát huy tinh thần đoàn kết cộng đồng trong việc hỗ trợ người mắc bệnh tâm thần. Những đề xuất này không chỉ giúp cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ mà còn khơi dậy nguồn cảm hứng cho sự phát triển bền vững của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam.

Từ khóa: Giải pháp, dịch vụ, sức khỏe tâm thần, cộng đồng, công tác xã hội.

SOME SOLUTIONS FOR DEVELOPING COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE SERVICES IN VIETNAM FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Abstract: In the context of the increasing rate of people suffering from mental illnesses such as depression and paranoia, the development of mental health care services in the community has become an urgent task to ensure the physical and mental health of the people. The study used the rapid assessment method (PRA) combined with in-depth semi-structured interviews with experts and people to determine the current situation and propose solutions. Some key solutions include perfecting the legal system on mental health care, expanding the network of social workers, promoting communication to reduce stigma and promoting community solidarity in supporting people with mental illness. These proposals not only help improve access to services but also inspire the sustainable development of the mental health care system in Vietnam.

Keywords: Solutions, services, mental health, community, social work.

1. LỜI MỞ ĐẦU

Sức khỏe tâm thần là một phần không thể thiếu của sức khỏe toàn diện, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống và sự phát triển của xã hội. Tại Việt Nam, nhận thức về các vấn đề tâm lý, rối loạn tâm thần và sự cần thiết của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng vẫn còn nhiều hạn chế. Việc xây dựng và phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng không chỉ giúp nâng cao phúc lợi cá nhân mà còn góp phần vào sự ổn định và phát triển bền vững của xã hội.

Công tác xã hội, với vai trò hỗ trợ và kết nối nguồn lực, đóng vai trò quan trọng trong việc định hình và triển khai các giải pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng. Thông qua việc tư vấn, giáo dục và hỗ trợ tiếp cận dịch vụ, công tác xã hội giúp nâng cao nhận thức, tạo

¹ Khoa Kinh tế - Du lịch, Trường Đại học Quảng Bình, Gmail: lemai.huong.dhqb@gmail.com

điều kiện để người dân có thể chủ động chăm sóc sức khỏe tâm thần và vượt qua các rào cản xã hội.

Do đó, việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng trở thành một nhu cầu cấp thiết đối với người dân hiện nay. Những dịch vụ này không chỉ đóng vai trò hỗ trợ vật chất và tinh thần mà còn góp phần thúc đẩy sự phát triển toàn diện về thể chất và tinh thần cho cộng đồng. Trong đời sống thường nhật, chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng bao gồm các dịch vụ tư vấn như hòa giải mâu thuẫn gia đình, giải tỏa căng thẳng, điều hòa cảm xúc,... Ở Việt Nam, do ảnh hưởng bởi các yếu tố văn hóa và chính sách, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn chưa thực sự phát triển cân bằng giữa các nhóm đối tượng, mà chủ yếu tập trung vào nhóm yếu thế như trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật,... Hiện nay, các dịch vụ này chủ yếu tập trung vào điều trị hơn là phòng ngừa. Do đó, việc tìm kiếm các giải pháp nhằm nâng cao tính phòng ngừa và cân bằng dịch vụ giữa các nhóm trong xã hội là vô cùng quan trọng.

Nghiên cứu này sẽ tập trung phân tích thực trạng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam, đồng thời đề xuất một số giải pháp hiệu quả dưới góc nhìn của công tác xã hội góp phần xây dựng hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Việt Nam. Mục tiêu của đề tài là cung cấp cơ sở lý luận và thực tiễn nhằm xây dựng các mô hình dịch vụ bền vững, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và văn hóa của Việt Nam, qua đó giúp cải thiện sức khỏe tâm thần của cộng đồng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Khái niệm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng được hiểu là tất cả các hoạt động trị liệu tâm lý được thực hiện tại cộng đồng bởi các tổ chức chuyên nghiệp hoặc nhân viên tâm lý, dựa trên lý thuyết khoa học và nhu cầu thực tiễn của người dân tại cộng đồng [4]. Mục tiêu của dịch vụ là góp phần nâng cao nhận thức, kỹ năng tự chăm sóc tâm lý, phổ biến kiến thức, ngăn ngừa rối loạn tâm thần và dạy kỹ năng chăm sóc bản thân.

Và trong nghiên cứu này, hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng được hiểu là một mạng lưới gồm các tổ chức chuyên môn và đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên biệt có chức năng cung cấp dịch vụ trị liệu, chăm sóc và phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần tại cộng đồng mà không phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc để điều trị. Hệ thống này cũng bao gồm các lĩnh vực liên quan đến giáo dục, đào tạo, quản lý và giám sát.

Để xây dựng dịch vụ chăm sóc y tế tại cộng đồng một cách hiệu quả thì hệ thống dịch vụ cần có cơ sở pháp lý rõ ràng, giấy phép hoạt động hợp pháp, cơ cấu tổ chức nhân sự hợp lý, cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ cũng như quy trình quản lý chặt chẽ [4]. Đối tượng phục vụ chính là người dân trong cộng đồng, nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần, tăng cảm giác an toàn, hạnh phúc và giải quyết kịp thời các xung đột xã hội. Mục tiêu cuối cùng của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là xây dựng một cộng đồng hài hòa và lành mạnh về mặt tâm lý [4].

Như vậy, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng sử dụng lý thuyết khoa học tâm lý, kết hợp với mô hình công tác xã hội chuyên nghiệp, nhằm nâng cao sức khỏe tinh

thần của người dân thông qua các phương pháp làm việc với cá nhân, nhóm và cộng đồng.

2.2. Tổng quan về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trên thế giới và Việt Nam

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đang ngày càng được chú trọng trên toàn thế giới. Nhiều quốc gia đã triển khai các mô hình hỗ trợ tâm lý dựa vào cộng đồng nhằm giúp người dân tiếp cận dịch vụ một cách dễ dàng và hiệu quả hơn.

Trên thế giới, các nước phát triển đã đầu tư mạnh vào hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần từ thế kỷ 20, với trọng tâm là quản lý và điều trị tại cộng đồng. Một số quốc gia như Peru đã áp dụng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, giúp người dân tiếp cận dịch vụ ngay tại địa phương với sự hỗ trợ của các chuyên gia [6]. WHO cũng khuyến nghị mỗi quốc gia cần đầu tư ít nhất 1% ngân sách vào lĩnh vực này để đảm bảo chất lượng dịch vụ [8].

Tại Việt Nam, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần đang từng bước phát triển, với nhiều dịch vụ miễn phí hỗ trợ cộng đồng. Các tổ chức như Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội và các đường dây nóng tư vấn tâm lý đã giúp người dân tiếp cận dịch vụ một cách thuận tiện hơn. Tuy nhiên, hệ thống chính thức gồm các bệnh viện trung ương và tỉnh chỉ tập trung điều trị các bệnh nhân loạn thần, và chủ yếu là bằng thuốc, hóa trị liệu [2]. Việc điều trị không dùng thuốc, gồm trị liệu tâm lý, các trị liệu bằng xây dựng hành vi, ứng xử, hoặc bằng cách tạo các môi trường phù hợp cho bệnh nhân, thì chưa có trong các bệnh viện này [2]. Vì vậy, vẫn còn nhiều thách thức trong việc mở rộng mạng lưới chăm sóc và nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

Nhìn chung, việc phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là xu hướng quan trọng, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và hỗ trợ người dân vượt qua các vấn đề tâm lý một cách hiệu quả.

3. ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu tập trung vào các cá nhân và nhóm liên quan trực tiếp đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Việt Nam. Cụ thể, gồm người gặp vấn đề tâm lý như rối loạn lo âu, trầm cảm, tâm thần phân liệt; người thân của người bệnh; chuyên gia nghiên cứu; nhân viên công tác xã hội; và các tổ chức cung cấp dịch vụ tâm lý. Mục tiêu là đánh giá thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ.

3.2. Phạm vi nghiên cứu

Nghiên cứu tập trung phân tích dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Việt Nam, đánh giá thực trạng, chính sách hỗ trợ, vai trò công tác xã hội và các yếu tố ảnh hưởng. Từ đó, đề xuất giải pháp thực tiễn nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

3.3.1. Đánh giá nhanh (PRA)

Phương pháp đánh giá nhanh (PRA) là một công cụ hữu ích để thu thập thông tin từ cộng

đồng một cách nhanh chóng, có sự tham gia của các bên liên quan, và phản ánh thực tế thực trạng các bệnh tâm thần của người dân tại cộng đồng. Thông qua phương pháp phỏng vấn bán cấu trúc, thảo luận nhóm và quan sát có tham gia, nghiên cứu sẽ tập trung xác định các vấn đề tâm lý xã hội phổ biến trong cộng đồng, từ đó làm rõ nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng hiện nay. Việc vận dụng phương pháp đánh giá nhanh (PRA) cho phép thu thập ý kiến từ nhiều nhóm dân cư, bao gồm người bệnh, gia đình và nhân viên công tác xã hội, từ đó đánh giá tác động của các chính sách hiện hành, đồng thời đề xuất giải pháp mang tính thực tiễn. Tóm lại, việc áp dụng phương pháp PRA không chỉ giúp đánh giá thực trạng mà còn góp phần xây dựng các giải pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa trên nhu cầu thực tế của cộng đồng, đảm bảo tính toàn diện và khả thi trong việc triển khai.

3.3.2. Phương pháp phỏng vấn sâu

Trong bài viết, việc sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu bán cấu trúc đối với 30 mẫu nghiên cứu (mẫu lựa chọn có chủ đích) liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam. Trước tiên, nghiên cứu sẽ xây dựng bộ câu hỏi phù hợp với từng nhóm đối tượng gồm 10 chuyên gia, nhà nghiên cứu về sức khỏe tâm thần, 10 nhân viên công tác xã hội trực tiếp hỗ trợ người bệnh, và 10 người bệnh hoặc đại diện gia đình của người bệnh. Nội dung phỏng vấn đối với chuyên gia tập trung vào chính sách và mô hình dịch vụ, trong khi nhân viên công tác xã hội chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn và khó khăn triển khai. Riêng nhóm người bệnh và gia đình sẽ cung cấp góc nhìn về trải nghiệm, nhu cầu hỗ trợ và mức độ tiếp cận dịch vụ. Việc phỏng vấn sâu được thực hiện theo hình thức trực tiếp hoặc trực tuyến, tùy điều kiện, với cách tiếp cận bán cấu trúc giúp người tham gia chia sẻ sâu hơn về các vấn đề liên quan. Dữ liệu sẽ được thu thập thông qua ghi âm (có sự đồng ý của các mẫu nghiên cứu), tác giả tiến hành ghi chép chi tiết và phân tích theo phương pháp mã hóa thủ công các nội dung, đảm bảo trích xuất thông tin quan trọng. Phân tích dữ liệu dựa trên phương pháp phân tích nội dung, đối chiếu thông tin giữa các nhóm đối tượng để xác định điểm tương đồng và khác biệt trong đánh giá về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Cuối cùng, nghiên cứu sẽ tổng hợp những kết quả thu được, đưa ra nhận định và đề xuất các giải pháp cụ thể nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần, dựa trên góc nhìn chuyên sâu từ nhiều bên liên quan.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam

Theo thống kê ở Việt Nam, hiện có gần 15 triệu người (chiếm 14,9% dân số) mắc các rối loạn tâm thần phổ biến, trong đó tỷ lệ tâm thần phân liệt là 0,47% dân số; trầm cảm, lo âu chiếm tỉ lệ cao, tới 5,4% dân số, còn lại là các rối loạn tâm thần khác như động kinh (0,33%), chậm phát triển tâm thần (0,63%), mất trí tuổi già (0,88%); rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên (0,9%); lạm dụng rượu 5,3%, ma túy (0,3%) [3]...Ở trẻ em, các vấn đề sức khỏe tâm thần chiếm khoảng 12%, tương đương hơn 3 triệu trẻ em có nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe tâm thần [3]. Việt Nam đã có nhiều nỗ lực để xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, tuy nhiên số lượng cơ sở vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu toàn quốc.

Hiện nay, Việt Nam có một số bệnh viện chuyên khoa tâm thần tại các tỉnh, như Bệnh viện Tâm thần Trung ương I (Hà Nội), Bệnh viện Tâm thần Trung ương II (Đồng Nai), cùng với

các bệnh viện tâm thần tại các tỉnh thành khác. Tuy nhiên, số lượng bệnh viện này chưa đủ để phục vụ nhu cầu ngày càng tăng của bệnh nhân trên cả nước [1]. Các phòng khám tư vấn tâm lý và trung tâm hỗ trợ vẫn còn hạn chế, chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Đà Nẵng. Tuy nhiên, người dân ở khu vực nông thôn và miền núi gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ, đặc biệt là các dịch vụ chăm sóc có chất lượng. Trong khi tại trạm y tế xã và huyện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chưa được quan tâm đúng mức. Đội ngũ y bác sĩ tại đây chủ yếu tập trung vào điều trị bệnh lý chung, thiếu chuyên môn sâu về tâm lý học và tâm thần học. Anh (T) có người thân mắc bệnh tâm thần chia sẻ: *“Gia đình tôi sống ở một huyện miền núi, mỗi lần đưa em tôi đi khám đều phải di chuyển quãng đường xa đến bệnh viện tỉnh. Dịch vụ tâm thần tại trạm y tế xã gần như không có, bác sĩ chủ yếu điều trị bệnh lý thông thường mà ít khi tư vấn hay hướng dẫn cách chăm sóc người bệnh tâm thần. Nếu có một trung tâm tư vấn hoặc dịch vụ chăm sóc gần hơn, chúng tôi sẽ dễ dàng tiếp cận hơn”*.

Không chỉ hạn chế về số lượng mà còn hạn chế về chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Ở Việt Nam hiện nay, vẫn còn thiếu bác sĩ chuyên khoa tâm thần, nhà tâm lý học lâm sàng, chuyên viên công tác xã hội và nhà trị liệu tâm lý. Theo thống kê của Bộ Y tế (2023), số lượng bác sĩ chuyên khoa tâm thần chỉ chiếm khoảng 0,22 bác sĩ trên 10.000 dân, thấp hơn nhiều so với khuyến nghị của WHO. Các phương pháp điều trị tâm thần chủ yếu dựa trên thuốc, trong khi các liệu pháp tâm lý và hỗ trợ xã hội chưa được phổ biến rộng rãi. Việc thiếu đội ngũ chuyên gia tâm lý và công tác xã hội dẫn đến hạn chế trong việc tiếp cận các phương pháp điều trị toàn diện [4]. Hầu hết các cơ sở y tế chưa có đủ trang thiết bị phục vụ chẩn đoán và điều trị bệnh tâm thần, như phòng trị liệu riêng biệt, thiết bị đo chức năng não và không gian sinh hoạt cộng đồng phù hợp [5]. Và có sự khác biệt lớn giữa các tuyến y tế trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh tâm thần. Người bệnh có thể gặp khó khăn khi chuyển tuyến điều trị hoặc tiếp cận hồ sơ y tế của mình, ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc dài hạn [4].

Nhìn chung, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam vẫn còn nhiều bất cập. Việc mở rộng mạng lưới cơ sở y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, cải thiện phương pháp điều trị và đầu tư vào cơ sở vật chất là những yếu tố quan trọng để phát triển lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần trong tương lai.

4.2. Những khó khăn, thách thức trong việc triển khai các dịch vụ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

4.2.1. Thiếu khái niệm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần

Từ góc nhìn của công tác xã hội, sức khỏe cộng đồng cần được hiểu theo cách toàn diện, bao gồm cả khía cạnh thể chất và tâm lý. Tuy nhiên, tại Việt Nam, khái niệm “chăm sóc sức khỏe tâm thần” vẫn còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào bệnh lý sinh lý, trong khi sức khỏe tâm thần chưa nhận được sự quan tâm đúng mức. Sự khác biệt về độ tuổi, trình độ học vấn và nhận thức đã ảnh hưởng đến mức độ hiểu biết của người dân, đặc biệt nhóm người cao tuổi thường ít tiếp cận với thông tin về chăm sóc tâm lý.

Theo chuyên gia nghiên cứu (C1) về sức khỏe tâm thần nhận định: *“Tại Việt Nam, sức khỏe vẫn thường được hiểu theo nghĩa hẹp, chủ yếu tập trung vào bệnh lý thể chất mà ít chú trọng đến tâm lý. Khi nói về bệnh tâm thần, nhiều người vẫn có xu hướng né tránh hoặc không xem đó là vấn đề cần can thiệp. Điều này đặc biệt rõ ràng ở nhóm người cao tuổi, do họ lớn*

lên trong bối cảnh mà sức khỏe tâm thần chưa được coi là một yếu tố quan trọng trong chăm sóc y tế”. Người dân vẫn né tránh khi đề cập đến bệnh tâm thần và chưa xem đó là vấn đề cần can thiệp. Điều này phản ánh một thực trạng đáng lo ngại, khi nhiều người không tìm kiếm sự hỗ trợ tâm lý ngay cả khi có dấu hiệu rối loạn. Trong khi đó, nhân viên công tác xã hội (X2) cho biết thêm: “Tôi nhận thấy trong cộng đồng, người dân có xu hướng trao đổi với người thân và bạn bè về sức khỏe, nhưng chủ yếu xoay quanh bệnh lý thể chất hơn là vấn đề tâm thần. Sự kỳ thị và thiếu nhận thức khiến họ không dễ dàng tìm kiếm hỗ trợ tâm lý từ chuyên gia. Ngay cả khi có dấu hiệu rõ ràng về stress, trầm cảm hay rối loạn lo âu, nhiều người vẫn chần chừ trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc”. Như vậy, dù người dân có thói quen trao đổi thông tin sức khỏe với người thân, nhưng chủ yếu xoay quanh bệnh lý thể chất hơn là tâm lý. Sự kỳ thị và nhận thức chưa đầy đủ về các rối loạn tâm thần khiến họ gặp nhiều rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu.

Thực tế trên nhấn mạnh vai trò quan trọng của giáo dục và truyền thông trong nâng cao nhận thức cộng đồng. Công tác xã hội có thể góp phần thúc đẩy sự thay đổi bằng cách phát triển các chương trình truyền thông nhằm giảm kỳ thị đối với bệnh tâm thần, đồng thời khuyến khích người dân chủ động tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần. Bên cạnh đó, việc đẩy mạnh mô hình tư vấn tâm lý tại cộng đồng, đặc biệt ở khu vực nông thôn và vùng sâu vùng xa, là một giải pháp thiết thực để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ sức khỏe tâm thần, góp phần xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn diện và công bằng hơn.

4.2.2. Đội ngũ nhân viên cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng còn thiếu và hạn chế về kinh nghiệm chuyên môn

Một nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng cư dân tin tưởng nhất vào các nhà tư vấn tâm lý hoặc nhà tâm lý học chuyên nghiệp. Sau đó, mức độ tin tưởng giảm dần đối với các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần cộng đồng, cố vấn tâm lý tại trường học, bác sĩ tại các bệnh viện, người thân hoặc bạn bè, và cuối cùng là các giải pháp tự bản thân mình [5]. Tuy nhiên, việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần vẫn còn nhiều hạn chế cần khắc phục.

Số lượng chuyên gia về tâm lý học, công tác xã hội và bác sĩ chuyên khoa tâm thần hiện vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của cộng đồng. Chuyên gia nghiên cứu (C4) về sức khỏe tâm thần chia sẻ: *“Việt Nam đang đối mặt với sự thiếu hụt nghiêm trọng đội ngũ chuyên gia trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Số lượng bác sĩ chuyên khoa tâm thần, nhà tâm lý học và nhân viên công tác xã hội hiện nay chưa đủ để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của cộng đồng. Việc đào tạo chuyên sâu và mở rộng chương trình giáo dục về tâm lý học và công tác xã hội cần được ưu tiên để đảm bảo chất lượng dịch vụ”. Một nhân viên công tác xã hội (X6) cũng bày tỏ quan điểm: “Chúng tôi thường xuyên gặp trường hợp bệnh nhân cần hỗ trợ tâm lý nhưng không thể tìm được chuyên gia phù hợp tại địa phương. Các khóa đào tạo về công tác xã hội chuyên sâu trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn còn hạn chế, dẫn đến sự thiếu hụt nguồn nhân lực. Nếu có nhiều chương trình đào tạo hơn, đặc biệt là thực hành tại các cơ sở y tế và trung tâm hỗ trợ tâm lý, chất lượng dịch vụ sẽ được cải thiện đáng kể”. Do đó, việc đào tạo và phát triển đội ngũ nhân sự trong lĩnh vực này cần được chú trọng hơn nữa tại thời điểm hiện tại và trong tương lai để đảm bảo chất lượng dịch vụ.*

Hiện nay, chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt liên quan đến năng lực chuyên môn của đội ngũ nhân viên công tác xã hội và nhân viên tâm lý. Việc xây dựng mối quan hệ với cư dân cần được nâng cao theo hướng chuyên nghiệp hơn, đảm bảo tính tin tưởng và hiệu quả trong quá trình hỗ trợ. Bên cạnh đó, quy trình can thiệp trợ giúp vẫn còn rườm rà, khiến người bệnh gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ; do đó, cần có những điều chỉnh nhằm đơn giản hóa các bước thực hiện để tăng tính thuận tiện và thu hút người dân sử dụng dịch vụ.

Ngoài ra, việc phân bổ nguồn nhân lực chưa hợp lý cũng là một vấn đề đáng quan tâm. Các chuyên gia sức khỏe tâm thần thường tập trung tại bệnh viện và trường học, trong khi cộng đồng – nơi có nhu cầu lớn về dịch vụ chăm sóc tâm lý – lại thiếu đội ngũ chuyên môn hỗ trợ. Điều này đòi hỏi có sự điều chỉnh trong phân bổ nhân sự, khuyến khích mô hình dịch vụ tiếp cận trực tiếp đến từng địa phương.

Cuối cùng, công tác đào tạo và phát triển nhân sự trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng chưa nhận được sự quan tâm đúng mức từ Chính phủ và các ban ngành liên quan. Để khắc phục tình trạng này, cần có các chương trình đào tạo chuyên sâu nhằm nâng cao năng lực chuyên môn và kỹ năng thực hành của đội ngũ nhân viên dịch vụ tâm lý cộng đồng, giúp họ đảm nhiệm tốt vai trò hỗ trợ, tư vấn và chăm sóc sức khỏe tâm thần trong xã hội. Những giải pháp này không chỉ cải thiện chất lượng dịch vụ mà còn đảm bảo hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hoạt động hiệu quả và toàn diện hơn.

4.2.3. Cơ sở vật chất và chính sách hỗ trợ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng còn hạn chế

Việc phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam gặp nhiều khó khăn do hệ thống cơ sở vật chất chưa đồng bộ và chính sách hỗ trợ chưa hoàn thiện. Chuyên gia (C8) về chăm sóc sức khỏe tâm thần nhận định: *“Việc phát triển hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đang gặp nhiều trở ngại do cơ sở vật chất chưa được đầu tư đúng mức. Ở nhiều địa phương, các trung tâm hỗ trợ sức khỏe tâm thần còn thiếu hoặc chưa được trang bị đầy đủ về nhân lực và thiết bị. Nếu có chiến lược đầu tư bài bản vào các cơ sở y tế tuyến cơ sở, chúng ta sẽ giúp người dân tiếp cận dịch vụ dễ dàng hơn”*. Nhiều địa phương chưa có các trung tâm hỗ trợ sức khỏe tâm thần, dẫn đến khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ. Người thân của một bệnh nhân tâm thần (T5) cũng bày tỏ khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ: *“Gia đình tôi phải đưa người thân đến thành phố lớn để điều trị, vì ở địa phương không có trung tâm chuyên về chăm sóc tâm lý. Chi phí đi lại và thời gian chờ đợi gây áp lực lớn cho gia đình. Nếu có cơ sở chăm sóc tại địa phương với đội ngũ chuyên môn, việc điều trị sẽ thuận tiện và hiệu quả hơn”*. Việc nghiên cứu đầu tư vào cơ sở vật chất, trang thiết bị và hệ thống y tế cơ sở là một giải pháp cần thiết để cải thiện tình hình cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế hiện nay là một việc làm cần thiết.

Tại Việt Nam hiện nay, các chính sách dành cho việc xây dựng và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng chưa đầy đủ cũng là một trong những khó khăn, thách thức mà dịch vụ này đang phải đối mặt. Dù đã có một số chương trình hỗ trợ, hệ thống pháp lý và chính sách liên quan nhưng cần nhanh chóng hoàn thiện để đảm bảo nguồn lực, tài chính và cơ chế hoạt động bền vững cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Việc xây dựng

các chính sách toàn diện, hỗ trợ tài chính dài hạn và nâng cao nhận thức trong xã hội là những yếu tố then chốt để thúc đẩy lĩnh vực này.

4.2.4. Định kiến xã hội cùng với các rào cản về văn hóa đối với việc xây dựng và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng

Bên cạnh những hạn chế về nhân lực và cơ sở vật chất, các vấn đề về định kiến xã hội và rào cản văn hóa cũng là những thách thức lớn đối với việc phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Hiện nay, cộng đồng vẫn còn kỳ thị đối với người mắc bệnh tâm thần khiến người bị các bệnh tâm thần không thể tìm kiếm sự trợ giúp từ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Người thân của một bệnh nhân tâm thần (T2) bày tỏ: *“Gia đình tôi từng rất khó khăn khi đưa người thân đi điều trị, bởi chúng tôi sợ ánh mắt soi xét từ những người xung quanh. Nhưng khi hiểu rõ hơn về bệnh tâm thần, chúng tôi nhận ra rằng điều quan trọng nhất là sức khỏe của người bệnh, không phải sự đánh giá của xã hội. Tôi mong mọi người sẽ có cái nhìn cởi mở hơn để những người mắc bệnh tâm thần không còn phải chịu áp lực khi tìm kiếm sự giúp đỡ”*. Quan niệm sai lầm và định kiến xã hội khiến nhiều người e ngại khi tìm kiếm sự giúp đỡ, dẫn đến việc chậm trễ hoặc không tiếp cận được dịch vụ cần thiết. Một chuyên gia nghiên cứu (C10) về sức khỏe tâm thần chia sẻ: *“Một trong những rào cản lớn nhất trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam là sự kỳ thị từ cộng đồng. Nhiều người vẫn giữ quan niệm rằng bệnh tâm thần là dấu hiệu của yếu kém, khiến người mắc bệnh e ngại khi tìm kiếm sự hỗ trợ. Để cải thiện tình hình, cần tăng cường giáo dục cộng đồng và truyền thông nhằm thay đổi nhận thức, giúp mọi người hiểu rằng sức khỏe tâm thần cũng quan trọng như sức khỏe thể chất”*. Việc xóa bỏ kỳ thị, thúc đẩy sự thấu hiểu đồng cảm và chia sẻ từ cộng đồng là rất quan trọng để hỗ trợ người bệnh khám và chữa bệnh kịp thời.

Bên cạnh đó, do nhận thức cộng đồng đối với vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần còn hạn chế. Người dân chưa hiểu rõ về sức khỏe tâm thần, dẫn đến việc không nhận diện được các dấu hiệu sớm của rối loạn tâm lý. Điều này làm giảm hiệu quả của các biện pháp can thiệp sớm, can thiệp đúng lúc và can thiệp hiệu quả. Chính vì vậy, việc nghiên cứu triển khai các chương trình giáo dục, tuyên truyền nâng cao nhận thức của cộng đồng đối với sức khỏe tâm thần tại cộng đồng giúp cho tiến trình can thiệp, hỗ trợ, tư vấn, trị liệu mang lại hiệu quả thiết thực.

Ngoài ra, do ảnh hưởng của văn hóa truyền thống, các quan niệm truyền thống có thể gây cản trở việc tìm kiếm điều trị tâm lý, chẳng hạn như cho rằng bệnh tâm thần là do yếu tố tâm linh hoặc rằng cá nhân phải tự vượt qua khó khăn mà không cần sự hỗ trợ, trị liệu từ các chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội, bác sỹ y tế. Người dân ở một số vùng sâu, vùng xa âm thầm tự điều trị như mời thầy cúng về giúp đỡ theo yếu tố tâm linh. Một nhân viên công tác xã hội (X2) chia sẻ: *“Tôi từng gặp nhiều trường hợp người bệnh ở vùng sâu, vùng xa không được tiếp cận dịch vụ tâm lý vì những quan niệm truyền thống. Thay vì tìm kiếm bác sỹ hoặc chuyên gia tâm lý, họ mời thầy cúng về thực hiện các nghi lễ với hy vọng bệnh sẽ thuyên giảm. Điều này cho thấy nhu cầu cấp thiết của việc đưa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần về gần với cộng đồng, kết hợp truyền thông để thay đổi nhận thức, giúp người dân hiểu rằng điều trị khoa học là cần thiết”*. Việc nâng cao nhận thức cộng đồng về các bệnh tâm thần hiện nay cùng lộ trình điều trị khoa học và thuyết phục người dân cộng đồng thay đổi nhận thức về các hủ tục,

tạp quán lạc hậu sẽ từng bước nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần trên quan điểm, không một vùng nào bị “bỏ lại phía sau” trong tiến trình đưa dịch vụ chăm sóc cộng đồng đến gần với người dân hơn.

5. MỘT SỐ GIẢI PHÁP CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

5.1. Cải thiện hệ thống chính sách liên quan đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Cải thiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là nhiệm vụ quan trọng nhằm tăng khả năng tiếp cận và hỗ trợ người dân. Cần điều chỉnh khung pháp lý, tăng cường nguồn lực và tối ưu cơ chế triển khai để đảm bảo hiệu quả.

Trước hết, cần hoàn thiện hệ thống pháp lý, quy định rõ quyền lợi người mắc bệnh tâm thần và cơ chế bảo trợ xã hội. Việc lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế công cộng sẽ giúp người dân dễ dàng tiếp cận dịch vụ. Đồng thời, cần giám sát và đánh giá định kỳ để đảm bảo chính sách được thực hiện đúng và đồng bộ.

Bên cạnh đó, mở rộng nguồn lực là yếu tố then chốt. Cần đầu tư phát triển đội ngũ chuyên gia tâm lý, nhân viên y tế chuyên môn và tổ chức đào tạo thường xuyên. Chính phủ có thể hợp tác với tổ chức xã hội, doanh nghiệp để huy động tài chính, xây dựng cơ sở vật chất phục vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Ngoài ra, nâng cao nhận thức cộng đồng là cần thiết để giảm kỳ thị đối với bệnh tâm thần. Các chiến dịch truyền thông và giáo dục sẽ giúp phổ biến kiến thức, hướng dẫn cách đối phó với các vấn đề tâm lý, khuyến khích sự tham gia của cộng đồng.

Cuối cùng, sự hợp tác giữa chính phủ, doanh nghiệp và xã hội là nền tảng cho một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững. Nếu thực hiện hiệu quả, những cải thiện này sẽ giúp mỗi cá nhân tiếp cận dịch vụ phù hợp, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và phát triển xã hội.

5.2. Xây dựng đội ngũ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đảm bảo tính chuyên nghiệp

Đội ngũ nhân lực chuyên nghiệp trong việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm các nhà tư vấn tâm lý, nhà trị liệu tâm lý, bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội, và các nhân viên dịch vụ sức khỏe tâm thần khác đã được đào tạo có chuyên môn trình độ và nghiệp vụ nhất định [5]. Nguồn nhân lực này góp phần các nhu cầu dịch vụ sức khỏe tâm thần khác nhau, và đóng vai trò khác nhau trong hệ thống dịch vụ tâm lý xã hội. Để đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, việc xây dựng một đội ngũ chuyên nghiệp là yếu tố then chốt. Đội ngũ này không chỉ cần có chuyên môn sâu mà còn phải được trang bị kỹ năng giao tiếp, tư vấn và ứng phó linh hoạt với các tình huống thực tế. Từ việc đào tạo bài bản đến cơ chế hỗ trợ và giám sát, mỗi bước đi đều góp phần tạo ra một hệ thống dịch vụ hiệu quả, giúp người dân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ngày một tốt hơn.

Để nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, cần có chiến lược toàn diện nhằm thu hút nhân tài, đào tạo chuyên môn và tăng cường sự kết nối với người dân. Trước tiên, cần cải thiện điều kiện làm việc, hỗ trợ tài chính và mở rộng cơ hội phát triển nghề nghiệp cho đội ngũ chuyên gia, nhằm khuyến khích sự cống hiến và thu hút nhân lực

mới. Bên cạnh đó, việc xây dựng các chương trình đào tạo chuyên sâu sẽ giúp nâng cao kiến thức chuyên môn và kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, đảm bảo khả năng ứng phó hiệu quả với các vấn đề tâm lý.

Thiết lập mối quan hệ tin cậy giữa nhân viên và cộng đồng thông qua việc nâng cao kỹ năng giao tiếp, lắng nghe và thấu hiểu sẽ góp phần cải thiện chất lượng hỗ trợ tâm lý. Đồng thời, việc kết hợp các phương thức chăm sóc trực tiếp với dịch vụ trực tuyến sẽ tối ưu hóa khả năng tiếp cận và đảm bảo sự tiện lợi. Ngoài ra, phổ biến kiến thức sức khỏe tâm thần qua mạng xã hội và các chương trình giáo dục địa phương sẽ giúp nâng cao nhận thức, giảm kỳ thị và thúc đẩy sự tham gia của cộng đồng.

5.3. Tuyên truyền nâng cao nhận thức của cộng đồng về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Sức khỏe tâm thần ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống, hiệu suất làm việc và các mối quan hệ xã hội. Một trạng thái tâm lý ổn định giúp con người đối mặt với áp lực hiệu quả, duy trì tự tin và cảm giác hạnh phúc, trong khi suy giảm sức khỏe tâm thần có thể dẫn đến căng thẳng, trầm cảm và lo âu. Tuy nhiên, nhận thức về tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần vẫn chưa được đầy đủ, dẫn đến sự kỳ thị và thiếu thông tin về các biện pháp hỗ trợ.

Để nâng cao nhận thức cộng đồng, cần đẩy mạnh tuyên truyền qua cả phương tiện truyền thống và kỹ thuật số, giúp giảm kỳ thị và phổ biến kiến thức tâm lý. Các biện pháp can thiệp cần phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội từng địa phương, từ tư vấn trực tiếp đến dịch vụ trực tuyến, nhằm tiếp cận đa dạng đối tượng. Đặc biệt, cần quan tâm tới người cao tuổi và các nhóm yếu thế bằng cách cung cấp dịch vụ thích hợp, đảm bảo tính hòa nhập và bình đẳng.

Những giải pháp này không chỉ giúp cải thiện nhận thức mà còn góp phần xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, thúc đẩy sự đổi mới dịch vụ và nâng cao chất lượng cuộc sống cho toàn xã hội.

5.4. Áp dụng nguyên tắc “phòng bệnh” hơn “chữa bệnh” trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng trong chất lượng cuộc sống và sự phát triển bền vững của xã hội. Tuy nhiên, nhận thức về vấn đề này vẫn chưa được quan tâm đầy đủ. Để nâng cao hiệu quả chăm sóc tâm lý, cần áp dụng nguyên tắc “phòng bệnh hơn chữa bệnh” thông qua các biện pháp cụ thể.

Trước hết, cần khảo sát nhu cầu cộng đồng để xác định các vấn đề tâm lý phổ biến và thiết kế giải pháp phù hợp. Tiếp theo, triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý sớm, giúp phát hiện và can thiệp trước khi vấn đề trở nên nghiêm trọng. Việc nâng cao chất lượng tư vấn thông qua đào tạo chuyên sâu cũng rất cần thiết, giúp người dân tự quản lý căng thẳng và áp lực hiệu quả.

Bên cạnh đó, đảm bảo sự tham gia của chuyên gia tâm lý trong các trường hợp phức tạp, kết hợp mô hình “phòng ngừa trước, can thiệp thứ yếu” để cung cấp hỗ trợ kịp thời. Cần đẩy mạnh các chương trình phát hiện sớm và xây dựng mạng lưới hỗ trợ cộng đồng, giúp người dân tiếp cận dịch vụ phù hợp. Đối với các rối loạn tâm thần nặng, việc phát triển trung tâm chuyên biệt và đào tạo chuyên sâu cho đội ngũ nhân sự sẽ nâng cao chất lượng điều trị, hỗ trợ người bệnh hòa nhập xã hội.

Cách tiếp cận toàn diện này không chỉ giúp nâng cao nhận thức mà còn cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, tạo nền tảng vững chắc cho một xã hội khỏe mạnh và bền vững.

5.5. Ứng dụng công nghệ thông tin vào việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Chuyên đổi số đang tạo ra những bước tiến quan trọng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, giúp nâng cao khả năng tiếp cận, cá nhân hóa dịch vụ và tối ưu hóa hiệu quả hỗ trợ tâm lý. Các nền tảng tư vấn trực tuyến và ứng dụng di động cho phép người dùng kết nối với chuyên gia tâm lý dễ dàng hơn, giảm thiểu rào cản về địa lý và đảm bảo tính bảo mật. Công nghệ AI và cảm biến sinh trắc học cũng đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm các rối loạn tâm thần thông qua phân tích dữ liệu cá nhân.

Việc số hóa hệ thống sức khỏe tâm thần giúp cung cấp thông tin, quản lý và can thiệp hiệu quả vào các vấn đề tâm lý, đồng thời mở rộng dịch vụ đến vùng sâu vùng xa, nơi người dân gặp khó khăn trong tiếp cận hỗ trợ chuyên môn. Ngoài ra, dữ liệu hành vi tâm lý còn được ứng dụng trong hoạch định chính sách công, tạo sự kết nối giữa chính phủ, giới học thuật và xã hội nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ.

Sự kết hợp giữa công nghệ thông tin và tâm lý học không chỉ mở ra hướng đi mới cho nghiên cứu và ứng dụng mà còn góp phần nâng cao nhận thức cộng đồng, thúc đẩy sự quan tâm đối với sức khỏe tâm thần. Những đổi mới này giúp xây dựng một hệ thống chăm sóc tâm lý toàn diện, đảm bảo mỗi cá nhân đều có cơ hội tiếp cận dịch vụ phù hợp, hướng đến một xã hội khỏe mạnh và phát triển bền vững.

5.6. Thiết lập hệ thống đánh giá nội bộ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng

Để nâng cao chất lượng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, cần có cơ chế đánh giá nội bộ nhằm liên tục cải tiến và đáp ứng nhu cầu cộng đồng. Điều này bao gồm việc thu thập ý kiến phản hồi từ người dân thông qua khảo sát thực tế giúp cung cấp dữ liệu thực tế để điều chỉnh dịch vụ phù hợp. Tiếp thu ý kiến đóng góp một cách tích cực sẽ góp phần cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc, đồng thời tạo sự gắn kết giữa cộng đồng và hệ thống y tế.

Bên cạnh đó, duy trì tư duy suy ngẫm giúp các cá nhân và tổ chức tự đánh giá, điều chỉnh chính sách để đảm bảo phát triển bền vững. Một hệ thống đánh giá minh bạch không chỉ cải thiện hiệu quả dịch vụ mà còn giúp người dân cảm thấy mình là một phần quan trọng trong quá trình xây dựng môi trường chăm sóc sức khỏe tâm thần. Quan trọng hơn, hệ thống này cần đảm bảo tính thân thiện, bình đẳng, giúp mọi người dễ dàng tiếp cận dịch vụ và nhận được sự hỗ trợ phù hợp.

6. KẾT LUẬN

Thông qua nghiên cứu, có thể thấy rằng việc xây dựng và phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam là một nhiệm vụ cấp thiết nhằm nâng cao chất lượng sống và đảm bảo an sinh xã hội. Thực trạng hiện nay cho thấy còn nhiều hạn chế trong hệ thống hỗ trợ, từ chính sách, cơ sở vật chất, nguồn nhân lực đến nhận thức cộng đồng. Vì vậy, việc cải thiện dịch vụ cần tiếp cận đa chiều, kết hợp giữa nâng cao nhận thức, mở rộng mạng lưới hỗ trợ và tăng cường hợp tác liên ngành là cần thiết.

Các giải pháp đề xuất, bao gồm hoàn thiện hệ thống pháp lý, đào tạo đội ngũ nhân sự, đẩy mạnh truyền thông, sẽ góp phần xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững. Đồng thời, việc ứng dụng công nghệ số vào hỗ trợ tâm lý cũng mở ra nhiều cơ hội tiếp cận,

giúp người dân nhận được dịch vụ thuận tiện và hiệu quả hơn góp phần thúc đẩy việc xây dựng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam ngày một hiệu quả, thiết thực hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu tiếng Việt

- [1] Bộ Y tế (2022). Báo cáo quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050.
- [2] Trọng Thành (2015). Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam : Những bế tắc của một hệ thống. Tạp chí khoa học online, [tap-chi-khoa-hoc.pdf](#).
- [3] Dương Liễu (2022). Gần 15 triệu người Việt Nam mắc 10 rối loạn tâm thần thường gặp, đứng đầu là trầm cảm, lo âu. Báo Tuổi trẻ online, <https://tuoitre.vn/gan-15-trieu-nguoi-viet-nam-mac-10-roi-loan-tam-than-thuong-gap-dung-dau-la-tram-cam-lo-au-20221010170236617.htm>.

2. Tài liệu tiếng nước ngoài

- [4] 王宏明(2021). 健康促进视角下的社区心理服务体系建设研究. 硕士学位论文, 西安: 西北大学. - Vương Hồng Minh (2021). Nghiên cứu xây dựng hệ thống dịch vụ tâm lý cộng đồng từ góc độ nâng cao sức khỏe. Luận văn thạc sĩ, Tây An: Đại học Tây Bắc.
- [5] 方芳, 杨沛樱(2021). 基于居民需求的社区心理健康服务体系构建. 沈阳大学学报(社会科学版), 23(2), 179-184 - Phương Phương, Dương Bội Anh (2021). Xây dựng hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần cộng đồng dựa trên nhu cầu của cư dân. Tạp chí Đại học Thẩm Dương (Phiên bản khoa học xã hội), 23(2), 179-184.
- [6] Unicef (2021). Community-based mental health care in Peru - A community-based model helps a child in need experience positive change. Community-based mental health care in Peru | UNICEF.
- [7] OUCRU-Vietnam launches new mental health resource: “Caring for Mental Health and Wellbeing”: A directory of services for Vietnamese communities and people living in Vietnam. OUCRU-Vietnam launches new mental health resource: “Caring for Mental Health and Wellbeing”: A directory of services for Vietnamese communities and people living in Vietnam - OUCRU
- [8] WHO (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches

CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM

ThS. Nguyễn Thị Hoài Anh¹, ThS. Hoàng Lan Anh², ThS. Nguyễn Thị Kim Anh³

Tóm tắt: Sức khỏe tâm thần là một trong những yếu tố quan trọng góp phần vào sự phát triển toàn diện của con người và cộng đồng. Trong bối cảnh toàn cầu hóa cùng với sự gia tăng nhanh chóng của các vấn đề tâm lý – xã hội như stress, lo âu, trầm cảm..., nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ngày càng trở nên cấp thiết. Công tác xã hội, với chức năng hỗ trợ, kết nối và can thiệp trên nhiều cấp độ, đang ngày càng được nhìn nhận như một nhân tố quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt là tại cộng đồng – nơi gần bó trực tiếp với đời sống người dân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung nghiên cứu tài liệu và phân tích kinh nghiệm quốc tế về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở một số quốc gia như Hoa Kỳ và Anh. Một số điểm tương đồng giữa Hoa Kỳ và Anh trong đó là tiếp cận toàn diện và nhân văn đối với sức khỏe tâm thần; làm việc đa ngành; ưu tiên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng thay vì chỉ tập trung vào các cơ sở nội trú và tập trung vào trách nhiệm vận động cho quyền và lợi ích của những người có vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt là những nhóm dễ bị tổn thương. Mặc dù có những điểm chung quan trọng, cơ chế tổ chức và triển khai dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng giữa 2 quốc gia lại bộc lộ những khác biệt rõ rệt, chủ yếu do mô hình tài trợ, cấu trúc hệ thống chăm sóc sức khỏe tổng thể và triết lý về vai trò của công tác xã hội. Trên cơ sở nghiên cứu, bài viết đề xuất các bài học kinh nghiệm và khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động công tác xã hội trong lĩnh vực này tại Việt Nam.

Từ khóa: công tác xã hội, sức khỏe tâm thần, chăm sóc cộng đồng, chính sách xã hội, Việt Nam.

SOCIAL WORK IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE: INTERNATIONAL EXPERIENCES AND LESSONS FOR VIETNAM

Abstract: Mental health is one of the key factors contributing to the comprehensive development of individuals and communities. In the context of globalization and the rapid increase in psychosocial issues such as stress, anxiety, and depression, the need for mental health care has become increasingly urgent. Social work, with its functions of support, connection, and multi-level intervention, is increasingly recognized as a vital component in the mental health care system, especially at the community level, where it is closely tied to people's daily lives. In this study, we focus on reviewing the literature and analyzing international experiences in community-based mental health care through social work practices in countries such as the United States and the United Kingdom. There are several similarities between the United States and the United Kingdom, including a comprehensive and human-centered approach to mental health, interdisciplinary collaboration, prioritization of community-based mental health care over inpatient services, and a strong emphasis on advocating for the rights and interests of people with mental health issues—especially vulnerable groups. Despite these important commonalities, the organizational structures and implementation of social work services in community mental health care differ significantly between the two countries, primarily due to funding models, the overall structure of the healthcare system, and differing philosophies regarding the role of social work. Based on these analyses, the paper proposes practical lessons and policy recommendations aimed at enhancing the effectiveness of social work in this field in Vietnam.

Keywords: Social work, mental health, community care, social policy, Vietnam.

¹ Giảng viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội (CSII).

² Giảng viên Khoa Quản lý nguồn nhân lực, Trường Đại học Lao động - Xã hội (CSII).

³ Giảng viên Khoa Luật, Trường Đại học Lao động - Xã hội (CSII).

1. GIỚI THIỆU

Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Hoa Kỳ và Anh được nhìn nhận như một yếu tố quan trọng trong việc phát triển các mô hình hỗ trợ toàn diện, lấy con người làm trung tâm và thúc đẩy phục hồi bền vững cho người rối loạn tâm thần (Bachman, S. S., Comeau, M., & Long, M., 2016); (Reisch, M., & Jani, J. S., 2012); (Crisp, B. R., Anderson, M. R., Orme, J., & Green Lister, P., 2011). Trong bối cảnh tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác ngày càng gia tăng – đặc biệt sau đại dịch COVID-19 – các quốc gia này đang ưu tiên mở rộng các dịch vụ chăm sóc tại cộng đồng nhằm tăng cường khả năng tiếp cận, giảm tải hệ thống y tế chuyên biệt và thúc đẩy tính chủ động của người bệnh (NASW, 2022); (Foundation, 2021). Công tác xã hội đóng vai trò thiết yếu trong quá trình này khi đảm nhiệm các nhiệm vụ tư vấn, đánh giá nhu cầu tâm lý – xã hội, lập kế hoạch can thiệp, kết nối nguồn lực và vận động chính sách (Turner, 2017); (Galvani, S., Dance, C., Hutchinson, A., & Mooney, C).

Tại Hoa Kỳ, nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần (Mental Health Social Workers – MHSW) hoạt động chủ yếu tại các trung tâm y tế cộng đồng, trường học, hệ thống bảo trợ xã hội và các tổ chức phi chính phủ, đặc biệt trong các mô hình chăm sóc tích hợp (Pape, B., & Kirkpatrick, H., 2020); (Barry, C. L., Huskamp, H. A., & Goldman, H. H., 2013). Trong khi đó, tại Anh, công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần được tổ chức chặt chẽ dưới khung pháp lý của Đạo luật Sức khỏe Tâm thần 1983 (Mental Health Act 1983), trong đó nhấn mạnh vai trò của các chuyên gia sức khỏe tâm thần chuyên nghiệp (AMHPs), phần lớn là nhân viên xã hội được đào tạo chuyên sâu, có thẩm quyền tham gia quyết định về việc can thiệp cưỡng chế, chăm sóc bắt buộc hoặc hỗ trợ khẩn cấp (Allen, 2014); (Crisp, B. R., Anderson, M. R., Orme, J., & Green Lister, P., 2011).

Mặc dù hệ thống tại mỗi quốc gia có sự khác biệt về tổ chức và luật pháp, cả Hoa Kỳ và Anh đều gặp những thách thức tương đồng trong triển khai dịch vụ tại cộng đồng, như thiếu hụt nhân lực, chênh lệch trong tiếp cận dịch vụ giữa các nhóm dân cư, sự kỳ thị xã hội và áp lực từ các hệ thống tài chính – bảo hiểm (Druss et al., 2010); (Smith et al.); (McCrae et al., 2004). Đặc biệt, đối với các nhóm yếu thế như người vô gia cư, người nhập cư, người LGBTQ+ hoặc người có vấn đề nghiện chất, vai trò của công tác xã hội càng trở nên thiết yếu trong việc xây dựng mối quan hệ tin cậy, vận động tiếp cận dịch vụ và hỗ trợ phục hồi toàn diện (Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B., 2019); (Galvani, S., & Forrester, D., 2011); (Williams et al., 2017).

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng khi được tích hợp hiệu quả vào hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, công tác xã hội không chỉ giúp giảm tỷ lệ tái phát mà còn tăng khả năng phục hồi, giảm thiểu sử dụng dịch vụ y tế khẩn cấp và cải thiện chất lượng sống của người bệnh (Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B., 2019); (Schultz et al., 2021).

Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu chuyên sâu về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần còn hạn chế. Một số công trình tiêu biểu có thể kể đến như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu (2015), chỉ ra sự thiếu hụt nghiêm trọng về nhân lực công tác xã hội chuyên ngành tâm thần (Nguyễn Văn Hiếu, 2015). Nguyễn Thị Lan và Lê Thị Thanh Huyền (2018) tiến hành nghiên cứu thí điểm mô hình can thiệp cộng đồng cho người rối loạn lo âu tại Hà Nội, qua đó

khẳng định vai trò quan trọng của công tác xã hội trong quá trình hỗ trợ tâm lý và kết nối dịch vụ (Nguyễn Thị Lan & Lê Thị Thanh Huyền, 2018). Ngoài ra, báo cáo của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2020) và UNICEF phối hợp với Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội (2019) cho thấy công tác xã hội trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là sức khỏe tâm thần, còn chưa được định hình rõ ràng về chức năng, nhiệm vụ và cơ chế phối hợp với y tế. Việt Nam đang chuyển từ mô hình điều trị tập trung sang mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, tuy nhiên còn thiếu hướng dẫn rõ ràng về vai trò của công tác xã hội trong mô hình này.

Các quốc gia như Hoa Kỳ và Anh đã phát triển hệ thống chăm sóc dựa vào cộng đồng thành công với sự tham gia tích cực của nhân viên công tác xã hội, mang lại hiệu quả rõ rệt trong phục hồi tâm lý – xã hội. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các nghiên cứu so sánh hệ thống, đánh giá hiệu quả của công tác xã hội trong các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng giữa hai quốc gia. Kinh nghiệm quốc tế tại 2 quốc gia này sẽ cung cấp các bằng chứng thực nghiệm và khung lý thuyết phong phú để Việt Nam có thể chọn lọc, điều chỉnh phù hợp với bối cảnh văn hóa – xã hội trong nước, tránh việc thử - sai trong quá trình xây dựng chính sách. Trong bối cảnh như vậy, nghiên cứu này nhằm: (1) phân tích kinh nghiệm về triển khai hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Hoa Kỳ và Anh; (2) đánh giá những điểm tương đồng và khác biệt trong cơ chế tổ chức và triển khai dịch vụ; và (3) đề xuất các giải pháp cho Việt Nam nhằm tăng cường vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng theo hướng công bằng, toàn diện và bền vững. Kết quả nghiên cứu có thể cung cấp cơ sở khoa học và thực tiễn cho hoạch định chính sách xã hội, đào tạo nguồn nhân lực và phát triển hệ thống chăm sóc tích hợp giữa y tế và xã hội.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính với cách tiếp cận mô tả – phân tích, nhằm tìm hiểu vai trò và mức độ tham gia của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Hoa Kỳ và Anh. Phương pháp này phù hợp để phân tích chiều sâu các chính sách, mô hình dịch vụ và khung pháp lý điều chỉnh hoạt động của nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực này.

2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ nguồn tài liệu thứ cấp, bao gồm:

- Văn bản luật, chính sách, hướng dẫn chuyên môn liên quan đến công tác xã hội và chăm sóc sức khỏe tâm thần tại hai quốc gia;
- Báo cáo nghiên cứu, tài liệu học thuật được công bố trên các cơ sở dữ liệu khoa học quốc tế như PubMed, Scopus, Web of Science và Google Scholar;
- Tài liệu từ các tổ chức chuyên môn như National Association of Social Workers (NASW), British Association of Social Workers (BASW), World Health Organization (WHO), và các cơ quan y tế công cộng quốc gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kinh nghiệm về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Hoa Kỳ

Chăm sóc sức khỏe tâm thần là một lĩnh vực ngày càng được quan tâm trên toàn cầu. Tại Hoa Kỳ, một trong những cách tiếp cận hiệu quả nhất để giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần là thông qua các dịch vụ chăm sóc dựa vào cộng đồng. Cách tiếp cận này đề cao việc đưa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đến gần hơn với người dân, tại nơi họ sinh sống và làm việc, nhằm tối ưu hóa khả năng tiếp cận và nâng cao hiệu quả điều trị.

Theo Hiệp hội Chữ thập đỏ và Hiệp hội Trăng lưỡi liềm đỏ Quốc tế (RCRC) và Tổ chức MHPSS Hub, chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng tại Hoa Kỳ hướng tới ba mục tiêu chính: (1) Nâng cao nhận thức và hiểu biết: Tăng cường kiến thức và giảm kỳ thị liên quan đến các vấn đề tâm lý và tình trạng sức khỏe tâm thần trong cộng đồng. (2) Thúc đẩy sức khỏe tâm thần và phòng ngừa: Phát triển các chiến lược chủ động nhằm duy trì sức khỏe tâm thần tích cực và ngăn chặn sự phát triển của các rối loạn tâm thần. (3) Hỗ trợ và can thiệp: Cung cấp các dịch vụ hỗ trợ toàn diện cho những cá nhân đang đối mặt với khó khăn tâm lý và các tình trạng sức khỏe tâm thần hiện có.

Hiệp hội cũng đề cập tới các nền tảng cộng đồng đóng vai trò là kênh phân phối các dịch vụ y tế và phúc lợi xã hội. Các nền tảng này đa dạng về môi trường và nhà cung cấp, bao gồm:

- + Cơ sở y tế cấp độ thấp hoặc ngang bằng chăm sóc sức khỏe ban đầu: ví dụ như phòng khám sức khỏe địa phương, đội tiếp cận cộng đồng,... nhiệm vụ là cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản và sàng lọc sức khỏe tâm thần.

- + Môi trường ngoài y tế: Bao gồm các nhóm khu dân cư và cộng đồng, khu vực phúc lợi xã hội, trường học và nơi làm việc, nơi các hoạt động giáo dục, hỗ trợ xã hội và phòng ngừa được thực hiện.

Nguồn tài chính chủ yếu dành cho hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là thông qua bảo hiểm y tế (Medicare, Medicaid, bảo hiểm tư nhân) và ngân sách nhà nước. Mặc dù có sự linh hoạt trong lựa chọn dịch vụ, nhưng cũng có nhiều sự chênh lệch về khả năng tiếp cận dịch vụ, đặc biệt đối với những người không có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm kém.

Nhân viên công tác xã hội chăm sóc sức khỏe cộng đồng (CMHSW) tại Hoa Kỳ là những người được đào tạo nhằm hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng bởi các vấn đề sức khỏe tâm thần. Họ cung cấp dịch vụ tư vấn, trị liệu và các dịch vụ khác để giúp các cá nhân đối phó với các vấn đề sức khỏe tâm thần và cải thiện tổng thể sức khỏe. Họ thực hiện các hoạt động nhằm giúp cá nhân và cộng đồng nâng cao nhận thức về các vấn đề sức khỏe tâm thần. Đồng thời vận động nguồn lực và kết nối các cá nhân với các dịch vụ phù hợp.

Để trở thành một CMHSW, họ phải đạt các yêu cầu về trình độ bao gồm:

- + Bằng Thạc sĩ Công tác Xã hội (MSW): Đây là yêu cầu giáo dục tối thiểu ở hầu hết các quốc gia và bang (CSWE, 2015). Chương trình MSW cung cấp kiến thức chuyên sâu về lý thuyết công tác xã hội, phương pháp can thiệp, đạo đức nghề nghiệp và thực hành lâm sàng.

+ Giấy phép hành nghề: Sau khi tốt nghiệp MSW, các cá nhân cần có giấy phép hành nghề công tác xã hội do cơ quan quản lý nhà nước cấp. Quy trình cấp phép thường bao gồm việc hoàn thành một số giờ kinh nghiệm lâm sàng được giám sát và vượt qua kỳ thi cấp phép (ASWB, 2023).

+ Kinh nghiệm lâm sàng và phát triển chuyên môn liên tục: Một số tiểu bang yêu cầu kinh nghiệm lâm sàng cụ thể và việc tham gia vào các hoạt động phát triển chuyên môn liên tục (CE) để duy trì giấy phép. Điều này đảm bảo rằng CMHSW luôn cập nhật các phương pháp thực hành tốt nhất và các phát triển mới nhất trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

Các vai trò chính của CMHSW bao gồm:

+ Tư vấn và trị liệu: CMHSW cung cấp các dịch vụ tư vấn và trị liệu tâm lý cho các cá nhân để giúp họ đối phó với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Điều này có thể bao gồm liệu pháp nhận thức-hành vi (CBT), liệu pháp hỗ trợ tâm lý, hoặc các phương pháp tiếp cận dựa trên bằng chứng khác, tùy thuộc vào nhu cầu của thân chủ và phạm vi hành nghề của họ (NASW, 2018).

+ Nâng cao nhận thức và giáo dục cộng đồng: Một khía cạnh quan trọng trong vai trò của CMHSW là giảm kỳ thị và nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng. Họ tổ chức các buổi hội thảo, chương trình giáo dục và chiến dịch nâng cao nhận thức nhằm cung cấp thông tin chính xác, khuyến khích đối thoại cởi mở và thúc đẩy một môi trường hỗ trợ cho những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần (Corrigan, P. W., & Watson, A. C, 2002).

+ Vận động nguồn lực và chính sách: CMHSW đóng vai trò như những người vận động chính sách, làm việc để cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần và đảm bảo rằng các nguồn lực đầy đủ được phân bổ cho lĩnh vực này. Họ có thể tham gia vào việc xây dựng chính sách, hỗ trợ luật pháp hoặc hợp tác với các tổ chức địa phương để tăng cường cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe tâm thần (Pires, A. L., Rato, J. G., & Pimentel, M. J, 2020).

+ Kết nối dịch vụ và quản lý trường hợp: CMHSW đóng vai trò trung tâm trong việc kết nối các cá nhân có nhu cầu với các dịch vụ phù hợp, bao gồm hỗ trợ y tế, nhà ở, việc làm và các dịch vụ xã hội khác. Họ thực hiện quản lý trường hợp, phối hợp chăm sóc và đảm bảo rằng các cá nhân nhận được sự hỗ trợ toàn diện, liên tục cần thiết cho sự phục hồi của họ (Holloway, F., & Furlong, L., 2019)

Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Hoa Kỳ phân tán và khá phức tạp, với sự tham gia của nhiều tổ chức công lập, tư nhân và phi lợi nhuận. Do đó, CMHSW làm việc trong nhiều môi trường khác nhau, phản ánh tính chất đa ngành của công tác xã hội và lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Các môi trường phổ biến bao gồm:

+ Phòng khám sức khỏe tâm thần cộng đồng (CMHCs): Đây là các cơ sở chính cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, bao gồm cả công tác xã hội, cho những người có thu nhập thấp hoặc không có bảo hiểm. CMHSW sẽ làm việc trong các đội ngũ đa ngành để cung cấp chăm sóc sức khỏe tâm thần tích hợp.

+ Các cơ quan dịch vụ xã hội: Hỗ trợ các cá nhân và gia đình bị ảnh hưởng bởi các yếu tố xã hội có thể tác động đến sức khỏe tâm thần.

+ Các tổ chức phi lợi nhuận và tổ chức cộng đồng: Phát triển và thực hiện các chương trình sức khỏe tâm thần phù hợp với nhu cầu cụ thể của cộng đồng.

+ Thực hành tư nhân: Nhiều nhân viên công tác xã hội lâm sàng được cấp phép hành nghề tư nhân, cung cấp dịch vụ trị liệu và tham vấn.

Vai trò của CMHSW là không thể thiếu trong việc phát triển các dịch vụ sức khỏe tâm thần toàn diện và dựa vào cộng đồng tại Hoa Kỳ. Khả năng của họ thể hiện ở nhiều cấp độ - từ hỗ trợ cá nhân đến vận động chính sách - giúp cho họ trở thành cầu nối quan trọng giữa các cá nhân có nhu cầu và hệ thống chăm sóc. Tuy nhiên, thách thức vẫn tồn tại trong việc đảm bảo đủ nguồn lực, giảm kỳ thị và tích hợp đầy đủ các dịch vụ sức khỏe tâm thần vào chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3.2. Kinh nghiệm về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Anh

Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Anh hướng tới các mục tiêu chính sau:

+ Chuyển đổi trọng tâm chăm sóc từ bệnh viện sang cộng đồng: Mục tiêu hàng đầu là giảm sự phụ thuộc vào các dịch vụ nội trú và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần gần nhà hơn, giúp người bệnh duy trì cuộc sống bình thường và hòa nhập cộng đồng. Điều này được nhấn mạnh trong các kế hoạch cải cách dịch vụ sức khỏe tâm thần của NHS, nhằm xây dựng một hệ thống lấy cộng đồng làm trung tâm hơn (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

+ Can thiệp sớm và phòng ngừa: Phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần và cung cấp hỗ trợ kịp thời để ngăn chặn tình trạng trở nên nghiêm trọng hơn. Mục tiêu này bao gồm việc nâng cao nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần, giảm kỳ thị và khuyến khích tìm kiếm sự giúp đỡ khi cần (Department of Health and Social Care, 2017)

+ Hỗ trợ phục hồi và cải thiện chất lượng cuộc sống: Giúp người bệnh phục hồi, phát triển khả năng tự giải quyết vấn đề, tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa và đạt được những nguyện vọng cá nhân. Điều này bao gồm hỗ trợ về việc làm, nhà ở, quản lý tài chính và các hoạt động xã hội, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phục hồi chức năng và chất lượng cuộc sống bên ngoài các cài đặt lâm sàng (Department of Health and Social Care, 2022).

+ Chăm sóc toàn diện và cá nhân hóa: Cung cấp các gói chăm sóc phù hợp với nhu cầu riêng của từng cá nhân, bao gồm trị liệu tâm lý, quản lý thuốc, hỗ trợ về sức khỏe thể chất và các vấn đề xã hội. Chăm sóc được thực hiện với sự tham gia chủ động của người bệnh (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

+ Hợp tác liên ngành và tích hợp dịch vụ: Xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần không bị phân mảnh, liên kết chặt chẽ giữa các dịch vụ y tế (chăm sóc ban đầu, chuyên khoa), dịch vụ xã hội, nhà ở, việc làm và các tổ chức cộng đồng. Điều này nhằm đảm bảo người bệnh nhận được sự hỗ trợ toàn diện và liền mạch (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

+ Giảm thiểu sự cô lập và kỳ thị: Tạo ra một môi trường làm việc và cộng đồng hỗ trợ, không kỳ thị đối với những người có vấn đề sức khỏe tâm thần, giúp họ tái hòa nhập xã hội và phát huy tối đa tiềm năng (Department of Health and Social Care, 2017).

+ Nghiên cứu và đổi mới: Thúc đẩy nghiên cứu để phát triển các phương pháp điều trị mới, nâng cao hiệu quả của dịch vụ và ứng dụng công nghệ số trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đây là một yếu tố quan trọng để đảm bảo dịch vụ luôn được cải thiện và dựa trên bằng chứng (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Nhìn chung, mục tiêu của chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Anh là đảm bảo mọi người có thể tiếp cận dịch vụ chất lượng cao, nhận được sự hỗ trợ toàn diện để sống khỏe mạnh và có ý nghĩa ngay trong cộng đồng của họ.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe nói chung và các dịch vụ sức khỏe tâm thần nói riêng tại Anh chủ yếu được thực hiện bởi Dịch vụ Y tế Quốc gia (NHS). Nguồn tài chính duy trì hệ thống này chủ yếu đến từ ngân sách nhà nước, đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ công bằng hơn cho mọi công dân, bất kể khả năng chi trả. Tuy nhiên, áp lực về ngân sách và thời gian chờ đợi là những thách thức rất lớn mà quốc gia này đang gặp phải.

Nhân viên công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Anh thường làm việc trong các đội sức khỏe tâm thần cộng đồng (CMHTs), bệnh viện và các tổ chức xã hội. Mức độ can thiệp thường tập trung vào khía cạnh xã hội của việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, bổ sung cho các can thiệp y tế. Môi trường làm việc của họ cụ thể là:

+ Đội sức khỏe tâm thần cộng đồng (CMHTs): Đây là mô hình tổ chức phổ biến nhất, nơi các nhân viên công tác xã hội làm việc cùng với các chuyên gia y tế khác để cung cấp dịch vụ chăm sóc tích hợp tại cộng đồng.

+ Dịch vụ xã hội (Adult Social Care): Các phòng ban dịch vụ xã hội của chính quyền địa phương chịu trách nhiệm cung cấp hỗ trợ xã hội và chăm sóc cho những người có vấn đề sức khỏe tâm thần, và nhân viên công tác xã hội là nhân tố chủ chốt trong các phòng ban này.

+ Tổ chức tự nguyện và khu vực thứ ba: Các tổ chức này đóng vai trò bổ sung, cung cấp các dịch vụ hỗ trợ, nhóm tự giúp đỡ và hoạt động xã hội.

Nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng thực hiện nhiều vai trò quan trọng như:

+ Đánh giá nhu cầu xã hội và lập kế hoạch chăm sóc: Đây là một trong những vai trò cốt lõi. Nhân viên công tác xã hội thực hiện các đánh giá toàn diện không chỉ về tình trạng sức khỏe tâm thần mà còn về các yếu tố xã hội như nhà ở, việc làm, tài chính, mạng lưới hỗ trợ và mối quan hệ gia đình. Dựa trên đánh giá này, họ hợp tác với cá nhân để xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa, bao gồm các mục tiêu phục hồi và các dịch vụ hỗ trợ cần thiết (Care Act 2014), (Rogers, A., & Pilgrim, D.).

+ Hỗ trợ phục hồi và hòa nhập xã hội: Một trong những mục tiêu chính của công tác xã hội là hỗ trợ cá nhân đạt được sự phục hồi và hòa nhập đầy đủ vào cộng đồng. Điều này có thể bao gồm việc hỗ trợ tìm kiếm nhà ở phù hợp, tìm kiếm việc làm hoặc các hoạt động có ý nghĩa, phát triển kỹ năng sống, xây dựng và duy trì các mối quan hệ xã hội, và tiếp cận các nhóm hỗ trợ đồng đẳng (Barnes, M., & Prior, D)

+ Bảo vệ quyền lợi và vận động chính sách: Nhân viên công tác xã hội có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo quyền và lợi ích của những người mắc bệnh tâm thần, đặc biệt là những người có nguy cơ bị bóc lột, phân biệt đối xử hoặc bị kỳ thị. Họ có thể đại diện cho cá nhân trong các cuộc họp, hỗ trợ về mặt pháp lý (ví dụ: Đạo luật Sức khỏe Tâm thần năm 1983,

sửa đổi năm 2007), và vận động cho các chính sách và dịch vụ tốt hơn ở cấp địa phương và quốc gia (Mental Health Act 1983 (amended 2007)); (Social Work England, 2021).

+ Quản lý trường hợp và phối hợp liên ngành: Trong môi trường chăm sóc sức khỏe tâm thần phức tạp, nhân viên công tác xã hội thường đóng vai trò là người quản lý trường hợp, điều phối các dịch vụ từ nhiều cơ quan khác nhau như y tế, nhà ở, phúc lợi xã hội và giáo dục. Họ làm việc chặt chẽ với bác sĩ tâm thần, y tá, nhà tâm lý học, nhân viên trị liệu nghề nghiệp và các chuyên gia khác để đảm bảo một cách tiếp cận tích hợp và liền mạch (Department of Health, 2011).

+ Hỗ trợ gia đình và người chăm sóc: Gia đình và người chăm sóc thường đóng một vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người mắc bệnh tâm thần. Nhân viên công tác xã hội cung cấp thông tin, tư vấn, và hỗ trợ cho gia đình và người chăm sóc, giúp họ đối phó với những thách thức, giảm bớt gánh nặng và cải thiện khả năng chăm sóc của họ (Rogers, A., & Pilgrim, D.).

3. ĐIỂM TƯƠNG ĐỒNG VÀ KHÁC BIỆT TRONG CƠ CHẾ TỔ CHỨC VÀ TRIỂN KHAI DỊCH VỤ TẠI HAI QUỐC GIA

Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại Hoa Kỳ và Anh có những điểm tương đồng trong việc đưa ra mục tiêu, nhưng lại có những khác biệt đáng kể trong cơ chế tổ chức và triển khai dịch vụ, phản ánh đặc thù hệ thống y tế và triết lý phúc lợi xã hội của mỗi quốc gia.

3.1. Điểm tương đồng

Cả Hoa Kỳ và Anh đều nhận thức sâu sắc về vai trò của công tác xã hội trong việc cung cấp một cách tiếp cận toàn diện và nhân văn đối với sức khỏe tâm thần.

+ Tiếp cận toàn diện (Holistic Approach): Ở cả hai quốc gia, công tác xã hội không chỉ tập trung vào hỗ trợ các triệu chứng bệnh lý mà còn xem xét các yếu tố tâm lý xã hội rộng lớn hơn ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của cá nhân. Điều này bao gồm việc đánh giá tác động của môi trường sống, tình trạng kinh tế, các mối quan hệ xã hội, và các yếu tố văn hóa. Chẳng hạn, một nhân viên công tác xã hội ở cả London và New York đều có thể hỗ trợ khách hàng giải quyết vấn đề về nhà ở hoặc việc làm, những yếu tố thường xuyên liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần (Payne, M., 2014) (NASW, 2019).

+ Làm việc đa ngành (Multidisciplinary Teamwork): Nhân viên công tác xã hội ở cả hai nước là thành viên không thể thiếu của các đội ngũ chăm sóc sức khỏe tâm thần đa ngành. Họ làm việc chặt chẽ với các bác sĩ tâm thần, y tá tâm thần, nhà tâm lý học, chuyên gia trị liệu nghề nghiệp, và các chuyên gia khác để đảm bảo một kế hoạch chăm sóc tích hợp. Mô hình này giúp chia sẻ thông tin, phối hợp can thiệp và cung cấp hỗ trợ toàn diện cho khách hàng. Ví dụ, trong các Đội Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (CMHTs) của NHS ở Anh hay các Phòng khám Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (CMHCs) ở Mỹ, nhân viên công tác xã hội thường xuyên tham gia vào các cuộc họp ca, đóng góp góc nhìn về các khía cạnh xã hội và chức năng của khách hàng (Department of Health and Social Care, 2017); (SAMHSA, 2021).

+ Nhấn mạnh vào cộng đồng (Community-Based Care): Cả hai hệ thống đều ưu tiên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng thay vì chỉ tập trung vào các cơ sở nội trú. Mục tiêu là giúp cá nhân duy trì sự kết nối với gia đình và cộng đồng, giảm thiểu sự kỳ thị và thúc đẩy sự hòa nhập xã hội. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong việc kết nối khách hàng với các nguồn lực cộng đồng, hỗ trợ tái hòa nhập và phát triển các kỹ năng sống độc lập (BASW, 2020); (CSWE, 2015).

+ Vận động và bảo vệ (Advocacy and Protection): Nhân viên công tác xã hội ở cả Hoa Kỳ và Anh đều có trách nhiệm vận động cho quyền và lợi ích của những người có vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt là những nhóm dễ bị tổn thương. Họ hoạt động như những người bảo vệ, đảm bảo rằng tiếng nói của khách hàng được lắng nghe và quyền của họ được tôn trọng, đồng thời chống lại sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến bệnh tâm thần (Mental Health America, 2023); (NAMI, 2022).

3.2. Điểm khác biệt

Mặc dù có những điểm chung quan trọng, cơ chế tổ chức và triển khai dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng lại bộc lộ những khác biệt rõ rệt, chủ yếu do mô hình tài trợ, cấu trúc hệ thống chăm sóc sức khỏe tổng thể và triết lý về vai trò của công tác xã hội.

Tiêu chí	Hoa Kỳ	Anh
Mô hình Tài chính Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chính phủ	Chủ yếu là các cơ sở tư nhân và các tổ chức phi lợi nhuận (private and non-profit facilities). Các dịch vụ được cung cấp thông qua nhiều nguồn tài trợ, bao gồm bảo hiểm y tế tư nhân, chương trình bảo hiểm của chính phủ như Medicare và Medicaid, cùng với ngân sách nhà nước cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần cộng đồng. Mức độ công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ thường biến đổi đáng kể, phụ thuộc vào loại hình bảo hiểm và khả năng tài chính của cá nhân. Ví dụ, một cá nhân có bảo hiểm tư nhân cao cấp có thể dễ dàng tiếp cận các dịch vụ trị liệu chuyên sâu, trong khi một người không có bảo hiểm hoặc chỉ có Medicaid có thể phải đối mặt với thời gian chờ đợi lâu hơn và lựa chọn dịch vụ hạn chế hơn (Frank, R. G., & Glied, S. , 2011).	Chủ yếu là hệ thống y tế công cộng (National Health Service - NHS). Các dịch vụ được tài trợ thông qua thuế, đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ cho tất cả công dân, bất kể khả năng chi trả. Mức độ công bằng trong tiếp cận dịch vụ cao hơn, nhưng có thể gặp thách thức về nguồn lực và thời gian chờ đợi. Ví dụ, bệnh nhân có thể được giới thiệu đến các Đội Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (CMHTs) và không phải trả phí trực tiếp, tuy nhiên họ sẽ phải chờ đợi vì danh sách người sử dụng rất nhiều (NHS England , 2023).
Cơ cấu tổ chức dịch vụ công tác xã hội	Phân mảnh và đa dạng, với các nhân viên công tác xã hội làm việc trong nhiều môi trường khác nhau: - Phòng khám Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (CMHCs): Là các cơ sở chính cung cấp dịch vụ toàn diện cho người có thu nhập thấp hoặc không có bảo hiểm. - Bệnh viện (Hospital-based Social Work): Nhân viên công tác xã hội làm việc trong các khoa tâm thần, hỗ trợ nhập viện, xuất viện và lập kế hoạch chăm sóc sau xuất viện. - Thực hành tư nhân (Private Practice): Nhiều nhân viên công tác xã hội lâm sàng được cấp phép hành nghề tư nhân, cung cấp dịch liệu và tham vấn cá nhân. - Các tổ chức phi lợi nhuận (Non-profit Organizations): Cung cấp các dịch vụ chuyên biệt cho các nhóm dân số cụ thể (ví dụ: cựu chiến binh, người vô gia cư). - Hệ thống giáo dục và tư pháp: Nhân viên công tác xã hội cũng tham gia tại các trường học và nhà tù để giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần. Thách thức trong lĩnh vực này đó là điều phối và đảm bảo tính liên tục của dịch vụ (American Psychological Association , 2020).	Tập trung và tích hợp hơn, chủ yếu thông qua NHS và các dịch vụ xã hội của chính quyền địa phương: - Đội Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (Community Mental Health Teams - CMHTs): Đây là mô hình tổ chức phổ biến nhất, nơi nhân viên công tác xã hội làm việc cùng các chuyên gia y tế khác để cung cấp dịch vụ tại cộng đồng. - Dịch vụ Xã hội Người lớn (Adult Social Care): Các phòng ban của chính quyền địa phương chịu trách nhiệm đánh giá và cung cấp hỗ trợ xã hội cho người có vấn đề sức khỏe tâm thần, với nhân viên công tác xã hội là nhân tố chủ chốt. - Các tổ chức khu vực thứ ba (Third Sector/Voluntary Organizations): Đóng vai trò bổ sung, cung cấp các nhóm hỗ trợ, hoạt động xã hội và vận động. Điều này thể hiện sự thúc đẩy, phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia nhưng có thể bị giới hạn bởi tính chất dịch vụ công (NHS, 2022).

Vai trò và phạm vi can thiệp của công tác xã hội	Nhấn mạnh vào vai trò “Công tác xã hội lâm sàng” (Clinical Social Work): - Trị liệu và tham vấn: Nhân viên công tác xã hội lâm sàng (Licensed Clinical Social Workers - LCSW) có đủ điều kiện để chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần bằng cách sử dụng các liệu pháp tâm lý như liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), liệu pháp đối thoại, liệu pháp gia đình và liệu pháp nhóm. - Quản lý ca phức tạp: Hỗ trợ điều hướng hệ thống chăm sóc sức khỏe, kết nối khách hàng với các nguồn lực cộng đồng và phối hợp chăm sóc. - Đánh giá tâm lý xã hội chuyên sâu: Thực hiện các đánh giá toàn diện để xác định các yếu tố tâm lý, xã hội và môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần. Vai trò này thường đòi hỏi trình độ học vấn cao (thường là Thạc sĩ Công tác Xã hội - MSW) và kinh nghiệm giám sát để đạt được cấp phép hành nghề lâm sàng (NASW, 2019).	Nhấn mạnh vào vai trò “Quản lý ca xã hội” và “Bảo vệ” (Social Care Management and Safeguarding): - Đánh giá nhu cầu xã hội: Tập trung vào việc xác định và đáp ứng các nhu cầu hỗ trợ xã hội của cá nhân (ví dụ: nhà ở, việc làm, chăm sóc cá nhân, kết nối cộng đồng). - Bảo vệ người dễ bị tổn thương: Đặc biệt quan trọng trong việc bảo vệ những người có vấn đề sức khỏe tâm thần khi năng lực tự chủ của họ suy giảm, đảm bảo an toàn và quyền lợi của họ theo Đạo luật Chăm sóc (Care Act 2014). - Phối hợp chăm sóc: Làm việc chặt chẽ với đội ngũ y tế để đảm bảo một kế hoạch chăm sóc tổng thể, thường là trung gian giữa các dịch vụ y tế và xã hội. - Hỗ trợ phục hồi và tái hòa nhập xã hội: Tập trung vào việc giúp cá nhân đạt được sự phục hồi chức năng và tái hòa nhập vào cộng đồng. Mặc dù có thể sử dụng các kỹ năng tham vấn, vai trò trị liệu chuyên sâu thường do các nhà tâm lý học lâm sàng hoặc chuyên gia trị liệu khác đảm nhiệm trong NHS (BASW, 2020).
Quy trình tiếp cận và giới thiệu dịch vụ	Đa dạng và phức tạp: - Giới thiệu từ bác sĩ: Bệnh nhân có thể được bác sĩ đa khoa (GP) hoặc bác sĩ tâm thần giới thiệu đến nhân viên công tác xã hội. - Tự giới thiệu: Cá nhân có thể tự tìm kiếm dịch vụ công tác xã hội, đặc biệt trong các phòng khám tư nhân. - Giới thiệu từ các cơ quan khác: Các cơ quan phúc lợi trẻ em, trường học, hoặc hệ thống tư pháp có thể giới thiệu các trường hợp cần can thiệp sức khỏe tâm thần. (Frank, R. G., & Glied, S., 2011)	Tập trung và chuẩn hóa hơn, chủ yếu thông qua giới thiệu từ Dịch vụ Y tế Quốc gia (NHS): - Giới thiệu từ bác sĩ đa khoa (GP): Đây là con đường phổ biến nhất, khi GP đánh giá nhu cầu và giới thiệu bệnh nhân đến các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên biệt của NHS, bao gồm nhân viên công tác xã hội trong CMHTs. - Giới thiệu từ các dịch vụ sức khỏe tâm thần cấp tính: Trong trường hợp cấp cứu hoặc nhập viện, bệnh nhân có thể được giới thiệu đến nhân viên công tác xã hội để hỗ trợ lập kế hoạch xuất viện và kết nối cộng đồng. - Giới thiệu từ dịch vụ xã hội: Chính quyền địa phương có thể giới thiệu các trường hợp cần đánh giá nhu cầu chăm sóc xã hội. (NHS Digital, 2023).

4. BÀI HỌC KINH NGHIỆM CHO VIỆT NAM

Dựa trên phân tích về kinh nghiệm trong việc triển khai dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Hoa Kỳ và Anh, cùng với bối cảnh đặc thù của Việt Nam, nghiên cứu đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường vai trò của công tác xã hội, hướng tới một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng công bằng, toàn diện và bền vững.

Thứ nhất, xây dựng và phát triển khung pháp lý và chính sách. Hiện tại, vai trò của công tác xã hội trong lĩnh vực y tế nói chung và sức khỏe tâm thần nói riêng tại Việt Nam còn chưa được quy định rõ ràng trong các văn bản pháp luật, dẫn đến khó khăn trong việc chuẩn hóa

và triển khai dịch vụ. Do đó, cần nghiên cứu và ban hành Luật hoặc Nghị định chuyên biệt về Công tác xã hội trong y tế và sức khỏe tâm thần. Trong đó cụ thể hóa vai trò, nhiệm vụ, quyền hạn và trách nhiệm của nhân viên công tác xã hội trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần. Điều này bao gồm quy định về cấp phép hành nghề, phạm vi thực hành và trách nhiệm pháp lý. Ngoài ra, theo kinh nghiệm tại 2 quốc gia này, việc xây dựng chính sách tài chính cho dịch vụ công tác xã hội là vô cùng quan trọng. Việt Nam nên lồng ghép chi phí cho dịch vụ công tác xã hội vào các gói bảo hiểm y tế hoặc ngân sách nhà nước, đặc biệt là tại các trung tâm y tế cộng đồng và bệnh viện. Việc này có thể học hỏi từ mô hình tài trợ của NHS ở Anh để đảm bảo tính công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ. Đồng thời cần phát triển các tiêu chuẩn quốc gia về thực hành công tác xã hội trong sức khỏe tâm thần: Thiết lập các quy trình đánh giá, can thiệp và quản lý ca cụ thể, đảm bảo chất lượng dịch vụ và đạo đức nghề nghiệp.

Thứ hai, nâng cao năng lực đào tạo và phát triển chuyên môn. Chất lượng và số lượng đội ngũ nhân viên công tác xã hội là yếu tố tiên quyết quyết định hiệu quả của dịch vụ. Việt Nam cần phải đạt được sự chuyên môn hóa đào tạo công tác xã hội trong sức khỏe tâm thần. Các trường đại học và cơ sở đào tạo cần xây dựng các chương trình chuyên sâu về công tác xã hội lâm sàng trong sức khỏe tâm thần, tương tự như mô hình Licensed Clinical Social Worker (LCSW) ở Hoa Kỳ. Chương trình đào tạo nên bao gồm các kỹ thuật trị liệu cơ bản, đánh giá tâm lý xã hội chuyên sâu, quản lý ca và can thiệp khủng hoảng. Thông qua việc tổ chức các khóa tập huấn chung cho nhân viên công tác xã hội, bác sĩ tâm thần, y tá và các chuyên gia tâm lý khác để tăng cường khả năng phối hợp làm việc nhóm và hiểu biết về vai trò của từng ngành. Đồng thời, cần có các khóa đào tạo về sự nhạy cảm văn hóa để phục vụ các nhóm dân tộc thiểu số và cộng đồng có bối cảnh đa dạng.

Thứ ba, tăng cường hội nhập dịch vụ và xây dựng mạng lưới chăm sóc toàn diện đạt chuẩn. Dựa trên kinh nghiệm của Anh, Việt Nam nghiên cứu và phát triển mô hình Đội sức khỏe tâm thần cộng đồng (CMHTs) tích hợp. Nhân viên công tác xã hội là thành viên cốt lõi, làm việc cùng các chuyên gia y tế khác tại các Trung tâm Y tế cấp xã/phường. Điều này giúp đảm bảo sự phối hợp chặt chẽ giữa các dịch vụ y tế và xã hội ngay tại tuyến cơ sở. Bên cạnh đó, việc thiết lập cơ chế giới thiệu và chuyển tuyến hiệu quả cũng rất quan trọng. Nên xây dựng quy trình rõ ràng cho việc giới thiệu khách hàng từ tuyến cơ sở (trạm y tế, trường học, tổ chức xã hội) lên tuyến cao hơn (bệnh viện chuyên khoa) và ngược lại, đảm bảo tính liên tục của chăm sóc. Tiếp tục phát triển mạng lưới hỗ trợ xã hội và nhóm tự giúp đỡ bằng cách khuyến khích thành lập và hỗ trợ các tổ chức cộng đồng, nhóm tự giúp đỡ cho người có vấn đề sức khỏe tâm thần và gia đình họ. Nhân viên công tác xã hội có thể đóng vai trò cố vấn, điều phối viên cho các nhóm này.

5. KẾT LUẬN

Việt Nam đang đối diện với những thách thức nhằm tăng cường vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Bằng cách xây dựng khung pháp lý vững chắc, nâng cao năng lực đào tạo, thúc đẩy hội nhập dịch vụ, đồng thời chú trọng tính công bằng và bền vững, công tác xã hội sẽ trở thành một trụ cột quan trọng, góp phần xây dựng một hệ

thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng hiệu quả, nhân văn và toàn diện, đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của người dân Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bachman, S. S., Comeau, M., & Long, M. (2016). Enhancing mental health services in systems of care: The role of social work. *Health & Social Work, 41*(4), 249–257.
2. Reisch, M., & Jani, J. S. (2012). The new politics of social work practice: Understanding context to promote change. . *British Journal of Social Work, 42*(6), 1132–1150.
3. Crisp, B. R., Anderson, M. R., Orme, J., & Green Lister, P. (2011). *Knowledge for social work practice: Social work education and training*.
4. NASW. (2022). *Social workers in mental health*.
5. Foundation, M. H. (2021). *Mental health in the pandemic: The unequal impacts on UK communities*.
6. Turner, F. J. (2017). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches (6th ed.)*. Oxford University Press.
7. Galvani, S., Dance, C., Hutchinson, A., & Mooney, C. (n.d.). Substance use training for social workers: Findings from a national study. 2011.
8. Pape, B., & Kirkpatrick, H. (2020). Integrated care: Social work's role in the shift from medical to behavioral health homes . *Social Work in Health Care, 59*(4), 278–292.
9. Barry, C. L., Huskamp, H. A., & Goldman, H. H. (2013). A political history of federal mental health and addiction insurance parity. . *The Milbank Quarterly, 88*(3), 404–433.
10. Allen, R. (2014). *Approved Mental Health Professionals and the Mental Health Act 1983*. Palgrave Macmillan.
11. Druss et al. (2010). Understanding mental health treatment in the United States: Who gets treatment and how. *Psychiatric Services, 61*(2), 181–185.
12. Smith et al. (n.d.). Improving access to mental health services in rural and remote communities: A systematic review. . *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–12.
13. McCrae et al. (2004). The evolution of community mental health care in the UK: From rhetoric to reality? . *Journal of Mental Health, 13*(2), 195–204.
14. Craig, S. L., Bejan, R., & Muskat, B. (2019). Making the invisible visible: A systematic review of sexual minority youth in child welfare. *Child and Youth Services Review, 98*, 113–120.
15. Galvani, S., & Forrester, D. (2011). Social work services and recovery from substance misuse: A review of the evidence. *The University of Bedfordshire*.
16. Williams et al. (2017). Racism and health: Evidence and needed research. *Annual Review of Public Health, 38*, 105–125.
17. Schultz et al. (2021). Barriers and facilitators to mental health service access in underserved populations. . *Journal of Mental Health, 30*(4), 345–353.
18. NASW. (2018). *Standards for Social Work Practice in Mental Health*.
19. Corrigan, P. W., & Watson, A. C . (2002). Understanding and intervening in the stigma of mental illness. *Psychological Science in the Public Interest, 3*(2), 51-71.
20. Pires, A. L., Rato, J. G., & Pimentel, M. J. . (2020). Social work advocacy: An analysis of social workers' perceptions and experiences . *Journal of Social Work, 20*(3), 365-381.
21. Holloway, F., & Furlong, L. . (2019). The role of case management in mental health services. . *Psychiatric Services, 70*(7), 603-605.

22. CSWE . (2015). *Educational Policy and Accreditation Standards*.
23. ASWB . (2023). *ASWB Examination Guidebook* .
24. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Community mental health care: Guidelines for adults*. NICE.
25. Department of Health and Social Care. (2017). *Mental health: A call to action*.
26. Department of Health and Social Care. (2022). *Cross-government mental health and wellbeing plan*.
27. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *The NHS Long Term Plan*.
28. Care Act 2014. (n.d.). 2014.
29. Rogers, A., & Pilgrim, D. (n.d.). *A Sociology of Mental Health and Illness*. 2010.
30. Barnes, M., & Prior, D. (n.d.). *Health and Social Care: An Introduction*. Open University Press, 2009.
31. Mental Health Act 1983 (amended 2007) . (n.d.). The Stationery Office.
32. Social Work England. (2021). *Professional standards*. Social Work England.
33. Department of Health. (2011). *No health without mental health: a cross-government outcomes strategy for mental health 2011-2015*. . The Stationery Office.
34. NASW . (2022). *Social workers in mental health*.
35. Payne, M. (2014). *Modern social work theory*. Palgrave Macmillan.
36. NASW. (2019). *Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*. Washington, D.C.
37. Department of Health and Social Care. (2017). *Mental Health Act 1983: Code of Practice*. London: The Stationery Office.
38. SAMHSA. (2021). *National Survey on Drug Use and Health*.
39. BASW. (2020). *The Role of Social Work in Mental Health*.
40. CSWE. (2015). *Educational Policy and Accreditation Standards*.
41. Mental Health America. (2023). *State of Mental Health in America*.
42. NAMI. (2022). *Mental Health Facts in America*.
43. Frank, R. G., & Glied, S. . (2011). *Better but not well: Mental health policy in the United States*. Johns Hopkins University Press.
44. NHS England . (2023). *Mental Health Services: How to Access*.
45. American Psychological Association . (2020). *Mental Health Services in the United States: A Report to the Nation*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
46. NHS. (2022). *The NHS Long Term Plan*. London: NHS England.
47. NHS Digital. (2023). *Mental Health Services Data*.
48. Nguyễn Thị Lan & Lê Thị Thanh Huyền. (2018). Nghiên cứu mô hình can thiệp cho người rối loạn lo âu tại cộng đồng. . *Tạp chí Công tác xã hội*, 12-20.
49. Nguyễn Văn Hiếu. (2015). Thực trạng nguồn nhân lực công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần. . *Tạp chí Khoa học Xã hội* , 45–52.

CÁCH TIẾP CẬN PHỤC HỒI: ĐỊNH HƯỚNG THỰC HÀNH CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG LĨNH VỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE TINH THẦN

TS. Phạm Thị Huyền Trang¹

Tóm tắt: Cách tiếp cận phục hồi đã có ảnh hưởng rất lớn đến việc định hình các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong hơn hai thập kỷ qua, đặc biệt là ở các quốc gia như Hoa Kỳ, New Zealand và Vương quốc Anh. Có nhiều bằng chứng thực nghiệm và các câu chuyện cá nhân đã chứng minh rằng nhiều người mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và dai dẳng có thể sống một cuộc sống thỏa mãn và có ý nghĩa. Hiện tượng này được gọi là phục hồi. Việc tích hợp các mục tiêu phục hồi với các hoạt động dựa trên bằng chứng gần đây đã được chứng thực và áp dụng trong thực hành công tác xã hội. Bằng phương pháp phân tích tài liệu sẵn có từ các nghiên cứu được xuất bản trên các tạp chí chuyên ngành, bài viết này tập trung mô tả quá trình hình thành và phát triển của cách tiếp cận phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần; các khái niệm phục hồi, các nguyên tắc của cách tiếp cận phục hồi trong thực hành CTXH và đưa ra một số gợi ý trong việc vận dụng cách tiếp cận phục hồi trong thực hành CTXH với người có vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam.

Từ khóa: chăm sóc sức khỏe tâm thần, cách tiếp cận phục hồi, công tác xã hội, thực hành dựa trên bằng chứng.

RECOVERY APPROACHES: ORIENTATIONS FOR SOCIAL WORK PRACTICE IN MENTAL HEALTH CARE

Abstract: Recovery approach has had a major influence on the shaping of mental health services over the past two decades, particularly in countries such as the United States, New Zealand and the United Kingdom. There is a wealth of empirical evidence and personal stories demonstrating that many people with severe and persistent mental illness can live fulfilling and meaningful lives. It is known as recovery. The integration of recovery goals with evidence-based practices has recently been endorsed and applied in social work practice. Using a document analysis methodology grounded in existing literature published in peer-reviewed academic journals, this paper aims to elucidate the formation and evolution of the recovery approach in mental health care. It examines key concepts of recovery, outlines the core principles underpinning the recovery-oriented approach within social work practice, and offers several suggestions for integrating this approach into social work interventions for individuals experiencing mental health challenges in the context of Vietnam.

Keywords: Evidence-based practice, mental health care, recovery approach, social work.

1. GIỚI THIỆU

Từ năm 1980, mô hình phục hồi được đưa vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần và là một giải pháp thay thế cho mô hình y sinh tập trung vào bệnh tật, tình trạng mãn tính và phương pháp chữa trị. Đây là một mô hình có ảnh hưởng ngày càng lớn đến các hệ thống và chính sách sức khỏe tâm thần ở nhiều quốc gia như Hoa Kỳ, Canada, New Zealand và gần đây nhất là Vương quốc Anh trong vòng hai mươi năm qua. Mô hình này đã được đưa vào Kế hoạch hành động sức khỏe tâm thần của WHO (Joergensen và cộng sự, 2018). Nghề công tác xã hội (CTXH) có lịch sử lâu đời về những đóng góp quan trọng và độc đáo trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần (Ashcroft và cộng sự, 2019). Tổ chức y tế thế giới (WHO) xác định CTXH là

¹ Khoa Khoa học Xã hội và Nhân văn, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội

một nghề quan trọng trong sức khỏe tâm thần ở 149 quốc gia (Straussner, 2001) và nghề này có các giá trị phù hợp với mô hình phục hồi. Trên phạm vi quốc tế, các nhân viên CTXH đang tìm cách hiểu rõ hơn và đáp ứng tốt hơn các nhu cầu đa dạng và phức tạp của những người đang trải qua tình trạng căng thẳng về tinh thần (Karban và cộng sự, 2021; Kirwan, 2020; Tucker và cộng sự, 2021). Tuy nhiên, vẫn còn nhiều lỗ hổng trong việc hiểu cách các nhân viên CTXH áp dụng mô hình phục hồi trong thực tế. Nghiên cứu này sẽ xác định phạm vi và tổng hợp các tài liệu liên quan đến phục hồi và thực hành CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

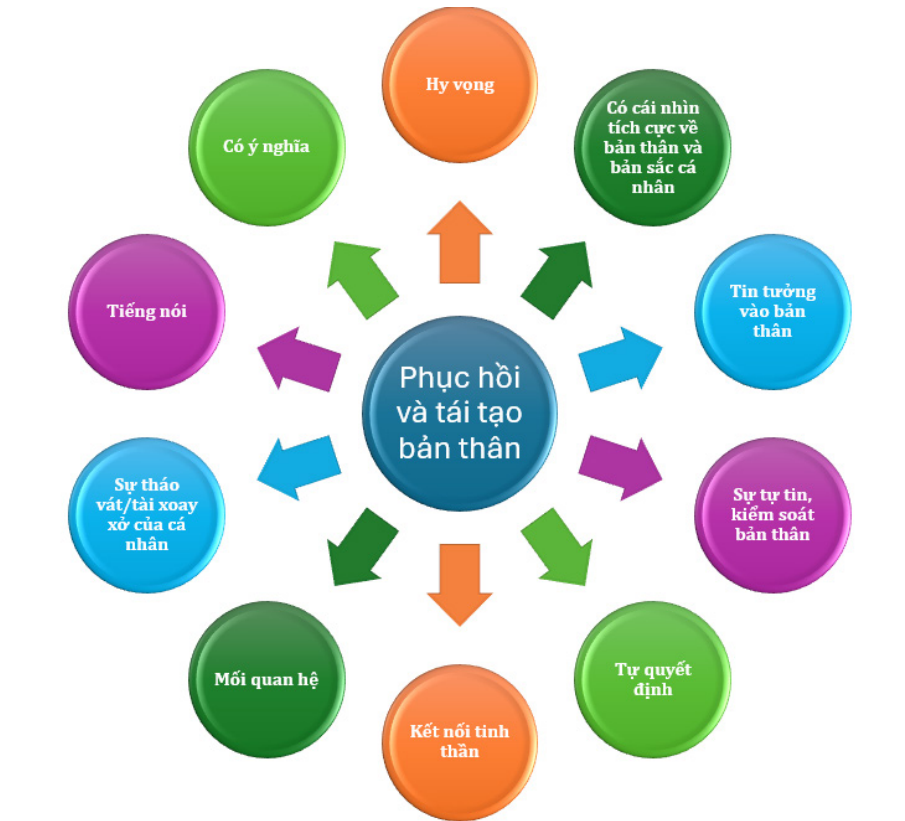
2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Khái niệm phục hồi đã xuất hiện trong từ điển của các dịch vụ sức khỏe tâm thần vào những năm 1980 và đã trở thành một khái niệm ngày càng nổi bật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần trên toàn thế giới. Một đánh giá về tài liệu sức khỏe tâm thần quốc tế cho thấy hiện nay có một mối quan tâm lớn trong việc đưa các khái niệm phục hồi vào tổ chức và cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần ở một số quốc gia, đặc biệt là Hoa Kỳ, New Zealand và Vương quốc Anh (Mental Health Commission, 2005). Gần đây hơn, chính sách công về sức khỏe tâm thần ở Ireland đã nhấn mạnh mẽ vào nhu cầu định hướng phục hồi để thiết kế, phát triển và cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần (Department of Health and Children, 2006). Ngoài ra, một cách tiếp cận tập trung vào phục hồi đối với việc điều trị và chăm sóc khách hàng là một trong những tiêu chuẩn được xác định trong Khung chất lượng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần tại Ireland (Mental Health Commission, 2008). Các quốc gia khác đã áp dụng các nguyên tắc chỉ đạo chung cho quá trình phục hồi bao gồm các khái niệm xoay quanh mô hình phục hồi CHIME (từ viết tắt của các từ tiếng Anh sau: connection, hope, identity, meaning and empowerment) và các nguyên tắc liên quan đến quá trình phục hồi: (i) hy vọng, (ii) kinh nghiệm sống, (iii) sức mạnh của cá nhân, gia đình và cộng đồng, (iv) tự quyết định, (v) hỗ trợ của bạn bè, (vi) mối quan hệ hợp tác, (vii) một cách tiếp cận toàn diện (viii) sự đa dạng văn hóa và (ix) hòa nhập xã hội, phòng chống kỳ thị và phân biệt đối xử. Mô hình phục hồi phù hợp chặt chẽ với các giá trị và khuôn khổ khái niệm của CTXH thúc đẩy trao quyền, quan hệ hợp tác và quyền tự quyết dựa trên quan điểm của lý thuyết hệ sinh thái và mô hình dựa trên sức mạnh (Davidson và cộng sự, 2007; Hyde và cộng sự, 2015). Xuất phát từ quan điểm của những người làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tinh thần sau khi công bố một loạt các nghiên cứu và câu chuyện cá nhân chứng minh rằng quá trình bệnh tâm thần không phải lúc nào cũng là quá trình xấu đi không thể tránh khỏi và những người được chẩn đoán mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng có thể lấy lại hoặc phục hồi cuộc sống có ý nghĩa (Jacobson, 2003).

Khi nghiên cứu các tài liệu thứ cấp về phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, tác giả nhận thấy, các nghiên cứu trên thế giới tập trung vào 2 hướng chính, đó là (i) phục hồi là quá trình và kết quả nội tại của cá nhân và (ii) tài liệu tập trung vào mối quan hệ lặp đi lặp lại giữa trải nghiệm phục hồi của một người và các điều kiện tổ chức/xã hội có thể tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phục hồi.

Ở hướng nghiên cứu thứ nhất, phục hồi là một quá trình và kết quả nội tại của cá nhân. Ở hướng nghiên cứu này, các tác giả cho rằng, phục hồi là về sự thay đổi bên trong về thái độ và niềm tin mà một người trải qua (Coleman, 1999; Young và cộng sự, 1999; Anthony, 2000).

Điều này có nghĩa là, quá trình phục hồi là hành trình thay đổi của các bệnh nhân mắc bệnh tâm thần dựa trên việc họ giành lại quyền kiểm soát cá nhân và ý thức tích cực về bản thân - như một thực thể tình cảm, tinh thần, xã hội, sinh học; có ý thức rõ ràng về sự phát triển của bản thân, có sự phục hồi và lấy lại sự tin tưởng, hy vọng vào bản thân, giành lại tiếng nói cá nhân trong các quyết định liên quan đến cuộc sống; nuôi dưỡng hy vọng và niềm tin về một cuộc sống có mục đích, ý nghĩa ngay cả khi các triệu chứng hoặc thách thức vẫn còn hiện diện - đồng thời giúp cá nhân tái kết nối với cộng đồng xã hội và khía cạnh tâm linh của bản thân (Mental Health Commission, 2005) (hình 1). Là một quá trình, phục hồi rộng hơn nhiều so với việc thuyên giảm các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng và có thể không đại diện cho một phương pháp chữa trị truyền thống. Hay nói cách khác, phục hồi sau bệnh tâm thần không giống như việc chữa khỏi bệnh. Phục hồi có nghĩa là có thể tạo ra và sống một cuộc sống có ý nghĩa và đóng góp cho cộng đồng, có hoặc không có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Điều này đôi khi được gọi là “phục hồi cá nhân”. Quá trình phục hồi giúp các cá nhân có thể tìm thấy hy vọng, phát triển lòng tự trọng và khả năng phục hồi; duy trì cảm giác tích cực về bản thân; có mục đích và ý nghĩa trong cuộc sống của mình; xây dựng các mối quan hệ lành mạnh; trở nên độc lập; hiểu các kỹ năng và hạn chế của bản thân. Những quan điểm mới nổi này “xem khách hàng là chuyên gia thông qua kinh nghiệm và dựa trên việc tạo ra ý nghĩa, hy vọng và sức mạnh” (Hyde và cộng sự, 2015), nó liên quan đến cách sống, thái độ sống và cách thức ứng phó của các cá nhân trước các sự kiện hàng ngày (Deegan, 1992: 8). Và để có được sự phục hồi này, khách hàng cần thực hiện được các mục tiêu nhỏ để có thể hiểu rõ về bản thân và có thể ứng phó, vượt qua được khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần.



Hình 1: Cảnh hoa của sự phục hồi (Mental Health Commission, 2008)

Ở hướng nghiên cứu thứ hai, phục hồi như là các yếu tố điều kiện của các tổ chức/xã hội. Nghiên cứu gần đây về các phương pháp tiếp cận phục hồi trong sức khỏe tâm thần đã chứng minh sự thay đổi trong suy nghĩ theo hướng hiểu biết sâu sắc hơn về các yếu tố góp phần vào quá trình phục hồi (Kirwan, 2020; Lindroos Soggiu và cộng sự, 2020). Anthony (1993) cho rằng, phục hồi không phải là điều mà các chuyên gia có thể làm cho một người, mà là điều mà người sử dụng dịch vụ tự làm cho chính họ. Tuy nhiên, các chuyên gia và thành viên của xã hội có thể tác động tích cực đến tốc độ và khả năng phục hồi của một người bằng cách tạo ra một môi trường tích cực, phong phú và chữa lành bởi “cách tiếp cận phục hồi trong các dịch vụ sức khỏe tâm thần nhấn mạnh đến kỳ vọng phục hồi sau bệnh tâm thần và thúc đẩy việc tự quản lý, tạo điều kiện cho hành trình phục hồi cá nhân của người sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần đồ” (Mental Health Commission, 2005: 4). Tew (2013) cho rằng “các yếu tố xã hội chứ không phải các can thiệp y tế là những yếu tố chính quyết định quá trình phục hồi”. Cách tiếp cận phục hồi cũng tập trung vào các vấn đề về quyền con người, quyền công dân, vận động và quan hệ đối tác giữa người sử dụng dịch vụ với các chuyên gia ở mọi cấp độ và giai đoạn lập kế hoạch, cung cấp và đánh giá dịch vụ. Ngoài ra, các tiếp cận phục hồi nhấn mạnh đến việc thay đổi thái độ, hành vi chẳng hạn như kỳ thị và phân biệt đối xử với những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần, bởi sự kì thị, phân biệt đối xử có thể gây khó khăn hơn so với việc phục hồi của cá nhân sau chính những khó khăn đó (Repper và Perkins, 2003).

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết này sử dụng phương pháp phân tích tài liệu sẵn có để chỉ ra các khái niệm phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, các nguyên tắc của cách tiếp cận phục hồi trong thực hành CTXH và đưa ra một số gợi ý trong việc vận dụng cách tiếp cận phục hồi trong thực hành CTXH với người có vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam. Tác giả lựa chọn các tài liệu dựa trên các tiêu chí sau: (1) sử dụng các công trình nghiên cứu của các tác giả trên thế giới và Việt Nam có nội dung trực tiếp liên quan đến các khái niệm, nguyên tắc và mô hình của phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần và thực hành công tác xã hội đã được công bố trên các tạp chí khoa học, tài liệu của các tổ chức quốc tế có uy tín như WHO, SAMHSA, United Nations... và các nhà xuất bản có uy tín trên thế giới. (2) Tài liệu ưu tiên được xuất bản trong vòng 15 năm gần đây (2010-2025), tuy nhiên, vẫn có một số tài liệu nền tảng kinh điển từ các giai đoạn trước nhằm đảm bảo tính kế thừa và chiều sâu lý luận. Sau khi thu thập được các tài liệu, tác giả tiến hành mã hóa sơ cấp tài liệu, phân loại theo các chủ đề chính là (i) định nghĩa và đặc trưng của phục hồi, (ii) các nguyên tắc cốt lõi trong tiếp cận phục hồi, (iii) vai trò của nhân viên CTXH trong quá trình phục hồi. Từ đó, phân tích, đối chiếu với bối cảnh thực tiễn công tác xã hội với người có vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam, đưa ra đề xuất vận dụng cách tiếp cận phục hồi trong thực hành CTXH với người có vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Khái niệm phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

Khái niệm “phục hồi” trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần và CTXH không mang tính đồng nhất, mà được hiểu như một tiến trình mang tính cá nhân, đa chiều và linh hoạt, phản ánh

những khát vọng, giá trị sống và hoàn cảnh cụ thể của từng cá nhân (Anthony, 1993). Đối với nhiều người, phục hồi không phải là sự trở lại trạng thái trước đây hay việc loại bỏ hoàn toàn các triệu chứng, mà là quá trình giành lại quyền tự chủ đối với bản thân và cuộc sống, nuôi dưỡng hy vọng, và kiến tạo một cuộc đời có ý nghĩa - thông qua lao động, các mối quan hệ cá nhân, thực hành tâm linh, hoặc sự tham gia xã hội một cách tích cực (Slade, 2009).

Trong khung lý thuyết hiện đại, phục hồi được định nghĩa như một tiến trình mang tính nhân văn, nhấn mạnh đến năng lực tự quyết và quyền được sống một cuộc đời có mục đích, bất chấp những giới hạn do rối loạn tâm thần gây ra (Davidson và cộng sự, 2005). Điều này đồng nghĩa với việc phục hồi không nên bị ràng buộc bởi tiêu chuẩn y học thuần túy (như triệu chứng hoặc chẩn đoán), mà cần được đặt trong bối cảnh rộng hơn của sự trao quyền và phẩm giá con người.

Theo tiếp cận dựa trên quyền con người, phục hồi bao hàm quyền được hòa nhập và tham gia đầy đủ vào đời sống chính trị, kinh tế và xã hội trên cơ sở bình đẳng với mọi thành viên trong cộng đồng (United Nations, 2006; WHO, 2013). Những quyền này không phụ thuộc vào việc cá nhân đã “bình phục hoàn toàn” hay đã “hòa nhập”, mà xuất phát từ sự thừa nhận tính đa dạng, giá trị nội tại và tiềm năng của mọi con người - kể cả những người sống chung với rối loạn tâm thần. Đặc biệt, việc khẳng định lại quyền kiểm soát cá nhân và bản sắc xã hội có ý nghĩa quan trọng đối với những người từng trải qua các hình thức tước quyền quyết định - như bị cưỡng bức điều trị, bị giám hộ hoặc bị can thiệp không đồng thuận. Những kinh nghiệm này có thể làm xói mòn cảm giác về quyền năng cá nhân và vì thế, phục hồi trở thành quá trình tái xác lập vị thế chủ thể xã hội của cá nhân (Mezzina và cộng sự, 2006).

Từ góc độ thực hành CTXH, định hướng phục hồi không đo lường bằng việc cá nhân có sử dụng dịch vụ hay thuốc điều trị, mà bằng việc họ có đang sống cuộc đời họ mong muốn hay không (SAMHSA, 2012). Các câu hỏi then chốt cần được đặt ra là: Cá nhân đó có đạt được những mục tiêu mang tính cá nhân? Có bạn bè và các mối quan hệ hỗ trợ tích cực? Có kết nối thực chất với cộng đồng? Và có đang đóng góp hoặc tham gia xã hội theo cách có ý nghĩa đối với chính họ?

Tổ chức Y tế Thế giới (2019), đã đưa ra sự khác nhau giữa cách tiếp cận truyền thống/lâm sàng và cách tiếp cận phục hồi như sau:

Bảng 1: Sự khác nhau giữa cách tiếp cận truyền thống/lâm sàng và cách tiếp cận phục hồi

Cách tiếp cận truyền thống/lâm sàng	Cách tiếp cận phục hồi
Khi bệnh nhân không còn ứng xử kỳ lạ nữa.	Khi bệnh nhân cảm thấy họ đã kiểm soát được cuộc sống của mình và có thể tiếp tục thực hiện một vai trò trong xã hội.
Bệnh nhân không còn là mối nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác nữa.	Khi bệnh nhân hiểu rõ hơn về sự đau khổ về mặt cảm xúc của họ.
Các triệu chứng của bệnh nhân đã thuyên giảm. Ví dụ, bệnh nhân không còn nghe thấy ảo thanh nữa.	Bệnh nhân cảm thấy rằng họ độc lập hơn.
Bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc và sử dụng liều lượng thuốc ổn định.	Bệnh nhân vẫn có thể có các triệu chứng nhưng họ đang sống chung với chúng và có một cuộc sống trọn vẹn.

Nhân viên y tế đã đưa ra quyết định cho bệnh nhân xuất viện, không cần điều trị nội trú nữa.	Khi bệnh nhân có sự đau khổ về mặt cảm xúc như một phần của cuộc sống, nhưng đây không phải là trung tâm của cuộc sống của họ.
Thân nhân người bệnh cảm thấy họ đã khỏe mạnh hơn	

Như vậy, trước những thách thức của niềm tin truyền thống về quá trình bệnh tật và điều trị, phục hồi đã được khái niệm hóa rộng rãi như một quá trình xây dựng một cuộc sống có ý nghĩa và thỏa mãn, theo định nghĩa của chính người đó, bất kể họ có đang trải qua các triệu chứng hoặc vấn đề liên quan đến bệnh tật đang diễn ra hay tái phát hay không (Shepherd và cộng sự, 2008). Gilburt và cộng sự (2013:15) cũng đồng tình với quan điểm này và cho rằng, phục hồi được là một cách sống một cuộc sống thỏa mãn, đầy hy vọng và có ích ngay cả khi có những hạn chế do bệnh tật gây ra. Điều này có nghĩa là phục hồi là quá trình hồi phục, tìm hiểu điểm mạnh và điểm yếu của bản thân và tạo ra một cuộc sống viên mãn cho chính mình. Hầu hết những người được chẩn đoán mắc bệnh tâm thần đều có thể phục hồi với sự hỗ trợ phù hợp.

4.2. Các nguyên tắc của cách tiếp cận phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

Phục hồi được hiểu là quá trình đạt tới trạng thái sức khỏe tối ưu về thể chất, tinh thần và xã hội - theo cách mà mỗi cá nhân tự định nghĩa - dù họ đang sống chung với hay đang hồi phục sau các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Cách tiếp cận phục hồi dựa trên những nguyên tắc như: thừa nhận rằng mỗi người là một cá thể riêng biệt, cần được hỗ trợ để tự đưa ra lựa chọn của mình, được lắng nghe và đối xử với sự tôn trọng và phẩm giá. Mỗi người chính là chuyên gia trong cuộc sống của họ và sự hỗ trợ cần nhằm giúp họ đạt được những hy vọng, mục tiêu và nguyện vọng cá nhân. Khi sử dụng phương pháp tiếp cận phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên CTXH cần chú ý đến các nguyên tắc, giá trị và thái độ sau:

Lạc quan về quá trình phục hồi là nguyên tắc nền tảng đầu tiên của cách tiếp cận phục hồi. Nhân viên CTXH cần nhận thức rõ ràng rằng, yếu tố then chốt chính là niềm tin của bệnh nhân vào khả năng phục hồi và phát huy nội lực của bản thân, bất kể họ đang đối mặt với chẩn đoán, triệu chứng hay vấn đề sức khỏe tâm thần nào. Sự lạc quan và hy vọng trong quá trình phục hồi là những chủ đề xuyên suốt trong nhiều tài liệu được viết bởi những người từng sử dụng dịch vụ và đã phục hồi (Roberts & Wolfson, 2004; Repper & Perkins, 2003). Những nhân viên CTXH lắng nghe sâu sắc những câu chuyện về trải nghiệm của khách hàng sẽ luôn đồng hành cùng họ trong những lúc đau khổ (Berzoff, 2011) và thiết lập các mối quan hệ tin cậy để tạo ra không gian cho khách hàng tìm thấy ý nghĩa và giành lại cảm giác kiểm soát hoàn cảnh của mình, để từ đó khách hàng hiểu rõ một cách mạch lạc, tường tận về bản thân, tăng cường năng lực xã hội và nuôi dưỡng sự hy vọng, sự lạc quan, cảm giác tích cực (Hyde và cộng sự, 2015; Soggiu và cộng sự, 2020).

Ý nghĩa cá nhân: là nguyên tắc thứ hai của cách tiếp cận phục hồi bởi phương pháp này nhấn mạnh sự độc đáo của từng cá nhân và trải nghiệm riêng biệt của họ. Cách tiếp cận phục hồi là một cách tiếp cận mới đòi hỏi những nhân viên CTXH khi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần có cái nhìn mới hơn trong việc hiểu và ghi nhận tiếng nói, trải nghiệm và câu chuyện cá nhân của mỗi người. Thay vì chỉ tập trung vào các chẩn đoán lâm sàng, phương pháp này nhấn mạnh trọng tâm vào tính độc đáo trong trải nghiệm về bệnh tâm thần gắn liền chặt chẽ với ý thức về nhân cách của cá nhân, nội dung của câu chuyện và lời tường thuật của

khách hàng trong việc xây dựng ý nghĩa gắn cho trải nghiệm về bệnh tật của chính mình. Điều này có thể có tác động đáng kể đến tiến trình phục hồi của khách hàng, do đó, câu chuyện cuộc đời, nỗi sợ hãi, hy vọng và hoàn cảnh xã hội độc đáo của khách hàng phải được đặt vào trọng tâm của quá trình điều trị (Barker và cộng sự, 2005, Barker, 2003).

Dịch vụ lấy con người làm trung tâm là nguyên tắc thứ ba của cách tiếp cận phục hồi bởi phương pháp này dựa trên giá trị của các cá nhân được nhìn nhận một cách toàn diện và tôn trọng với mọi khía cạnh: tâm lý, xã hội, tinh thần, thể chất... Nhân viên CTXH làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cần lưu ý rằng, điểm cốt lõi của cách tiếp cận này là sự công nhận và tôn trọng tính độc đáo của từng cá nhân, nhấn mạnh vào sức khỏe, điểm mạnh và tiềm năng phát triển của cá nhân, cùng với cam kết thấu hiểu sâu sắc và đối xử nhân văn. Đối với người có vấn đề sức khỏe tâm thần, họ được coi là những cá nhân có quyền được sống một cuộc đời trọn vẹn - với các sở thích, đam mê và ước mơ - như bất kỳ thành viên nào khác trong xã hội. Mọi hoạt động khi áp dụng phương pháp phục hồi đều hướng tới sự tôn trọng, hòa nhập và bình đẳng, đồng thời bảo vệ và thúc đẩy quyền lợi của người sử dụng dịch vụ. Người sử dụng được hỗ trợ để chủ động định hướng cuộc sống của mình theo cách có ý nghĩa, với niềm tin, hy vọng và sự lạc quan (Mental Health Commission, 2008).

Huy động các nguồn lực cá nhân/kế hoạch tự quản lý cá nhân: là nguyên tắc thứ tư của cách tiếp cận phục hồi. Nhân viên CTXH trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cần huy động sự tham gia chủ động của khách hàng trong quá trình chăm sóc và điều trị. Theo đó, các kế hoạch chăm sóc và điều trị cho khách hàng cần được cá nhân hóa, tích hợp với các chiến lược tự quản lý, được xây dựng thông qua quá trình hợp tác giữa người sử dụng dịch vụ và đội ngũ hỗ trợ của họ. Mô hình này thay thế cho các chương trình điều trị tiêu chuẩn vốn dựa trên sự chỉ đạo một chiều từ chuyên gia. Trong khuôn khổ phương pháp phục hồi, các nhân viên CTXH trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần không đóng vai trò là người ra quyết định duy nhất, mà thay vào đó, họ chủ động thiết lập một mối quan hệ đối thoại tôn trọng với khách hàng để đạt được sự đồng thuận về định hướng chăm sóc và can thiệp lâm sàng, dựa trên nhu cầu, giá trị cá nhân và mục tiêu phục hồi cụ thể của từng khách hàng. Cách tiếp cận này phản ánh sự chuyển dịch từ mô hình y học truyền thống sang mô hình chăm sóc lấy người sử dụng dịch vụ làm trung tâm (Mental Health Commission, 2005). Do đó, cách tiếp cận phục hồi nhằm hỗ trợ khách hàng tiếp cận các nguồn lực nội tại của họ trong hành trình cá nhân của họ và xây dựng một cuộc sống có giá trị, ý nghĩa và thỏa mãn (Allott và Loganathan, 2003).

Dịch vụ do người sử dụng điều chỉnh và hỗ trợ đồng đẳng: là nguyên tắc thứ năm của cách tiếp cận phục hồi. Corrigan và cộng sự (2005) cho rằng, quá trình phục hồi được thúc đẩy hiệu quả nhất thông qua mối quan hệ đối tác giữa các dịch vụ truyền thống và các dịch vụ do chính người sử dụng dịch vụ điều chỉnh. Thêm vào đó, dựa trên nguyên tắc cho rằng việc chia sẻ, cho và nhận sự giúp đỡ giữa những người có kinh nghiệm sống tương đồng không chỉ mang lại sự đồng cảm sâu sắc mà còn có giá trị trị liệu, do đó, cách tiếp cận phục hồi còn sử dụng sự hỗ trợ đồng đẳng. Trong bối cảnh này, khách hàng không chỉ được hưởng lợi từ việc nhận hỗ trợ, mà còn từ chính hành động hỗ trợ người khác. Việc giúp đỡ lẫn nhau góp phần củng cố cảm giác giá trị bản thân, nâng cao năng lực cá nhân và xây dựng kết nối xã hội. Theo cách tiếp cận phục hồi,

các tổ chức hỗ trợ ngang hàng, đồng đẳng và các mô hình tự lực không được xem là lựa chọn phụ trợ, mà là những thành phần cốt lõi, cần thiết trong hệ sinh thái phục hồi toàn diện.

Tôn trọng những trải nghiệm của cá nhân khách hàng: là nguyên tắc thứ sáu của cách tiếp cận phục hồi. Theo đó, cách tiếp cận phục hồi này đòi hỏi nhân viên CTXH cần đề cao vai trò của kiến thức chuyên môn được hình thành từ trải nghiệm cá nhân của khách hàng, gia đình và những người quan trọng khác của họ. Những kinh nghiệm này được xem là nguồn tri thức quý giá, có khả năng đóng góp thiết thực vào quá trình ra quyết định của khách hàng không chỉ trong phạm vi chăm sóc và điều trị mà còn mở rộng sang các hoạt động lập kế hoạch, xây dựng và thiết kế, phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và đánh giá dịch vụ một cách liên tục và có hệ thống (Mental Health Commission, 2005; Fisher, 1994). Những phát triển và hiểu biết hiện tại về quá trình phục hồi và kinh nghiệm sống mang đến cơ hội cho những người làm CTXH tăng cường vai trò của họ trong việc hỗ trợ khách hàng trong các quá trình phục hồi.

Hòa nhập xã hội: là nguyên tắc thứ bảy của cách tiếp cận phục hồi. Cách tiếp cận phục hồi khẳng định quyền cơ bản của mỗi cá nhân được tham gia một cách có ý nghĩa vào đời sống cộng đồng. Bằng chứng quốc tế cho thấy vai trò chính của các yếu tố xã hội và văn hóa trong việc thúc đẩy “hiệu quả cá nhân và năng lực xã hội” có thể được duy trì trong thời gian dài hơn và cho phép mọi người “sống trọn vẹn và đóng góp cuộc sống như những công dân tích cực”. Ramon (2018) cho rằng, các yếu tố xã hội có vai trò quan trọng trong các quá trình phục hồi bởi nó nhấn mạnh vào việc xây dựng sự kết nối và “sự phụ thuộc lẫn nhau với người khác”. Do đó, nhân viên CTXH làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cần chú trọng đến việc hỗ trợ khách hàng giải quyết các rào cản mang tính hệ thống liên quan đến xã hội, thái độ và kinh tế hoặc những yếu tố khác có thể gây cản trở cho việc thực hiện đầy đủ quyền công dân hoặc sự hòa nhập xã hội cho khách hàng như kỳ thị, sự phân biệt đối xử và những hạn chế trong tiếp cận các yếu tố thiết yếu như nhà ở, giáo dục, việc làm và các mối quan hệ xã hội tích cực (Department of Health and Children, 2006; Mental Health Commission, 2005).

4.3. Một số đề xuất vận dụng cách tiếp cận phục hồi trong thực hành công tác xã hội với người có vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

Cách tiếp cận phục hồi nhấn mạnh vào quá trình sống có ý nghĩa ngay cả khi vẫn còn các triệu chứng rối loạn tâm thần. Đây là một quá trình mang tính cá nhân, chứ không chỉ là “phục hồi lâm sàng” (Davidson và cộng sự, 2005; Slade, 2009). Hiện nay, Việt Nam đang từng bước xây dựng và phát triển các chương trình phục hồi trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, tuy nhiên vẫn chưa có một hệ thống quốc gia hóa toàn diện và cũng chưa có nhiều nghiên cứu được công bố đề cập đến cách tiếp cận này trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở lĩnh vực công tác xã hội. Các chương trình phục hồi chủ yếu đến từ sự hợp tác giữa các tổ chức nhà nước, phi chính phủ và các sáng kiến cộng đồng, tập trung vào việc hỗ trợ người có vấn đề về sức khỏe tâm thần tái hòa nhập cuộc sống. Có thể kể đến một vài mô hình như sau: (i) Mô hình phục hồi dựa vào cộng đồng (CBR) với sự hỗ trợ của như Tổ chức Y tế Thế giới cùng với các tổ chức phi chính phủ quốc tế khác đã được triển khai tại Việt Nam từ đầu những năm 2000 tại một số địa phương trọng điểm như Lâm Đồng, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh, và Hải Dương. Các hoạt động chính của CBR bao gồm: Hỗ trợ tái hòa nhập xã hội cho các bệnh nhân khi họ quay trở lại cuộc sống

cộng đồng một cách bình thường; giáo dục, trang bị kỹ năng sống các kỹ năng sống cần thiết để các bệnh nhân tự lập và thích nghi với cuộc sống hàng ngày; hỗ trợ sinh kế thông qua tạo cơ hội việc làm, giúp người bệnh có nguồn thu nhập ổn định, giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội; chăm sóc sức khỏe tâm thần tại nhà thông qua việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ tại môi trường quen thuộc, gần gũi với người bệnh. (ii) Mô hình các nhóm tự lực và hỗ trợ đồng đẳng - nơi những người có cùng trải nghiệm về sức khỏe tâm thần hoặc người thân của họ cùng nhau hỗ trợ lẫn nhau. Một mô hình điển hình do Hội Liên hiệp Thanh niên Việt Nam tại Hà Nội có tên là câu lạc bộ “Người đi qua giông bão” với mục tiêu chính là hỗ trợ tinh thần, chia sẻ kinh nghiệm và tạo lập một mạng lưới hỗ trợ đồng đẳng vững chắc cho những người có các vấn đề như trầm cảm, lo âu, rối loạn lưỡng cực; nhóm “Hồi sinh” tại thành phố Hồ Chí Minh do các nhân viên CTXH thành lập với mục đích nâng cao năng lực và khuyến khích các thành viên tự chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bản thân cho những người có trải nghiệm sống với rối loạn tâm thần như trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn lưỡng cực, rối loạn tâm thần phân liệt ổn định.

Dựa trên cơ sở lý luận và các nguyên tắc đã phân tích ở phần trên, bài viết đề xuất một số định hướng thực hành nhằm vận dụng hiệu quả cách tiếp cận phục hồi trong lĩnh vực CTXH với sức khỏe tâm thần tại Việt Nam.

Thứ nhất, trong nhiều thập niên, chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam chịu ảnh hưởng sâu sắc bởi mô hình y học, tập trung vào việc kiểm soát triệu chứng và tuân thủ điều trị (Nguyễn và cộng sự, 2020). Mô hình này nhận được sự hỗ trợ kỹ thuật đáng kể từ các tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và tổ chức Toàn cầu về hòa nhập người khuyết tật (CBM), cùng với các tổ chức phi chính phủ quốc tế khác. Việc ứng dụng mô hình phục hồi đòi hỏi chuyển dịch sang cách tiếp cận tôn trọng quyền chủ thể, trao quyền cho khách hàng, nhấn mạnh vai trò tích cực của họ trong tiến trình phục hồi cá nhân (Davidson và cộng sự, 2005). Nhân viên CTXH cần định vị lại vai trò của mình không chỉ là người hỗ trợ chuyên môn, mà là bạn đồng hành tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng. Nhân viên CTXH cần xem người có vấn đề sức khỏe tâm thần không phải là “bệnh nhân thụ động cần điều trị”, mà là những chủ thể có năng lực, có quyền tự quyết, có thể phục hồi và sống một cuộc đời ý nghĩa. Việc áp dụng cách tiếp cận phục hồi sẽ tạo điều kiện cho khách hàng được tham gia tích cực vào tiến trình hỗ trợ và điều trị.

Thứ hai, hy vọng được xem là một yếu tố mang tính trị liệu trong quá trình phục hồi (Roberts & Wolfson, 2004; Repper & Perkins, 2003). Trong bối cảnh Việt Nam, nơi người có rối loạn tâm thần thường bị kỳ thị và đánh giá thấp năng lực phục hồi, việc duy trì thái độ lạc quan trong can thiệp trở thành trách nhiệm nghề nghiệp. Nhân viên CTXH cần thực hành “trao quyền thông qua hy vọng” thông qua lắng nghe sâu sắc, phản hồi tích cực và ghi nhận những tiến bộ nhỏ nhất của khách hàng (Berzoff, 2011; Hyde và cộng sự, 2015).

Thứ ba, việc sử dụng trải nghiệm cá nhân như một “nguồn tri thức hợp pháp” cần được công nhận trong thực hành CTXH. Thay vì chỉ dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán DSM hay ICD, nhân viên CTXH cần tiếp cận câu chuyện của khách hàng như một cấu trúc ý nghĩa giúp giải thích bệnh lý và dẫn đường cho tiến trình phục hồi (Barker và cộng sự, 2005; Barker, 2003). Tại Việt Nam, điều này có thể được thực hiện qua các buổi phỏng vấn bán cấu trúc, hồ sơ phục hồi và nhật ký cảm xúc định kỳ.

Thứ tư, thay vì áp dụng kế hoạch điều trị tiêu chuẩn hóa, cách tiếp cận phục hồi yêu cầu xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa, có sự đồng thuận giữa nhân viên hỗ trợ và khách

hàng (Mental Health Commission, 2005; Allott & Loganathan, 2003). Trong bối cảnh Việt Nam, điều này đòi hỏi tái cấu trúc quy trình làm việc liên ngành, nơi nhân viên CTXH giữ vai trò điều phối viên, đảm bảo rằng tiếng nói và nguyện vọng của khách hàng được hiện diện rõ ràng trong từng giai đoạn chăm sóc.

Thứ năm, sự hỗ trợ giữa những người có kinh nghiệm sống tương tự không chỉ góp phần tăng cường cảm giác được thấu hiểu, mà còn nâng cao lòng tự trọng và tính chủ thể của người sử dụng dịch vụ (Corrigan và cộng sự, 2005). Các tổ chức hỗ trợ ngang hàng và mô hình phục hồi do khách hàng điều hành cần được phát triển song song với các dịch vụ chính quy. Tại Việt Nam, cần thúc đẩy khung pháp lý và tài chính cho các mô hình như “câu lạc bộ phục hồi”, “đồng hành phục hồi” hoặc các nhóm tự giúp trong cộng đồng người sống với rối loạn tâm thần.

Thứ năm, việc thiết kế dịch vụ dựa trên toàn diện các chiều cạnh của con người - tâm lý, xã hội, văn hóa và tinh thần - là yêu cầu căn bản của mô hình phục hồi (Mental Health Commission, 2008). Nhân viên CTXH cần chủ động xây dựng các nhóm hỗ trợ liên ngành, đồng thời điều phối dịch vụ giữa y tế, pháp lý, giáo dục và an sinh xã hội nhằm đảm bảo tính thống nhất, liên tục và lấy khách hàng làm trung tâm trong toàn bộ quá trình phục hồi.

Thứ sáu, phục hồi không thể tách rời khỏi các yếu tố cấu trúc xã hội. Tại Việt Nam, sự kỳ thị, thiếu tiếp cận việc làm, nhà ở, giáo dục và dịch vụ y tế chất lượng là những rào cản nghiêm trọng đối với tiến trình phục hồi. Công tác xã hội cần phát huy vai trò vận động chính sách, hỗ trợ pháp lý và xây dựng mạng lưới kết nối cộng đồng để đảm bảo người có vấn đề sức khỏe tâm thần được thực hiện đầy đủ quyền công dân và hòa nhập xã hội (Department of Health and Children, 2006; Ramon, 2018).

Thứ bảy, việc triển khai cách tiếp cận phục hồi đòi hỏi thay đổi trong hệ thống đào tạo và bồi dưỡng chuyên môn. Các chương trình đào tạo CTXH cần tích hợp nội dung về phục hồi, quyền con người, hỗ trợ đồng đẳng và phối hợp đa ngành. Đồng thời, cần phát triển các mô hình thực hành có giám sát, nghiên cứu hành động và đào tạo tại thực địa để nâng cao năng lực triển khai phương pháp phục hồi một cách bài bản, hiệu quả và phù hợp với văn hóa Việt Nam.

Trong bối cảnh Việt Nam đang từng bước chuyển đổi cách tiếp cận chăm sóc sức khỏe tâm thần từ mô hình y học truyền thống sang mô hình lấy con người làm trung tâm, việc tích hợp các mô hình phục hồi vào thực hành công tác xã hội trở nên ngày càng cấp thiết. Bài viết này đề xuất 2 mô hình phổ biến được phát triển và ứng dụng rộng rãi trên thế giới (Leamy và cộng sự, 2011) đó là mô hình CHIME (Connection - Hope - Identity - Meaning - Empowerment) (Bảng 1) và mô hình cánh hoa của sự phục hồi (Bảng 2).

Bảng 1: Ứng dụng mô hình CHIME trong thực hành CTXH lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam

Thành tố CHIME	Vai trò của NV CTXH
1. Connection (Kết nối)	Kết nối khách hàng với gia đình, nhóm hỗ trợ, cộng đồng
2. Hope (Hy vọng)	Nuôi dưỡng niềm tin phục hồi cho khách hàng bằng lắng nghe và phản hồi tích cực
3. Identity (Bản sắc)	NVCTXH trợ giúp khách hàng phục hồi bản sắc cá nhân thông qua các câu chuyện, hoạt động có ý nghĩa
4. Meaning (Ý nghĩa cuộc sống)	Cùng khách hàng xây dựng kế hoạch phục hồi cá nhân hóa, tìm lại mục tiêu, ý nghĩa của cuộc sống
5. Empowerment (Trao quyền)	NV CTXH thúc đẩy sự tham gia chủ động, quyền tự quyết của thân chủ

Bảng 2: Ứng dụng mô hình Cánh hoa của sự phục hồi trong thực hành CTXH lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam

Thành tố Cánh hoa của sự phục hồi	Vai trò của NV CTXH
1. Hy vọng	- Nuôi dưỡng niềm tin về khả năng phục hồi của khách hàng. - Truyền đạt thông điệp lạc quan một cách thực tế - Hỗ trợ khách hàng nhận diện và duy trì hy vọng qua các mốc phục hồi nhỏ.
2. Có cái nhìn tích cực về bản thân và bản sắc cá nhân	- Ghi nhận và khẳng định các khía cạnh tích cực, giá trị cá nhân của khách hàng - Tạo điều kiện để khách hàng thể hiện bản thân qua các liệu pháp trị liệu nghệ thuật, kể chuyện, viết nhật ký. . . - Hỗ trợ khách hàng khám phá lại danh tính ngoài căn bệnh (Barker & Buchanan-Barker, 2005)
3. Tin tưởng vào bản thân, sự tự tin và kiểm soát bản thân	- Hỗ trợ khách hàng xây dựng lòng tự trọng và năng lực tự kiểm soát - Khích lệ các hành vi tích cực của khách hàng - Hỗ trợ khách hàng tự xác định và đạt được mục tiêu cá nhân một cách chủ động
4. Tự quyết định	- Trao quyền tự quyết cho khách hàng. - Cung cấp đầy đủ thông tin giúp khách hàng tham gia vào quá trình ra quyết định điều trị.
5. Kết nối tinh thần	- Lắng nghe và tôn trọng niềm tin tâm linh, giá trị của khách hàng. - Kết nối khách hàng với các tổ chức, nhóm hỗ trợ có nền tảng tín ngưỡng hoặc thiên định, nơi thân chủ cảm thấy được đón nhận và chia sẻ giá trị tinh thần.
6. Mối quan hệ	- Tạo điều kiện để khách hàng cải thiện các mối quan hệ gia đình, bạn bè. - Thành lập các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, trị liệu nhóm - Kết nối khách hàng với mạng lưới xã hội an toàn.
7. Sự tháo vát của cá nhân	- Khuyến khích khách hàng phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề, quản lý cảm xúc.. - Giáo dục kỹ năng sống, kỹ năng xã hội. . . - Kết nối với nguồn lực cộng đồng: học nghề, sinh kế, nhà ở. . .
8. Tiếng nói (Voice)	- Bảo vệ và khuyến khích khách hàng thể hiện quan điểm cá nhân. - Tạo không gian an toàn để khách hàng dễ dàng chia sẻ các trải nghiệm của bản thân. - Vận động chính sách dựa trên tiếng của khách hàng
9. Có ý nghĩa	- Giúp khách hàng khám phá lại giá trị sống và mục tiêu cá nhân - Hỗ trợ khách hàng kết nối với cộng đồng thông qua các hoạt động mang ý nghĩa nhân văn như thiện nguyện, phục vụ cộng đồng. . .

Trong bối cảnh Việt Nam đang từng bước xây dựng hệ thống dịch vụ xã hội lấy người sử dụng làm trung tâm, việc tích hợp hai mô hình này vào đào tạo, thực hành CTXH là điều cần thiết giúp định hình lại vai trò của nhân viên công tác xã hội như người đồng hành và thúc đẩy quá trình trao quyền cho thân chủ. Việc ứng dụng các mô hình này tại Việt Nam góp phần chuyển hướng dịch vụ sức khỏe tâm thần sang tiếp cận nhân văn, cá nhân hóa và tôn trọng quyền chủ thể - từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc và thúc đẩy phục hồi toàn diện.

5. KẾT LUẬN

Phục hồi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần không chỉ là một mục tiêu y khoa mà là một quá trình mang ý nghĩa nhân văn, toàn diện, mang tính cá nhân sâu sắc và được thúc đẩy bởi các nguyên tắc nhân quyền, phẩm giá con người và trao quyền. Phục hồi không đơn thuần là sự vắng mặt của triệu chứng, mà là hành trình tái thiết cuộc sống có ý nghĩa theo cách mà mỗi người tự định nghĩa cho chính mình, với sự hỗ trợ phù hợp từ cá nhân, cộng đồng và hệ thống dịch vụ. Cách tiếp cận phục hồi đặt trọng tâm vào hy vọng, mối quan hệ hỗ trợ, bản sắc cá nhân, ý nghĩa

cuộc sống và sự trao quyền - những nguyên tắc phù hợp chặt chẽ với các giá trị cốt lõi của CTXH. Trong bối cảnh Việt Nam, việc tích hợp cách tiếp cận phục hồi vào thực hành CTXH không chỉ mở ra cơ hội nâng cao chất lượng dịch vụ mà còn góp phần thay đổi cách nhìn nhận về người có vấn đề sức khỏe tâm thần như những chủ thể năng động, có khả năng phục hồi và đóng góp cho cộng đồng. Do đó, nhân viên CTXH cần đóng vai trò then chốt trong việc thúc đẩy, bảo vệ và hiện thực hóa quá trình phục hồi cá nhân - thông qua việc tạo dựng các mối quan hệ hợp tác, định hướng quyền và cam kết vì sự phát triển toàn diện của khách hàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anthony, W. A. (1993). "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
2. Anthony, W.A. (2000). "A recovery-oriented service system: Setting some system standards". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2) 159-168.
3. Allott, P. & Loganathan, L. (2003). *Discovering Hope for recovery from a British perspective - A review of a sample of recovery literature, implications for practice and systems change*. West Midlands Partnerships for Mental Health, Birmingham.
4. Ashcroft, R., Kourgiantakis, T., Fearing, G. (2019). "Social work's scope of practice in primary mental health care: a scoping review". *British Journal of Social Work*, 49:318-34, doi:10.1093/bjsw/bcy051.
5. Barker, P. (2003). "The tidal model: psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care". *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2): 96-102.
6. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: A Guide to mental Health professionals*. Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group, Hove, New York.
7. Berzoff, J. 2011. "Why We Need a Biopsychosocial Perspective with Vulnerable, Oppressed, and at-Risk Clients." *Smith College Studies in Social Work*, 81 (2-3): 132-166. doi:10.1080/00377317.2011.590768.
8. Bộ Y tế (2023). *Việt Nam có khoảng 14 triệu người rối loạn tâm thần*. Truy cập ngày 20/5/2025 từ website: https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/viet-nam-co-khoang-14-trieu-nguoi-roi-loan-tam-than?inheritRedirect=false.
9. Coleman, R. (1999). *Recovery: An Alien concept*. Gloucester: Hansell Publishing.
10. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). "Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?". *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
11. Davidson, L., White, W. (2007). "The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services". *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34:109-20, doi:10.1007/s11414-007-9053-7
12. Department of Health and Children (2006). *A vision for Change: report of the expert Group on mental Health policy*. Stationery office, Dublin.
13. Jacobson, N. (2003). "Defining recovery: An interactionist analysis of mental health policy developments, wisconsin 1996-1999". *Qualitative Health research* Vol. 13 (3), 378-393.
14. Joergensen, K., Praestegaard, J. (2018). "Patient participation as discursive practice-A critical discourse analysis of Danish mental healthcare". *Nursing Inquiry*, 25 (2), <https://doi.org/10.1111/nin.12218>.
15. Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., Craig, T.K.J. (2013). "Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study". *BMC Psychiatry*, 13(167), doi: 10.1186/1471-244X-13-167.
16. Hyde, B., Bowles, W., Pawar, M. (2015). "We're Still in There'—consumer voices on mental health inpatient care: social work research highlighting Lessons for recovery Practice: Table 1". *British Journal of Social Work*, 45: i62-78, doi:10.1093/bjsw/bcv09

17. Karban, K., T. Sparkes, S. Benson, J. Kilyon, and J. Lawrence. (2021). "Accounting for Social Perspectives: An Exploratory Study of Approved Mental Health Professional Practice." *The British Journal of Social Work*, 51(1): 187-204. doi:10.1093/bjsw/bcaa037.
18. Kirwan, G. 2020. "Speaking Truth to Power: Mental Health Service Users' Experiences of Participation in Their Diagnosis and Treatment." *Social Work and Social Sciences Review* Vol.22 (1): 137-156. doi:10.1921/swssr.v22i1.1351.
19. Lindroos Soggiu, A., T. Klevan, L. Davidson, and B. Karlsson. 2020. "A Sort of Friend: Narratives from Young People and Parents about Collaboration with a Mental Health Outreach Team." *Social Work in Mental Health*, 18(4): 383-397. doi:10.1080/15332985.2020.1761932.
20. Mental Health Commission (2005). *A vision for a recovery model in Irish mental Health Services*. Dublin.
21. Mental Health Commission (2007). *Quality Framework: mental Health Services in Ireland*. Dublin.
22. Mental Health Commission (2008). *A recovery approach within the Irish mental health services - A framework for development*. Dublin.
23. Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2006). "From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and full humanity in mental health care". *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61.
24. Nguyen, T. H., Pham, T. T. H., & Le, H. T. (2020). Mental health care in Vietnam: Hard realities and call for change. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102295. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102295>
25. Ramon, S. (2018). "The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services". *Environmental Research and Public Health*, 15 (6): 1-14. doi:10.3390/ijerph15061052.
26. Repper, J. & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery - A model for mental health practice*. Balliere Tindall, Edinburgh, London.
27. Roberts, G. & Wolfson P. (2004). "The rediscovery of recovery: Open to all". *Advances In Psychiatric Treatment*, 10: 37-49.
28. Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
29. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
30. Soggiu, L. A., Klevan, T., Davidson, L., & Karlsson, B. (2020). "A Sort of Friend: Narratives from Young People and Parents about Collaboration with a Mental Health Outreach Team." *Social Work in Mental Health*, 18 (4): 383-397. doi:10.1080/15332985.2020.1761932.
31. Straussner, S. L. A (2001). The role of social workers in the treatment of addictions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1: 3-9, doi.org/10.1300/J160v01n01_02.
32. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. U.S. Department of Health and Human Services.
33. Tew, J. 2013. "Recovery Capital: What Enables a Sustainable Recovery from Mental Health Difficulties?" *European Journal of Social Work*, 16(3): 360-374. doi:10.1080/13691457.2012.687713.
34. Tucker, L., and M. Webber. 2021. "Maybe a Maverick, May be a Parent, but Definitely Not an Honorary Nurse': Social Worker Perspectives on the Role and Nature of Social Work in Mental Health Care." *The British Journal of Social Work*, 51 (2): 545-563. doi:10.1093/bjsw/bcaa202.
35. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*
36. World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.
37. World Health Organization (WHO). (2019). *Recovery practices for mental health and well-being*. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: WHO.
38. Young, S. & Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-232.

TÁC ĐỘNG TIÊU CỰC CỦA FACEBOOK ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN SINH VIÊN (NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUY NHƠN)

TS. Nguyễn Văn Nga¹

Tóm tắt: Nghiên cứu này khảo sát tác động tiêu cực của Facebook đến sức khỏe tâm thần của sinh viên tại Trường Đại học Quy Nhơn. Qua khảo sát 300 sinh viên thuộc nhiều ngành học, kết quả cho thấy các biểu hiện áp lực từ mạng xã hội như cảm giác phải xây dựng hình ảnh “hoàn hảo”, lo lắng về lượt tương tác và thông tin tiêu cực lan truyền trên Facebook đều ảnh hưởng xấu đến tinh thần sinh viên. Phân tích thống kê cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các ngành học về các biểu hiện. Nghiên cứu góp phần nâng cao nhận thức về tác động của mạng xã hội và đề xuất giải pháp hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho sinh viên.

Từ khóa: Facebook, sức khỏe tâm thần, sinh viên, áp lực mạng xã hội, thông tin tiêu cực, Trường Đại học Quy Nhơn

THE NEGATIVE IMPACT OF FACEBOOK ON STUDENTS' MENTAL HEALTH (A CASE STUDY AT QUY NHON UNIVERSITY)

Abstract: This study examines the negative impacts of Facebook on the mental health of students at Quy Nhon University. Based on a survey of 300 students across various faculties, the results reveal that social media pressures such as the need to maintain a “perfect” image, anxiety over interactions, and the spread of negative information on Facebook adversely affect students' mental well-being. Statistical analysis indicates significant differences between faculties in these manifestations. The study raises awareness about the effects of social media and suggests solutions to support students' mental health.

Keywords: Facebook, mental health, students, social media pressure, negative information, Quy Nhon University

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh chuyển đổi số mạnh mẽ và sự bùng nổ của các nền tảng mạng xã hội, Facebook hiện là một trong những kênh giao tiếp được sử dụng rộng rãi nhất trên thế giới. Nhiều khảo sát và nghiên cứu cho thấy giới sinh viên, bao gồm cả tại Việt Nam, đang sử dụng Facebook như một công cụ chính để kết nối bạn bè, chia sẻ thông tin và tương tác xã hội hàng ngày (Nguyen et al., 2025). Tại Trường Đại học Quy Nhơn, phần lớn sinh viên sử dụng Facebook hàng ngày. Tuy nhiên, việc sử dụng mạng xã hội Facebook cũng kéo theo nhiều tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của sinh viên.

Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng sinh viên khi sử dụng mạng xã hội, đặc biệt là Facebook, thường chịu áp lực trong việc xây dựng và duy trì một hình ảnh cá nhân hoàn hảo trên không gian mạng. Họ dễ bị cuốn vào việc theo dõi số lượt tương tác (like, comment, share) và cảm thấy lo lắng nếu không đạt được sự chú ý như kỳ vọng. Tình trạng này có thể dẫn đến hành vi sử dụng Facebook quá mức và thậm chí là lệ thuộc về mặt tâm lý (Stangl, Riedl, Kiemeswenger, & Montag, 2023). Bên cạnh đó, các thông tin tiêu cực, tin đồn hay những bình luận gây căng thẳng

¹ Khoa KHXH & NV, Trường Đại học Quy Nhơn.

lan truyền trên Facebook cũng ảnh hưởng xấu đến tâm trạng, khiến nhiều bạn trẻ cảm thấy cô lập và suy giảm sức khỏe tinh thần (Cheng, Burke, & Davis, 2019). Cụ thể, một nghiên cứu do Hosen và cộng sự (2021) thực hiện với 1.186 sinh viên ở hai trường đại học công lập và 1.472 sinh viên tại một số trường đại học tư thục ở Bangladesh cho thấy gần 50% sinh viên thừa nhận việc dùng Facebook quá nhiều gây rối loạn giấc ngủ và ảnh hưởng đến khả năng tập trung trong học tập cũng như công việc hằng ngày ($p < 0,001$). Ngoài ra, nhiều sinh viên còn gặp phải các vấn đề sức khỏe khác như suy giảm thị lực (71,2%), đau đầu (15,4%) và đau lưng, cổ (28%) (Hosen et al., 2021). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đoàn Phương Linh và cộng sự (2022) cũng chỉ ra rằng tình trạng nghiện Facebook ở thanh niên không phải là hiếm gặp. Nam giới có điểm số nghiện mạng xã hội cao hơn nữ giới (lần lượt là 15,3 và 14,5), đặc biệt phổ biến ở những người sống tại vùng nông thôn, miền núi hoặc người độc thân. Cụ thể, khoảng 16,2% người tham gia khảo sát thường xuyên dành nhiều thời gian suy nghĩ và lên kế hoạch cho việc sử dụng mạng xã hội, 15% cảm thấy cần phải dùng Facebook để quên đi các vấn đề cá nhân, và 11,5% trở nên lo lắng hoặc bức xúc khi không thể truy cập mạng xã hội (Linh et al., 2022).

Xuất phát từ thực trạng đó, nghiên cứu này được tiến hành tại Trường Đại học Quy Nhơn nhằm khảo sát và phân tích mức độ ảnh hưởng tiêu cực của Facebook đối với sức khỏe tâm thần sinh viên. Nghiên cứu tập trung nhận diện những biểu hiện áp lực, tác động của các thông tin tiêu cực trên Facebook cũng như mức độ phổ biến của các biểu hiện đó trong nhóm sinh viên đa ngành. Phương pháp chính được sử dụng là khảo sát bằng bảng hỏi với mẫu 300 sinh viên, kết hợp phân tích thống kê định lượng để đánh giá mối liên hệ giữa việc sử dụng Facebook và sức khỏe tâm thần. Kết quả nghiên cứu không chỉ góp phần làm rõ những thách thức tâm lý mà sinh viên gặp phải trong quá trình sử dụng Facebook, mà còn cung cấp cơ sở khoa học để đề xuất các giải pháp thiết thực nhằm giảm thiểu những tác động tiêu cực từ mạng xã hội này đến sức khỏe tâm thần. Những giải pháp đó cần tập trung vào việc nâng cao nhận thức, xây dựng kỹ năng sử dụng mạng xã hội một cách lành mạnh và phát triển các chương trình hỗ trợ tâm lý phù hợp trong môi trường học đường.

2. NỘI DUNG

2.1. Cơ sở lý luận và tổng quan nghiên cứu

a) Định nghĩa về mạng xã hội và Facebook

Facebook là một nền tảng mạng xã hội trực tuyến (online social networking platform) cho phép người dùng tạo hồ sơ cá nhân, kết nối với người khác, chia sẻ nội dung (bài viết, hình ảnh, video), tham gia vào các nhóm và tương tác xã hội thông qua các chức năng như “like”, “comment” và “share”. Facebook được thành lập vào năm 2004 bởi Mark Zuckerberg và nhanh chóng trở thành mạng xã hội phổ biến nhất thế giới với hơn 3 tỷ người dùng hoạt động hàng tháng tính đến năm 2025 (Boyd & Ellison, 2007).

b) Định nghĩa về sức khỏe tâm thần

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sức khỏe tâm thần là một trạng thái tinh thần mà ở đó mỗi cá nhân nhận thức được năng lực bản thân, có khả năng ứng phó với những căng thẳng thông thường, làm việc hiệu quả và đóng góp cho xã hội (WHO, 2022).

c) Tổng quan một số nghiên cứu về tác động tiêu cực của Facebook đến sức khỏe tâm thần

Một trong những tác động phổ biến được ghi nhận là cảm giác lo âu xã hội và áp lực xây dựng hình ảnh cá nhân. Cheng, Burke và Davis (2019) trong một nghiên cứu công bố tại Hội nghị CHI (Conference on Human Factors in Computing Systems) đã phân tích trải nghiệm của người dùng Facebook và nhận thấy rằng nhiều người cảm thấy mạng xã hội này khiến họ “mất kiểm soát” và “bị ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống cá nhân”. Đặc biệt, sinh viên thường xuyên lo lắng về việc bài đăng của mình không nhận được đủ lượt tương tác, cảm thấy thua kém khi so sánh với người khác, từ đó dẫn đến trạng thái bất an và trầm cảm nhẹ (Cheng et al., 2019). Bên cạnh đó, việc sử dụng Facebook quá mức còn liên quan đến rối loạn giấc ngủ và suy giảm sức khỏe thể chất. Hosen và cộng sự (2021) khảo sát hơn 2.600 sinh viên tại Bangladesh và phát hiện rằng gần 50% người tham gia thừa nhận Facebook khiến họ ngủ không đủ giấc, giảm khả năng tập trung học tập và công việc. Ngoài ra, các vấn đề sức khỏe phổ biến được ghi nhận bao gồm mỏi mắt (71,2%), đau đầu (15,4%) và đau cổ/lưng (28%). Những biểu hiện này không chỉ đơn thuần là hậu quả của việc sử dụng thiết bị điện tử trong thời gian dài mà còn là hệ quả tâm lý của sự căng thẳng kéo dài khi tương tác trên mạng xã hội (Hosen et al., 2021).

Nghiên cứu của Stangl, Riedl, Kiemeswenger và Montag (2023) tổng hợp dữ liệu từ hơn 200 công trình trước đó để phân tích tác động tâm sinh lý tiêu cực của mạng xã hội, trong đó Facebook là ví dụ điển hình. Kết quả cho thấy việc tiếp xúc lâu dài với nền tảng này có thể dẫn đến các triệu chứng lo âu, trầm cảm, cảm giác cô đơn, rối loạn cảm xúc, thậm chí thay đổi một số hoạt động của não bộ liên quan đến xử lý cảm xúc và điều tiết hành vi (Stangl et al., 2023).

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đoàn Phương Linh và cộng sự (2022) đăng trên tạp chí International Journal of Environmental Research and Public Health đã chỉ ra rằng hành vi nghiện mạng xã hội, đặc biệt là Facebook, khá phổ biến trong giới trẻ. Nghiên cứu khảo sát thanh niên từ 16–30 tuổi và phát hiện khoảng 16,2% người tham gia thường xuyên suy nghĩ hoặc lên kế hoạch cho việc dùng Facebook, 15% dùng Facebook như một cách để “quên đi vấn đề cá nhân”, và 11,5% trở nên lo lắng hoặc bức xúc nếu không được truy cập. Điểm nghiện mạng xã hội ở nam cao hơn nữ và phổ biến hơn ở người độc thân, sống ở nông thôn hoặc miền núi (Đoàn, 2022).

Nhìn chung, các nghiên cứu đều có những nhận định rằng việc sử dụng Facebook một cách không kiểm soát có thể dẫn đến nhiều vấn đề tâm lý ở sinh viên như: lo âu, trầm cảm, mất ngủ, nghiện hành vi, suy giảm tương tác xã hội thực, và ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng còn phụ thuộc vào thời lượng sử dụng, loại nội dung tương tác, khả năng quản lý cảm xúc và nhận thức cá nhân của từng sinh viên.

2.2. Các tác động tiêu cực của facebook đến sức khỏe tâm thần sinh viên

Nghiên cứu này được thực hiện tại Trường Đại học Quy Nhơn trong năm 2025 với mục tiêu khảo sát và phân tích các tác động tiêu cực của việc sử dụng Facebook đến sức khỏe tâm thần của sinh viên. Phương pháp chính được sử dụng là khảo sát định lượng thông qua bảng hỏi bán cấu trúc. Cỡ mẫu khảo sát gồm 300 sinh viên thuộc nhiều ngành học khác nhau (Công tác xã hội, Công nghệ thực phẩm, Công nghệ ô tô, Kỹ thuật phần mềm, Giáo dục tiểu học,

Luật), được lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo năm học và giới tính. Dữ liệu thu được được xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, kiểm định chi-squared và phân tích tương quan Pearson để đánh giá mối liên hệ giữa tần suất sử dụng Facebook và các biểu hiện ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần.

Kết quả khảo sát tại Trường Đại học Quy Nhơn cho thấy 100% sinh viên tham gia đều sử dụng Facebook, phản ánh rõ sự phổ biến và vai trò gần như không thể thay thế của nền tảng này trong đời sống học tập, giải trí và giao tiếp xã hội của sinh viên. Đáng chú ý, phần lớn sinh viên bắt đầu sử dụng Facebook từ bậc trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông – giai đoạn đang hình thành nhân cách và tâm lý xã hội. Mặc dù Facebook mang lại nhiều lợi ích trong việc cập nhật thông tin và duy trì kết nối, song việc sử dụng mạng xã hội này với tần suất cao và trong thời gian dài – đặc biệt trong bối cảnh học đường đầy áp lực – đang đặt ra nhiều nguy cơ tiềm ẩn đối với sức khỏe tâm thần sinh viên.

Cơ chế hoạt động đặc trưng của Facebook – bao gồm cập nhật liên tục, phản hồi tức thời, tính lan truyền cao và khả năng “gây nghiện” – dễ dẫn đến nhiều hệ lụy tâm lý như lo âu xã hội, cảm giác cô lập, giảm chất lượng giấc ngủ, rối loạn chú ý, suy giảm hiệu quả học tập và thậm chí là nghiện mạng xã hội. Những hệ quả này không chỉ ảnh hưởng đến tinh thần và hành vi trong ngắn hạn mà còn có nguy cơ làm phát triển các rối loạn tâm thần nghiêm trọng nếu không được can thiệp kịp thời.

2.2.1. Mức độ sinh viên cảm nhận sự lo âu, căng thẳng, mệt mỏi do sử dụng Facebook

Trong nghiên cứu này, tác giả không sử dụng các thang đo chuẩn hóa về sức khỏe tâm thần như DASS-21, PHQ-9 hay BDI để đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm của sinh viên. Thay vào đó, nghiên cứu tiến hành khảo sát định lượng bằng bảng hỏi bán cấu trúc, tập trung vào việc ghi nhận nhận định chủ quan của sinh viên về những cảm xúc tiêu cực phát sinh trong quá trình sử dụng Facebook như: căng thẳng, áp lực, lo âu, mệt mỏi, buồn bã, v.v. Do vậy, các số liệu thu được phản ánh mức độ cảm nhận cá nhân chứ không khẳng định sinh viên đã trải qua các rối loạn tâm lý lâm sàng.

Một trong những biểu hiện tiêu biểu của tác động tiêu cực từ việc sử dụng Facebook là sự gia tăng các trạng thái lo âu và trầm cảm. Không gian ảo của Facebook thường xuyên xuất hiện những hình ảnh và nội dung “đẹp đẽ” về cuộc sống cá nhân, học tập, ngoại hình hay các mối quan hệ xã hội của người khác – vốn đã được chọn lọc và chỉnh sửa kỹ càng. Sự tiếp xúc thường xuyên với các hình ảnh lý tưởng hóa này dễ khiến sinh viên rơi vào vòng so sánh tiêu cực, cảm thấy bản thân kém cỏi, thất bại hoặc bị bỏ lại phía sau. Những cảm xúc tiêu cực lặp đi lặp lại lâu dài có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tâm trạng và lòng tự trọng, từ đó dẫn đến lo âu và trầm cảm.

Kết quả khảo sát tại Trường Đại học Quy Nhơn cũng phần nào phản ánh thực trạng này: 15,7% sinh viên cho biết cảm thấy áp lực khi so sánh bản thân với người khác trên Facebook, trong khi 3,0% thừa nhận cảm thấy lo lắng, căng thẳng do tiếp xúc với các nội dung tiêu cực hoặc các xung đột trên nền tảng này (xem Bảng 1).

Bảng 1: Mức độ sinh viên cảm nhận lo âu, căng thẳng, mệt mỏi do sử dụng Facebook theo giới tính (n = 300)

Cảm nhận	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Vui vẻ, thoải mái khi kết nối với bạn bè	92	30,7%	117	39,0%	209	69,7%
Thư giãn, giảm căng thẳng	109	36,3%	135	45,0%	244	81,3%
Áp lực khi so sánh bản thân với người khác	20	6,7%	27	9,0%	47	15,7%
Căng thẳng vì nội dung tiêu cực hoặc xung đột trên MXH	4	1,3%	5	1,7%	9	3,0%

Kết quả khảo sát định lượng trong Bảng 1 cho thấy phần lớn sinh viên vẫn cảm nhận Facebook mang lại niềm vui và sự thư giãn, với 81,3% cho biết cảm thấy thư giãn, giảm căng thẳng, và 69,7% cảm thấy vui vẻ, thoải mái khi kết nối với bạn bè. Mặc dù vậy, kết quả khảo sát cũng chỉ ra một bộ phận không nhỏ sinh viên đã và đang trải qua những ảnh hưởng cảm xúc tiêu cực việc sử dụng Facebook. Cụ thể, 15,7% sinh viên cho biết thường xuyên cảm thấy áp lực khi so sánh bản thân với người khác, trong khi 3,0% cảm thấy lo âu, căng thẳng do tiếp xúc với các nội dung mang tính tiêu cực hoặc gây xung đột. Đáng chú ý, tỷ lệ nữ sinh phản ánh những cảm xúc tiêu cực này cao hơn so với nam sinh, cho thấy sự nhạy cảm và dễ bị tác động hơn của nhóm này trước các yếu tố xã hội và hình ảnh lý tưởng hóa trên mạng xã hội. Kết quả nghiên cứu định tính thông qua phỏng vấn sâu 10 sinh viên cũng cho thấy những biểu hiện tương đồng với dữ liệu định lượng. Nhiều sinh viên, đặc biệt là nữ, chia sẻ rằng họ thường xuyên cảm thấy thiếu tự tin hoặc bị áp lực khi chứng kiến những bài đăng về thành tích học tập, ngoại hình, hoặc đời sống “sang chảnh” của bạn bè trên Facebook. Một nữ sinh năm hai chia sẻ: “Cứ mỗi lần thấy người ta check-in chỗ sang trọng hay đạt học bổng gì đó là mình thấy mình tụt lại phía sau, dù biết không nên so sánh.” Ngoài ra, quan sát hành vi sử dụng Facebook tại thư viện và khu tự học cũng ghi nhận một số sinh viên lướt Facebook để tạm “thoát” khỏi áp lực học tập, nhưng sau đó lại rơi vào trạng thái buồn bã hoặc kém tập trung khi tiếp xúc với các nội dung tiêu cực. Một số sinh viên có xu hướng đọc các bình luận tranh cãi, từ đó bị lôi kéo vào cảm giác ức chế, khó chịu, dù không liên quan trực tiếp.

Bảng 2: Kết quả kiểm định Chi bình phương giữa yếu tố nhân khẩu học và cảm xúc/tâm trạng khi sử dụng Facebook

Biến kiểm định	Pearson Chi-Square	df	Sig. (2-sided)	Likelihood Ratio	Linear-by-Linear Association (χ^2)	Sig. Linear-by-Linear	N
Giới tính	10.071	3	0.018*	10.069	2.527	0.112	300
Năm học (Khóa học)	12.357	9	0.191	12.457	0.785	0.376	300

Kết quả kiểm định Chi bình phương giữa giới tính và cảm xúc/tâm trạng khi sử dụng Facebook cho thấy giá trị Pearson Chi-Square = 10.071 với bậc tự do (df) = 3 và mức ý nghĩa Sig. (2-sided) = 0.018, nhỏ hơn 0.05. Điều đó chứng tỏ rằng sự khác biệt trong phản ứng cảm xúc giữa nam và nữ sinh viên là có ý nghĩa thống kê. Nói cách khác, giới tính có ảnh hưởng đáng kể đến cách sinh viên trải nghiệm các trạng thái cảm xúc khi sử dụng Facebook, như cảm thấy vui vẻ, thư giãn, hoặc chịu áp lực, căng thẳng từ các nội dung tiêu cực. Cụ thể, dữ liệu cho thấy nữ sinh viên có xu hướng cảm thấy vui vẻ và thư giãn nhiều hơn nam giới khi sử dụng Facebook. Tuy nhiên, họ cũng đồng thời là nhóm dễ bị ảnh hưởng tiêu cực hơn: có tỷ lệ cao hơn về cảm giác áp lực khi so sánh bản thân với người khác và cảm thấy căng thẳng trước

các nội dung xung đột hoặc tiêu cực trên nền tảng này. Ngược lại, nam sinh viên thể hiện mức độ ảnh hưởng thấp hơn trong các trạng thái tiêu cực nêu trên. Bên cạnh đó, mặc dù kiểm định “Linear-by-Linear Association” cho giới tính cho ra giá trị thống kê là 2.527 với $p = 0.112$ (lớn hơn 0.05), không đạt ý nghĩa thống kê, nhưng kết quả này chỉ phản ánh rằng không có xu hướng tuyến tính rõ ràng giữa giới tính và mức độ cảm xúc. Tổng thể các kiểm định vẫn cho thấy giới tính là một biến quan trọng cần xem xét trong nghiên cứu tác động tâm lý của mạng xã hội. Từ đó, có thể khẳng định rằng giới tính là một yếu tố cần được lưu tâm trong các chiến lược chăm sóc và hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho sinh viên. Việc xây dựng các chương trình tư vấn, phòng ngừa hoặc can thiệp cần tính đến sự khác biệt về giới – đặc biệt là với nữ sinh viên, nhóm có nguy cơ cao hơn trong việc chịu tác động tiêu cực từ các yếu tố cảm xúc và xã hội trên Facebook. Việc nhận diện sớm và hỗ trợ kịp thời sẽ góp phần giảm thiểu nguy cơ phát triển các vấn đề về lo âu, trầm cảm cũng như các hệ lụy sức khỏe tâm thần khác trong cộng đồng sinh viên hiện đại.

Xét theo năm học, kết quả khảo sát từ Biểu đồ 1 cho thấy sinh viên năm cuối (Khóa 44 và 45) có tỷ lệ cảm thấy vui vẻ, thoải mái hoặc thư giãn khi sử dụng Facebook cao hơn so với sinh viên năm hai hoặc năm nhất (Khóa 46 và 47). Cụ thể, 27,7% sinh viên Khóa 44 và 26,0% sinh viên Khóa 45 cho biết cảm thấy vui vẻ khi dùng Facebook, trong khi tỷ lệ này ở Khóa 46 và 47 chỉ còn 12,3% và 3,7%. Tuy nhiên, cũng chính sinh viên năm cuối lại có tỷ lệ cảm thấy áp lực khi so sánh bản thân với người khác cao hơn (Khóa 44 là 5,0%; Khóa 45 là 8,0%), trong khi sinh viên Khóa 47 không ghi nhận trường hợp nào. Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ việc sinh viên năm cuối đang phải đối mặt với nhiều áp lực hơn liên quan đến học tập, thực tập và định hướng nghề nghiệp sau khi ra trường, khiến họ dễ bị tác động hơn bởi các nội dung lý tưởng hóa trên mạng xã hội.

Dù vậy, kết quả kiểm định Chi bình phương giữa cảm xúc và năm học cho thấy không có mối liên hệ thống kê rõ ràng ($\chi^2 = 12.357$, $df = 9$, $p = 0.191 > 0.05$). Điều này có nghĩa là sự khác biệt về cảm xúc giữa các năm học có thể chỉ mang tính xu hướng, chưa đủ mạnh để khẳng định có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, điều này vẫn gợi mở một hướng nghiên cứu quan trọng: sinh viên năm cuối có thể là nhóm có nguy cơ cao hơn trong việc chịu tác động tiêu cực từ mạng xã hội, do vậy cần được quan tâm nhiều hơn trong các chương trình hỗ trợ tâm lý và tư vấn học đường.

2.2.2. Mức độ sinh viên cảm nhận giảm chất lượng giấc ngủ và khả năng tập trung

Trong nghiên cứu này, tác giả không sử dụng các thang đo chuẩn hóa như PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) hay ISI (Insomnia Severity Index) để đo lường chất lượng giấc ngủ hoặc mức độ mất ngủ của sinh viên. Thay vào đó, dữ liệu được thu thập thông qua bảng hỏi khảo sát do tác giả xây dựng, trong đó sinh viên tự đánh giá mức độ bị ảnh hưởng đến giấc ngủ và khả năng tập trung bởi việc sử dụng Facebook. Do vậy, kết quả phản ánh cảm nhận chủ quan của người tham gia khảo sát, không mang tính chẩn đoán lâm sàng, nhưng vẫn cho thấy xu hướng đáng quan tâm về ảnh hưởng tiêu cực của Facebook đối với sức khỏe tinh thần và thể chất của sinh viên.

Bảng 3: Mức độ sinh viên cảm nhận việc sử dụng Facebook ảnh hưởng đến giấc ngủ, theo giới tính, năm học và chuyên ngành (n = 300)

Yếu tố nhân khẩu học	Nhóm cụ thể	Mức ảnh hưởng			Tổng (n/%)
		Rất ảnh hưởng (n/%)	Ảnh hưởng nhẹ (n/%)	Không ảnh hưởng (n/%)	
Giới tính	Nam	46 (36.2%)	65 (51.2%)	16 (12.6%)	127 (42.3%)
	Nữ	52 (30.1%)	80 (46.2%)	41 (23.7%)	173 (57.7%)
Năm học	Khóa 44	39 (35.8%)	57 (52.3%)	13 (11.9%)	109 (36.3%)
	Khóa 45	40 (34.2%)	58 (49.6%)	19 (16.2%)	117 (39.0%)
	Khóa 46	16 (30.2%)	23 (43.4%)	14 (26.4%)	53 (17.7%)
	Khóa 47	3 (14.3%)	7 (33.3%)	11 (52.4%)	21 (7.0%)
Chuyên ngành	CTXH	8 (14.8%)	26 (48.1%)	20 (37.0%)	54 (18.0%)
	CNTP	13 (44.8%)	13 (44.8%)	3 (10.3%)	29 (9.7%)
	CN Ô tô	28 (58.3%)	20 (41.7%)	0 (0.0%)	48 (16.0%)
	KTPM	12 (22.6%)	30 (56.6%)	11 (20.8%)	53 (17.7%)
	GDTH	12 (24.5%)	20 (40.8%)	17 (34.7%)	49 (16.3%)
	Luật	25 (37.3%)	36 (53.7%)	6 (9.0%)	67 (22.3%)

Kết quả khảo sát thể hiện rõ sự ảnh hưởng này với các biến số giới tính, năm học và chuyên ngành (Bảng 3). Cụ thể, tỷ lệ sinh viên bị ảnh hưởng “rất nhiều” do sử dụng Facebook trước giờ ngủ là 15.3% ở nam và 17.3% ở nữ; đồng thời tỷ lệ ảnh hưởng nhẹ ở nữ (26.7%) cũng cao hơn nam (21.7%), trong khi tỷ lệ không ảnh hưởng ở nữ lại thấp hơn (13.7% so với 5.3% ở nam). Điều này cho thấy nữ sinh có xu hướng chịu tác động tiêu cực về chất lượng giấc ngủ nhiều hơn nam, tuy sự khác biệt này chỉ gần đạt mức ý nghĩa thống kê (Pearson Chi-square $p = 0.051$).

Theo năm học, sinh viên khóa 44 và 45 chịu ảnh hưởng lớn hơn với tỷ lệ “rất ảnh hưởng” lần lượt là 13.0% và 13.3%, trong khi các khóa như khóa 46 và 47 chỉ có tỷ lệ rất ảnh hưởng thấp hơn nhiều, 5.3% và 1.0%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p = 0.001$), cho thấy mức độ tác động của Facebook lên giấc ngủ có xu hướng giảm dần theo các khóa học trẻ hơn, có thể do ý thức và thói quen sử dụng mạng xã hội được cải thiện.

Đáng chú ý, mức độ ảnh hưởng còn khác biệt theo chuyên ngành học. Sinh viên ngành Công nghệ ô tô và Luật có tỷ lệ “rất ảnh hưởng” cao nhất lần lượt là 9.3% và 8.3%, trong khi ngành Công tác xã hội chỉ có 2.7%. Tỷ lệ ảnh hưởng nhẹ cũng phân bố không đều, ngành Luật và Kỹ thuật phần mềm chiếm tỷ lệ 12.0% và 10.0%, cao hơn các ngành khác. Kiểm định Chi-square cho thấy sự khác biệt này rất có ý nghĩa ($p < 0.001$), minh chứng rằng đặc thù ngành học ảnh hưởng đáng kể đến mức độ tác động của việc sử dụng Facebook đối với giấc ngủ sinh viên.

Bảng 4. Kết quả kiểm định Chi-square về ảnh hưởng của việc sử dụng Facebook đến chất lượng giấc ngủ và khả năng tập trung của sinh viên theo giới tính, khóa học và ngành học (n = 300)

Kiểm định	Giới tính	Khóa học	Ngành học
Pearson Chi-Square (Value)	5.971	21.503	51.085
bậc tự do (df)	2	6	10
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.051	0.001	0.000
Likelihood Ratio (Value)	6.188	18.474	57.669

bậc tự do (df)	2	6	10
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.045	0.005	0.000
Linear-by-Linear Association (Value)	4.368	11.833	2.258
bậc tự do (df)	1	1	1
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.037	0.001	0.133
Số mẫu (N of Valid Cases)	300	300	300

Kết quả kiểm định Chi-square Pearson, Likelihood Ratio và Linear-by-Linear Association (Bảng 4) nhất quán cho thấy năm học và ngành học là những yếu tố ảnh hưởng chính đến mức độ giảm chất lượng giấc ngủ do sử dụng Facebook (p lần lượt là 0.001 và <0.001), trong khi giới tính có ảnh hưởng yếu hơn và chỉ gần đạt mức ý nghĩa (p = 0.051).

Ngoài số liệu định lượng, kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy sự ảnh hưởng rõ nét của việc sử dụng Facebook trước giờ ngủ đến chất lượng giấc ngủ và khả năng tập trung của sinh viên. Chia sẻ trong buổi phỏng vấn, nữ sinh viên N.T nhận xét: “Em thường lướt Facebook rất lâu trước khi đi ngủ, đôi khi thức khuya đến tận 1-2 giờ sáng. Màn hình sáng khiến em khó chịu và mất ngủ, hôm sau đến lớp cảm thấy rất mệt, không tập trung được bài giảng.” Tương tự, một số bạn sinh viên khác cũng cho biết thói quen dùng điện thoại, đặc biệt là các ứng dụng mạng xã hội như Facebook, là nguyên nhân khiến họ bị mất ngủ hoặc ngủ không sâu, gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tinh thần và kết quả học tập.

Những kết quả này chỉ ra rằng việc sử dụng Facebook trước khi ngủ làm giảm chất lượng giấc ngủ và khả năng tập trung của sinh viên, đồng thời mức độ ảnh hưởng phụ thuộc vào giới tính, năm học và ngành học. Do đó, các biện pháp can thiệp cần được thiết kế phù hợp với từng nhóm đối tượng nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi thói quen sử dụng mạng xã hội trước giờ ngủ, góp phần cải thiện sức khỏe giấc ngủ và hiệu quả học tập của sinh viên.

2.2.3. Cảm giác cô lập và giảm kỹ năng giao tiếp thực tế

Mặc dù Facebook mang lại một mạng lưới kết nối rộng lớn, nhiều sinh viên trong khảo sát cho rằng các mối quan hệ qua mạng xã hội này chỉ mang tính chất bề mặt, thiếu chiều sâu và không thể thay thế được sự tương tác trực tiếp trong đời thực. Việc quá phụ thuộc vào hình thức giao tiếp trực tuyến khiến họ cảm thấy ngày càng xa rời các mối quan hệ thật ngoài đời, dẫn đến cảm giác cô lập, lạc lõng, thậm chí là giảm sự tự tin trong giao tiếp trực tiếp.

Bảng 5. Mối liên hệ giữa cảm nhận về sự cô lập và giao tiếp thực tế với các yếu tố Giới tính, Khóa học và Chuyên ngành học (n = 300)

Yếu tố nhân khẩu học	Nhóm cụ thể	Mức độ biểu hiện				Tổng (n/%)
		Tự tin hơn trong giao tiếp (n/%)	Dễ bị ảnh hưởng bởi ý kiến người khác (n/%)	Cảm thấy bị cô lập khi không thể truy cập Facebook (n/%)	Ít giao tiếp trực tiếp với người xung quanh (n/%)	
Giới tính	Nam	80 (26.7%)	76 (25.3%)	36 (12.0%)	5 (1.7%)	127 (42.3%)
	Nữ	89 (29.7%)	81 (27.0%)	40 (13.3%)	24 (8.0%)	173 (57.7%)

Khóa học	Khóa 44	61 (20.3%)	65 (21.7%)	24 (8.0%)	7 (2.3%)	109 (36.3%)
	Khóa 45	68 (22.7%)	61 (20.3%)	33 (11.0%)	13 (4.3%)	117 (39.0%)
	Khóa 46	32 (10.7%)	25 (8.3%)	15 (5.0%)	5 (1.7%)	53 (17.7%)
	Khóa 47	8 (2.7%)	6 (2.0%)	4 (1.3%)	4 (1.3%)	21 (7.0%)
Chuyên ngành	CTXH	28 (9.3%)	17 (5.7%)	9 (3.0%)	8 (2.7%)	54 (18.0%)
	CNTP	10 (3.3%)	21 (7.0%)	13 (4.3%)	6 (2.0%)	29 (9.7%)
	CN Ô tô	32 (10.7%)	34 (11.3%)	24 (8.0%)	4 (1.3%)	48 (16.0%)
	KTPM	29 (9.7%)	26 (8.7%)	7 (2.3%)	3 (1.0%)	53 (17.7%)
	GDTH	26 (8.7%)	13 (4.3%)	8 (2.7%)	3 (1.0%)	49 (16.3%)
	Luật	44 (14.7%)	46 (15.3%)	15 (5.0%)	5 (1.7%)	67 (22.3%)

Kết quả khảo sát ở bảng 5 thể hiện rõ rằng sinh viên dễ bị ảnh hưởng bởi ý kiến của người khác, cho thấy mức độ phụ thuộc vào đánh giá và phản hồi xã hội trên không gian mạng là khá phổ biến. Bên cạnh đó, nhiều sinh viên thừa nhận cảm thấy bị cô lập khi không thể truy cập Facebook, phản ánh mức độ gắn bó tâm lý với nền tảng mạng xã hội này và cho thấy Facebook đang thay thế dần vai trò của các hình thức giao tiếp truyền thống trong đời sống sinh viên.

Phân tích theo khóa học cho thấy sinh viên ở những năm cuối, những người đã có nhiều thời gian tiếp xúc với môi trường đại học, có tỷ lệ cảm thấy bị ảnh hưởng bởi ý kiến người khác hoặc cảm giác cô lập cao hơn so với sinh viên ở những năm đầu của khóa học. Thực tế này gợi ý rằng quá trình sử dụng Facebook kéo dài trong suốt thời gian học đại học có thể làm gia tăng mức độ phụ thuộc và cảm giác cô lập. Đồng thời, tỷ lệ cảm thấy bị cô lập khi không thể truy cập Facebook cũng cao hơn ở các sinh viên năm cuối.

Xét theo chuyên ngành học, sinh viên ngành Luật và Công nghệ ô tô có tỷ lệ cao nhất trong cả hai nhóm “dễ bị ảnh hưởng” và “cảm thấy bị cô lập khi không vào được Facebook”. Ngược lại, nhóm ngành Giáo dục Tiểu học và Công nghệ Thông tin phần mềm lại có tỷ lệ thấp hơn, qua đó có thể gợi mở mối liên hệ giữa đặc thù chuyên ngành, mức độ tương tác xã hội trong quá trình học và sự lệ thuộc vào mạng xã hội.

Đáng chú ý, dù số lượng không lớn, vẫn có một bộ phận sinh viên thừa nhận rằng họ ít giao tiếp trực tiếp với người xung quanh do sử dụng Facebook thường xuyên. Tình trạng này nếu kéo dài có thể dẫn đến suy giảm kỹ năng giao tiếp thực tế – một kỹ năng thiết yếu đối với sinh viên trong học tập, công việc và đời sống cá nhân.

Bảng 6. Kết quả kiểm định Chi-square về cảm nhận cá nhân về cảm giác cô lập theo các biến:
Giới tính, Khóa học và Ngành học (n = 300)

Kiểm định	Giới tính	Khóa học	Ngành học
Pearson Chi-Square (Value)	8.132	10.731	26.245
bậc tự do (df)	3	9	15
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.043	0.274	0.019
Likelihood Ratio (Value)	8.116	10.553	25.768
bậc tự do (df)	3	9	15
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.044	0.304	0.022

Linear-by-Linear Association (Value)	2.962	1.752	0.974
bậc tự do (df)	1	1	1
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.085	0.186	0.324
Số mẫu (N of Valid Cases)	300	300	300

Kết quả kiểm định Chi-square (Bảng 5) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính (Sig. = 0.043) và theo ngành học (Sig. = 0.019) đối với cảm nhận cá nhân về cảm giác cô lập, trong khi sự khác biệt theo khóa học không có ý nghĩa thống kê (Sig. = 0.274). Điều này chứng minh rằng yếu tố giới tính và chuyên ngành học có ảnh hưởng đáng kể đến cách sinh viên cảm nhận sự cô lập khi sử dụng Facebook, và là những biến cần được xem xét kỹ trong các can thiệp giáo dục hoặc hỗ trợ tâm lý – xã hội.

2.2.4. Mức độ cảm nhận của sinh viên về lo lắng và lệ thuộc vào Facebook

Trong bối cảnh công nghệ số phát triển mạnh mẽ, mạng xã hội – đặc biệt là Facebook – đã trở thành một phần không thể thiếu trong đời sống hàng ngày của sinh viên. Tuy nhiên, bên cạnh những tiện ích trong việc kết nối và chia sẻ, Facebook cũng tiềm ẩn nguy cơ gây lệ thuộc về mặt tâm lý và cảm xúc. Việc quá phụ thuộc vào nền tảng này không chỉ dừng lại ở thói quen, mà còn có thể là biểu hiện của tình trạng nghiện mạng xã hội (social media addiction), ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần, các mối quan hệ xã hội cũng như hiệu quả học tập của người sử dụng.

Nhằm đánh giá mức độ lo lắng và lệ thuộc vào Facebook của sinh viên, nghiên cứu này sử dụng phiếu khảo sát tự đánh giá, trong đó người tham gia được yêu cầu tự xác định cảm nhận của bản thân khi không thể truy cập Facebook trong thời gian dài. Thang đo sử dụng gồm ba mức độ: rất lo lắng, lo lắng vừa phải và không lo lắng. Các câu trả lời phản ánh trực tiếp cảm nhận chủ quan của sinh viên, không dựa trên các thang đo chuẩn hóa quốc tế như UCLA Loneliness Scale hay Bergen Social Media Addiction Scale, mà chủ yếu nhằm nhận diện khuynh hướng lệ thuộc từ góc nhìn thực tiễn của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 7. Mức độ lo lắng khi không thể truy cập Facebook trong thời gian dài theo Giới tính, Khóa học và Chuyên ngành học (n = 300)

Yếu tố nhân khẩu học	Nhóm cụ thể	Các mức độ			Tổng số
		Rất lo lắng	Lo lắng vừa phải	Không lo lắng	
Giới tính	Nam	26 (8,7%)	38 (12,7%)	63 (21,0%)	127 (42,3%)
	Nữ	30 (10,0%)	74 (24,7%)	69 (23,0%)	173 (57,7%)
Khóa học	Khóa 44	27 (9,0%)	41 (13,7%)	41 (13,7%)	109 (36,3%)
	Khóa 45	16 (5,3%)	45 (15,0%)	56 (18,7%)	117 (39,0%)
	Khóa 46	10 (3,3%)	17 (5,7%)	26 (8,7%)	53 (17,7%)
	Khóa 47	3 (1,0%)	9 (3,0%)	9 (3,0%)	21 (7,0%)

Chuyên ngành	Công tác xã hội	12 (4,0%)	23 (7,7%)	19 (6,3%)	54 (18,0%)
	CN Thực phẩm	6 (2,0%)	8 (2,7%)	15 (5,0%)	29 (9,7%)
	CN Ô tô	14 (4,7%)	17 (5,7%)	17 (5,7%)	48 (16,0%)
	KT Phần mềm	8 (2,7%)	15 (5,0%)	30 (10,0%)	53 (17,7%)
	GD Tiểu học	7 (2,3%)	22 (7,3%)	20 (6,7%)	49 (16,3%)
	Luật	9 (3,0%)	27 (9,0%)	31 (10,3%)	67 (22,3%)

Kết quả về mức độ lo lắng khi không thể truy cập Facebook trong thời gian dài được thể hiện trong Bảng 7 cho thấy có sự phân bố khá rõ ràng giữa các nhóm giới tính, khóa học và chuyên ngành. Cụ thể, nhóm nữ sinh có tỷ lệ cảm thấy “rất lo lắng” (10,0%) cao hơn so với nam sinh (8,7%), đồng thời cũng có tỷ lệ lo lắng vừa phải lớn hơn (24,7% so với 12,7%). Điều này cho thấy nữ sinh có xu hướng gắn bó mật thiết hơn với Facebook hoặc có mức độ phụ thuộc cao hơn về mặt cảm xúc so với nam sinh. Mặt khác, tỷ lệ không lo lắng ở cả hai giới tương đối cân bằng, lần lượt là 23,0% ở nữ và 21,0% ở nam, cho thấy một bộ phận sinh viên vẫn duy trì được sự kiểm soát và không bị ảnh hưởng nhiều khi bị gián đoạn truy cập mạng xã hội.

Xét theo khóa học, sinh viên khóa 44 có tỷ lệ lo lắng rất cao nhất (9,0%), tiếp theo là khóa 45 (5,3%), khóa 46 (3,3%) và khóa 47 (1,0%), phản ánh xu hướng giảm dần theo thời gian hoặc kinh nghiệm sử dụng mạng xã hội. Các khóa mới hơn có thể đã có ý thức hơn về việc kiểm soát thói quen dùng Facebook hoặc có sự đa dạng hơn về các hình thức giải trí và kết nối xã hội khác. Đối với chuyên ngành học, tỷ lệ sinh viên “rất lo lắng” tập trung chủ yếu ở ngành Công tác xã hội (4,0%) và Công nghệ ô tô (4,7%), trong khi các ngành còn lại dao động từ 0,7% đến 3,0%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc thù ngành học, mức độ áp lực học tập hoặc các yếu tố văn hóa riêng biệt của từng ngành.

Bảng 8. Mức độ lệ thuộc vào Facebook của sinh viên theo giới tính, khóa học và chuyên ngành học (n = 300)

Yếu tố nhân khẩu học	Nhóm cụ thể	Các mức độ			Tổng số
		Rất lệ thuộc	Lệ thuộc một chút	Không nghĩ là lệ thuộc	
Giới tính	Nam	14 (4,7%)	51 (17,0%)	62 (20,7%)	127 (42,3%)
	Nữ	22 (7,3%)	78 (26,0%)	73 (24,3%)	173 (57,7%)
Khóa học	Khóa 44	19 (6,3%)	45 (15,0%)	45 (15,0%)	109 (36,3%)
	Khóa 45	11 (3,7%)	54 (18,0%)	52 (17,3%)	117 (39,0%)
	Khóa 46	2 (0,7%)	23 (7,7%)	28 (9,3%)	53 (17,7%)
	Khóa 47	4 (1,3%)	7 (2,3%)	10 (3,3%)	21 (7,0%)
Chuyên ngành	Công tác xã hội	9 (3,0%)	24 (8,0%)	21 (7,0%)	54 (18,0%)
	CN Thực phẩm	4 (1,3%)	8 (2,7%)	17 (5,7%)	29 (9,7%)
	CN Ô tô	11 (3,7%)	21 (7,0%)	16 (5,3%)	48 (16,0%)
	KT Phần mềm	4 (1,3%)	21 (7,0%)	28 (9,3%)	53 (17,7%)
	GD Tiểu học	2 (0,7%)	28 (9,3%)	19 (6,3%)	49 (16,3%)
	Luật	6 (2,0%)	27 (9,0%)	34 (11,3%)	67 (22,3%)

Về mức độ lệ thuộc vào Facebook (Bảng 8), phân tích cho thấy 12,0% sinh viên nhận thấy mình “có rất lệ thuộc” vào mạng xã hội này, trong đó nữ sinh chiếm tỷ lệ cao hơn (7,3% so với 4,7% nam). Nhóm có mức lệ thuộc “có một chút” chiếm tỷ lệ lớn nhất với 43,0%, nữ cũng áp

đảo với 26,0% so với 17,0% nam. Phần còn lại, 45,0% sinh viên tự đánh giá “không nghĩ là mình lệ thuộc” Facebook, tỷ lệ khá đồng đều giữa nữ (24,3%) và nam (20,7%). Về khóa học, sinh viên khóa 44 có tỷ lệ lệ thuộc rất cao nhất (6,3%), giảm dần ở các khóa sau, phản ánh sự thay đổi theo thể hệ hoặc kinh nghiệm sử dụng. Phân tích theo ngành học cũng cho thấy ngành Công tác xã hội và Công nghệ ô tô có tỷ lệ “rất lệ thuộc” cao nhất (3,0% và 3,7%), trong khi các ngành khác có mức độ lệ thuộc thấp hơn, từ 0,7% đến 2,0%.

Bảng 9. Kết quả kiểm định Chi-square về mức độ lệ thuộc vào Facebook theo các biến: Giới tính, Khóa học và Ngành học (n = 300)

Kiểm định	Giới tính	Khóa học	Ngành học
Pearson Chi-Square (Value)	1.303	9.096	18.678
Bậc tự do (df)	2	6	10
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.521	0.168	0.045
Likelihood Ratio (Value)	1.302	9.792	18.674
Bậc tự do (df)	2	6	10
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.522	0.134	0.045
Linear-by-Linear Association (Value)	1.095	2.434	2.658
Bậc tự do (df)	1	1	1
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.295	0.119	0.103
Số mẫu (N of Valid Cases)	300	300	300

Kết quả kiểm định Chi-square (Bảng 9) khẳng định rằng mức độ lệ thuộc vào Facebook không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới tính (Pearson Chi-square = 1.303, p = 0.521) và khóa học (Pearson Chi-square = 9.096, p = 0.168). Tuy nhiên, sự khác biệt theo ngành học là có ý nghĩa (Pearson Chi-square = 18.678, p = 0.045), cho thấy ngành học là một yếu tố ảnh hưởng đến mức độ lệ thuộc vào Facebook của sinh viên. Các kết quả của Likelihood Ratio và Linear-by-Linear Association cũng tương tự, củng cố tính nhất quán của kết luận.

Từ những kết quả này có thể thấy rằng mặc dù phần lớn sinh viên không tự nhận mình lệ thuộc quá mức vào Facebook, vẫn tồn tại một nhóm không nhỏ cảm thấy lo lắng và lệ thuộc ở các mức độ khác nhau, đặc biệt tập trung ở một số ngành học cụ thể. Điều này gợi ý về nhu cầu thiết kế các chương trình tư vấn, giáo dục nâng cao nhận thức về sử dụng mạng xã hội lành mạnh, cũng như các hoạt động hỗ trợ kỹ năng quản lý cảm xúc và thời gian cho sinh viên, nhằm giảm thiểu các tác động tiêu cực tiềm ẩn của việc lệ thuộc mạng xã hội. Đồng thời, nghiên cứu cũng mở ra hướng đi cho các nghiên cứu tiếp theo về mối liên hệ giữa đặc điểm ngành học, áp lực học tập và hành vi sử dụng mạng xã hội trong môi trường đại học.

2.2.5. Áp lực từ mạng xã hội Facebook và thông tin tiêu cực đến sức khỏe tâm thần

Mạng xã hội Facebook không chỉ là kênh kết nối và trao đổi thông tin phổ biến trong sinh viên hiện nay mà còn tiềm ẩn nhiều áp lực và tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của người dùng. Các áp lực đến từ việc duy trì hình ảnh cá nhân, tương tác xã hội liên tục và cảm giác phải hòa nhập theo các xu hướng trên mạng xã hội có thể gây ra căng thẳng, lo lắng và ảnh hưởng tiêu cực đến trạng thái tâm lý của sinh viên. Ngoài ra, thông tin tiêu cực lan truyền trên nền tảng này cũng làm gia tăng các cảm xúc tiêu cực và làm suy giảm sức khỏe tinh thần.

Bảng 10. Các biểu hiện áp lực từ mạng xã hội Facebook ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của sinh viên phân theo ngành học (n = 300)

Biểu hiện áp lực từ mạng xã hội	Ngành học						Tổng số (n/%)
	CTXH	CNTP	CN Ô tô	KTPM	GDTH	Luật	
Cảm giác phải đăng bài theo xu hướng để được chú ý	60%	50%	54%	58.3%	50%	56%	165 (55%)
Lo sợ bị đánh giá tiêu cực hoặc bị cô lập	56%	47.5%	50%	50%	44%	52%	150 (50%)
Áp lực xây dựng hình ảnh “hoàn hảo”	44%	45%	42%	46.7%	40%	52%	135 (45%)
Cảm giác bị ép buộc tham gia trào lưu gây stress	36%	37.5%	40%	41.7%	30%	54%	120 (40%)
Lo lắng về lượt “like”, bình luận, lượt xem	34%	35%	36%	33.3%	32%	50%	110 (36.7%)
Áp lực duy trì sự hiện diện liên tục	30%	32.5%	32%	30%	28%	48%	100 (33.3%)
Cảm giác bị so sánh với cuộc sống “đẹp” của người khác	28%	30%	30%	26.7%	26%	50%	95 (31.7%)
Áp lực phải trả lời, tương tác kịp thời	26%	27.5%	28%	25%	24%	50%	90 (30%)

Bảng 10 trình bày các biểu hiện áp lực từ mạng xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của sinh viên, được phân theo ngành học. Kết quả cho thấy, cảm giác phải đăng bài theo xu hướng để được chú ý là biểu hiện phổ biến nhất với 55% sinh viên (165/300) gặp phải, trong đó các ngành như Kỹ thuật phần mềm (58,3%) và Công tác xã hội (60%) có tỷ lệ cao. Tiếp theo là lo sợ bị đánh giá tiêu cực hoặc cô lập (50%), áp lực xây dựng hình ảnh “hoàn hảo” (45%) và cảm giác bị ép buộc tham gia trào lưu gây stress (40%). Những áp lực này không chỉ dừng lại ở số lượng mà còn thể hiện sự khác biệt đáng kể giữa các ngành học, đặc biệt là ngành Luật với tỷ lệ áp lực cao hơn ở nhiều biểu hiện.

Bảng 11. Các nội dung thông tin tiêu cực lan truyền trên Facebook ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của sinh viên phân theo ngành học (n = 300)

Nội dung thông tin tiêu cực trên Facebook	Ngành học						Tổng số
	CTXH	CNTP	CNÔT	KTPM	GDTH	Luật	
Tin đồn, bình luận gây căng thẳng	32 (64%)	25 (62.5%)	30 (60%)	35 (58.3%)	27 (54%)	21 (42%)	170 (56.7%)
Tin tức tiêu cực	26 (52%)	20 (50%)	28 (56%)	30 (50%)	23 (46%)	23 (46%)	150 (50%)
Tin tức không rõ nguồn gốc	24 (48%)	18 (45%)	26 (52%)	27 (45%)	22 (44%)	23 (46%)	140 (46.7%)
Khác	19 (38%)	15 (37.5%)	18 (36%)	22 (36.7%)	18 (36%)	18 (36%)	110 (36.7%)

Bảng 11 cung cấp dữ liệu về các nội dung thông tin tiêu cực lan truyền trên Facebook ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần sinh viên theo ngành học. Tin đồn và các bình luận gây căng thẳng là loại thông tin tiêu cực phổ biến nhất với 56,7% sinh viên trải nghiệm, tiếp đó là tin tức tiêu cực (50%) và tin tức không rõ nguồn gốc (46,7%). Tỷ lệ này cũng phân bố khá đồng đều giữa các ngành, tuy nhiên ngành Công tác xã hội và Công nghệ ô tô có tỷ lệ sinh viên bị ảnh hưởng cao hơn một chút so với các ngành khác.

Bảng 12. Kết quả kiểm định Chi-square về các biểu hiện áp lực từ mạng xã hội và thông tin tiêu cực theo ngành học (n = 300)

Kiểm định	Áp lực từ mạng xã hội	Thông tin tiêu cực lan truyền
Pearson Chi-Square (Value)	18.542	12.879
Bậc tự do (df)	7	5
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.010	0.025
Likelihood Ratio (Value)	18.640	13.010

Bậc tự do (df)	7	5
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.009	0.023
Linear-by-Linear Association (Value)	5.263	3.112
Bậc tự do (df)	1	1
Sig. 2 chiều (Asymp. Sig.)	0.022	0.078
Số mẫu (N of Valid Cases)	300	300

Kết quả kiểm định Chi-square trong Bảng 12 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về áp lực từ mạng xã hội (Pearson Chi-Square = 18.542, df = 7, p = 0.010) và thông tin tiêu cực lan truyền (Pearson Chi-Square = 12.879, df = 5, p = 0.025) theo ngành học. Điều này chứng tỏ các ngành học khác nhau có mức độ chịu ảnh hưởng khác nhau từ các áp lực và thông tin tiêu cực trên Facebook. Đặc biệt, áp lực từ mạng xã hội cho thấy xu hướng tuyến tính rõ ràng hơn với giá trị Linear-by-Linear Association đạt 5.263 (p = 0.022), trong khi thông tin tiêu cực không đạt mức ý nghĩa tuyến tính (p = 0.078).

Từ những phân tích trên, có thể nhận thấy rằng các áp lực xã hội và thông tin tiêu cực trên mạng xã hội Facebook là những yếu tố quan trọng tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của sinh viên. Việc nhận diện các biểu hiện áp lực cũng như sự khác biệt giữa các ngành học sẽ giúp các nhà quản lý giáo dục và cán bộ công tác xã hội thiết kế các chương trình hỗ trợ phù hợp, nhằm giảm thiểu các tác động tiêu cực và nâng cao sức khỏe tâm thần cho sinh viên trong bối cảnh xã hội hiện đại.

2.3. Một số giải pháp nhằm giảm tác động tiêu cực của việc sử dụng facebook đến sức khỏe tâm thần của học sinh, sinh viên

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc sử dụng Facebook không kiểm soát có thể dẫn đến nhiều vấn đề về sức khỏe tâm thần ở sinh viên, như lo âu, cô lập xã hội, lệ thuộc cảm xúc và áp lực tâm lý từ mạng xã hội. Đặc biệt, các nhóm sinh viên nữ, sinh viên thuộc một số chuyên ngành như Luật và Công nghệ ô tô, và các khóa học đầu ra có xu hướng chịu ảnh hưởng rõ rệt hơn. Do đó, để giảm thiểu các tác động tiêu cực này, cần triển khai các giải pháp đa chiều, với sự tham gia chủ động của nhà trường, cán bộ công tác xã hội, giảng viên, các tổ chức sinh viên và chính bản thân sinh viên. Cụ thể:

Thứ nhất, phát triển hệ thống hỗ trợ tâm lý học đường có tính đến đặc điểm giới tính và chuyên ngành. Trung tâm tư vấn tâm lý hoặc bộ phận công tác xã hội trong nhà trường nên được tăng cường cả về nhân lực lẫn chuyên môn, nhằm cung cấp các dịch vụ tư vấn và hỗ trợ tinh thần cho sinh viên một cách kịp thời. Các chương trình hỗ trợ cần thiết kế phù hợp với từng nhóm sinh viên: nữ sinh có thể cần hỗ trợ nhiều hơn về kỹ năng quản lý cảm xúc và áp lực từ mạng xã hội; sinh viên các ngành Luật, Công nghệ kỹ thuật – nơi có áp lực học tập cao – nên được chú trọng về kỹ năng giải tỏa căng thẳng và xây dựng hình ảnh bản thân tích cực.

Thứ hai, tổ chức các hoạt động ngoại khóa, sinh hoạt chuyên đề theo nhóm ngành hoặc theo năm học. Nhà trường có thể phối hợp với các khoa, bộ môn để tổ chức các buổi truyền thông, tọa đàm, hội thảo nhỏ về chủ đề “Sức khỏe tâm thần và mạng xã hội”, lồng ghép trong các buổi sinh hoạt lớp, sinh hoạt câu lạc bộ, đặc biệt là ở các khóa đầu (năm nhất, năm hai)

nhằm xây dựng nhận thức sớm. Đối với các khóa cuối, nên tập trung vào các kỹ năng tự quản lý thời gian, cân bằng giữa thế giới số và đời sống thực.

Thứ ba, đẩy mạnh giáo dục kỹ năng số và kỹ năng truyền thông mạng xã hội có chọn lọc. Đây là giải pháp mang tính nền tảng, đặc biệt cần thiết đối với sinh viên các ngành công nghệ, luật và xã hội, nơi mà thông tin giả mạo, áp lực từ tương tác trực tuyến hoặc kỳ vọng hình ảnh thường xuyên xảy ra. Nội dung cần tập trung gồm: cách nhận diện tin giả, quản lý quyền riêng tư, kỹ năng tự điều chỉnh hành vi trực tuyến và phản ứng tích cực với nội dung tiêu cực.

Thứ tư, xây dựng mạng lưới hỗ trợ đồng đẳng theo nhóm ngành và giới tính. Việc thành lập các nhóm hỗ trợ đồng đẳng trong từng lớp, khoa hoặc câu lạc bộ giúp sinh viên có môi trường an toàn để chia sẻ, đồng thời hỗ trợ nhau trong việc điều chỉnh hành vi sử dụng mạng xã hội. Sinh viên nữ có thể được khuyến khích tham gia các nhóm kỹ năng mềm về quản lý hình ảnh cá nhân, phản biện xã hội, để tăng cường năng lực tự vệ trước áp lực đánh giá trên mạng.

Thứ năm, tích hợp nội dung giáo dục về sức khỏe tâm thần và an toàn mạng xã hội vào chương trình đào tạo chính khóa và kỹ năng mềm. Trường đại học nên xem xét đưa các chủ đề như “Tâm lý mạng xã hội”, “Ứng phó với áp lực số” vào các học phần kỹ năng mềm hoặc giáo dục công dân hiện đại. Đối với sinh viên ngành Công tác xã hội và các ngành khoa học xã hội nhân văn, có thể lồng ghép thêm nội dung về tác động xã hội của truyền thông số và vai trò của nhân viên xã hội trong bối cảnh truyền thông mới.

Thứ sáu, thực hiện khảo sát định kỳ và phân tích dữ liệu theo giới tính, chuyên ngành và khóa học. Công tác đánh giá định kỳ giúp nhà trường nắm bắt xu hướng thay đổi trong hành vi sử dụng mạng xã hội và các dấu hiệu bất ổn tâm lý. Kết quả khảo sát cần được phân tích chi tiết theo từng nhóm nhân khẩu học để có thể xây dựng các gói can thiệp chuyên biệt, thay vì áp dụng một giải pháp chung cho toàn bộ sinh viên.

Thứ bảy, phát huy vai trò của đội ngũ giảng viên chuyên ngành Công tác xã hội và các tổ chức đoàn thể sinh viên. Giảng viên có thể trực tiếp tham gia vào công tác tư vấn, thiết kế chương trình truyền thông, huấn luyện kỹ năng sống. Các tổ chức đoàn, hội sinh viên nên chủ động phát động các chiến dịch truyền thông tích cực, lan tỏa nội dung chống lại tin giả, bạo lực mạng và xây dựng không gian mạng lành mạnh trong cộng đồng sinh viên.

Như vậy, các giải pháp đề xuất cần hướng đến sự linh hoạt, có tính đến khác biệt giới, ngành học và thời điểm học tập của sinh viên. Đây là cách tiếp cận thiết thực để phòng ngừa và can thiệp sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần do mạng xã hội Facebook gây ra, từ đó nâng cao chất lượng sống và hiệu quả học tập của sinh viên trong bối cảnh chuyển đổi số hiện nay.

3. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng mạng xã hội Facebook có tác động tiêu cực rõ rệt đến sức khỏe tâm thần của sinh viên Trường Đại học Quy Nhơn. Các biểu hiện nghiện mạng xã hội như lệ thuộc và không thể kiểm soát thời gian sử dụng, cùng với áp lực từ việc xây dựng hình ảnh cá nhân, lo sợ bị đánh giá tiêu cực, và cảm giác phải tham gia các trào lưu mạng xã hội, đều góp phần làm tăng căng thẳng, lo âu và cảm giác cô lập xã hội ở sinh viên. Bên cạnh

đó, thông tin tiêu cực lan truyền trên Facebook, bao gồm tin đồn, tin tức không rõ nguồn gốc và các bình luận gây căng thẳng, cũng ảnh hưởng tiêu cực đến trạng thái tâm lý và chất lượng cuộc sống tinh thần của người học. Đặc biệt, mức độ ảnh hưởng có sự khác biệt đáng kể theo ngành học, phản ánh sự đa dạng trong trải nghiệm và cách thức tương tác với mạng xã hội của sinh viên các ngành khác nhau.

Những kết quả này không chỉ làm rõ vai trò hai mặt của Facebook trong đời sống sinh viên mà còn nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp can thiệp và hỗ trợ nhằm giảm thiểu các tác động tiêu cực từ mạng xã hội. Các chương trình tư vấn tâm lý, giáo dục kỹ năng sử dụng mạng xã hội lành mạnh, cũng như các chính sách hỗ trợ tinh thần học đường cần được triển khai nhằm bảo vệ sức khỏe tâm thần sinh viên trong kỷ nguyên số hiện nay. Việc nâng cao nhận thức và xây dựng môi trường mạng xã hội tích cực sẽ góp phần giúp sinh viên phát triển toàn diện, cân bằng giữa cuộc sống thực và thế giới ảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of computer-mediated Communication* 13(1), 210-230.
2. Cheng, J., Burke, M., & Davis, E. G. (2019). *Understanding perceptions of problematic Facebook use: When people experience negative life impact and a lack of control*. Paper presented at the Proceedings of the 2019 CHI conference on human factors in computing systems.
3. Hosen, M. J., Eva, S. A., Rahman, M. M., Ibrahim, M., Lira, U. F., Hossain, A. B., . . . Uddin, M. J. (2021). Health impacts of excessive use of Facebook among university students in Bangladesh. *Heliyon*, 7(6).
4. Linh, Đ. P., Le, L. K., Nguyen, T. T., Nguyen, T. T. P., Le, M. N. V., Vu, G. T., . . . Zhang, M. W. (2022). Social media addiction among Vietnam youths: Patterns and correlated factors. *International journal of environmental research public health*, 19(21), 14416.
5. Nguyen, T. T., Nguyen, D. C., Nguyen, C. T., Vu, T. T. M., Ngo, T., Pham, A. B. G., . . . Boyer, L. (2025). Patterns of social media use in Vietnamese youths: status and associations with psychological well-being. *BMC public health*, 25(1), 1274.
6. Stangl, F. J., Riedl, R., Kiemeswenger, R., & Montag, C. (2023). Negative psychological and physiological effects of social networking site use: The example of Facebook. *Frontiers in Psychology*, 14, 1141663.
7. WHO, W. H. O. (2022). Mental health: Strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

BẠO LỰC GIA ĐÌNH ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TUỔI: NHỮNG TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ BIỆN PHÁP CAN THIỆP DƯỚI GÓC NHÌN CÔNG TÁC XÃ HỘI

GVC. ThS. Phạm Thị Hải Lý¹

Tóm tắt: Bài viết tập trung phân tích tác động của bạo lực gia đình đối với sức khỏe tâm thần người cao tuổi, đồng thời đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp từ góc nhìn công tác xã hội. Dưới sự tác động của các yếu tố như phụ thuộc kinh tế, suy giảm thể chất và cô lập xã hội, người cao tuổi trở thành nhóm dễ bị tổn thương trong môi trường gia đình có bạo lực. Các dạng bạo lực như lạm dụng thể chất, tinh thần, tài chính hoặc bỏ mặc đều có thể dẫn đến hậu quả tâm lý nghiêm trọng, bao gồm trầm cảm, lo âu, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) và cảm giác mất ý nghĩa sống. Bài viết khẳng định vai trò quan trọng của công tác xã hội trong việc phát hiện, hỗ trợ và can thiệp tâm lý cho nạn nhân, đồng thời kiến nghị triển khai các chương trình nâng cao nhận thức cộng đồng và tăng cường hệ thống dịch vụ hỗ trợ người cao tuổi bị bạo lực. Phương pháp nghiên cứu sử dụng là phân tích tài liệu thứ cấp, bao gồm các nghiên cứu quốc tế, tài liệu chuyên khảo và báo cáo từ các tổ chức liên quan đến sức khỏe tâm thần, bạo lực gia đình và công tác xã hội.

Từ khóa: Bạo lực gia đình; Người cao tuổi; Công tác xã hội

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY: IMPACTS ON MENTAL HEALTH AND SOCIAL WORK INTERVENTION APPROACHES

Abstract: This article analyzes the impacts of domestic violence on the mental health of the elderly and proposes appropriate intervention measures from a social work perspective. Influenced by factors such as economic dependence, physical decline, and social isolation, the elderly become a vulnerable group in violent family environments. Forms of violence—including physical, emotional, financial abuse, and neglect—can lead to severe psychological consequences, such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD), and a loss of meaning in life. The article emphasizes the critical role of social work in identifying, supporting, and providing psychological interventions for victims. It also recommends implementing community awareness programs and strengthening support systems for elderly victims of violence. The research method involves secondary data analysis, including international studies, specialized literature, and reports from organizations related to mental health, domestic violence, and social work.

Keywords: Domestic violence; Elderly; Social work

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực gia đình đối với người cao tuổi là một hiện tượng ngày càng được quan tâm trong nghiên cứu sức khỏe cộng đồng và công tác xã hội. Tình trạng này có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức như lạm dụng thể chất, tinh thần, tài chính, hoặc bỏ mặc – tất cả đều để lại những hệ lụy sâu sắc đối với sức khỏe tâm thần của người lớn tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022), ước tính có khoảng 1/6 người từ 60 tuổi trở lên từng trải qua ít nhất một hình thức bạo lực trong đời. Tình trạng này trở nên đáng lo ngại hơn khi người cao tuổi thiếu sự hỗ trợ xã hội hoặc bị phụ thuộc vào người thân – những người có thể đồng thời là tác nhân gây bạo lực (WHO, 2022).

¹ Khoa Khoa học Xã hội và Nhân văn, Trường Đại học Quy Nhơn.

Tác động của bạo lực không chỉ dừng lại ở tổn thương thể chất mà còn làm suy giảm nghiêm trọng sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ chặt chẽ giữa bạo lực gia đình và nguy cơ mắc các rối loạn tâm lý như trầm cảm, lo âu, PTSD và tự sát ở người cao tuổi. Ngoài ra, nạn nhân thường rơi vào trạng thái cô lập, mất kiểm soát và đánh mất lòng tự trọng, ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống. Trong khi đó, hệ thống hỗ trợ hiện tại vẫn còn thiếu các tiếp cận chuyên sâu về tâm lý xã hội dành riêng cho nhóm tuổi này. Điều đó đòi hỏi một cách tiếp cận đa ngành, trong đó công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong phát hiện, can thiệp và hỗ trợ phục hồi. Trong phạm vi nghiên cứu này, bài viết hướng đến trả lời ba câu hỏi trọng tâm: (1) Thực trạng bạo lực gia đình đối với người cao tuổi hiện nay đang diễn ra như thế nào? (2) Những hậu quả tâm lý mà nạn nhân phải đối mặt ra sao? (3) Việc can thiệp có thể triển khai ở những cấp độ nào để vừa thiết thực, vừa đảm bảo tính bền vững?

Về phương pháp nghiên cứu, bài viết chủ yếu dựa trên phương pháp phân tích tài liệu thứ cấp, nhằm tổng hợp, so sánh và đánh giá các kết quả nghiên cứu đã được công bố trong và ngoài nước liên quan đến bạo lực gia đình đối với người cao tuổi và các hệ lụy về sức khỏe tâm thần. Các nguồn tài liệu được lựa chọn bao gồm các bài báo khoa học quốc tế được bình duyệt, sách chuyên khảo, báo cáo của các tổ chức uy tín như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Tổ chức Y tế liên châu Mỹ (PAHO), cũng như các nghiên cứu trong lĩnh vực công tác xã hội, y tế và tâm lý học lão khoa. Quá trình thu thập dữ liệu tập trung vào các nghiên cứu có đối tượng khảo sát là người cao tuổi (60 tuổi trở lên), trong đó làm rõ mối liên hệ giữa trải nghiệm bạo lực trong gia đình và sự suy giảm sức khỏe tâm thần. Đồng thời, các tài liệu về mô hình can thiệp trong công tác xã hội cũng được khai thác để nhận diện những cấp độ can thiệp khả thi, phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

2. NỘI DUNG

2.1. Khái niệm và thực trạng bạo lực gia đình đối với người cao tuổi

2.1.1. Một số khái niệm liên quan đến bạo lực gia đình đối với người cao tuổi

- *Khái niệm người cao tuổi:*

Khái niệm “người cao tuổi” không có một định nghĩa thống nhất mà được hiểu và áp dụng khác nhau tùy theo từng lĩnh vực, quốc gia và bối cảnh xã hội. Theo Orimo và cộng sự (2006) cho rằng: Theo thông lệ, “người cao tuổi” được định nghĩa dựa trên độ tuổi theo thời gian là từ 65 tuổi trở lên, trong đó những người từ 65 đến 74 tuổi được gọi là “người cao tuổi giai đoạn đầu” và những người trên 75 tuổi được gọi là “người cao tuổi giai đoạn muộn” (Orimo et al., 2006). Trong khi đó, Liên Hợp Quốc (2019) thường định nghĩa “người cao tuổi” là những người có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên. Mốc tuổi này được sử dụng phổ biến trong nhiều báo cáo và tài liệu quốc tế của Liên Hợp Quốc, tuy nhiên ở một số quốc gia, mốc tuổi để gọi là người cao tuổi có thể là 65 hoặc khác tùy theo bối cảnh cụ thể (United Nations, 2019). Tại Việt Nam, Luật Người cao tuổi (số 39/2009/QH12) quy định rõ tại Điều 2 rằng: “Người cao tuổi là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên” (Quốc hội, 2009). Trong nghiên cứu này, tác giả lấy mốc 60 tuổi trở lên để định nghĩa người cao tuổi, phù hợp với quy định tại Luật Người cao tuổi của Việt Nam (số 39/2009/QH12) và bối cảnh nghiên cứu.

- *Khái niệm bạo lực gia đình đối với người cao tuổi:*

Về mặt nội hàm, **“bạo lực gia đình”** là một khái niệm rộng, bao hàm nhiều hình thức bạo lực và lạm dụng diễn ra trong bối cảnh gia đình, bao gồm: bạo lực với phụ nữ, trẻ em, người khuyết tật và người cao tuổi. Theo Ali và cộng sự (2021), bạo lực gia đình có thể thể hiện dưới nhiều hình thức như lạm dụng thể chất, tinh thần, tình dục hoặc tài chính trong quan hệ giữa các thành viên gia đình (Ali, Rogers, & Heward-Belle, 2021). Hall và cộng sự (2016), bạo lực gia đình đối với người cao tuổi được định nghĩa là “hành vi có chủ ý hoặc sự không hành động của người chăm sóc hay một cá nhân khác trong mối quan hệ dựa trên kỳ vọng về sự tin tưởng, gây ra hoặc có nguy cơ gây tổn hại cho người cao tuổi” – được hiểu là những người từ 60 tuổi trở lên. Hình thức bạo lực này có thể bao gồm bạo lực thể chất, tinh thần, tình dục, bóc lột tài chính và hành vi bỏ mặc (Hall, Karch, & Crosby, 2016).

Tại Việt Nam, Luật Phòng, chống bạo lực gia đình (2007) định nghĩa bạo lực gia đình là: *“Hành vi cố ý của thành viên gia đình gây tổn hại hoặc có khả năng gây tổn hại về thể chất, tinh thần, kinh tế đối với thành viên khác trong gia đình”* (Quốc hội, 2007). Trên cơ sở đó, tác giả cho rằng bạo lực gia đình đối với người cao tuổi là một tập hợp con của khái niệm bạo lực gia đình nói chung. Điều này có nghĩa rằng, bạo lực gia đình đối với người cao tuổi đề cập đến các hành vi cố ý gây tổn hại về thể chất, tinh thần, kinh tế hoặc bỏ mặc... do các thành viên khác trong gia đình thực hiện, trong đó nạn nhân là người từ đủ 60 tuổi trở lên (theo định nghĩa của Luật Người cao tuổi Việt Nam, 2009). Dạng bạo lực này có thể bao gồm bạo hành thân thể (đánh đập, xô đẩy), bạo lực tâm lý (mắng nhiếc, lăng mạ, cô lập), lạm dụng kinh tế (chiếm đoạt tài sản, ngăn cản sử dụng tài sản cá nhân) và bạo lực do bỏ mặc (không chăm sóc, không đáp ứng nhu cầu thiết yếu).

2.1.2. Khái quát về thực trạng bạo lực gia đình đối với người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam

Bạo lực gia đình đối với người cao tuổi là một vấn đề nghiêm trọng và ngày càng được quan tâm trên toàn cầu. Theo nghiên cứu của Yon et al. (2017), tỷ lệ bạo lực gia đình đối với người cao tuổi có sự chênh lệch lớn giữa các quốc gia, dao động từ 2,2% đến 36,2%, tùy thuộc vào phương pháp nghiên cứu và định nghĩa về bạo lực gia đình. Nghiên cứu này khảo sát hơn 28 quốc gia và chỉ ra rằng các quốc gia có hệ thống phúc lợi và chăm sóc xã hội phát triển thường có tỷ lệ bạo lực gia đình thấp hơn, trong khi các quốc gia thiếu dịch vụ chăm sóc người cao tuổi lại có tỷ lệ cao hơn (Yon, Mikton, Gassoumis, & Wilber, 2017).

Nghiên cứu của Acierno et al. (2010) tại Mỹ chỉ ra rằng khoảng 11,4% người cao tuổi từng trải qua ít nhất một hình thức bạo lực gia đình trong suốt đời. Bạo lực thể chất và lạm dụng tâm lý là hai hình thức phổ biến nhất trong nghiên cứu này (Acierno et al., 2010). Tương tự, nghiên cứu của Dong et al. (2009) trên 1.071 người cao tuổi tại Chicago cho thấy tỷ lệ bạo lực gia đình là 4,6%, và những người cao tuổi bị lạm dụng có nguy cơ tử vong cao gấp ba lần so với những người không bị lạm dụng (Dong, Chen, Chang, & Simon, 2013).

Một nghiên cứu lớn khác của Pillemer et al. (2016) tại Úc với 2.060 người cao tuổi cho thấy 1 trong 10 người cao tuổi đã trải qua bạo lực gia đình, chủ yếu là bạo lực thể chất (16%) và tâm lý (17%) (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016). Tại Vương quốc Anh, nghiên cứu

của Madeleine O’Keeffe và cộng sự (2007) trên 1.200 người cao tuổi tại London cho thấy tỷ lệ bạo lực gia đình là 5,7%, trong đó bạo lực tâm lý chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là bạo lực thể chất và bỏ bê (O’Keeffe et al., 2007)

Ở một số quốc gia khác, như Nigeria và Israel, tỷ lệ bạo lực gia đình đối với người cao tuổi lại có sự khác biệt rõ rệt. Theo nghiên cứu của Pillemer và cộng sự (2016), bạo lực thể chất có tỷ lệ dao động từ 0,2% đến 4,9% trong vòng một năm, với tỷ lệ cao nhất ở Nigeria (14,6%) và thấp nhất ở Canada (0,5%). Các kết quả cho thấy bạo lực đối với người cao tuổi là một vấn đề phổ biến, nhưng tỷ lệ và hình thức bạo lực có sự khác biệt rõ rệt giữa các quốc gia và khu vực (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016)

Tại Việt Nam, bạo lực gia đình đối với người cao tuổi cũng là một vấn đề đáng lo ngại. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Minh (2019), nhiều người cao tuổi vẫn phải chịu đựng các hành vi bạo lực thể chất, tinh thần và kinh tế do con cháu gây ra. Cụ thể, Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2011) cho thấy khoảng gần 3% người cao tuổi bị đánh đập hoặc đe dọa trong tổng số 4.000 mẫu. Các cuộc điều tra sau đó, như điều tra mẫu năm 2012 với 242 người cao tuổi và điều tra bạo lực gia đình 2017 với 922 người cao tuổi, cho thấy tỷ lệ người cao tuổi bị bạo lực vẫn ở mức cao, lần lượt là 7,9% và 5,7%. Hình thức bạo lực phổ biến nhất là lăng mạ, sỉ nhục và hỗn láo, và phần lớn các vụ bạo lực này do con đẻ, con dâu và con rể thực hiện, trong đó con đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất (88,3%). Những hành vi bạo lực này thường xảy ra với nhóm người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên và những người sống chung với con cháu (Nguyễn Hữu Minh, 2019)

Bạo lực gia đình đối với người cao tuổi không chỉ bao gồm bạo lực thể chất mà còn nhiều hình thức khác, mỗi hình thức có tác động khác nhau đến sức khỏe và tinh thần của họ. Các dạng bạo lực phổ biến bao gồm: bạo lực thể chất (đánh đập, bóp cổ, đẩy ngã) gây thương tích nghiêm trọng, với khoảng 10% người cao tuổi trên toàn cầu phải chịu đựng (WHO, 2022); bạo lực tâm lý (lạm dụng ngôn ngữ, đe dọa, thao túng) có thể dẫn đến trầm cảm và lo âu, như nghiên cứu của Acierno et al. (2010) chỉ ra rằng 43% người cao tuổi bị lạm dụng tâm lý có triệu chứng tâm lý nghiêm trọng; bỏ bê khi người cao tuổi không nhận được sự chăm sóc cần thiết, dẫn đến các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng như suy dinh dưỡng và trầm cảm (Acierno et al., 2010); lạm dụng tài chính, khi người cao tuổi bị chiếm đoạt tài sản, có thể gây tổn hại tài chính và tâm lý (Lachs & Pillemer, 2015); và cuối cùng, lạm dụng tình dục, dù ít phổ biến, nhưng là một vấn đề nghiêm trọng, đặc biệt là ở phụ nữ cao tuổi trong môi trường gia đình không an toàn, với tỷ lệ dao động từ 1,2% đến 2,5% ở các quốc gia phát triển (Sachs et al., 2013).

2.2. Hậu quả ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi là nạn nhân của bạo lực gia đình

Bạo lực gia đình đối với người cao tuổi không chỉ gây ra những tổn hại thể chất mà còn có những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của họ. Các nghiên cứu cho thấy bạo lực gia đình có thể dẫn đến nhiều hậu quả tâm lý khác nhau, phổ biến nhất là trầm cảm, lo âu, ý tưởng tự tử và rối loạn stress sau sang chấn (PTSD).

- Trầm cảm: Trầm cảm là một trong những hậu quả tâm thần nghiêm trọng mà người cao tuổi phải đối mặt sau khi bị bạo lực gia đình. Nghiên cứu của Lee và cộng sự (2023) tại Hàn

Quốc cho thấy, nguy cơ trầm cảm ở nhóm người cao tuổi bị bạo lực cao hơn 1,64 lần so với nhóm không bị bạo lực. Người cao tuổi bị bạo lực thường biểu hiện các triệu chứng trầm cảm như mất hứng thú trong cuộc sống, suy giảm năng lượng và cảm giác vô vọng (Park, 2024). Nghiên cứu của Koga et al. (2022) tại Nhật Bản cũng chỉ ra rằng người cao tuổi từng trải qua bạo lực có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,28 lần. Tại Việt Nam, tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi là 20,2%, và bạo lực gia đình được xác định là một yếu tố quan trọng làm tăng nguy cơ này (Nguyen, Nguyen, Bui, & Giang, 2024).

- Lo âu: Lo âu cũng là một hậu quả tâm lý phổ biến đối với người cao tuổi sau bạo lực gia đình. Một nghiên cứu của Yildiz và cộng sự (2023) tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy 16% người cao tuổi bị bạo lực gặp phải lo âu, cao hơn so với nhóm không bị bạo lực. Các hình thức bạo lực tâm lý và kinh tế có ảnh hưởng mạnh mẽ đến nguy cơ phát triển rối loạn lo âu, cho thấy mối liên hệ sâu sắc giữa bạo lực gia đình và các rối loạn tâm thần ở tuổi già (Yalçın Gürsoy & Uçan Yamaç, 2024). Một nghiên cứu tại Hàn Quốc (Choi, O'Donnell, Choi, Jung, & Cowlishaw, 2018) cũng chỉ ra rằng bạo lực gia đình có liên quan mạnh mẽ đến các triệu chứng PTSD, mặc dù mối liên hệ với trầm cảm yếu hơn.

- Ý tưởng tự tử: Một hậu quả nghiêm trọng khác của bạo lực gia đình đối với người cao tuổi là ý tưởng tự tử. Lee và cộng sự (2023) ghi nhận rằng 17,6% người cao tuổi bị bạo lực có ý định tự tử, cao gấp ba lần so với nhóm không bị bạo lực. Cảm giác bị phản bội và cô lập xã hội là những yếu tố làm tăng nguy cơ này. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ (Dong et al., 2015) cũng chỉ ra rằng bạo lực gia đình làm tăng nguy cơ có ý tưởng tự tử trong 2 tuần và 12 tháng gần nhất lên 2,46 lần. Tại Trung Quốc, nghiên cứu trên 2.039 người cao tuổi cho thấy bạo lực tâm lý và tài chính có mối liên hệ mạnh mẽ với ý tưởng tự tử (Wu et al., 2013).

- Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD): Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) là một hậu quả tâm lý quan trọng khác đối với người cao tuổi bị bạo lực gia đình. Mặc dù hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu quy mô lớn về PTSD ở nhóm người cao tuổi này, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ, hồi tưởng đau thương và tránh né xã hội ở những người bị bạo lực là cao hơn so với bình thường. Một nghiên cứu tại Nhật Bản cho thấy mối quan hệ hai chiều giữa bạo lực và trầm cảm, với người bị bạo lực có nguy cơ trầm cảm cao hơn 2,28 lần (Koga, Tsuji, Hanazato, Suzuki, & Kondo, 2022).

- Các vấn đề sức khỏe tâm thần khác: Ngoài trầm cảm, lo âu, ý tưởng tự tử và PTSD, bạo lực gia đình còn làm gia tăng một số vấn đề tâm lý khác ở người cao tuổi:

Rối loạn giấc ngủ: Nghiên cứu của Zhang và Li (2018) cho thấy người cao tuổi bị bạo lực có chất lượng giấc ngủ kém hơn, đặc biệt là ở phụ nữ. Trầm cảm và cô đơn là những yếu tố trung gian trong mối quan hệ này (Zhang & Li, 2024).

Suy giảm nhận thức và nguy cơ sa sút trí tuệ: Nghiên cứu từ Dự án Sức khỏe và Lão hóa Chicago (CHAP) cho thấy người cao tuổi có điểm số nhận thức thấp có nguy cơ bị bạo lực gia đình cao gấp nhiều lần so với những người có điểm số cao hơn (Dong, Simon, Beck, & Evans, 2014).

Cô lập xã hội và cảm giác bị bỏ rơi: Một nghiên cứu tại Mexico City chỉ ra mối liên hệ giữa bạo lực gia đình và cô lập xã hội, với sự hỗ trợ xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc

giảm thiểu tác động tiêu cực của bạo lực đối với sức khỏe tâm thần (Vilar-Compte, Giraldo-Rodríguez, Ochoa-Laginas, & Gaitan-Rossi, 2018).

2.3. Biện pháp can thiệp dưới góc nhìn công tác xã hội

Hiện nay, nhiều nghiên cứu đã đề xuất các khung lý thuyết và mô hình can thiệp cụ thể về bạo lực gia đình đối với người cao tuổi. Trong đó, nổi bật là mô hình Abuse Intervention Model (AIM) do Mosqueda, Burnight, Liao & Kemp (2016) phát triển. AIM đưa ra cách tiếp cận đa chiều trong đánh giá các nguy cơ bạo lực đối với người cao tuổi, dựa trên ba yếu tố chính: (1) đặc điểm cá nhân của nạn nhân như mức độ lệ thuộc, nhận thức, tình trạng tâm lý và bệnh lý; (2) đặc điểm của người gây bạo lực bao gồm các yếu tố như căng thẳng chăm sóc, lệ thuộc tài chính, lạm dụng chất kích thích; và (3) bối cảnh xã hội – gia đình như sự cô lập, thiếu hệ thống hỗ trợ, hoặc yếu kém trong truyền thông giữa các thế hệ. Mô hình này cho phép nhân viên công tác xã hội phối hợp với các ngành khác để thiết kế can thiệp phù hợp, nhấn mạnh vai trò của liên ngành và tính cá nhân hóa (Mosqueda et al., 2016). Bổ sung cho AIM, Burnes et al. (2023) giới thiệu mô hình RISE (Repair harm – Inspire change – Support empowerment – Engage strengths), nhấn mạnh cách tiếp cận phục hồi và tôn trọng quyền tự quyết của người cao tuổi. Mô hình này coi người cao tuổi không chỉ là “nạn nhân” mà còn là chủ thể có khả năng tham gia, ra quyết định và định hướng quá trình hỗ trợ theo nhu cầu, giá trị và sức mạnh nội tại của họ (Burnes et al., 2023). Đồng thời, tổng quan hệ thống của Shen và cộng sự (2021) cũng khẳng định rằng các chương trình can thiệp mang tính tâm lý – xã hội như tư vấn cá nhân, trị liệu nhóm, giáo dục kỹ năng tự bảo vệ đã mang lại kết quả tích cực trong việc giảm bạo lực và nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi ở nhiều quốc gia (Shen, Sun, Zhang, & Wang, 2021). Bên cạnh đó, một trong những mô hình can thiệp gia đình nổi bật là Family-Based Cognitive-Behavioral Social Work (FBCBSW), được nghiên cứu bởi Khanlary et al. (2016) tại Iran (Khanlary, Maarefvand, Biglarian, Heravi-Karimooi, & neglect, 2016); Nghiên cứu của Zhang et al. (2018) về mô hình Family-based Empowerment Intervention (FEI) cũng chỉ ra rằng can thiệp vào gia đình là một chiến lược hiệu quả để giảm thiểu bạo lực gia đình đối với người cao tuổi (Estebarsari et al., 2018). Ngoài ra, một trong những mô hình tiêu biểu trong can thiệp cộng đồng là Elder Abuse Forensic Center (EAFC), được triển khai đầu tiên tại Los Angeles, Hoa Kỳ hay như nghiên cứu của Navarro, Gassoumis và Wilber (2013) đã chỉ ra rằng mô hình can thiệp liên ngành không chỉ giúp phát hiện sớm mà còn làm tăng đáng kể tỷ lệ truy tố các vụ lạm dụng người cao tuổi, đặc biệt là lạm dụng tài chính, nhờ có sự phối hợp hiệu quả giữa các ngành (Schneider, Mosqueda, Falk, Huba, & Neglect, 2010).

Trên cơ sở kế thừa và vận dụng những mô hình và bằng chứng quốc tế, từ góc nhìn thực hành công tác xã hội tại Việt Nam, bài viết đề xuất ba cấp độ can thiệp gồm: Can thiệp ở cấp độ cá nhân; Can thiệp ở cấp độ gia đình và Can thiệp ở cấp cộng đồng – Liên ngành

2.3.1. Can thiệp ở cấp độ cá nhân

Trong bối cảnh bạo lực gia đình đối với người cao tuổi có xu hướng ngày càng tinh vi, việc can thiệp ở cấp độ cá nhân đóng vai trò thiết yếu nhằm phục hồi sức khỏe tâm thần, đảm bảo an toàn và nâng cao năng lực tự bảo vệ cho người bị ảnh hưởng. Mục tiêu của can thiệp

cá nhân không chỉ là giải quyết khủng hoảng tức thời, mà còn hướng đến khôi phục sự tự chủ, cảm giác an toàn, phẩm giá và chất lượng sống của người cao tuổi. Đây là cấp độ can thiệp trực tiếp và cá nhân hóa cao độ, đòi hỏi sự tham gia chủ động, có chuyên môn của nhân viên công tác xã hội.

a. Đánh giá nguy cơ bạo lực và mức độ tổn thương

Đánh giá nguy cơ bạo lực và mức độ tổn thương là bước đầu tiên và quyết định trong tiến trình can thiệp công tác xã hội đối với người cao tuổi bị bạo lực. Đây không chỉ là việc thu thập thông tin mà là một quá trình chuyên môn có hệ thống, nhằm nhận diện đúng bản chất, mức độ và hoàn cảnh xảy ra bạo lực. Quá trình này giúp xác định nhu cầu, nguy cơ và năng lực hiện có của người cao tuổi để thiết kế can thiệp phù hợp, đồng thời bảo vệ quyền lợi và an toàn của họ.

Đánh giá nguy cơ bạo lực không chỉ giúp xác định liệu người cao tuổi có bị bạo lực hay không, mà còn cung cấp cái nhìn toàn diện về các yếu tố tác động đến họ, bao gồm loại hình bạo lực (thể chất, tinh thần, tài chính, bỏ mặc...), tần suất và mức độ nghiêm trọng, và mối quan hệ giữa người cao tuổi và tác nhân gây bạo lực (thân nhân, người chăm sóc). Việc hiểu rõ tình trạng phụ thuộc, khả năng tự bảo vệ của người cao tuổi, các yếu tố nguy cơ như bệnh lý, suy giảm nhận thức, cô lập xã hội hay phụ thuộc tài chính cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình đánh giá. Bên cạnh đó, nhân viên công tác xã hội cũng cần xác định các yếu tố bảo vệ sẵn có như mạng lưới hỗ trợ xã hội và khả năng nhận thức vấn đề của người cao tuổi, từ đó đề xuất các can thiệp phù hợp.

Để đánh giá hiệu quả, nhân viên công tác xã hội cần sử dụng đa dạng các công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin, bao gồm quan sát lâm sàng, phỏng vấn cá nhân và các thang đo chuyên dụng. Quan sát lâm sàng giúp nhân viên nhận diện các dấu hiệu bạo lực thông qua hành vi, trạng thái cảm xúc hoặc dấu hiệu thể chất trên cơ thể người cao tuổi. Bằng cách quan sát các hành vi, thay đổi trong trạng thái cảm xúc, nhân viên có thể phát hiện những dấu hiệu của bạo lực mà không cần phải hỏi trực tiếp. Phỏng vấn cá nhân, sử dụng các câu hỏi bán cấu trúc và kỹ năng phỏng vấn nhạy cảm, là công cụ quan trọng giúp người cao tuổi chia sẻ thông tin một cách tự nguyện. Quá trình này cần được thực hiện trong không gian an toàn, tôn trọng quyền riêng tư và cảm giác tự chủ của người cao tuổi.

Ngoài các phương pháp trên, nhân viên công tác xã hội cũng có thể sử dụng các thang đo chuyên dụng như Elder Abuse Suspicion Index (EASI) hay Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) để phát hiện các yếu tố nguy cơ bạo lực một cách chuẩn hóa. Các công cụ này cung cấp một cơ sở để đánh giá mức độ nghiêm trọng và tần suất bạo lực đối với người cao tuổi, đồng thời hỗ trợ trong việc phát hiện các yếu tố có thể bảo vệ hoặc làm gia tăng nguy cơ.

b. Thực hiện tư vấn tâm lý nhằm xử lý sang chấn và cảm xúc tiêu cực

Sau khi đánh giá nguy cơ bạo lực, tư vấn tâm lý là bước quan trọng giúp người cao tuổi phục hồi sức khỏe tinh thần, xử lý sang chấn và cảm xúc tiêu cực. Bạo lực gia đình có thể gây ra các rối loạn như lo âu, trầm cảm, mất niềm tin, do đó cần được can thiệp kịp thời để người cao tuổi cảm thấy an toàn và lấy lại sự tự chủ.

Mục tiêu của tư vấn tâm lý là giúp người cao tuổi nhận diện cảm xúc, kiểm soát phản ứng tiêu cực và khôi phục cảm giác giá trị bản thân. Nhân viên công tác xã hội có thể áp dụng các phương pháp như trị liệu nhận thức – hành vi (CBT), giúp thay đổi suy nghĩ tiêu cực thành tích cực; trị liệu chánh niệm để giảm lo âu; hoặc hồi tưởng tích cực nhằm củng cố niềm tin và ý nghĩa cuộc sống.

Quá trình này cần được thực hiện trong môi trường an toàn, tôn trọng quyền riêng tư và quyền tự quyết của người cao tuổi. Nhân viên công tác xã hội cần lắng nghe không phán xét, đồng thời phối hợp với chuyên gia tâm lý hoặc cơ sở y tế nếu cần thiết. Ngoài ra, việc khuyến khích người cao tuổi tham gia hoạt động cộng đồng cũng giúp cải thiện tâm trạng và giảm cảm giác cô lập.

c. Hỗ trợ người cao tuổi xây dựng kế hoạch an toàn

Kế hoạch an toàn là một phần không thể thiếu trong quá trình can thiệp bạo lực gia đình đối với người cao tuổi. Đây là một công cụ quan trọng giúp người cao tuổi biết cách bảo vệ chính mình trong các tình huống nguy hiểm, đồng thời duy trì quyền tự quyết và sự tôn trọng đối với họ. Bạo lực gia đình có thể diễn ra đột ngột và khó lường, do đó việc xây dựng một kế hoạch an toàn rõ ràng và chi tiết sẽ giúp người cao tuổi cảm thấy an tâm hơn, giảm bớt lo âu và sẵn sàng đối phó với các tình huống nguy cấp.

Mục tiêu của kế hoạch an toàn là giúp người cao tuổi nhận diện sớm dấu hiệu bạo lực, có biện pháp phòng ngừa và phản ứng kịp thời, giảm thiểu nguy cơ. Kế hoạch phải phù hợp với hoàn cảnh, năng lực và tôn trọng quyền tự quyết của họ. Để thực hiện được mục tiêu này, các bước cụ thể cần được triển khai như sau:

Thứ nhất, xác định dấu hiệu cảnh báo: Người cao tuổi cần nhận diện các dấu hiệu bạo lực, như hành vi bất thường từ người gây bạo lực, để có phản ứng phù hợp.

Thứ hai, xác định điểm đến an toàn: Người cao tuổi cần biết nơi trú ẩn tạm thời khi gặp nguy hiểm, như nhà người thân, bạn bè, hoặc cơ sở công cộng.

Thứ ba, kết nối với nguồn lực hỗ trợ: Cung cấp thông tin về các dịch vụ hỗ trợ khẩn cấp, như đường dây nóng, tổ chức xã hội, và cơ quan pháp lý.

Thứ tư, hướng dẫn phản ứng trong tình huống nguy cấp: Dạy người cao tuổi cách sử dụng điện thoại khẩn cấp, thoát khỏi tình huống nguy hiểm và giữ bình tĩnh.

Thứ năm, biện pháp phòng ngừa dài hạn: Thiết lập các biện pháp giúp ngăn ngừa bạo lực trong tương lai, như thay đổi môi trường sống và xây dựng mối quan hệ xã hội ổn định.

Thứ sáu, tôn trọng quyền tự quyết: Người cao tuổi tham gia vào việc xây dựng kế hoạch và quyết định những biện pháp an toàn phù hợp với mình.

d. Kết nối với các dịch vụ hỗ trợ (y tế, pháp lý, trợ giúp xã hội)

Kết nối với các dịch vụ hỗ trợ là một phần không thể thiếu trong quá trình can thiệp đối với người cao tuổi bị bạo lực. Đối với người cao tuổi, việc tiếp cận các dịch vụ y tế, pháp lý và trợ giúp xã hội có thể là yếu tố quyết định giúp họ phục hồi sức khỏe, bảo vệ quyền lợi và cải

thiện chất lượng cuộc sống. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc kết nối và điều phối các dịch vụ này, đảm bảo rằng người cao tuổi không phải tự mình đối mặt với những vấn đề phức tạp mà không có sự hỗ trợ.

Mục tiêu của việc kết nối các dịch vụ hỗ trợ là giúp người cao tuổi nhận được sự chăm sóc toàn diện, từ việc điều trị các tổn thương thể chất và tâm lý đến việc bảo vệ quyền lợi hợp pháp và hỗ trợ về an sinh xã hội. Quá trình này không chỉ giúp người cao tuổi cảm thấy an tâm hơn mà còn giúp họ lấy lại quyền tự chủ và phẩm giá trong cuộc sống.

Mục tiêu kết nối các dịch vụ hỗ trợ là giúp người cao tuổi nhận được sự chăm sóc toàn diện, bảo vệ quyền lợi hợp pháp và hỗ trợ an sinh xã hội, từ đó giúp họ lấy lại quyền tự chủ và phẩm giá trong cuộc sống.

Thứ nhất, kết nối với dịch vụ y tế: Đảm bảo người cao tuổi được chăm sóc sức khỏe kịp thời, bao gồm điều trị tổn thương thể chất và tâm lý, cũng như tiếp cận dịch vụ chăm sóc dài hạn.

Thứ hai, kết nối với dịch vụ pháp lý: Giúp người cao tuổi bảo vệ quyền lợi hợp pháp, bao gồm quyền tài sản và quyền sống an toàn, đồng thời hỗ trợ trong các thủ tục pháp lý.

Thứ ba, kết nối với dịch vụ trợ giúp xã hội: Hỗ trợ người cao tuổi duy trì cuộc sống độc lập, tiếp cận các dịch vụ tài chính, nơi ở tạm thời, và các nhóm hỗ trợ cộng đồng.

Thứ tư, phối hợp giữa các tổ chức và cơ quan hỗ trợ: Các tổ chức y tế, pháp lý và xã hội phối hợp để người cao tuổi nhận được sự hỗ trợ toàn diện và liên tục.

Thứ năm, bảo mật thông tin và quyền tự quyết: Đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân và tôn trọng quyền tự quyết của người cao tuổi trong quá trình nhận hỗ trợ.

2.3.2. Can thiệp ở cấp độ gia đình

Can thiệp ở cấp độ gia đình tập trung vào việc cải thiện mối quan hệ và hỗ trợ người chăm sóc, nhằm giảm thiểu nguy cơ bạo lực gia đình và xây dựng một môi trường sống an toàn, lành mạnh cho người cao tuổi. Đây là một bước quan trọng trong việc giải quyết căn nguyên của bạo lực, giúp người cao tuổi được sống trong môi trường gia đình ổn định và được tôn trọng.

a. Đánh giá mối quan hệ gia đình và môi trường sống

Nhân viên công tác xã hội cần thực hiện việc đánh giá mối quan hệ giữa người cao tuổi và các thành viên trong gia đình, cùng với môi trường sống của họ, để hiểu rõ các yếu tố tác động đến tình trạng bạo lực gia đình. Quá trình này giúp nhận diện các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn, chẳng hạn như căng thẳng do thiếu thốn tài chính, khi người cao tuổi trở thành gánh nặng tài chính cho gia đình hoặc khi có mâu thuẫn về vấn đề tiền bạc, có thể dẫn đến sự thất vọng và bạo lực. Cũng cần xem xét các vấn đề căng thẳng trong việc chăm sóc người cao tuổi, khi các thành viên trong gia đình gặp khó khăn trong việc đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi, điều này có thể dẫn đến tình trạng quá tải và bạo lực. Sự thiếu hiểu biết về quyền lợi của người cao tuổi trong gia đình, đặc biệt là từ người chăm sóc, cũng là một yếu tố quan trọng, vì thiếu kiến thức về quyền lợi có thể dẫn đến sự bỏ qua hoặc lạm dụng quyền lợi của người cao tuổi, tạo điều kiện cho các hành vi bạo lực thể chất hoặc tinh thần.

Trong quá trình đánh giá, nhân viên công tác xã hội sử dụng nhiều phương pháp, bao gồm phỏng vấn các thành viên trong gia đình để thu thập thông tin về các vấn đề tiềm ẩn và mức độ căng thẳng trong gia đình. Việc quan sát hành vi và thái độ giữa người cao tuổi và các thành viên gia đình cũng giúp nhận diện dấu hiệu của bạo lực, sự thiếu tôn trọng hoặc các hành vi đe dọa. Đồng thời, việc đánh giá các yếu tố kinh tế và tài chính của gia đình, đặc biệt là tình trạng phân chia tài chính không công bằng, có thể ảnh hưởng đến sự ổn định và tạo ra căng thẳng, là một yếu tố quan trọng trong quá trình can thiệp. Cuối cùng, nhân viên công tác xã hội sẽ xem xét mối quan hệ gia đình trong bối cảnh rộng hơn, bao gồm các yếu tố bên ngoài gia đình như cộng đồng, hàng xóm và bạn bè, để hiểu rõ hơn về môi trường sống của người cao tuổi và nhận diện những yếu tố bảo vệ hoặc nguy cơ từ bên ngoài có thể tác động đến họ.

b. Hỗ trợ người chăm sóc

Hỗ trợ người chăm sóc là một yếu tố quan trọng trong việc can thiệp bạo lực gia đình đối với người cao tuổi. Người chăm sóc thường gánh vác trách nhiệm lớn về cả thể chất lẫn tinh thần khi chăm sóc người cao tuổi, và họ có thể trở thành nạn nhân của căng thẳng, mệt mỏi, hay cảm giác quá tải, điều này có thể dẫn đến hành vi bạo lực đối với người cao tuổi. Mục tiêu của việc hỗ trợ người chăm sóc không chỉ là giảm thiểu tình trạng căng thẳng mà còn cung cấp cho họ các công cụ và chiến lược để nâng cao khả năng chăm sóc một cách hiệu quả, bền vững và nhân văn.

Quá trình hỗ trợ người chăm sóc bắt đầu từ việc đánh giá các yếu tố căng thẳng trong công việc chăm sóc, bao gồm khối lượng công việc, mức độ hỗ trợ của gia đình và cộng đồng, cũng như các khó khăn về tài chính hoặc cảm xúc mà họ có thể gặp phải. Nhân viên công tác xã hội cần trò chuyện trực tiếp với người chăm sóc để hiểu rõ các thách thức mà họ đối mặt, từ đó xác định những yếu tố cần được can thiệp, chẳng hạn như cung cấp thông tin về quyền lợi của người cao tuổi, đào tạo kỹ năng chăm sóc, hoặc kết nối với các dịch vụ hỗ trợ bên ngoài.

Ngoài việc cung cấp thông tin và đào tạo, nhân viên công tác xã hội còn giúp người chăm sóc nhận diện và đối phó với cảm giác mệt mỏi, căng thẳng, hay cảm giác bị cô lập. Việc khuyến khích người chăm sóc tham gia vào các nhóm hỗ trợ hoặc các buổi trị liệu cộng đồng có thể giúp họ giảm căng thẳng và cải thiện cảm giác tự chăm sóc. Đặc biệt, việc thúc đẩy sự tham gia của các thành viên khác trong gia đình và cộng đồng vào công việc chăm sóc là rất quan trọng để giảm bớt gánh nặng cho người chăm sóc chính, đồng thời xây dựng một mạng lưới hỗ trợ vững chắc cho cả người cao tuổi và người chăm sóc.

c. Xây dựng cơ chế giải quyết mâu thuẫn

Xây dựng cơ chế giải quyết mâu thuẫn là một phần quan trọng trong việc can thiệp bạo lực gia đình đối với người cao tuổi. Căng thẳng và mâu thuẫn trong gia đình nếu không được giải quyết có thể dẫn đến hành vi bạo lực đối với người cao tuổi. Mục tiêu của việc xây dựng cơ chế giải quyết mâu thuẫn là giúp các thành viên trong gia đình cải thiện kỹ năng giao tiếp, giảm thiểu căng thẳng và xây dựng một môi trường gia đình hòa thuận. Nhân viên công tác xã hội sẽ hỗ trợ gia đình thiết lập các cơ chế giải quyết mâu thuẫn hiệu quả thông qua việc tổ chức các buổi tham vấn gia đình, nơi các thành viên có thể trao đổi, lắng nghe và tìm kiếm giải pháp

chung. Bằng cách hướng dẫn gia đình áp dụng các kỹ thuật giao tiếp hiệu quả như giao tiếp phi bạo lực, lắng nghe chủ động và giải quyết vấn đề hợp tác, nhân viên công tác xã hội giúp gia đình hiểu rằng việc chia sẻ trách nhiệm trong việc chăm sóc người cao tuổi không chỉ giúp giảm căng thẳng mà còn tăng cường sự tôn trọng và đoàn kết trong gia đình.

d. Giáo dục và nâng cao nhận thức về quyền của người cao tuổi

Giáo dục và nâng cao nhận thức về quyền của người cao tuổi là một yếu tố then chốt trong việc can thiệp bạo lực gia đình. Mục tiêu của việc này là đảm bảo người cao tuổi được tôn trọng và bảo vệ quyền lợi hợp pháp của mình, đồng thời giúp các thành viên trong gia đình nhận thức rõ trách nhiệm của mình trong việc chăm sóc và bảo vệ người cao tuổi. Nhân viên công tác xã hội sẽ tổ chức các buổi đào tạo và hội thảo để cung cấp cho gia đình thông tin về quyền lợi của người cao tuổi, bao gồm quyền được sống trong môi trường an toàn, quyền được chăm sóc, và quyền tự quyết về cuộc sống của họ. Qua đó, nhân viên công tác xã hội cũng giới thiệu các chính sách bảo vệ người cao tuổi khỏi bạo lực gia đình và các dịch vụ hỗ trợ pháp lý, xã hội, giúp gia đình hiểu và thực thi đúng các quyền này. Việc nâng cao nhận thức về quyền của người cao tuổi sẽ giúp gia đình tạo ra một môi trường sống tôn trọng và bảo vệ quyền lợi của người cao tuổi, từ đó ngăn ngừa bạo lực gia đình và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

2.3.3. Can thiệp ở cấp cộng đồng – Liên ngành

Can thiệp ở cấp cộng đồng và liên ngành nhằm xây dựng một hệ thống hỗ trợ toàn diện, từ việc phát hiện sớm cho đến việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ lâu dài cho người cao tuổi bị bạo lực gia đình. Đây là cấp độ can thiệp đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các tổ chức và cơ quan, từ nhân viên công tác xã hội, y tế, pháp lý, đến cộng đồng dân cư.

a. Phát triển mạng lưới cộng đồng hỗ trợ người cao tuổi

Nhân viên công tác xã hội có vai trò quan trọng trong việc phát triển và duy trì các mạng lưới hỗ trợ cộng đồng, bao gồm các nhóm hỗ trợ người cao tuổi, các tổ chức xã hội và các nhóm tình nguyện. Mạng lưới này giúp người cao tuổi có thể tìm thấy sự trợ giúp kịp thời trong trường hợp cần thiết, đồng thời tạo ra một môi trường an toàn, thân thiện cho họ.

b. Phối hợp liên ngành để phát hiện và can thiệp sớm

Nhân viên công tác xã hội cần chủ động phối hợp với các tổ chức và cơ quan chức năng khác, như y tế, công an, hội đoàn thể và các tổ chức xã hội để phát hiện sớm các trường hợp bạo lực gia đình. Việc phối hợp này có thể giúp nhanh chóng can thiệp, bảo vệ người cao tuổi khỏi các nguy cơ bạo lực và khôi phục quyền lợi của họ.

Điều này bao gồm việc tổ chức các buổi đào tạo liên ngành, xây dựng quy trình can thiệp đồng bộ và hỗ trợ các dịch vụ cần thiết (y tế, pháp lý, xã hội) cho người cao tuổi.

c. Tổ chức truyền thông phòng ngừa bạo lực gia đình

Truyền thông là một yếu tố quan trọng trong việc phòng ngừa bạo lực gia đình. Nhân viên công tác xã hội cần tham gia vào các chiến dịch truyền thông nhằm nâng cao nhận thức cộng đồng về vấn đề bạo lực gia đình đối với người cao tuổi. Các chiến dịch này có thể bao gồm

các buổi hội thảo, chương trình truyền hình, phát tờ rơi, và hoạt động trực tuyến để cung cấp thông tin về quyền lợi của người cao tuổi, cách nhận diện bạo lực và các dịch vụ hỗ trợ có sẵn.

d. Xây dựng môi trường sống an toàn và thân thiện với người cao tuổi

Bên cạnh việc can thiệp trực tiếp, việc xây dựng môi trường sống an toàn cho người cao tuổi là một phần quan trọng của can thiệp cộng đồng. Các nhân viên công tác xã hội có thể phối hợp với chính quyền địa phương và các tổ chức xã hội để tạo ra các không gian công cộng thân thiện, nơi người cao tuổi có thể sống và tham gia vào các hoạt động xã hội mà không lo bị phân biệt hay lạm dụng. Điều này cũng giúp tạo dựng lòng tin và khuyến khích người cao tuổi tham gia tích cực vào cộng đồng.

3. KẾT LUẬN

Bạo lực gia đình gây ra nhiều hệ quả nghiêm trọng đối với sức khỏe tâm thần người cao tuổi, đặc biệt là trầm cảm, lo âu, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), rối loạn giấc ngủ và ý tưởng tự tử. Những tổn thương này thường không được phát hiện kịp thời do rào cản tâm lý, văn hóa và thiếu sự hỗ trợ phù hợp.

Việc can thiệp cần được thực hiện đồng thời ở nhiều cấp độ. Ở cấp cá nhân, người cao tuổi cần được nâng cao năng lực nhận biết, tiếp cận dịch vụ tư vấn tâm lý và phục hồi sức khỏe tinh thần. Trong gia đình, cần cải thiện nhận thức và kỹ năng chăm sóc của người thân, tạo ra môi trường hỗ trợ thay vì là nguồn gây tổn thương. Ở cấp cộng đồng, cần có cơ chế phối hợp liên ngành giữa y tế, công tác xã hội và pháp luật, nhằm phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và đảm bảo người cao tuổi được sống an toàn, tôn trọng và có tiếng nói.

Tóm lại, bạo lực gia đình với người cao tuổi không thể giải quyết đơn lẻ, mà cần tiếp cận toàn diện, đa cấp độ, lấy người cao tuổi làm trung tâm trong mọi nỗ lực phòng ngừa và hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. J. A. j. o. p. h. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *100*(2), 292-297.
2. Ali, P., Rogers, M., & Heward-Belle, S. J. J. o. c. p. (2021). COVID-19 and domestic violence: impact on mental health. *11*(3), 188-202.
3. Burnes, D., Connolly, M.-T., Salvo, E., Kimball, P. F., Rogers, G., & Lewis, S. J. T. G. (2023). RISE: A conceptual model of integrated and restorative elder abuse intervention. *63*(6), 966-973.
4. Choi, Y.-J., O'Donnell, M., Choi, H.-B., Jung, H.-S., & Cowlishaw, S. (2018). Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults. *International journal of environmental research public health*, *15*(9), 1948.
5. Dong, X., Chen, R., Chang, E.-S., & Simon, M. J. G. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *59*(2), 132-142.
6. Dong, X., Chen, R., Wu, B., Zhang, N. J., Mui, A. C. Y.-S., & Chi, I. (2015). Association between elder mistreatment and suicidal ideation among community-dwelling Chinese older adults in the USA. *Gerontology*, *62*(1), 71-80.

7. Dong, X., Simon, M., Beck, T., & Evans, D. (2014). Decline in cognitive function and elder mistreatment: findings from the Chicago Health and Aging Project. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 598-605.
8. Estebarsari, F., Dastoorpoor, M., Mostafaei, D., Khanjani, N., Khalifehkandi, Z. R., Foroushani, A. R., . . . Taghdisi, M. H. J. C. i. i. a. (2018). Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. 669-679.
9. Hall, J. E., Karch, D. L., & Crosby, A. (2016). Uniform definitions and recommended core data elements for use in elder abuse surveillance. Version 1.0.
10. Khanlary, Z., Maarefvand, M., Biglarian, A., Heravi-Karimooi, M. J. J. o. e. a., & neglect. (2016). The effect of a family-based intervention with a cognitive-behavioral approach on elder abuse. 28(2), 114-126.
11. Koga, C., Tsuji, T., Hanazato, M., Suzuki, N., & Kondo, K. (2022). Elder abuse and depressive symptoms: Which is cause and effect? Bidirectional longitudinal studies from the JAGES. *Journal of interpersonal violence*, 37(11-12), NP9403-NP9419.
12. Mosqueda, L., Burnight, K., Gironde, M. W., Moore, A. A., Robinson, J., & Olsen, B. J. J. o. t. A. G. S. (2016). The abuse intervention model: A pragmatic approach to intervention for elder mistreatment. 64(9), 1879-1883.
13. Nguyễn Hữu Minh. (2019). Phòng, chống bạo lực gia đình ở Việt Nam: Thành tựu, thách thức chủ yếu và một số vấn đề chính sách cần quan tâm, Nghiên cứu Gia đình và Giới. *Tạp chí Gia đình và Giới*, Quyển 29, Số 6.
14. Nguyen, N. T., Nguyen, T., Bui, T. D., & Giang, L. T. (2024). Depression and associated factors among older people in Vietnam: Findings from a National Aging Survey. *PLoS one*, 19(5), e0299791.
15. O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., . . . Erens, B. (2007). *UK study of elder abuse and neglect of older people: Prevalance survey report*: National Centre for Social Research.
16. Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics gerontology international*, 6(3), 149-158.
17. Park, J.-I. (2024). Elder Abuse in Association with Depression and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Elderly in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 65(11), 677.
18. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. J. T. G. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. 56(Suppl_2), S194-S205.
19. Quốc hội. (2007). *Luật Phòng, chống bạo lực gia đình*, Số: 02/2007/QH12, Hà Nội, ngày 21 tháng 11 năm 2007.
20. Quốc hội. (2009). *Luật Người cao tuổi*, số 39/2009/QH12.
21. Schneider, D. C., Mosqueda, L., Falk, E., Huba, G. J. J. J. o. E. A., & Neglect. (2010). Elder abuse forensic centers. 22(3-4), 255-274.
22. Shen, Y., Sun, F., Zhang, A., & Wang, K. J. F. i. p. (2021). The effectiveness of psychosocial interventions for elder abuse in community settings: a systematic review and meta-analysis. 12, 679541.
23. United Nations, D. o. E. a. S. A., Population Division,. (2019). World Population Ageing 2019 Highlights.
24. Vilar-Compte, M., Giraldo-Rodríguez, L., Ochoa-Laginas, A., & Gaitan-Rossi, P. (2018). Association between depression and elder abuse and the mediation of social support: a cross-sectional study of elder females in Mexico City. *Journal of aging health*, 30(4), 559-583.

25. WHO, T. W. H. O.-. (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.
26. Wu, L., Shen, M., Chen, H., Zhang, T., Cao, Z., Xiang, H., & Wang, Y. (2013). The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(10), 1020-1028.
27. Yalçın Gürsoy, M., & Uçan Yamaç, S. (2024). Elder abuse, depression, anxiety, and stress in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*, 24(2), 336-344.
28. Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. J. T. L. G. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. 5(2), e147-e156.
29. Zhang, D., & Li, S. (2024). Family members' abuse of older adults, psychological well-being, and sleep quality among older women and men in China. *Journal of Applied Gerontology*, 43(2), 205-214.

HỆ THỐNG LUẬT PHÁP, CHÍNH SÁCH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM QUA CÁC GIAI ĐOẠN

ThS. Trần Thị Phương Thảo¹

Tóm tắt: Trong xã hội hiện đại ngày nay, sự bùng nổ và phát triển của công nghệ 4.0 cùng với những biến đổi xã hội phức tạp đã khiến cho các vấn đề về sức khỏe tâm thần của con người ngày càng trở thành vấn đề cấp bách. Rối loạn tâm thần nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ để lại hậu quả nghiêm trọng đối với cá nhân, gia đình và xã hội. Chính vì vậy, việc hoàn thiện hệ thống luật pháp, chính sách làm căn cứ pháp lý cho việc triển khai các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung và chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng nói riêng trở thành một yêu cầu cấp bách trong bối cảnh hệ thống chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam còn nhiều hạn chế. Bằng việc vận dụng phương pháp phân tích tài liệu với hệ thống các văn bản chính sách đã được ban hành, bài viết nhằm tổng hợp, hệ thống hoá các nội dung liên quan đến cơ chế, chính sách, quy định về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Từ đó đề xuất những khuyến nghị nhằm tiếp tục hoàn thiện và nâng cao hiệu quả của hệ thống luật pháp, chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng ở Việt Nam trong thời gian tới.

Từ khoá: Sức khỏe tâm thần; chăm sóc sức khỏe tâm thần; chính sách; luật pháp

LEGAL AND POLICY SYSTEM ON COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE IN VIETNAM THROUGH DIFFERENT PERIODS

Abstract: In today's modern society, the explosion and advancement of Industry 4.0 technology, along with complex social changes, have increasingly made mental health issues an urgent concern. If mental disorders are not detected and treated in a timely manner, they can cause severe consequences for individuals, families, and society. Therefore, improving the legal and policy system as a legal foundation for implementing mental health care activities in general—and community-based mental health care in particular—has become a pressing requirement, especially in the context of Vietnam's mental health care policy system still facing many limitations. By applying document analysis methods on the existing policy documents, this article aims to synthesize and systematize the mechanisms, policies, and regulations related to community mental health care. Based on that, it offers recommendations to further improve and enhance the effectiveness of the legal and policy framework for community mental health care in Vietnam in the coming time.

Keywords: Mental health; mental health care; policy; legal framework

1. GIỚI THIỆU

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) “Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay ốm đau”, “không có sức khỏe nếu không có sức khỏe tâm thần”. Hằng năm các ca tử vong do bệnh không lây nhiễm chiếm tới khoảng 74% các ca tử vong chung trên toàn thế giới.² Rối loạn tâm thần được định nghĩa là sự kết hợp của những bất thường về suy nghĩ, quan niệm, cảm xúc, hành vi và mối quan hệ với người khác. Ngoài những rối loạn về mặt sinh học (trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt...), sức khỏe tâm thần, cũng có thể bị tác động bởi các yếu tố tâm lý

¹ Đại học Khoa học - Đại học Thái Nguyên

² WHO (2022), International classification of diseases 11th edition (ICD-11).

xã hội gây căng thẳng.

Cũng như nhiều quốc gia trên thế giới, Việt Nam đang đối mặt với tình trạng rối loạn tâm thần có xu hướng gia tăng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đến năm 2022, khoảng 1/8 dân số thế giới có rối loạn tâm thần, và nhiều người trong số đó không được tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ phù hợp.

Một nửa các bệnh lý về tâm thần khởi phát ở độ tuổi 14 nhưng phần lớn đều không được phát hiện hay điều trị. Trong đó, trầm cảm được xem là rối loạn tâm thần phổ biến thứ ba trong thanh, thiếu niên. Tự sát là nguyên nhân gây tử vong thứ hai trong nhóm độ tuổi từ 15 – 29. Việc sử dụng rượu và ma túy gây hại trong thanh, thiếu niên là vấn đề nổi cộm tại nhiều quốc gia, có thể dẫn đến các hành vi nguy cơ khác như có quan hệ tình dục hoặc điều khiển phương tiện giao thông không an toàn. Theo Quỹ Nhi đồng LHQ (UNICEF), khoảng 8 – 29% trẻ em vị thành niên Việt Nam mắc các bệnh lý tâm thần. Một nghiên cứu của Tổng cục Thống kê Việt Nam phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới mới đây cho thấy hơn một nửa phụ nữ Việt Nam từng bị bạo hành về thể xác, tình dục hay tinh thần trong đời. Theo một nghiên cứu khác, khoảng 75% số trẻ em từ 2- 14 tuổi ở Việt Nam từng bị cha mẹ, người chăm sóc và các thành viên khác trong gia đình bạo hành.

Tại Việt Nam, nhận thức về chăm sóc sức khỏe tâm thần đã có những chuyển biến đáng kể trong nhiều thập kỷ qua. Từ chỗ tập trung vào điều trị tại các cơ sở chuyên khoa, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần đã dần được mở rộng theo hướng tiếp cận cộng đồng, lấy người bệnh làm trung tâm, chú trọng đến phòng ngừa, can thiệp sớm và phục hồi chức năng xã hội. Sự phát triển này có được là nhờ vào những nỗ lực trong việc xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách, pháp luật liên quan đến sức khỏe tâm thần, bao gồm các văn bản pháp lý từ Hiến pháp, luật, đến các chương trình mục tiêu quốc gia, các đề án chuyên ngành và chính sách liên ngành trong lĩnh vực y tế, giáo dục, lao động – xã hội.

Tuy nhiên, cho đến nay, hệ thống pháp luật và chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam vẫn còn tồn tại nhiều bất cập: chưa có Luật Sức khỏe tâm thần riêng biệt; các chính sách hiện hành còn phân tán, thiếu tính thống nhất và chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tiễn. Ngoài ra, việc triển khai chính sách ở cấp cơ sở còn gặp nhiều khó khăn do hạn chế về nguồn lực, nhân lực chuyên môn và cơ chế phối hợp liên ngành.

Trong bối cảnh đó, việc nghiên cứu, hệ thống hóa và phân tích quá trình phát triển của hệ thống luật pháp, chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam qua các giai đoạn là cần thiết. Bài viết này nhằm làm rõ tiến trình hình thành và chuyển đổi các chính sách – pháp luật liên quan, đánh giá những thành tựu, hạn chế và đề xuất một số định hướng hoàn thiện chính sách trong thời gian tới, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng một cách toàn diện và bền vững.

2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CÔNG CỤ

Sức khỏe tâm thần: Trong định nghĩa về sức khỏe của WHO (WHO, 2001), “*Sức khỏe tâm thần là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của các cá nhân. Sức khỏe tâm*

thần không chỉ là trạng thái không có rối loạn tâm thần, mà còn bao gồm khả năng suy nghĩ, học hỏi và hiểu được cảm xúc của một người và phản ứng của người khác. Sức khỏe tâm thần là một trạng thái cân bằng, cả bên trong cơ thể và với môi trường. Các yếu tố thể chất, tâm lý, xã hội, văn hóa, tinh thần và các yếu tố liên quan khác đều tham gia vào việc tạo ra sự cân bằng này. Có mối liên hệ không thể tách rời giữa sức khỏe tâm thần và thể chất”.

Rối loạn tâm thần được định nghĩa theo DMS5: Là hội chứng xáo trộn đáng kể về nhận thức, cảm xúc, hoặc hành vi của cá nhân, trạng thái rối loạn chức năng về tâm lý, sinh lý, rối loạn quá trình phát triển tâm thần. Rối loạn tâm thần thường đi kèm với suy giảm nghiêm trọng ở cá nhân về tương tác xã hội, nghề nghiệp, hay những hoạt động quan trọng khác trong đời sống của họ. Có nhiều dạng rối loạn tâm thần, và thường được phân ra sáu nhóm chính như sau:

- Các rối loạn tâm thần thường gặp như trầm cảm, lo âu
- Các rối loạn liên quan lệ thuộc rượu bia, ma túy
- Các rối loạn tâm thần nặng như loạn thần
- Chậm phát triển tâm thần
- Các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người già (như rối loạn trí nhớ)
- Các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ em (như tự kỷ)

Chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng: Chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) dựa vào cộng đồng là chiến lược, các biện pháp về chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết kế, triển khai hướng tới thu hút tối đa nguồn lực, sự tham gia của gia đình, cộng đồng giúp cho NTT được bình đẳng về cơ hội và hòa nhập xã hội. CSSKTT dựa vào cộng đồng được triển khai với sự phối hợp chung của chính bản thân người có rối loạn tâm thần, gia đình và cộng đồng bằng những dịch vụ y tế, dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội, giáo dục, hướng nghiệp thích hợp. CSSKTT dựa vào cộng đồng nhấn mạnh đến nguồn lực từ cộng đồng (gồm chính quyền địa phương, y tế cộng đồng, hàng xóm, gia đình và bản thân người có rối loạn tâm thần). Cán bộ chuyên môn liên quan tới sức khỏe tâm thần như cán Bộ Y tế, nhân viên Công tác xã hội, điều dưỡng, chuyên gia tâm lý, trị liệu nghề nghiệp đóng vai trò hướng dẫn, chỉ đạo về kỹ thuật trong từng lĩnh vực về chăm sóc, phục hồi chức năng đối với người bệnh tâm thần và gia đình họ. Việc triển khai CSSKTT cộng đồng được thực hiện lồng ghép vào mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu.

CSSKTT có nhiều mô hình khác nhau bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần tập trung tại bệnh viện chuyên khoa tâm thần hay tại các cơ sở bảo trợ xã hội đang nuôi dưỡng, chăm sóc và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần; chăm sóc và điều trị ngoại trú do cán bộ chuyên khoa tâm thần đảm nhiệm; và chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng. Mô hình chăm sóc, điều trị tập trung tại bệnh viện tâm thần hay cơ sở bảo trợ xã hội phù hợp đối với những bệnh nhân tâm thần nặng trong giai đoạn bắt đầu điều trị, đang có những hành vi nguy hiểm, hoặc bệnh nhân mãn tính không còn khả năng phục hồi. Còn đối với những bệnh nhân đã ổn định cũng như những bệnh nhân ở thể nhẹ thì mô hình này có hạn chế trong việc hòa nhập cộng đồng của người có rối loạn tâm thần. Ngoài ra, cán bộ chuyên khoa tâm thần còn thiếu, cơ sở

điều trị tập trung ở xa, và việc kì thị nặng nề, do vậy sự tiếp cận, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở chuyên khoa tâm thần còn hạn chế. Trong bối cảnh đó, CSSKTT dựa vào cộng đồng được coi là mô hình phù hợp và hiệu quả với những lý do sau:

- CSSKTT dựa trên chính nền tảng cộng đồng mà người rối loạn tâm thần đang sinh sống nên giúp họ hòa nhập trở lại với cộng đồng tốt hơn.

Sự quá tải của các cơ sở điều trị tập trung, do vậy cần có giải pháp phù hợp hơn với nhu cầu, điều kiện nguồn lực, khả năng chữa trị của nhân dân.

- Rất nhiều người bệnh tâm thần đang sống trong cộng đồng, vì vậy cần có một mô hình điều trị tại cộng đồng để họ có thể tiếp cận được dễ hơn.

- Rối loạn tâm thần bao gồm những cấp độ khác nhau, ở mỗi cấp độ lại có những cách thức can thiệp riêng. Đối với những người ở thể nhẹ, cần phát hiện và can thiệp sớm tại cộng đồng thông qua trị liệu tâm lý, tham vấn gia đình về cách thức chăm sóc và phòng ngừa biến chứng nặng hơn.

- Những người đã được điều trị ổn định tại cơ sở chuyên khoa cũng cần được phục hồi và tái hòa nhập trong môi trường sống bình thường.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích tài liệu thông qua các văn bản luật pháp, chính sách của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam về sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Theo đó, các văn bản quy phạm pháp luật bao gồm: Hiến pháp, Luật, các văn bản dưới Luật như: Công văn, Công điện, Thông tư, Chỉ thị, Quyết định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ và các Bộ của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam liên quan đến sức khỏe tâm thần.

4. THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CHÍNH SÁCH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG Ở VIỆT NAM QUA CÁC GIAI ĐOẠN

Từ năm 1999 tới nay, chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần (SKTT) đã có những thay đổi lớn về định hướng: từ đối tượng chăm sóc rối loạn tâm thần nặng đến mở rộng tới các loại rối loạn tâm trí khác, từ phương pháp điều trị bằng thuốc đến hình thành các phương pháp tâm lý trị liệu, từ tập trung vào việc điều trị đến hình thành một chương trình chăm sóc SKTT toàn diện. Với mục tiêu đem lại một cái nhìn tổng quan về xu hướng phát triển của chương trình chăm sóc SKTT dựa vào cộng đồng, sự ra đời ngành Công tác xã hội và ngành Tâm lý học tại Việt Nam, bài viết dưới đây tạm chia thành 3 giai đoạn phát triển và điếm qua những chính sách góp phần tạo nên những sự thay đổi trong mỗi giai đoạn theo nhận định và quan điếm cá nhân của tác giả.

4.1. Thực trạng hệ thống chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam giai đoạn 1999 – 2010

Trong giai đoạn này, Bộ Y tế (BYT) đóng vai trò chủ đạo trong quản lý chăm sóc SKTT, tập trung vận hành theo mô hình điều trị tại bệnh viện, chưa có sự hợp tác liên ngành với các Bộ khác, kể cả Bộ Lao động thương binh và xã hội (BLĐ-TB&XH). Phương pháp điều trị chủ yếu là dùng thuốc. Các phương pháp tâm lý trị liệu, can thiệp hỗ trợ/ điều

trị tại cộng đồng bằng những phương pháp không dùng thuốc hầu như chưa được triển khai trong cả nước.

Một bước ngoặt quan trọng trong chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam là việc Bộ Y tế khởi thảo Dự án Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng từ năm 1999, và chính thức triển khai trên toàn quốc vào năm 2001. Giai đoạn đầu của chương trình tập trung vào hai nhóm đối tượng chính là bệnh nhân tâm thần phân liệt và bệnh động kinh, được xác định là những rối loạn phổ biến và gây gánh nặng xã hội cao. Mô hình triển khai mang tính tiệm tiến và dựa vào mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là trạm y tế xã, phường và nhân viên y tế thôn bản. Việc điều trị chủ yếu thực hiện thông qua phát thuốc ngoại trú định kỳ, theo dõi triệu chứng và hỗ trợ tâm lý – xã hội tại chỗ, kết hợp công tác truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng về bệnh tâm thần. Đến cuối năm 2010, chương trình đã phủ tới hơn 70% số xã trên toàn quốc, tạo ra mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng bước đầu có hệ thống.

Một số kết quả nổi bật của giai đoạn này bao gồm: giảm đáng kể số lượng bệnh nhân phải điều trị nội trú dài ngày; rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân tâm thần; giảm tải cho các bệnh viện tâm thần tuyến trung ương và khoa tâm thần tại bệnh viện đa khoa tỉnh/huyện; nâng cao khả năng tiếp cận điều trị của bệnh nhân ở vùng sâu, vùng xa, nơi thiếu vắng bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

Một bước tiến tiếp theo trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng giai đoạn này đó là sự ra đời của **Chương trình phòng, chống một số bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2002-2010** thông qua Quyết định số 77/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, chương trình tập trung vào 4 nhóm bệnh trong đó có rối loạn SKTT (động kinh và trầm cảm) với các mục tiêu như:

- Giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và ảnh hưởng xã hội của bệnh tâm thần
- Giảm tỷ lệ mắc, tái phát và gây rối xã hội của bệnh nhân động kinh:
- Giảm tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm, tự sát do bệnh trầm cảm

Tuy nhiên đến năm 2010, cấu phần chăm sóc SKTT vẫn chưa được triển khai do nhiều nguyên nhân thiếu hụt từ nhân lực, nguồn lực và chưa có sự phối hợp liên ngành.

Bên cạnh đó, tại Điều 66, Luật Khám chữa bệnh năm 2009, quy định bắt buộc chữa bệnh đối với đối tượng *“bệnh tâm thần ở trạng thái kích động, trầm cảm có ý tưởng, hành vi tự sát, hoặc gây nguy hiểm cho người khác theo quy định của pháp luật”*. Đối với trường hợp bệnh nhân tâm thần đã được *“điều trị ổn định mà vẫn không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, thông báo cho cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận người bệnh”*. Vai trò của các cơ sở bảo trợ xã hội trong giai đoạn này chủ yếu là quản lý các đối tượng bệnh tâm thần được chuyển giao từ các cơ sở y tế về cộng đồng.

Về chính sách bảo trợ, tại Điều 6, Nghị định số 07/2000/NĐ-CP của Chính phủ về chính sách cứu trợ xã hội ban hành ngày 09 tháng 3 năm 2000 có quy định đối tượng thuộc diện cứu trợ xã hội thường xuyên tại xã, phường quản lý trong đó có đối tượng: Người tâm thần mãn tính là người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm và có kết luận bệnh mãn tính, sống độc thân không nơi nương tựa hoặc gia đình thuộc diện đói nghèo. Với

mức trợ cấp tối thiểu được quy định tại Điều 10 là 45.000 đồng/người/tháng; mức trợ cấp sinh hoạt phí nuôi dưỡng tối thiểu tại cơ sở bảo trợ xã hội của nhà nước bằng 100.000 đồng/người/tháng; riêng đối với trẻ em dưới 18 tháng tuổi phải ăn thêm sữa, mức trợ cấp bằng 150.000 đồng/người/tháng. Đến năm 2007, mức trợ cấp được điều chỉnh ở Nghị định 67/2007/NĐ-CP về chính sách trợ giúp với các đối tượng bảo trợ xã hội ban hành ngày 13 tháng 4 năm 2007 tăng lên 180,000 đồng/ người/ tháng. Đến Nghị định số 13/2010/ NĐ – CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 67/2007/ NĐ – CP ngày 13 tháng 4 năm 2007 của Chính phủ về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội, đã sửa đổi đối tượng người mắc bệnh tâm thần thuộc diện bảo trợ xã hội thành “*người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm*” và tăng mức trợ cấp lên 270,000 đồng/tháng; 450,000 đồng/người/tháng tại cơ sở bảo trợ xã hội của nhà nước. Ngoài ra đối tượng còn được cấp thẻ bảo hiểm y tế theo quy định và hỗ trợ chi phí mai táng khi chết với số tiền là 3 triệu đồng.

4.2. Thực trạng hệ thống chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020

Trong giai đoạn 2011–2020, hệ thống chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam tiếp tục được củng cố, mở rộng cả về phạm vi địa lý lẫn đối tượng phục vụ, đồng thời bắt đầu xuất hiện xu hướng tiếp cận sức khỏe tâm thần một cách toàn diện, liên ngành. Một dấu mốc quan trọng là việc Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1215/QĐ-TTg ngày 22/7/2011 phê duyệt Đề án phát triển mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng giai đoạn 2011–2020. Đề án đề ra mục tiêu: Mở rộng độ bao phủ mạng lưới quản lý, điều trị các rối loạn tâm thần tại tuyến cơ sở; nâng cao năng lực cho đội ngũ y tế tuyến xã trong việc chẩn đoán, can thiệp và tư vấn tâm lý ban đầu; kết hợp các biện pháp y tế với hỗ trợ xã hội, phục hồi chức năng và phòng ngừa tái phát trong cộng đồng.

Nghị quyết số 32/2010/QĐ-TTg phê duyệt đề án phát triển nghề Công tác xã hội giai đoạn 2010-2020 theo đề xuất của BLĐTBXH, công nhận và chuẩn hóa nghề Công tác xã hội, tập trung phát triển chất lượng chuyên môn, kỹ năng cho đội ngũ nhân lực. Trong giai đoạn này, Bộ Y tế đóng vai trò chuyên môn, “*Hướng dẫn nghiệp vụ y tế trong điều trị và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng và trong các cơ sở bảo trợ xã hội; nâng cao năng lực đội ngũ nhân viên, cộng tác viên y tế về chăm sóc SKTT.*”

Quyết định số 1215/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 với mục tiêu chung: Huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa người rối nhiễu tâm trí bị tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội. Các hoạt động của đề án bao gồm: xây dựng cơ sở vật chất và trang thiết bị cho các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần; phát triển nguồn nhân lực làm công tác trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần dựa vào cộng đồng; Phát triển các cơ sở phòng và trị liệu rối nhiễu tâm trí; truyền thông, nâng cao nhận thức về trách nhiệm của gia đình, cộng đồng và toàn xã hội về chăm sóc và phục hồi chức năng; nâng cao kiến thức, kỹ năng trợ giúp xã hội và phục hồi

chức năng cho người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên đến thời điểm hiện nay, các cơ sở cung cấp dịch vụ tâm lý trị liệu rất hạn chế, chưa có quy chuẩn về chất lượng và dịch vụ.

Quyết định số 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 – 2025 ban hành ngày 20 tháng 3 năm 2015 do Bộ Y tế đề nghị, không còn đề cập trực tiếp đến các rối loạn tâm thần như giai đoạn trước mà được gọi chung với khái niệm các bệnh không lây nhiễm. Mục tiêu chung của chiến lược đưa ra đó là khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước. Các giải pháp đưa ra trong chiến lược như bao gồm: Giải pháp về chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành; giải pháp về truyền thông và vận động xã hội; giải pháp tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế; giải pháp về nguồn lực; giải pháp về nghiên cứu, theo dõi và giám sát; giải pháp tăng cường hợp tác quốc tế. Trong Quyết định số 3556/ QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành về việc *“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine”* trong đó có đề cập đến các rối loạn tâm thần do sử dụng ATS (theo ICD-10) và tư vấn tâm lý được nhắc đến như một nguyên tắc điều trị, chưa có hướng dẫn cụ thể phương pháp tư vấn tâm lý.

Năm 2017, UNICEF phối hợp với BLĐTBXH phát hành *“Tài liệu hướng dẫn thực hành công tác xã hội trong chăm sóc SKTT”* tập trung vào các rối loạn tâm thần phổ biến trong cộng đồng: trầm cảm, lo âu, động kinh, tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ người lớn tuổi. Đây là một bước quan trọng chuẩn hóa việc đào tạo cho đội ngũ công tác xã hội trong chăm sóc y tế.

4.3. Thực trạng hệ thống chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam giai đoạn 2021 – 2030

Từ năm 2021 đến nay, chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam bước vào giai đoạn phát triển mới, với tư duy tiếp cận toàn diện, đa ngành, dựa trên quyền và nhu cầu của người dân, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của phòng ngừa và can thiệp sớm. Giai đoạn này cũng chứng kiến sự tác động mạnh mẽ từ đại dịch COVID-19, khiến các vấn đề sức khỏe tâm thần trở nên cấp thiết và được quan tâm rộng rãi trong toàn xã hội. Một số dấu ấn chính trong chính sách và thực tiễn triển khai:

Theo Quyết định số 34/2020/QĐ -TTG ngày 26 tháng 10 năm 2020, chức danh “Nhà tâm lý học” chính thức có trong danh mục nghề nghiệp Việt Nam đánh dấu một bước tiến lớn cho ngành Tâm lý học Việt Nam.

Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14/5/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp*” trong sơ đồ/ phác đồ điều trị, bên cạnh điều trị hóa dược, liệu pháp tâm lý và điều trị hỗ trợ được cụ thể hóa theo từng loại rối loạn tâm thần.

Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25 tháng 11 năm 2020 về phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030 do Thủ tướng Chính phủ ban hành đã nêu cụ thể các đối tượng của chương trình phù hợp với mô hình bệnh tật trong xã hội bao gồm: tâm thần phân

liệt, động kinh, tổn thương não, chậm phát triển trí tuệ, nghiện chất kích thích, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn stress sau sang chấn tâm lý. Mục tiêu chung của chương trình đó là: Huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng tăng cường trợ giúp về vật chất, tinh thần, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí hòa nhập cộng đồng, ổn định cuộc sống; sàng lọc, phát hiện và hỗ trợ can thiệp, phòng ngừa người rối nhiễu tâm trí đặc biệt là trẻ tự kỷ bị tâm thần nặng, góp phần bảo đảm an sinh xã hội và nâng cao chất lượng dịch vụ trợ giúp xã hội đối với người tâm thần và người rối nhiễu tâm trí. Tiếp đó, ngày 20/9/2021 Quyết định số 4485/QĐ-BYT năm 2021 phê duyệt Kế hoạch thực hiện Quyết định số 1929/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021–2030 do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

Cùng với đó, Quyết định số 155/QĐ-TTG ngày 29 tháng 1 năm 2022, phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 do BYT đề nghị, tập trung vào các rối loạn sức khỏe tâm thần bao gồm: tâm thần phân liệt, động kinh, sa sút trí tuệ, trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác. BYT phối hợp với BLĐTBXH triển khai hoạt động nâng cao sức khỏe, dự phòng, phát hiện sớm và quản lý điều trị, phục hồi chức năng. Mục tiêu chung của kế hoạch đó là: Tăng cường kiểm soát các yếu tố nguy cơ gây bệnh, đẩy mạnh các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm và quản lý điều trị để hạn chế sự gia tăng tỷ lệ người tiền bệnh, mắc bệnh, tàn tật và tử vong sớm do các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản (sau đây gọi chung là bệnh không lây nhiễm) và các bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, sa sút trí tuệ và các rối loạn sức khỏe tâm thần khác (sau đây gọi chung là rối loạn sức khỏe tâm thần) nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước.

Thông tư số 17/2022/TT-BYT năm 2022 của BYT, quy định nhiệm vụ khám chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; trong đó có nhiệm vụ “*thực hiện các liệu pháp tâm lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, âm nhạc trị liệu, phục hồi chức năng tâm thần xã hội và các liệu pháp khác...*”, tạo điều kiện cho lĩnh vực tâm lý học lâm sàng có chỗ đứng trong bệnh viện. Theo quy định trong Luật số 15/2023/QH15 Luật Khám chữa bệnh ban hành ngày 9/01/2023 quy định “Tâm lý lâm sàng” là chức danh chuyên môn cần có giấy phép hành nghề. Hội đồng y khoa quốc gia thực hiện nhiệm vụ đánh giá năng lực hành nghề khám, chữa bệnh từ ngày 01/01/2029 đối với chức danh “Tâm lý lâm sàng”.

Hiện tại, nhu cầu về tư vấn tâm lý, trị liệu RNTT trong xã hội ngày càng gia tăng, trong khi năng lực cung cấp dịch vụ và chuẩn hóa chất lượng dịch vụ của ngành Tâm lý học đang ở mức thấp. Bên cạnh đó, trong giai đoạn hiện nay các mô hình chăm sóc và tư vấn tại cộng đồng đã được đa dạng hoá trên phạm vi cả nước. Nhiều địa phương (Hà Nội, TP.HCM, Đà Nẵng...) đã xây dựng tổng đài tư vấn tâm lý học đường miễn phí, đội ngũ chuyên viên hỗ trợ khủng hoảng tâm lý học sinh và cha mẹ sau đại dịch. Các mô hình hỗ trợ tâm lý trực tuyến, chăm sóc từ xa thông qua ứng dụng (như VOV24/7, iHelp, Bluezone, Alo Tâm lý 1900.9044...) đã mở rộng độ bao phủ và khả năng tiếp cận của người dân. Cùng với đó nước ta cũng đang dần tiến tới chuyên nghiệp hóa nhân lực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Bộ Y tế đã xây dựng đề án phát triển nhân lực chuyên ngành tâm lý lâm sàng, hướng đến chuẩn hóa việc đào tạo, cấp chứng chỉ và hành nghề. Nhiều trường đại học (ĐHQG Hà Nội, ĐHY Hà Nội, ĐHKHXH&NV TP.HCM...)

đã mở các chương trình đào tạo chính quy và liên thông về tâm lý học đường, tham vấn trị liệu.

Bảng 1: So sánh hệ thống chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng qua các giai đoạn

Tiêu chí	Giai đoạn 1999–2010	Giai đoạn 2011–2020	Giai đoạn 2021–2030
Mục tiêu chính	Khởi động mô hình chăm sóc SKTT dựa vào cộng đồng; tập trung điều trị ngoại trú các bệnh nặng như tâm thần phân liệt và động kinh.	Mở rộng mạng lưới chăm sóc SKTT cộng đồng; kết hợp y tế và công tác xã hội; hướng đến phục hồi chức năng xã hội.	Chuẩn hóa nghề tâm lý, phát triển dịch vụ đa ngành; tích hợp SKTT vào hệ thống y tế – xã hội – giáo dục toàn diện.
Chính sách nổi bật	- Chương trình mục tiêu quốc gia SKTT cộng đồng (2001) - Luật Khám chữa bệnh 2009 - Nghị định trợ cấp xã hội cho người tâm thần	- QĐ 1215/QĐ-TTg (2011): Mạng lưới SKTT cộng đồng - QĐ 376/QĐ-TTg (2015): Chiến lược NCD - Chuẩn hóa nghề CTXH (2010) - Hướng dẫn CTXH trong SKTT (2017)	- QĐ 155/QĐ-TTg (2022): Kế hoạch quốc gia phòng chống rối loạn SKTT - TT 17/2022/TT-BYT: nhiệm vụ KCB tâm thần - Luật Khám chữa bệnh 2023: công nhận chức danh tâm lý lâm sàng
Mô hình triển khai	Điều trị tại tuyến xã: phát thuốc, theo dõi tại nhà, truyền thông nâng cao nhận thức	Tăng cường phối hợp liên ngành: y tế – xã hội – giáo dục; xây dựng mô hình hỗ trợ phục hồi chức năng xã hội	Đẩy mạnh chuyển đổi số, dịch vụ trực tuyến, tích hợp trường học – cộng đồng – y tế; mở rộng mạng lưới tư vấn tâm lý
Nhân lực	Chủ yếu là cán Bộ Y tế xã, thiếu chuyên môn sâu về tâm lý	Bổ sung cán bộ công tác xã hội, bắt đầu đào tạo tư vấn viên	Chính thức hóa tâm lý lâm sàng, xây dựng tiêu chuẩn nghề nghiệp và đào tạo chuyên sâu
Đối tượng ưu tiên	Tâm thần phân liệt, động kinh	Mở rộng sang trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ	Toàn bộ rối loạn tâm thần và rối nhiễu tâm lý, bao gồm trẻ tự kỷ, rối loạn học đường

5. MỘT SỐ NHỮNG THÁCH THỨC

Thời gian qua, mặc dù ngành y tế và các các địa phương đã có nhiều nỗ lực, nhưng công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức.

- Đến nay, Việt Nam vẫn là một trong những quốc gia chưa có Luật Sức khỏe tâm thần riêng, khiến nhiều chính sách rơi vào tình trạng chồng chéo, thiếu cơ chế thực thi và giám sát rõ ràng.
- Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cả nước hiện có hai bệnh viện tâm thần ở tuyến trung ương (Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2) cùng với Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia.
- Tại tuyến tỉnh, hiện 43 tỉnh, thành phố có bệnh viện tâm thần, số còn lại là khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa và trung tâm phòng chống bệnh xã hội của tỉnh. Tại tuyến quận, huyện có nhiều bác sĩ được tập huấn về công tác sức khỏe tâm thần. Tuyến xã, phường tập trung nhiều vào quản lý danh sách người bệnh tâm thần, chủ yếu là cấp thuốc điều trị tâm thần theo chỉ định của tuyến trên, không thực hiện công việc khám, chẩn đoán, kê đơn điều trị rối loạn tâm thần.

Như vậy, tuyến huyện hầu như không cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh nội trú về tâm thần; việc lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần trong chăm sóc sức khỏe chung, nhất là chăm sóc sức khỏe ban đầu còn nhiều hạn chế, hầu như chỉ cơ sở chuyên khoa tâm thần cung cấp dịch vụ, còn hầu hết các bệnh viện chuyên khoa như nhi, sản-nhi, lão khoa không có khoa tâm thần, nguồn nhân lực chăm sóc sức khỏe tâm thần còn thiếu và phân bổ không đồng đều trên các vùng trong cả nước... Mặc dù Việt Nam có hơn 11.000 trạm y tế xã, phường nhưng chỉ 49%

số trạm thực hiện được 80% danh mục chuyên môn kỹ thuật; các trạm y tế chỉ cấp thuốc miễn phí cho người bệnh tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm; không thực hiện được các dịch vụ khác như sàng lọc, trị liệu, phòng tái phát hay phục hồi chức năng; trạm y tế dựa hoàn toàn vào trung tâm y tế huyện để duy trì dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.¹

Đối với ngành bảo trợ xã hội thì mới triển khai chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi dựa vào cộng đồng cho người rối loạn tâm thần; mặt khác gặp thách thức trong điều phối đa ngành cũng như khó tiếp cận đối với người bị rối loạn tâm thần ở nông thôn. Tất cả học sinh có bảo hiểm y tế nhưng không tiếp cận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần phù hợp.

Theo nghiên cứu của PGS.TS. Nguyễn Văn Tuấn và Thạc sĩ, bác sĩ Lê Công Thiện (Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội), hiện nay nguồn nhân lực chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cả nước thiếu về số lượng; chất lượng chưa cao; phân bố không đều, tập trung nhiều ở vùng Đồng bằng sông Hồng và Thành phố Hồ Chí Minh, còn khu vực miền núi phía Bắc, Tây Nguyên và Tây Nam Bộ rất ít...²

KẾT LUẬN

Qua phân tích các văn bản pháp luật, chính sách và chương trình hành động trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam qua các giai đoạn, có thể nhận thấy rằng hệ thống pháp lý đã từng bước được hoàn thiện, thể hiện sự chuyển biến tích cực từ cách tiếp cận y học sang hướng tiếp cận toàn diện – lấy con người làm trung tâm và hướng tới cộng đồng. Tuy nhiên, bên cạnh những tiến bộ đạt được, hệ thống chính sách vẫn còn một số hạn chế như: thiếu tính đồng bộ giữa các ngành, nguồn lực triển khai chưa tương xứng, và chính sách cụ thể cho chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng còn chưa rõ nét. Trong bối cảnh các vấn đề sức khỏe tâm thần ngày càng gia tăng, đặc biệt sau đại dịch COVID-19, việc tiếp tục hoàn thiện hệ thống luật pháp và chính sách theo hướng tích hợp, liên ngành, đảm bảo tính bao trùm và bền vững là vô cùng cấp thiết. Đồng thời, cần có cơ chế giám sát, đánh giá thực thi chính sách rõ ràng và tăng cường đầu tư cho nguồn lực con người – yếu tố then chốt đảm bảo hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Những điều chỉnh chiến lược trong giai đoạn tới sẽ là tiền đề quan trọng góp phần xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần công bằng, tiếp cận được với mọi đối tượng, đặc biệt là nhóm yếu thế trong xã hội.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội (2009), Luật Khám bệnh, chữa bệnh thông qua ngày 23/11/2009.
2. Quốc hội (2023), Luật Khám bệnh, chữa bệnh, ngày 09/01/2023.
3. Thủ tướng Chính phủ (2000), Nghị định số 07/2000/NĐ-CP về chính sách cứu trợ xã hội ngày 9/3/2000.
4. Thủ tướng Chính phủ (2007), Nghị định số 67/2007/NĐ-CP về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội ngày 13/4/2007.
5. Thủ tướng Chính phủ (2010), Nghị định số 13/2010/NĐ-CP ngày 27/2/2010 sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 67/2007/NĐ-CP.
6. Thủ tướng Chính phủ (2010), Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg phê duyệt Đề án phát triển nghề công tác xã hội 2010 – 2020 ngày 25/3/2010.

¹ <https://nhandan.vn/can-nhung-giai-phap-nang-cao-nang-luc-cham-soc-suc-khoe-tam-than-post777166.html>

² <https://nhandan.vn/can-nhung-giai-phap-nang-cao-nang-luc-cham-soc-suc-khoe-tam-than-post777166.html>

7. Thủ tướng Chính phủ (2011), Quyết định số 1215/QĐ-TTg phê duyệt Đề án trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 ngày 22/7/2011.
8. Thủ tướng Chính phủ (2015), Quyết định số 376/ QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015 – 2025 ngày 20/3/2015.
9. Thủ tướng Chính phủ (2020), Quyết định số 34/2020/QĐ -TTg ban hành Danh mục nghề nghiệp Việt Nam ngày 26/11/2020.
10. Thủ tướng Chính phủ (2020), Quyết định số 1929/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi tâm thần trong cộng đồng, bao gồm cả trẻ tự kỷ và người mắc rối loạn tâm thần giai đoạn 2021-2030, ngày 25/11/2020.
11. Thủ tướng Chính phủ (2022), Quyết định số 155/ QĐ-TTg phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 ngày 29/1/2022.
12. Bộ Y tế (2014), Quyết định 3556/ QĐ-BYT ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine” ngày 10/9/2014.
13. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 2058/ QĐ-BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” ngày 14/5/2020.
14. Bộ Y tế (2022) Thông tư số 17/2022/TT-BYT quy định nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngày 30/12/2022.
15. Bộ LĐ-TB&XH (2021), Quyết định số 1069/QĐ-LĐTBXH về việc xây dựng Kế hoạch thực hiện Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng tâm thần, trẻ tự kỷ và loạn thần trong cộng đồng giai đoạn 2021 -2030, ngày 27/9/2021.
16. Bộ Y tế (2022), Thông tư số 17/2022/TT-BYT quy định nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngày 30/12/2022.
17. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 712/ QĐ-BYT về việc lập kế hoạch phát triển công tác xã hội ngành Y tế giai đoạn 2021-2030, ngày 21/03/2022.

THỰC TRẠNG, NHU CẦU VÀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ, BỆNH VIỆN NHIỆT ĐỚI, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ThS. Hoàng Bào Trường¹, Trần Thị Ánh²

Tóm tắt: Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng, nhu cầu và hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, TP. Hồ Chí Minh. Trên cơ sở khảo sát 85 bệnh nhân, kết quả cho thấy phần lớn người bệnh trải qua các vấn đề tâm lý như lo âu, trầm cảm, chán nản và cảm giác bị kỳ thị ở mức độ thỉnh thoảng, nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân gặp triệu chứng kéo dài và nghiêm trọng. Nhu cầu được hỗ trợ tâm lý, đặc biệt là tham vấn cá nhân, được ghi nhận ở mức cao, nhất là ở nhóm nữ và người trẻ tuổi. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn gặp nhiều rào cản khi tiếp cận dịch vụ như thiếu thông tin, lo ngại bị kỳ thị và hạn chế về thời gian. Trong khi đó, hoạt động hỗ trợ tâm lý tại bệnh viện chủ yếu tập trung vào tư vấn cá nhân, còn hạn chế về tư vấn nhóm và hỗ trợ đồng đẳng. Từ những phát hiện trên, nghiên cứu kiến nghị cần phát triển mô hình chăm sóc tâm thần tích hợp trong điều trị HIV, nâng cao năng lực nhân viên y tế, và xây dựng môi trường không kỳ thị nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh.

Từ khoá: Chăm sóc sức khỏe tâm thần, người bệnh nhiễm HIV, phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, lo âu, trầm cảm, kỳ thị, dịch vụ tâm lý, nhu cầu chăm sóc, rào cản, hỗ trợ tâm lý, điều trị HIV.

CURRENT SITUATION AND MENTAL HEALTH CARE NEEDS OF HIV PATIENTS AT THE OUTPATIENT CLINIC, TROPICAL DISEASES HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

SUMMARY: This study aims to assess the current situation, needs, and mental health care practices for HIV patients at the outpatient clinic of the Tropical Diseases Hospital in Ho Chi Minh City. Based on a survey of 85 patients, the results indicate that most participants experience psychological issues such as anxiety, depression, discouragement, and perceived stigma—primarily at a mild or occasional level. However, a notable proportion suffer from persistent and severe symptoms. The demand for mental health support, especially for individual counseling, is high, particularly among women and younger patients. Despite this, patients face several barriers to accessing psychological services, including lack of information, fear of stigma, and time constraints. Mental health support activities at the hospital are mostly limited to individual counseling, with minimal access to group therapy or peer support. The findings highlight the need to develop an integrated mental health care model in HIV treatment, enhance staff capacity, and foster a stigma-free clinical environment to improve patient well-being and treatment outcomes.

Keywords: Mental health care, HIV patients, outpatient clinic, Tropical Diseases Hospital, anxiety, depression, stigma, psychological services, care needs, barriers, psychological support, HIV treatment.

1. BỐI CẢNH NGHIÊN CỨU

Sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tổng thể của mỗi cá nhân, đặc biệt là đối với những người bệnh nhiễm HIV. Theo Cao Tiến Đức (2024), sức khỏe tâm thần là một phần không thể tách rời của sức khỏe tổng thể, và đối với người nhiễm HIV

¹ Phân hiệu Học viện Phụ nữ Việt Nam; Email: baotruongswd@gmail.com

² Học viên cao học khoa Công tác xã hội, Học viện Phụ nữ Việt Nam.

lại càng quan trọng, các yếu tố sinh học, xã hội và môi trường sống tác động mạnh mẽ đến tình trạng tâm lý của họ. Người nhiễm HIV thường xuyên đối mặt với những khó khăn về tâm lý như lo âu, căng thẳng, và trầm cảm, với tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần cao hơn đáng kể so với dân số chung.

Nghiên cứu của Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Thu Cúc, Võ Ngọc Thanh, Lương Văn Hoan, & Võ Xuân Huy (2022) chỉ ra rằng tỷ lệ mắc trầm cảm ở người nhiễm HIV có thể lên đến 36%, trong khi tỷ lệ rối loạn lo âu tổng quát là 15,8%. Những vấn đề này không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của người bệnh mà còn làm giảm khả năng tuân thủ điều trị, từ đó gia tăng nguy cơ thất bại trong việc kiểm soát bệnh (Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Thu Cúc, Võ Ngọc Thanh, Lương Văn Hoan, & Võ Xuân Huy, 2023). Đặc biệt, tại Việt Nam, người nhiễm HIV vẫn phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử, điều này càng làm trầm trọng thêm các vấn đề tâm lý và cản trở họ tiếp cận dịch vụ hỗ trợ (Lê Xuân Mai, Trần Thị Hoài Thương, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Phạm Thị Thu Phương, & Thái Thanh Trúc, 2024).

Mặc dù có những tác động lớn từ các vấn đề tâm lý đến quá trình điều trị, nhưng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cơ sở y tế, đặc biệt là các phòng khám ngoại trú, hiện nay vẫn còn nhiều hạn chế. Các dịch vụ hỗ trợ hiện tại chủ yếu tập trung vào điều trị thể chất, mà ít chú trọng đến chăm sóc tâm lý, dẫn đến một khoảng trống lớn trong việc hỗ trợ toàn diện cho người bệnh (Trần Tuấn, 2007).

Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, thành phố Hồ Chí Minh với vai trò là cơ sở đầu ngành về các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới, đặc biệt là điều trị HIV/AIDS tại khu vực phía Nam, đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người nhiễm HIV. Phòng khám ngoại trú của bệnh viện tiếp nhận hàng nghìn bệnh nhân mỗi năm, là địa điểm phù hợp để nghiên cứu thực trạng chăm sóc sức khỏe tâm thần cho nhóm đối tượng này. Tuy nhiên, công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần tại đây vẫn đối mặt với nhiều thách thức, bao gồm thiếu các mô hình hỗ trợ tích hợp, nguồn nhân lực hạn chế, và cơ sở vật chất chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tế.

Như chúng ta thấy, mặc dù quốc tế đã có nhiều nghiên cứu về mối liên hệ giữa HIV và các vấn đề tâm thần, cũng như các chương trình can thiệp tích hợp hiệu quả (Dowshen & D'Angelo, 2011; Rudy và các cộng sự, 2010), các nghiên cứu chuyên sâu về thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người nhiễm HIV tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. Chính vì vậy, nghiên cứu này sẽ tập trung vào bối cảnh trong nước, nhằm cung cấp những dữ liệu thực tiễn và đưa ra các giải pháp thiết thực, phù hợp để cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế, đặc biệt là phòng khám ngoại trú của Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, thành phố Hồ Chí Minh.

2. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp kết hợp định lượng và định tính, tiến hành trên 85 bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị tại phòng khám ngoại trú, 8 nhân viên y tế và công tác xã hội, cùng 3 lãnh đạo bệnh viện. Mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, dựa trên sự đồng thuận tham gia và khả năng tiếp cận tại thời điểm khảo sát. Dữ liệu định lượng thu thập qua bảng hỏi tự thiết kế, có tham khảo và điều chỉnh từ các thang đo chuẩn như PHQ-9 (đánh giá

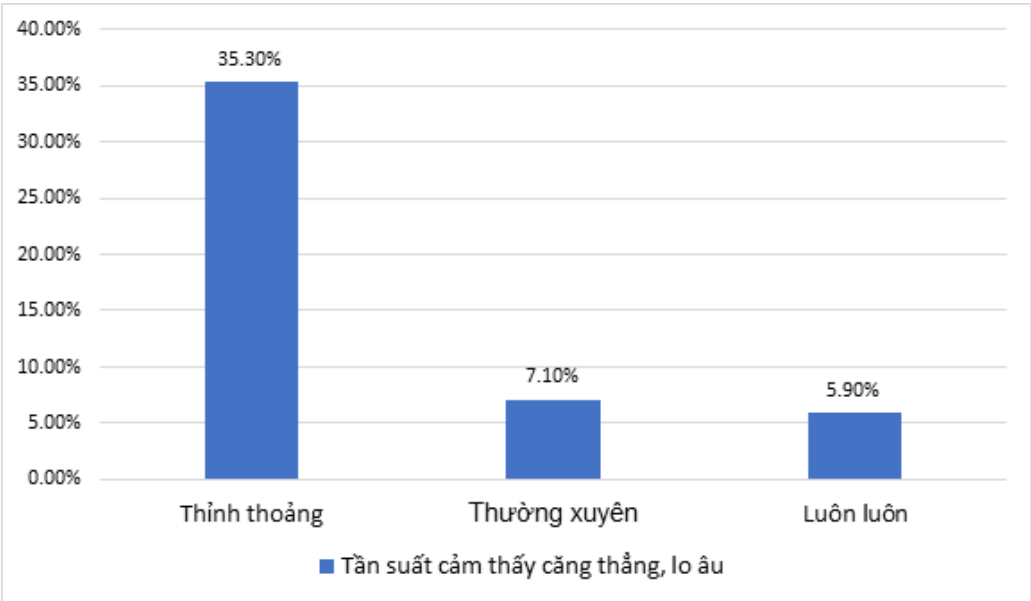
trầm cảm), GAD-7 (đánh giá lo âu), kết hợp các câu hỏi phù hợp với bối cảnh văn hóa – xã hội Việt Nam. Dữ liệu định tính được thu thập bằng phỏng vấn sâu bán cấu trúc với bệnh nhân và nhân viên y tế nhằm làm rõ trải nghiệm tâm lý và rào cản tiếp cận dịch vụ. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS (định lượng) và phân tích nội dung theo chủ đề (định tính). Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, TP.HCM từ tháng 01 đến tháng 03 năm 2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sức khoẻ tinh thần của người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới hiện nay

- Tần suất cảm thấy *căng thẳng, lo âu* của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua:

Dựa trên kết quả khảo sát trên 85 bệnh nhân nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới trong vòng 6 tháng qua, tần suất cảm thấy “căng thẳng, lo âu” của bệnh nhân được thể hiện rõ qua biểu đồ sau:



Biểu đồ 3.1: Tần suất cảm thấy căng thẳng, lo âu của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua

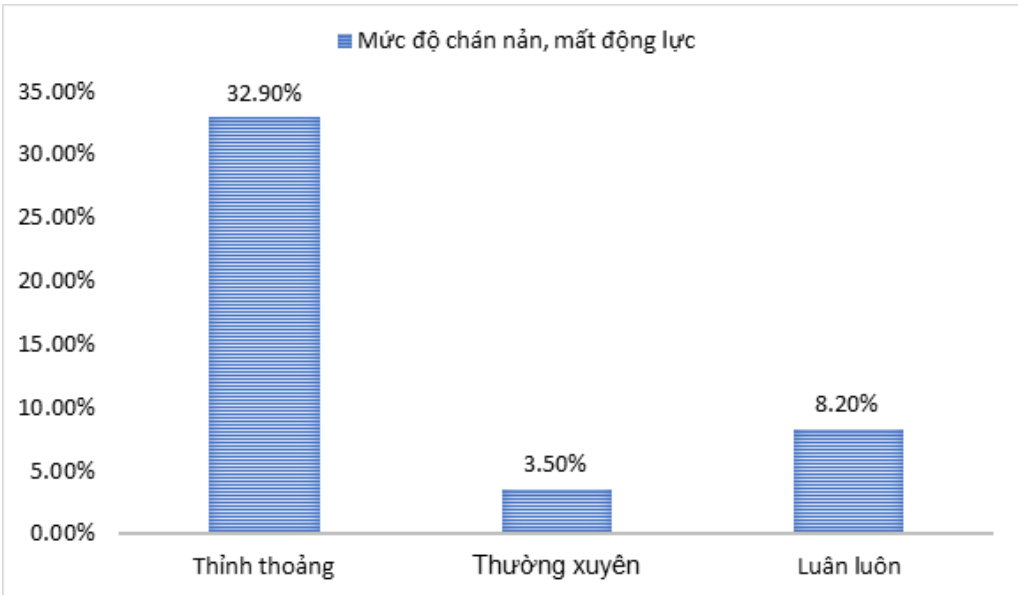
(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Cụ thể, 35.30% bệnh nhân cho biết họ cảm thấy căng thẳng, lo âu ở mức “thỉnh thoảng”, điều này phản ánh mức độ căng thẳng không liên tục, có thể liên quan đến tình trạng sức khỏe thay đổi hoặc các yếu tố ngoại cảnh. “Đôi khi tôi cảm thấy có chút lo âu, khi nghĩ về tương lai và nghĩ về căn bệnh của mình, nhà tôi neo người nên không có ai chăm sóc” (Trích PVS, L.T.K, 50 tuổi, bệnh nhân). Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân (7.10%) cảm thấy căng thẳng, lo âu “thường xuyên”, cho thấy một số bệnh nhân gặp phải các vấn đề tâm lý kéo dài và ảnh hưởng đến quá trình điều trị của họ. Bên cạnh đó, 5.90% bệnh nhân cho biết họ cảm thấy căng thẳng, lo âu “luôn luôn”, “Tôi sợ rằng tôi trở thành gánh nặng của chồng tôi, ông ấy cũng sức khoẻ yếu mà lại phải chăm sóc và bận tâm vì tôi nữa, tôi cảm thấy mình thành một gánh nặng cho người thân của mình” (Trích PVS, T.T.A, 46 tuổi, bệnh nhân), điều này chỉ ra một nhóm bệnh nhân có những vấn đề tâm lý nghiêm trọng, cần sự can thiệp và hỗ trợ tâm lý liên tục.

Kết quả này cho thấy một phần lớn bệnh nhân có mức độ căng thẳng không cao, nhưng vẫn cần sự quan tâm đến những người thường xuyên và luôn luôn cảm thấy lo âu, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của họ trong quá trình điều trị HIV.

- Tần xuất cảm thấy chán nản, mất động lực của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua:

Kết quả này cho thấy rằng mặc dù phần lớn bệnh nhân chỉ gặp phải tình trạng chán nản và mất động lực thỉnh thoảng, nhưng vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân đối mặt với tình trạng này thường xuyên hoặc liên tục, điều này đòi hỏi cần có các biện pháp hỗ trợ sức khỏe tâm thần nhằm duy trì động lực cho bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị HIV. Cụ thể:



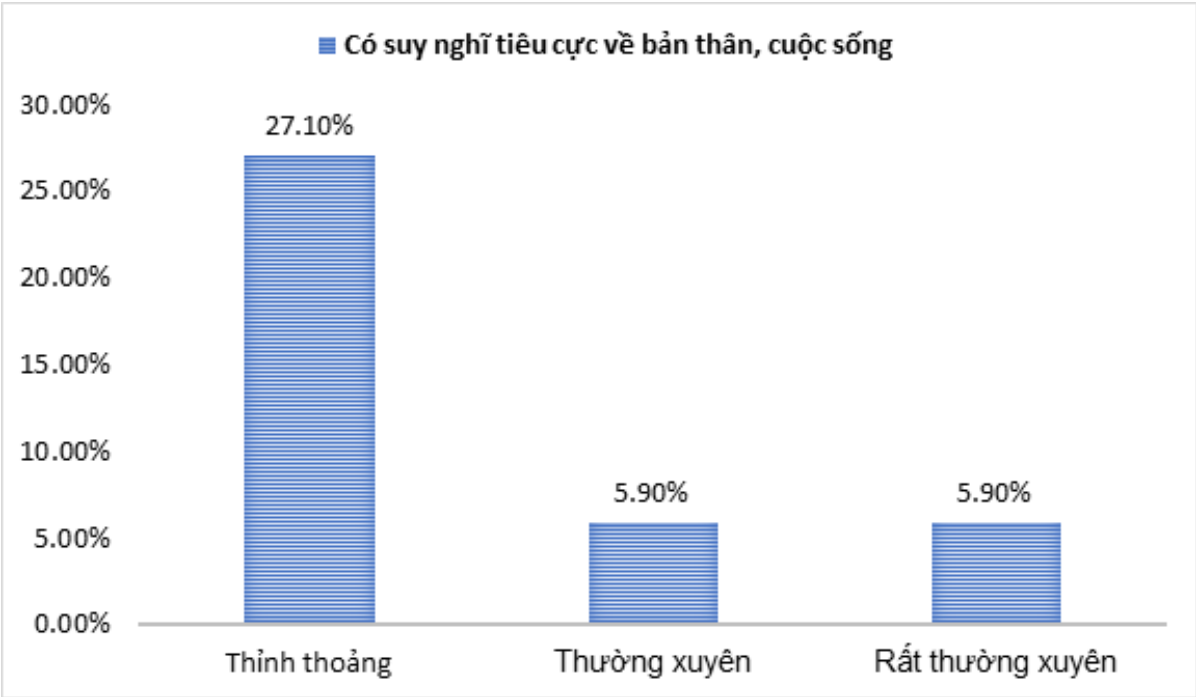
Biểu đồ 3.2: Tần xuất cảm thấy chán nản, mất động lực của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Cụ thể, 32.90% bệnh nhân cho biết họ cảm thấy chán nản và mất động lực thỉnh thoảng, phản ánh sự thiếu hụt động lực trong những thời điểm nhất định, do yếu tố sức khỏe hoặc tâm lý không ổn định. Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân (3.50%) cảm thấy chán nản, mất động lực thường xuyên, cho thấy sự hiện diện của vấn đề tâm lý kéo dài, có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tinh thần của bệnh nhân. Ngoài ra, 8.20% bệnh nhân cảm thấy chán nản và mất động lực thường xuyên, “Ở tuổi này, tôi chẳng còn mong đợi gì cả, tôi và thất nghiệp, không có thu nhập mấy năm nay, công việc vợ tôi cũng không ổn định, thực sự tôi là một gánh nặng” (Trích PVS, T.V.Q, 55 tuổi, bệnh nhân), cho thấy một nhóm bệnh nhân có trạng thái tâm lý nghiêm trọng hơn, cần sự can thiệp và hỗ trợ chuyên sâu để duy trì động lực trong quá trình điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống.

- Tần xuất cảm thấy có suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cuộc sống của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua:

Kết quả này chỉ ra rằng mặc dù phần lớn bệnh nhân chỉ có suy nghĩ tiêu cực thỉnh thoảng, nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân gặp phải các vấn đề tâm lý nghiêm trọng. Cụ thể:



Biểu đồ 3.3: Tần xuất cảm thấy có suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cuộc sống của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

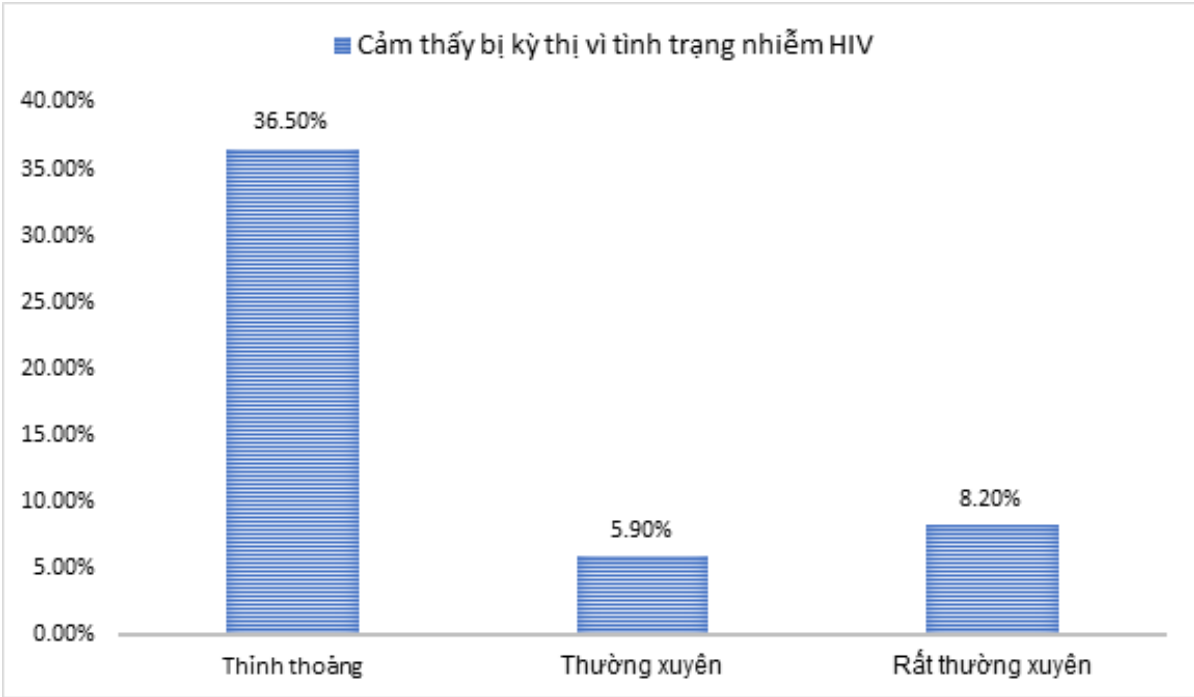
Kết quả khảo sát trên 85 bệnh nhân cho thấy phần lớn bệnh nhân (27.10%) có suy nghĩ tiêu cực về bản thân và cuộc sống “thỉnh thoảng”. Điều này cho thấy tình trạng tâm lý tiêu cực không liên tục, có thể là do các yếu tố ngoại cảnh hoặc sự thay đổi trong tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân (5.90%) cho biết họ có suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cuộc sống “thường xuyên” hoặc “rất thường xuyên”, cho thấy một số bệnh nhân đang đối mặt với những vấn đề tâm lý nghiêm trọng hơn, ảnh hưởng đến thái độ sống và quá trình điều trị của họ. “Tôi vốn là trụ cột gia đình, nhưng từ khi phát hiện bệnh, tôi trở nên suy sụp hơn, bây giờ hai con tôi còn nhỏ, vợ tôi phải một mình gánh vác, điều đó là quá sức tưởng tượng với tôi và gia đình” (Trích PVS, L.V.H, 36 tuổi, bệnh nhân). Tỷ lệ này phản ánh sự hiện diện của các cảm giác tự ti và thiếu hy vọng vào tương lai, điều này có thể làm trầm trọng thêm các vấn đề sức khỏe tâm thần và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Do đó, việc can thiệp và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân nhiễm HIV là cần thiết, giúp họ giảm bớt suy nghĩ tiêu cực và nâng cao chất lượng sống trong quá trình điều trị.

- Tần xuất cảm thấy bị kỳ thị vì tình trạng nhiễm HIV của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua:

Trong nghiên cứu về thực trạng sức khỏe tâm thần của bệnh nhân nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, việc cảm thấy bị kỳ thị vì tình trạng nhiễm HIV là một vấn đề tâm lý đáng chú ý.



Biểu đồ 3.4: Tần xuất cảm thấy bị kỳ thị vì tình trạng nhiễm HIV của bệnh nhân xuất hiện trong vòng 6 tháng qua

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Biểu đồ trên cho thấy rằng, 36.50% bệnh nhân cảm thấy bị kỳ thị thỉnh thoảng, phản ánh tình trạng kỳ thị không liên tục nhưng vẫn có ảnh hưởng lớn đến tâm lý và chất lượng sống của họ. Bên cạnh đó, 5.90% bệnh nhân cho biết họ cảm thấy bị kỳ thị thường xuyên, và 8.20% cảm thấy bị kỳ thị rất thường xuyên. Những tỷ lệ này chỉ ra rằng một phần không nhỏ bệnh nhân phải đối mặt với sự kỳ thị liên tục, có thể đến từ gia đình, cộng đồng hoặc môi trường y tế, dẫn đến cảm giác cô đơn, lo âu và tác động tiêu cực đến quá trình điều trị. “Tôi luôn có cảm giác họ đang nhìn vào tôi và nói gì đó, họ không thiện cảm lắm với tôi thì phải, có lần tôi ra căng – tin mua nước, thấy đông người ở đó, tôi cảm thấy hình như họ cứ bàn luận về cơ thể của tôi khi quá ồm một cách bất thường” (Trích PVS, N.V.Q, 33 tuổi, bệnh nhân). Những bệnh nhân này cần sự can thiệp kịp thời để giảm thiểu kỳ thị và hỗ trợ họ vượt qua những khó khăn tâm lý. Vì vậy, việc giảm kỳ thị và tạo ra môi trường chăm sóc y tế thân thiện và hòa nhập cho bệnh nhân nhiễm HIV là rất quan trọng, không chỉ để cải thiện sức khỏe thể chất mà còn giúp bệnh nhân duy trì tâm lý ổn định trong quá trình điều trị.

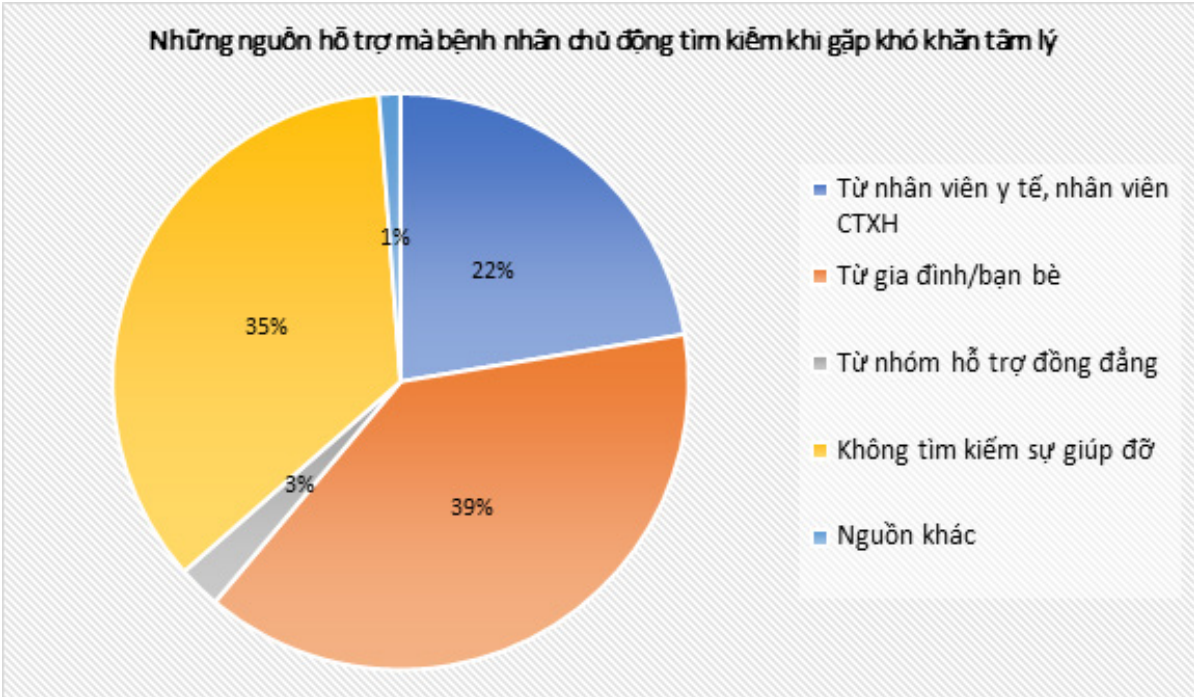
Tóm lại, kết quả khảo sát trên 85 bệnh nhân nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhiệt Đới cho thấy tình trạng sức khỏe tâm thần của bệnh nhân có sự đa dạng. Mặc dù phần lớn bệnh nhân chỉ cảm thấy căng thẳng, lo âu, chán nản thỉnh thoảng, nhưng vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân gặp phải các vấn đề tâm lý nghiêm trọng như lo âu thường xuyên (7.10%), chán nản mất động lực (3.50%), suy nghĩ tiêu cực về bản thân (5.90%), và cảm giác bị kỳ thị (14.10%). Những yếu tố này tác động tiêu cực đến quá trình điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy, cần thiết có các biện pháp hỗ trợ tâm lý kịp thời và giảm kỳ thị để giúp bệnh nhân duy trì động lực và cải thiện sức khỏe tinh thần trong quá trình điều trị HIV.

3.2. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, bệnh viện Nhiệt Đới hiện nay

Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân nhiễm HIV là một yếu tố quan trọng không thể thiếu trong quá trình điều trị và hỗ trợ người bệnh. Tại Bệnh viện Nhiệt Đới, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của bệnh nhân nhiễm HIV ngày càng trở nên cấp thiết do những tác động tâm lý và xã hội mà họ phải đối mặt trong suốt quá trình điều trị. Bệnh nhân nhiễm HIV thường phải đối diện với các vấn đề như lo âu, trầm cảm, cảm giác kỳ thị và cô lập xã hội, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị. Trong phần này, chúng ta sẽ phân tích cụ thể nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú, từ đó đề xuất các giải pháp hỗ trợ phù hợp.

- Những nguồn hỗ trợ mà bệnh nhân chủ động tìm kiếm khi có khó khăn về tâm lý:

Dựa trên kết quả khảo sát về các nguồn hỗ trợ mà bệnh nhân nhiễm HIV chủ động tìm kiếm khi gặp khó khăn về tâm lý, biểu đồ cho thấy ba nguồn hỗ trợ chính mà bệnh nhân lựa chọn.



Biểu đồ 3.5: Những nguồn hỗ trợ mà bệnh nhân chủ động tìm kiếm khi có khó khăn về tâm lý

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Có 35% bệnh nhân tìm kiếm sự hỗ trợ từ nhân viên y tế và công tác xã hội, phản ánh sự đánh giá cao đối với sự hỗ trợ chuyên môn từ các chuyên gia trong việc xử lý các vấn đề tâm lý liên quan đến tình trạng nhiễm HIV. “Trong quá trình khám bệnh định kỳ, có bất cứ vấn đề gì, tôi thường trực tiếp trao đổi ngay với nhân viên y tế hoặc các anh chị làm trong bệnh viện mà tôi cảm thấy tin tưởng, họ có chuyên môn và kỹ năng, điều đó sẽ giúp tôi có những lời khuyên hoặc nguồn thông tin có ích cho tôi, tôi an tâm hơn” (Trích PVS, N.T.T.H, 42 tuổi, bệnh nhân). Tiếp theo, 39% bệnh nhân cho biết họ chủ yếu tìm đến gia đình và bạn bè, cho thấy vai trò quan trọng của mối quan hệ xã hội gần gũi trong việc giúp bệnh nhân vượt qua các khó khăn tâm lý.

Ngoài ra, 22% bệnh nhân tìm đến nhóm hỗ trợ đồng đẳng, nơi họ có thể chia sẻ và nhận sự hỗ trợ từ những người có hoàn cảnh tương tự, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của sự kết nối cộng đồng và chia sẻ kinh nghiệm trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần. Cuối cùng, chỉ có 1% bệnh nhân không tìm kiếm sự giúp đỡ, điều này do sự ngại ngùng hoặc thiếu nhận thức về tầm quan trọng của việc hỗ trợ tâm lý.

Những kết quả này chỉ ra rằng bệnh nhân nhiễm HIV cần sự hỗ trợ từ nhiều nguồn khác nhau, từ chuyên môn y tế đến hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng, nhằm giúp họ vượt qua những khó khăn tâm lý trong quá trình điều trị.

- Nhu cầu được tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý thường xuyên tại bệnh viện

Nhu cầu được tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý thường xuyên là một yếu tố quan trọng đối với bệnh nhân nhiễm HIV, giúp họ đối phó với những khó khăn tâm lý trong quá trình điều trị. Các yếu tố như giới tính và độ tuổi có ảnh hưởng lớn đến mức độ nhu cầu này. Cụ thể như sau:

Bảng 3.1: Nhu cầu được tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý thường xuyên tại bệnh viện theo đặc điểm giới tính và độ tuổi

Đặc điểm		Có nhu cầu (%/tỷ lệ khảo sát)
Giới tính	Nam	72.5
	Nữ	78.6
	Khác	0
Độ tuổi	18 - 30 tuổi	37.7
	31 - 45 tuổi	42.6
	46 - 60 tuổi	18.0
	Trên 60 tuổi	1.6

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Tỷ lệ bệnh nhân nam có nhu cầu tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý thường xuyên là 72.5%, cao hơn so với 26.1% bệnh nhân nam không có nhu cầu. Đối với bệnh nhân nữ, tỷ lệ có nhu cầu là 78.6%, cao hơn một chút so với nam giới. Sự chênh lệch này có thể phản ánh sự khác biệt trong nhu cầu tâm lý giữa hai giới, có thể do các yếu tố tâm lý, xã hội và sức khỏe đặc thù của nữ giới. Phụ nữ có thể phải đối mặt với nhiều khó khăn về tâm lý như lo âu, căng thẳng, đặc biệt liên quan đến các vấn đề gia đình và sức khỏe.

Nhóm bệnh nhân 18 - 30 tuổi có tỷ lệ nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao nhất (37.7%), trong khi nhóm 31 - 45 tuổi có nhu cầu cao không kém (42.6%). Tuy nhiên, tỷ lệ không có nhu cầu trong nhóm 31 - 45 tuổi lại cao hơn (54.5%), cho thấy khi bệnh nhân trưởng thành hơn, họ có thể tiếp cận và xử lý các vấn đề tâm lý theo cách khác, giảm thiểu sự cần thiết của dịch vụ hỗ trợ tâm lý.

Ngược lại, các nhóm bệnh nhân từ 46 - 60 tuổi và trên 60 tuổi có tỷ lệ nhu cầu thấp hơn đáng kể (18% và 1.6%), cho thấy bệnh nhân ở độ tuổi lớn hơn ít có nhu cầu hoặc không nhận thức đầy đủ về tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe tâm thần.

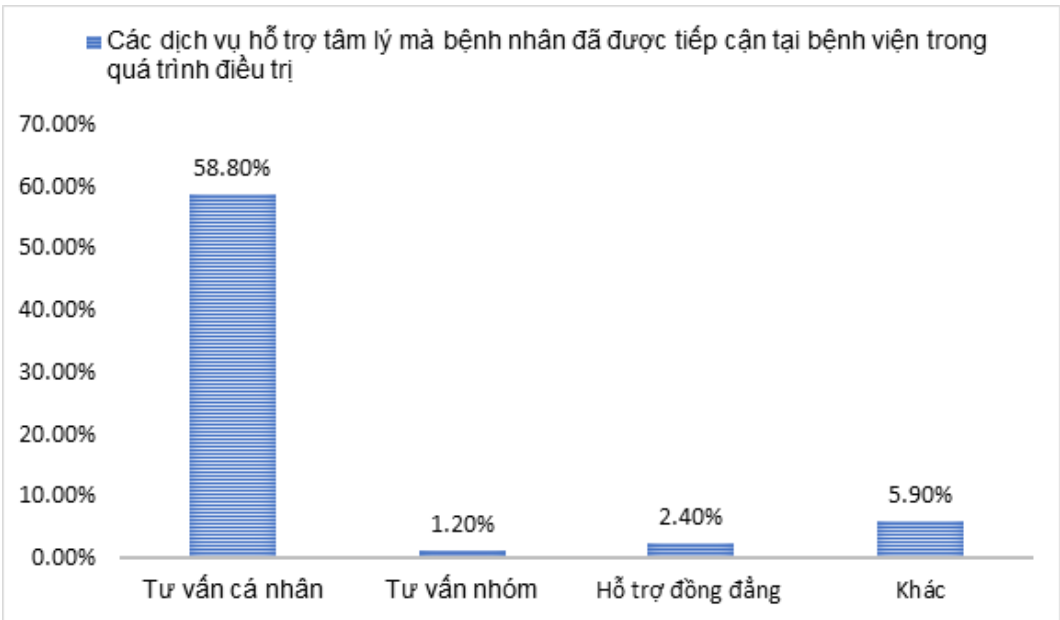
Tóm lại, kết quả khảo sát cho thấy có một nhu cầu rõ ràng về dịch vụ hỗ trợ tâm lý ở bệnh nhân nhiễm HIV, đặc biệt là ở nhóm nữ và các nhóm độ tuổi từ 18 - 45. Điều này nhấn mạnh sự

cần thiết của việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ tâm lý thường xuyên tại bệnh viện, nhằm giúp bệnh nhân quản lý căng thẳng và cải thiện chất lượng cuộc sống trong quá trình điều trị.

3.3. Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần của người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, bệnh viện Nhiệt đới hiện nay

- Các dịch vụ hỗ trợ tâm lý mà bệnh nhân đã được tiếp cận tại bệnh viện trong quá trình điều trị:

Trong quá trình điều trị HIV, chăm sóc sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng giúp bệnh nhân vượt qua những khó khăn về tâm lý và cải thiện chất lượng cuộc sống. Các dịch vụ hỗ trợ tâm lý tại bệnh viện có thể bao gồm tư vấn cá nhân, tư vấn nhóm, hỗ trợ đồng đẳng, và các dịch vụ khác.



Biểu đồ 3.6: Các dịch vụ hỗ trợ tâm lý mà bệnh nhân đã được tiếp cận tại bệnh viện trong quá trình điều trị

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Kết quả cho thấy sự ưu tiên rõ rệt cho tư vấn cá nhân, chiếm tới 58.80%. Điều này cho thấy bệnh nhân đánh giá cao sự hỗ trợ tâm lý trực tiếp và cá nhân hóa, nơi họ có thể chia sẻ trực tiếp các vấn đề và khó khăn tâm lý liên quan đến tình trạng nhiễm HIV, giúp họ cảm thấy được thấu hiểu và hỗ trợ một cách sâu sắc.

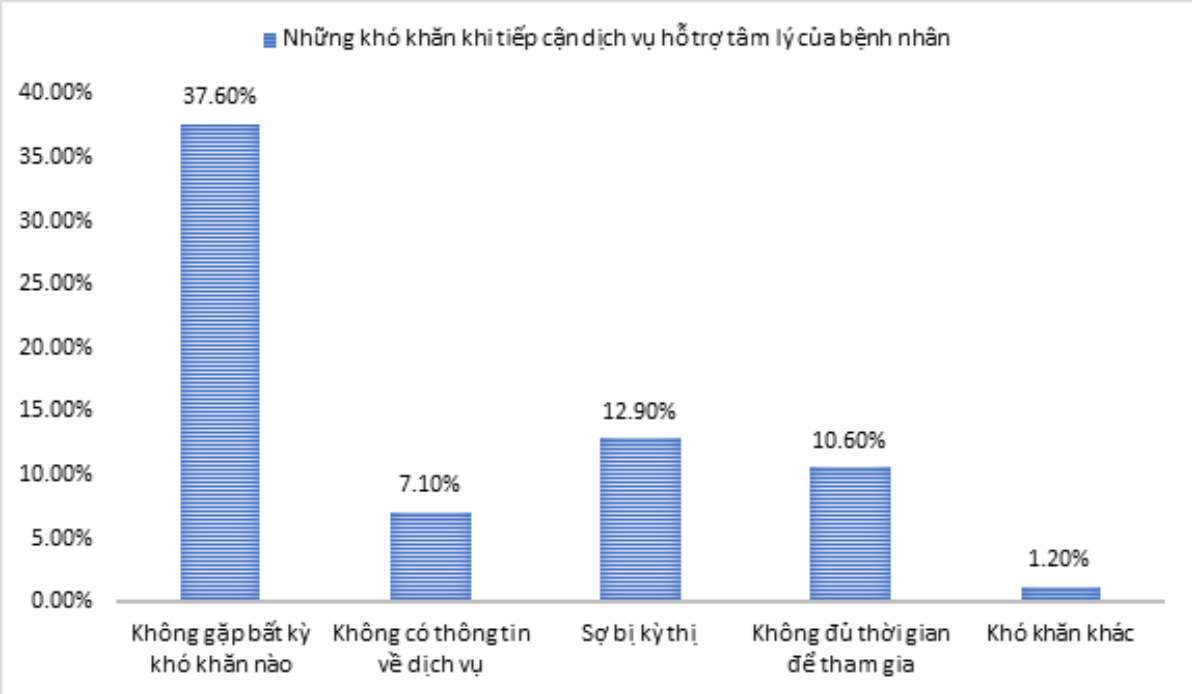
Các dịch vụ tư vấn nhóm chỉ chiếm 1.20%, cho thấy rằng hình thức hỗ trợ tâm lý nhóm không được bệnh nhân lựa chọn nhiều. Điều này có thể phản ánh sự ưu tiên của bệnh nhân đối với sự riêng tư và cần sự hỗ trợ cá nhân hơn là chia sẻ trong nhóm. Hỗ trợ đồng đẳng chiếm 2.40%, cũng cho thấy mức độ tham gia vào các nhóm hỗ trợ đồng đẳng còn hạn chế, mặc dù đây là một hình thức hữu ích để bệnh nhân chia sẻ và nhận sự hỗ trợ từ những người có hoàn cảnh tương tự.

Bên cạnh đó, có 5.90% bệnh nhân chọn các dịch vụ khác, cho thấy sự đa dạng trong các dịch vụ tâm lý mà bệnh nhân có thể tiếp cận, nhưng tỷ lệ này vẫn khá thấp so với tư vấn cá nhân.

Tóm lại, kết quả này nhấn mạnh nhu cầu rất lớn của bệnh nhân về các dịch vụ tư vấn cá nhân trong hỗ trợ tâm lý, cho thấy sự cần thiết phải tăng cường và mở rộng các dịch vụ này trong quá trình điều trị HIV để đáp ứng nhu cầu tâm lý của bệnh nhân.

- Những khó khăn khi tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân

Việc tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý là một yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân nhiễm HIV vượt qua những khó khăn về tâm lý trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn phải đối mặt với một số rào cản khi tiếp cận các dịch vụ này. Cụ thể:



Biểu đồ 3.7: Những khó khăn khi tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân

(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, 2025)

Kết quả khảo sát cho thấy, 37.60% bệnh nhân không gặp phải khó khăn gì khi tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý, cho thấy một số bệnh viện đã thực hiện tốt việc tạo điều kiện dễ dàng tiếp cận. Tuy nhiên, 7.10% bệnh nhân thiếu thông tin về các dịch vụ này, cho thấy cần cải thiện công tác truyền thông để bệnh nhân có thể nắm rõ hơn về các dịch vụ hỗ trợ có sẵn. Bên cạnh đó, 12.90% bệnh nhân lo ngại bị kỳ thị, điều này cho thấy sự tồn tại của rào cản xã hội trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ, đặc biệt là đối với bệnh nhân nhiễm HIV. 10.60% bệnh nhân cho biết họ không có đủ thời gian để tham gia các dịch vụ tâm lý, cho thấy các dịch vụ này cần được tổ chức linh hoạt hơn để phù hợp với thời gian của bệnh nhân. Cuối cùng, 1.20% bệnh nhân gặp phải những khó khăn khác, tuy nhiên tỷ lệ này khá thấp.

Những kết quả trên chỉ ra rằng mặc dù có phần lớn bệnh nhân không gặp khó khăn khi tiếp cận dịch vụ, nhưng vẫn cần phải cải thiện một số yếu tố như cung cấp thông tin đầy đủ, giảm kỳ thị và tạo điều kiện về thời gian để bệnh nhân có thể tham gia vào các dịch vụ hỗ trợ tâm lý.

Tóm lại, Hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Nhiệt Đới hiện nay cho thấy nhu cầu lớn đối với các dịch vụ hỗ trợ

tâm lý, đặc biệt là tư vấn cá nhân, chiếm ưu thế vượt trội. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn gặp phải một số khó khăn khi tiếp cận dịch vụ, bao gồm thiếu thông tin, lo ngại bị kỳ thị và thiếu thời gian tham gia. Các kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường và cải thiện các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, nâng cao nhận thức cộng đồng, giảm bớt kỳ thị và tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân có thể tiếp cận đầy đủ các dịch vụ chăm sóc tâm lý trong quá trình điều trị HIV.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, TP.HCM đang phải đối mặt với nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm, chán nản, cảm giác bị kỳ thị và suy nghĩ tiêu cực. Mặc dù phần lớn bệnh nhân chỉ trải qua các triệu chứng này ở mức độ nhẹ hoặc thỉnh thoảng, vẫn tồn tại một tỷ lệ đáng kể người bệnh có biểu hiện kéo dài và nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị.

Bên cạnh đó, nhu cầu được hỗ trợ tâm lý – đặc biệt là tham vấn cá nhân – được ghi nhận ở mức cao, nhất là trong nhóm bệnh nhân nữ và người trẻ tuổi. Tuy nhiên, các dịch vụ hiện có vẫn còn hạn chế cả về quy mô lẫn hình thức tiếp cận, trong khi bệnh nhân vẫn gặp nhiều rào cản như thiếu thông tin, lo ngại bị kỳ thị và khó khăn về thời gian.

Nghiên cứu cũng cho thấy mối liên hệ tích cực giữa việc tiếp cận dịch vụ hỗ trợ và cảm nhận tâm lý tích cực hơn ở bệnh nhân. Điều này khẳng định vai trò thiết yếu của chăm sóc sức khỏe tâm thần trong điều trị HIV, đồng thời đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc xây dựng mô hình hỗ trợ tâm lý phù hợp, toàn diện và bền vững trong các cơ sở y tế hiện nay.

4.2. Kiến nghị

(1). Đối với bệnh viện:

Chỉ đạo Phòng Kế hoạch tổng hợp phối hợp với Khoa khám ngoại trú và Phòng Công tác xã hội xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tích hợp trong quy trình điều trị HIV. Trọng tâm là triển khai các dịch vụ tham vấn tâm lý cá nhân định kỳ cho bệnh nhân, đồng thời bố trí nguồn lực phù hợp (cán bộ tâm lý, phòng tham vấn riêng, thời gian linh hoạt). Ban giám đốc cũng cần ưu tiên đưa chỉ tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần vào kế hoạch hoạt động thường niên và phân bổ ngân sách hỗ trợ triển khai.

(2) Đối với Phòng Tổ chức cán bộ và Trung tâm Đào tạo – Nghiên cứu khoa học:

Tổ chức các lớp tập huấn chuyên sâu cho đội ngũ nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ điều trị, điều dưỡng và nhân viên công tác xã hội, về kỹ năng nhận diện sớm các dấu hiệu rối loạn tâm lý và phương pháp hỗ trợ cơ bản cho người nhiễm HIV. Việc này góp phần xây dựng một môi trường thân thiện, không kỳ thị, đồng thời nâng cao năng lực tham vấn tâm lý lồng ghép trong điều trị lâm sàng.

(3) Đối với Phòng Công tác xã hội:

Tăng cường các hoạt động truyền thông nội bộ về tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe tâm thần, thiết kế tài liệu hướng dẫn dễ hiểu cho bệnh nhân về các dấu hiệu tâm lý phổ biến

và cách tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần thiết. Đồng thời, xây dựng mạng lưới hỗ trợ đồng đẳng tại bệnh viện, kết nối bệnh nhân có cùng hoàn cảnh nhằm nâng cao tinh thần chia sẻ, giảm cô lập tâm lý và cải thiện động lực điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao, T. Đ. (2024). *Sức khỏe tâm thần: Thực trạng, thách thức và những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 78, 276–283.
2. Dowshen, N., & D'Angelo, L. (2011). Health care transition for youth living with HIV/AIDS. *Pediatrics*, 128(4), 762–771. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3300>
3. Lê, X. M., Trần, T. H. T., Nguyễn, T. N. B., Phạm, T. T. P., & Thái, T. T. (2024). Mức độ kỳ thị về bệnh tâm thần và các yếu tố liên quan ở người bệnh HIV tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542(3), 94–101.
4. Phan, T. T. H., & Hoàng, T. H. V. (2022). Thực trạng trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam, giai đoạn 2012–2022. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 32(8 Phụ bản), 12–19.
5. Phan, T. T. H., Nguyễn, T. T. C., Võ, N. T., Lương, V. H., & Võ, X. H. (2023). Sang chấn tâm lý và sự kỳ thị bệnh ở những người trưởng thành sau phơi nhiễm HIV và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525(2), 37–45.
6. Rudy, B. J., Murphy, D. A., Harris, D. R., Muenz, L., & Ellen, J. (2010). Prevalence and interactions of patient-related risks for nonadherence to antiretroviral therapy among perinatally infected youth in the United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(2), 97–104. <https://doi.org/10.1089/apc.2009.0022>
7. Trần, T. (2007). *Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí và mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI DÂN Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

TS. Vũ Thị Minh Ngọc¹

Tóm tắt: Trong xã hội hiện đại nhiều biến động, chất lượng sức khỏe tâm thần của con người không chỉ quan trọng đối với cá nhân và gia đình, mà còn có ý nghĩa đặc biệt đối với sự phát triển kinh tế - xã hội của một quốc gia. Chính phủ Việt Nam đã ban hành nhiều chính sách tập trung vào việc phòng ngừa, điều trị, phục hồi chức năng và hỗ trợ xã hội cho người mắc các rối loạn tâm thần nhằm bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe tâm thần cho người dân. Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích tài liệu thứ cấp để phân tích, tổng hợp và khái quát về thực trạng thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân ở Việt Nam hiện nay. Kết quả nghiên cứu được trình bày qua các nội dung chính: Khung pháp lý và hệ thống chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện hành; Thực trạng thực hiện chính sách, bao gồm triển khai tại hệ thống y tế cơ sở và lồng ghép trong các lĩnh vực giáo dục, an sinh xã hội; Đánh giá kết quả đạt được và những hạn chế trong quá trình thực hiện chính sách. Căn cứ trên kết quả nghiên cứu, một số giải pháp được đề xuất nhằm tăng cường hiệu quả thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân, từ đó góp phần đảm bảo tính bền vững, phát huy hiệu quả của chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045.

Từ khóa: Chính sách, chăm sóc, sức khỏe tâm thần, người dân

IMPLEMENTATION OF MENTAL HEALTH CARE POLICIES FOR THE PEOPLE IN VIETNAM TODAY

In today's rapidly changing society, the quality of mental health is not only vital for individuals and families, but also plays a crucial role in the socio-economic development of a nation. The Government of Vietnam has issued a number of policies focused on the prevention, treatment, rehabilitation, and social support for people with mental disorders, with the aim of protecting, caring for, and improving the mental health of the Vietnamese people. This study employs a secondary data analysis method to examine, synthesize, and provide an overview of the current state of mental health policy implementation in Vietnam. The findings are presented through several key components: the existing legal framework and mental health policy system; the current status of policy implementation, including delivery through the grassroots healthcare system and integration within education and social welfare sectors; and an assessment of both the outcomes achieved and the challenges encountered during the implementation process. Based on the research findings, the study proposes a number of solutions to enhance the effectiveness of mental health policy implementation. These recommendations aim to contribute to the sustainability and effectiveness of the national strategy for protecting, caring for, and improving public health through 2030, with a vision toward 2045.

Keywords: Policy, care, mental health, population.

1. GIỚI THIỆU

Bước vào thế kỷ XXI, thế giới loài người đầy biến động, rủi ro và bất trắc nhưng cũng không ngừng phát triển. Với mỗi quốc gia, trung tâm công cuộc xây dựng và phát triển xã hội chính là phát triển nguồn nhân lực, cụ thể là đầu tư cho sức khỏe và trí tuệ của con người.

Xét từ góc độ cá nhân, có sức khỏe, con người có rất nhiều ước mơ. Nếu không có sức khỏe, con người chỉ còn lại duy nhất ước mơ về sức khỏe. Xét từ góc độ xã hội, sức khỏe tốt

¹ Viện Kinh tế, Xã hội và Môi trường - Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh. Email: vuminhngoc11@gmail.com
Điện thoại: 0983653011

là cơ sở để nâng cao chất lượng dân số. Đây là yếu tố quan trọng hàng đầu để phát triển con người về thể chất, trí tuệ và sự hòa hợp xã hội, là cơ sở tạo nền tảng vững chắc cho sự phát triển của cá nhân và xã hội.

Hiện nay, mỗi cá nhân đều đang đối mặt với nhiều áp lực từ công việc, học tập, tình cảm, kinh tế... sức khỏe tâm thần ngày càng trở thành một vấn đề cấp thiết và mang tính toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sức khỏe tâm thần là một bộ phận không thể tách rời của sức khỏe toàn diện, nói cách khác, “không có sức khỏe nếu thiếu sức khỏe tâm thần” (WHO, 2001).

Năm 1992, WHO phối hợp với Liên đoàn Sức khỏe Tâm thần Thế giới (WFMH) tổ chức Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới đầu tiên vào ngày 10 tháng 10, nhằm nâng cao nhận thức toàn cầu (Liên đoàn Sức khỏe Tâm thần Thế giới, 1992). Từ năm 1994 đến 2024, mỗi năm, Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới (10/10) đều gắn liền với một chủ đề cụ thể, phản ánh các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần ở từng thời điểm. Việc lựa chọn chủ đề hàng năm không chỉ mang tính biểu tượng, mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc định hướng truyền thông, nghiên cứu và chính sách y tế toàn cầu. Mỗi chủ đề giúp nâng cao nhận thức cộng đồng, khơi dậy đối thoại xã hội, đồng thời huy động sự quan tâm của các cấp chính quyền, giới chuyên môn và người dân đối với các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương như trẻ em, thanh thiếu niên, người cao tuổi, người lao động, nạn nhân của chiến tranh, dịch bệnh, và các vấn đề như trầm cảm, tự sát, phân biệt đối xử...

Năm 2001 đánh dấu một cột mốc quan trọng khi WHO lần đầu tiên công bố Báo cáo Sức khỏe Tâm thần Thế giới (World Health Report: Mental Health – New Understanding, New Hope). Báo cáo này không chỉ tổng kết thực trạng sức khỏe tâm thần toàn cầu mà còn đưa ra thông điệp mạnh mẽ là sức khỏe tâm thần cần được xem như một phần thiết yếu trong hệ thống y tế công, ngang hàng với sức khỏe thể chất. Trong báo cáo, WHO nhấn mạnh rằng các rối loạn tâm thần đang chiếm tỷ lệ ngày càng cao trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu, đặc biệt là các bệnh như trầm cảm, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực. Báo cáo đồng thời chỉ ra rằng sự kỳ thị, thiếu đầu tư và thiếu hụt dịch vụ chuyên môn đang khiến hàng triệu người không được tiếp cận với chăm sóc phù hợp. Thông điệp trung tâm của báo cáo là lời kêu gọi các chính phủ cần tăng cường đầu tư cho chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân, lồng ghép nó vào hệ thống y tế công cộng, phát triển mạng lưới dịch vụ cộng đồng, đào tạo nhân lực chuyên môn và bảo đảm quyền tiếp cận bình đẳng cho mọi đối tượng (WHO, 2001).

Năm 2022, WHO đã công bố Báo cáo Toàn cầu về Sức khỏe Tâm thần với tiêu đề “Transforming Mental Health for All”, đánh dấu một bước ngoặt quan trọng trong việc tái định hình các chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần trên phạm vi toàn cầu. Báo cáo không chỉ cung cấp dữ liệu cập nhật về gánh nặng rối loạn tâm thần, mà còn đưa ra các khuyến nghị mang tính hệ thống nhằm thúc đẩy các quốc gia thực hiện cải cách chính sách, tăng cường đầu tư, và tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế cơ bản và y tế công cộng. WHO nhấn mạnh rằng, để đạt được sức khỏe toàn diện, chăm sóc sức khỏe tâm thần cần được thực hiện không tách rời với chăm sóc thể chất, đồng thời phải gắn với các dịch vụ tại cộng đồng, trường học và nơi làm việc (WHO, 2022). Báo cáo cũng kêu gọi các quốc gia loại bỏ kỳ thị, mở rộng mạng lưới hỗ trợ cộng đồng và phát triển mô hình can thiệp sớm, lấy người bệnh làm trung tâm. Tài

liệu này được xem là một lộ trình hành động toàn cầu, không chỉ cung cấp cơ sở lý luận mà còn hướng dẫn thực tiễn để các quốc gia, bao gồm cả Việt Nam, xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân phù hợp với bối cảnh văn hóa – xã hội – kinh tế hiện nay.

Tại Việt Nam hiện nay, gần 15 triệu người Việt Nam (tương đương khoảng 14,1% dân số) đang mắc các rối loạn tâm thần, bao gồm trầm cảm, lo âu, rối loạn hành vi, lạm dụng chất kích thích và các vấn đề tâm thần khác. Chỉ khoảng 29% người mắc rối loạn tâm thần và 1/3 người bị trầm cảm được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chính thức. (Xuân Mai, 2023) Thực tế này cho thấy những năm gần đây, tỷ lệ người dân gặp các vấn đề về rối loạn tâm thần đang có xu hướng gia tăng, trong khi hệ thống chính sách, dịch vụ và nguồn lực hỗ trợ còn chưa theo kịp thực tiễn.

Trước yêu cầu cấp bách về chăm sóc toàn diện cho người dân, việc nghiên cứu và đánh giá thực trạng thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần có ý nghĩa quan trọng, không chỉ trong cải thiện chất lượng sống cá nhân mà còn góp phần vào sự phát triển bền vững của quốc gia. Bài viết này tập trung làm rõ cơ sở lý luận – thực tiễn, phân tích các chính sách hiện hành, đồng thời chỉ ra những tồn tại, thách thức và đề xuất một số hướng đi nhằm nâng cao hiệu quả thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân ở Việt Nam hiện nay. Từ đó góp phần đảm bảo tính bền vững, phát huy hiệu quả của chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

Sức khỏe tâm thần là lĩnh vực nhận được sự quan tâm ngày càng lớn trong y học, tâm lý học, xã hội học và chính sách công trên toàn cầu. Các nghiên cứu quốc tế và trong nước về chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần đều chỉ ra rằng sức khỏe tâm thần không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cá nhân mà còn có tác động sâu rộng đến năng suất lao động, an sinh xã hội và sự phát triển bền vững của quốc gia

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đi đầu trong việc hệ thống hóa khái niệm, thống kê và xây dựng chiến lược về sức khỏe tâm thần. Năm 1948, khi được thành lập, tổ chức này đã đưa ra định nghĩa toàn diện về sức khỏe: *“Sức khỏe là trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không chỉ là không có bệnh hay thương tật.”* (WHO, 1948). Đây là lần đầu tiên sức khỏe tâm thần (nguyên gốc: mental well-being) được đặt ngang hàng với sức khỏe thể chất và xã hội trong một định nghĩa chính thức mang tính toàn cầu.

Trong Báo cáo Toàn cầu về Sức khỏe Tâm thần với tiêu đề *“Transforming Mental Health for All”*, định nghĩa sức khỏe tâm thần chính thức được đề cập và sau đó được sử dụng rộng rãi trong các tài liệu nghiên cứu, giảng dạy và hoạch định chính sách: *“Sức khỏe tâm thần là trạng thái tinh thần lành mạnh, cho phép con người đương đầu với những áp lực trong cuộc sống, nhận thức được khả năng của bản thân, học tập và làm việc hiệu quả, đồng thời đóng góp tích cực cho cộng đồng.”* (WHO, 2022).

Định nghĩa nhấn mạnh sức khỏe tâm thần là trạng thái tinh thần tích cực, giúp con người đối mặt và vượt qua áp lực trong cuộc sống. Nó bao gồm khả năng nhận thức đúng năng lực

bản thân, duy trì hiệu quả trong học tập và làm việc. Đồng thời, sức khỏe tâm thần còn thúc đẩy sự đóng góp tích cực vào cộng đồng, thể hiện mối liên hệ chặt chẽ giữa cá nhân và xã hội. Đây là yếu tố then chốt để phát triển toàn diện và bền vững của mỗi cá nhân cũng như xã hội.

Định nghĩa này phản ánh sự thay đổi căn bản trong cách tiếp cận sức khỏe tâm thần, từ mô hình bệnh lý truyền thống sang mô hình phát triển toàn diện, nhấn mạnh đến năng lực cá nhân, khả năng thích ứng, tự chủ và sự tham gia xã hội. Như vậy, sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của rối loạn tâm thần, mà còn là một trạng thái tích cực giúp con người có khả năng kiểm soát cảm xúc, duy trì các mối quan hệ hài hòa, thích nghi với áp lực cuộc sống, làm việc và học tập hiệu quả, đóng góp có ý nghĩa cho gia đình và xã hội. Điều này tạo cơ sở để xây dựng chính sách, chương trình chăm sóc và can thiệp phù hợp, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho từng cá nhân và cộng đồng. Hơn nữa, định nghĩa này góp phần nâng cao nhận thức xã hội, giảm kỳ thị và thúc đẩy sự hỗ trợ đối với người gặp vấn đề về tâm thần.

Ngoài WHO, nhiều tổ chức như The Lancet Commission (2018), OECD (2021), WFMH và UNICEF cũng có những nghiên cứu chuyên sâu về mối liên hệ giữa chính sách công, hệ thống y tế, yếu tố xã hội và sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu đều nhấn mạnh tầm quan trọng của mô hình can thiệp sớm, dự phòng cộng đồng và tích hợp liên ngành, đặc biệt trong bối cảnh hậu đại dịch COVID-19 và biến đổi xã hội.

Ở Việt Nam, mặc dù có những nỗ lực đáng kể, cơ sở lý luận và thực tiễn cho chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân vẫn đang trong quá trình hoàn thiện và cần tiếp tục cải cách toàn diện nhằm phù hợp với định hướng của WHO và nhu cầu ngày càng tăng của người dân.

Từ năm 2001, Việt Nam đã triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng trên toàn quốc, tích hợp dịch vụ này vào hệ thống y tế cơ sở. Chương trình bao gồm: Đào tạo nhân viên y tế tuyến cơ sở về nhận diện và điều trị các rối loạn tâm thần; Sàng lọc và cung cấp thuốc điều trị tại cộng đồng; Giáo dục cộng đồng nhằm giảm kỳ thị và nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần. Đánh giá năm 2009 cho thấy chương trình đã góp phần xây dựng mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần trên cả nước, nhưng vẫn đối mặt với thách thức về nguồn lực và nhân lực (Lund, C., et al, 2011).

Năm 2015, WHO Việt Nam sử dụng khung đánh giá hệ thống (WHO-AIMS) để khảo sát về chính sách quốc gia, dịch vụ, nhân lực và hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần để xây dựng báo cáo “Đánh giá Hệ thống Sức khỏe Tâm thần tại Việt Nam”. Báo cáo đã chỉ ra chính sách hiện hành còn rời rạc, chưa đủ bao quát và chưa được triển khai đồng bộ và đề xuất tăng ngân sách, xây dựng chính sách lồng ghép chăm sóc tâm thần vào y tế ban đầu (WHO Việt Nam, 2015).

Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia thực hiện nghiên cứu đánh giá Chương trình Mục tiêu quốc gia về sức khỏe tâm thần – Đánh giá và định hướng (2010–2020). Nghiên cứu phân tích hiệu quả của Chương trình Mục tiêu Quốc gia về SKTT, chủ yếu tập trung vào tâm thần phân liệt và động kinh tại tuyến xã và nêu rõ hạn chế của chương trình như các hoạt động còn mang tính đơn tuyến, chưa bao gồm các rối loạn tâm thần phổ biến khác như lo âu, trầm cảm. Nghiên cứu cũng đề xuất mở rộng danh mục rối loạn và tích hợp chăm sóc tâm thần với y tế dự phòng (Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, 2020).

Giai đoạn 2018–2020, Trường Đại học Y Hà Nội kết hợp với Tổ chức Plan International tiến hành nghiên cứu thực địa tại một số tỉnh miền núi và đồng bằng nhằm đánh giá khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân tại cộng đồng và chỉ ra thực trạng thiếu phối hợp giữa các bên liên quan (y tế – giáo dục – chính quyền). Trên cơ sở đó, các tổ chức này đưa ra kiến nghị phát triển chính sách liên ngành và đào tạo nhân lực phi chuyên môn (như giáo viên, nhân viên xã hội) (Plan International Vietnam & Trường Đại học Y Hà Nội, 2020).

Năm 2021, Bộ Y tế & Viện Chiến lược và Chính sách Y tế công bố báo cáo “Đánh giá hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam”. Báo cáo tập trung phân tích mô hình tổ chức, tài chính và nhân lực trong hệ thống y tế tâm thần, từ đó chỉ ra tình trạng thiếu sự tích hợp giữa y tế tâm thần và y tế cơ sở và khuyến nghị chuyển từ mô hình điều trị nội trú sang chăm sóc cộng đồng và phòng ngừa sớm (Bộ Y tế & Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2021).

Năm 2022, UNICEF & Bộ Giáo dục và Đào tạo kết hợp thực hiện nghiên cứu “Tăng cường hỗ trợ tâm lý xã hội học đường” nhằm đánh giá chính sách hiện hành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em và học sinh. Nghiên cứu đã chỉ ra thực trạng thiếu hệ thống tư vấn học đường chuyên nghiệp, còn phụ thuộc vào giáo viên kiêm nhiệm và đề xuất ban hành chính sách riêng về “dịch vụ tư vấn học đường” trong hệ thống giáo dục phổ thông (UNICEF Việt Nam & Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2022).

Năm 2023, trong nghiên cứu “10 năm hợp tác quốc tế thúc đẩy chính sách chăm sóc trầm cảm dựa vào cộng đồng”, nhóm tác giả cho thấy việc lồng ghép chăm sóc trầm cảm vào y tế cơ sở có thể khả thi và hiệu quả về chi phí đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của hợp tác giữa nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách trong phát triển chính sách sức khỏe tâm thần ở Việt Nam. (Pham, et al, 2023).

Một nghiên cứu khác với nội dung “Phân tích hỗn hợp các ưu tiên trong chính sách sức khỏe tâm thần ở Việt Nam” chỉ ra rằng Việt Nam vẫn còn thiếu chiến lược cụ thể cho các nhóm dễ tổn thương như trẻ em, người già, LGBTQ+ và gợi ý lồng ghép sức khỏe tâm thần vào chính sách giáo dục và lao động một cách có hệ thống (Do & Hoang, 2023).

Giai đoạn 2023 - 2025, UNICEF & Bộ GD-ĐT tiến hành dự án “Tăng cường hỗ trợ tâm lý học đường” với mục tiêu tập trung xây dựng mô hình tư vấn tâm lý học đường, đưa dịch vụ chăm sóc tâm thần đến học sinh, sinh viên. Dự án đã được thí điểm tại các thành phố lớn và mở rộng ra các tỉnh (UNICEF & Bộ GD-ĐT, 2023).

Hiện nay, cơ sở lý luận trong nghiên cứu chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân tại Việt Nam chủ yếu dựa trên các định nghĩa và khung lý thuyết của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và vận dụng các mô hình lý thuyết về dịch vụ y tế cộng đồng, quản lý hệ thống sức khỏe, phát triển chính sách xã hội để phân tích thực trạng và đề xuất các mô hình cải cách. Bên cạnh đó, cơ sở dữ liệu thực tiễn ngày càng phong phú hơn, đặc biệt từ các nghiên cứu ứng dụng, hợp tác quốc tế, tuy nhiên chúng ta còn thiếu dữ liệu định lượng dài hạn và liên tục, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở và cấp địa phương cũng như chưa có đánh giá đầy đủ về hiệu quả chính sách hiện hành, do hạn chế về nguồn lực, giám sát và hệ thống chỉ báo và sự kỳ thị xã hội và rào cản văn hóa chưa được nghiên cứu đầy đủ trong bối cảnh cụ thể của Việt Nam.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phân tích tài liệu thứ cấp là phương pháp nghiên cứu chính được sử dụng trong bài viết nhằm tổng hợp, đánh giá và khái quát thực trạng thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân Việt Nam. Các tài liệu được sử dụng bao gồm các văn bản chính thức của các bộ ngành như Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, cùng với các báo cáo đánh giá và hướng dẫn chuyên môn liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần và trợ giúp xã hội. Bên cạnh đó, bài viết còn tham khảo các nghiên cứu khoa học trong nước và quốc tế, bao gồm các bài viết học thuật, báo cáo nghiên cứu từ các tổ chức quốc tế như WHO, UNICEF và Liên Hợp Quốc, cũng như các phân tích chuyên sâu về hệ thống và chính sách sức khỏe tâm thần tại Việt Nam.

Có thể phân loại các tài liệu này thành ba nhóm chính:

Văn bản chính sách và hướng dẫn chuyên môn: Các thông tư, kế hoạch, báo cáo từ các bộ ngành (Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội) cung cấp cơ sở pháp lý và hướng dẫn thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần tại các cấp độ khác nhau của hệ thống y tế và xã hội.

Nghiên cứu khoa học và báo cáo đánh giá: Các bài nghiên cứu và báo cáo từ viện nghiên cứu, trường đại học và tổ chức quốc tế (ví dụ như Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, WHO, UNICEF) phân tích thực trạng, ưu nhược điểm của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần và đề xuất giải pháp phát triển.

Tài liệu quốc tế và khu vực: Các văn bản như Báo cáo của WHO, Liên đoàn Sức khỏe Tâm thần Thế giới, Liên Hợp Quốc cung cấp khung lý thuyết, chuẩn mực quốc tế và chiến lược phát triển bền vững liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Những tài liệu này tạo nền tảng lý luận vững chắc và cung cấp bằng chứng thực tiễn quan trọng để phân tích sâu về chính sách, đánh giá hiệu quả và đề xuất các giải pháp cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân Việt Nam trong bối cảnh hiện nay.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Khung pháp lý và hệ thống chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân hiện nay

Một số quy định và cam kết quốc tế về sức khỏe tâm thần mà Việt Nam đã tham gia hoặc tuân thủ bao gồm:

Kế hoạch hành động toàn diện về sức khỏe tâm thần của WHO (2013–2030): Việt Nam là quốc gia thành viên của WHO và cam kết thực hiện: Tăng cường lãnh đạo và quản trị trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần; Đảm bảo tiếp cận các dịch vụ chăm sóc tâm thần cộng đồng; Tăng cường hoạt động phòng ngừa và nâng cao sức khỏe tâm thần; Củng cố hệ thống thông tin, giám sát và nghiên cứu (UN, 2006).

Công ước về Quyền của Người Khuyết tật (CRPD): Việt Nam phê chuẩn Công ước này vào ngày 28/11/2014, trong đó thừa nhận người có rối loạn tâm thần là một trong các nhóm khuyết tật. Đáng chú ý có Điều 25 đảm bảo quyền được tiếp cận y tế mà không bị phân biệt đối xử.

Báo cáo sức khỏe tâm thần toàn cầu 2022 (WHO) là tài liệu định hướng chính sách mới, kêu gọi đầu tư và cải cách hệ thống sức khỏe tâm thần trên toàn cầu, Việt Nam đã sử dụng nội dung báo cáo này để cập nhật chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu (WHO, 2022).

Mục tiêu Phát triển Bền vững của Liên Hợp Quốc (SDG 3.4) - Mục tiêu 3.4 yêu cầu giảm tử vong do bệnh không lây nhiễm thông qua phòng ngừa và điều trị, bao gồm chăm sóc sức khỏe tâm thần (UN, 2015).

Như vậy, Việt Nam không chỉ tuân thủ các nguyên tắc của WHO và Liên Hợp Quốc, mà còn đang nỗ lực nội luật hóa các cam kết này vào chiến lược và chương trình quốc gia. Bảng dưới đây tổng hợp các văn bản pháp luật quan trọng liên quan đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân hiện nay ở Việt Nam:

Bảng 1: Các văn bản pháp luật liên quan đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân

STT	Tên văn bản	Nội dung liên quan đến sức khỏe tâm thần	Cơ quan ban hành	Ghi chú
1	Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam (2013)	Quy định quyền được bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của mọi công dân (Điều 38).	Quốc hội	Cơ sở pháp lý cao nhất
2	Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi, 2023)	Công nhận vai trò của bác sĩ tâm thần, tâm lý trị liệu; quy định về hành nghề khám chữa bệnh trong lĩnh vực tâm thần.	Quốc hội	Hiệu lực từ 2024
3	Luật Bảo hiểm y tế (2008, sửa đổi 2014)	Quy định một số bệnh tâm thần được thanh toán BHYT; nhưng chưa bao phủ dịch vụ tư vấn tâm lý.	Quốc hội	Cần cập nhật mở rộng
4	Bộ luật Dân sự (2015)	Xác định người mất năng lực hành vi dân sự do rối loạn tâm thần; quy định giám hộ.	Quốc hội	Liên quan đến quyền cá nhân
5	Bộ luật Hình sự (2015, sửa đổi 2017)	Quy định miễn trách nhiệm hình sự cho người mắc rối loạn tâm thần nghiêm trọng khi gây án.	Quốc hội	Áp dụng trong giám định pháp y
6	Luật Người khuyết tật (2010)	Người mắc rối loạn tâm thần được công nhận là người khuyết tật trí tuệ hoặc tâm thần.	Quốc hội	Làm cơ sở tiếp cận hỗ trợ xã hội
7	Luật Trẻ em (2016)	Bảo vệ trẻ em khỏi bạo lực, tổn thương tâm lý; khuyến khích tư vấn tâm lý học đường.	Quốc hội	Cơ sở cho can thiệp sớm
8	Thông tư số 18/2022/TT-BYT	Hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở.	Bộ Y tế	Bước tiến quan trọng trong tiếp cận cộng đồng
9	Thông tư số 43/2018/TT-BYT	Quy định danh mục bệnh không lây nhiễm, trong đó có rối loạn tâm thần, trầm cảm.	Bộ Y tế	Là cơ sở để lập hồ sơ sức khỏe
10	Nghị định số 20/2021/NĐ-CP và Nghị định số 76/2024/NĐ-CP sửa đổi bổ sung một số điều của Nghị định 20/2021/NĐ-CP	Chính sách trợ cấp xã hội cho người khuyết tật (trong đó có quy định về nhóm bệnh tâm thần nặng) tại cộng đồng hoặc cơ sở bảo trợ xã hội.	Chính phủ	Liên quan đến an sinh xã hội
11	Thông tư số 17/2022/TT-BYT ngày 30/12/2022 của Bộ Y tế quy định nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	Bộ Y tế	Liên quan đến các cơ sở khám bệnh tâm thần.

(Nguồn: Tác giả tổng hợp)

Hệ thống các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân ở Việt Nam thể hiện thông qua một số chiến lược, chương trình, đề án, kế hoạch... bao gồm:

Bảng 2: Các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân

STT	Tên chính sách	Cơ quan chủ trì	Nội dung chính	Giai đoạn
1	Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020	Bộ Y tế	Gồm các hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị rối loạn tâm thần tại cộng đồng, đặc biệt với nhóm dễ tổn thương (trẻ em, phụ nữ sau sinh, người cao tuổi).	2016–2020
2	Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025	Bộ Y tế	Lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần (đặc biệt là trầm cảm, lo âu) vào y tế cơ sở.	2015–2025
3	Đề án chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng	Bộ Y tế	Tăng cường phát hiện sớm, quản lý điều trị tâm thần tại cộng đồng; hỗ trợ phục hồi chức năng.	Triển khai từ 1999 đến nay
4	Quyết định số 1190/QĐ-TTg ngày 5/8/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp người khuyết tật giai đoạn 2021 - 2030	Bộ LĐ-TB&XH	Bảo vệ và hỗ trợ người mắc rối loạn tâm thần dưới dạng người khuyết tật trí tuệ hoặc tâm thần.	2021–2030
5	Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/1/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025	Bộ Y tế	Tăng cường phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần thông qua kiểm soát yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm, điều trị và nâng cao năng lực hệ thống y tế giai đoạn 2022–2025.	2022 - 2025
6	Quyết định số 1591/QĐ-TTg ngày 8/12/2023 phê duyệt Chương trình Chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em, chăm sóc trẻ em mồ côi giai đoạn 2023 - 2030	Bộ LĐ-TB&XH	Đảm bảo trẻ em được chăm sóc sức khỏe tâm thần và trẻ em mồ côi được tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ phù hợp	2023–2030

(Nguồn: Tác giả tổng hợp)

Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045 (Quyết định số 89/QĐ-TTg ngày 23/01/2024) không đề cập cụ thể đến các chương trình riêng biệt về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, chiến lược này nhấn mạnh mục tiêu phát triển toàn diện về thể chất và tinh thần cho người dân, cho thấy sức khỏe tâm thần là một phần quan trọng trong định hướng chung. Chiến lược hướng tới việc xây dựng hệ thống y tế hiện đại, hội nhập quốc tế, nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao và đa dạng của nhân dân. Điều này bao gồm việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, trong đó có thể hiểu là bao gồm cả dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Tuy nhiên, đến nay, Việt Nam vẫn chưa có một đạo luật riêng về sức khỏe tâm thần, khiến cho các chính sách liên quan còn phân tán và thiếu tính hệ thống. Việc ban hành Luật Sức khỏe

Tâm thần trong tương lai được xem là bước đi cần thiết để thể chế hóa đầy đủ quyền được chăm sóc tâm thần của người dân.

4.2. Thực trạng thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân hiện nay

** Triển khai tại hệ thống y tế cơ sở:*

Mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng:

Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là một hướng tiếp cận được Việt Nam áp dụng từ cuối những năm 1990 với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Mô hình này được triển khai rộng rãi thông qua Đề án chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, gắn liền với y tế cơ sở (trạm y tế xã, phường) và y tế dự phòng (Bộ Y tế, 2022). Mục tiêu cốt lõi là chuyển từ mô hình điều trị tập trung tại bệnh viện sang chăm sóc tích hợp tại địa phương, đảm bảo tính liên tục, gần gũi và tiết kiệm chi phí.

Hiện nay, phần lớn các xã, phường trên cả nước đã đưa chương trình quản lý, điều trị các bệnh rối loạn tâm thần phổ biến như tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, lo âu vào hoạt động thường xuyên. Các y, bác sĩ tại tuyến cơ sở được tập huấn để thực hiện giám sát bệnh nhân tại cộng đồng, cấp phát thuốc định kỳ, kết hợp truyền thông nâng cao nhận thức. Tuy nhiên, việc triển khai còn gặp nhiều rào cản: mô hình mới chỉ tập trung vào một số rối loạn nặng và thiếu dịch vụ phục hồi chức năng tâm lý – xã hội; hệ thống theo dõi, giám sát chất lượng chưa đồng bộ; người dân tại vùng sâu, vùng xa tiếp cận dịch vụ vẫn còn hạn chế do thiếu nhân lực chuyên trách (WHO, 2017).

Đội ngũ y tế và cơ sở vật chất:

Nguồn nhân lực trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam còn rất hạn chế về cả số lượng và chất lượng. Theo báo cáo của WHO và Bộ Y tế (2022), tỷ lệ bác sĩ chuyên khoa tâm thần hiện chỉ đạt khoảng 0,91 bác sĩ/100.000 dân, thấp hơn nhiều so với mức trung bình khu vực (Bộ Y tế – Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2021). Đồng thời, lực lượng tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội, điều dưỡng chuyên ngành vẫn thiếu nghiêm trọng, đặc biệt ở tuyến huyện và xã.

Cơ sở vật chất cho chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng cũng chưa đáp ứng được yêu cầu. Nhiều trạm y tế chưa có phòng khám riêng cho bệnh nhân tâm thần, thiết bị thăm khám và theo dõi còn đơn giản, chưa đủ thuốc và dụng cụ cần thiết cho điều trị lâu dài. Ngoài ra, tâm lý kỳ thị xã hội khiến nhiều người ngần ngại tiếp cận dịch vụ, dẫn đến tình trạng bệnh diễn biến âm thầm và trở nặng mới được phát hiện (Nguyễn Q.A, 2018).

Tình trạng quá tải tại các bệnh viện tâm thần tuyến tỉnh và trung ương cũng phản ánh sự mất cân đối trong hệ thống y tế, khi y tế cơ sở chưa đủ năng lực “chia lửa” cho tuyến trên. Điều này cho thấy việc đầu tư phát triển đồng bộ mạng lưới y tế tâm thần từ cơ sở là yêu cầu cấp thiết nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

** Lồng ghép thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân trong giáo dục, an sinh xã hội:*

Trong những năm gần đây, Việt Nam đã từng bước tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các lĩnh vực như giáo dục và bảo trợ xã hội, thông qua các chương trình phối hợp liên ngành. Tuy nhiên, việc triển khai vẫn còn nhiều hạn chế và chưa đồng đều giữa các địa phương.

Về lĩnh vực giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành một số văn bản hướng dẫn tăng cường công tác tư vấn tâm lý học đường, đặc biệt tại các cấp học phổ thông (Bộ GD&ĐT, 2019). Nhiều trường đã bố trí phòng tư vấn tâm lý, xây dựng kế hoạch hỗ trợ học sinh gặp khó khăn về tinh thần, học tập và quan hệ xã hội. Tuy nhiên, đội ngũ chuyên viên tâm lý học đường vẫn còn thiếu về số lượng, yếu về chuyên môn, phần lớn là kiêm nhiệm từ giáo viên hoặc nhân viên y tế học đường.

Chương trình Sức khỏe học đường giai đoạn 2021–2025, do Bộ Y tế phối hợp Bộ Giáo dục và Đào tạo triển khai, đã đưa nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh vào trong chiến lược phát triển toàn diện thể chất và tinh thần cho trẻ em (Bộ Y tế, 2021). Một số tỉnh, thành đã có sáng kiến lồng ghép bài học về quản lý cảm xúc, kỹ năng sống và phòng ngừa rối loạn tâm thần nhẹ trong các môn học và hoạt động ngoại khóa. Tuy nhiên, ở nhiều nơi, chương trình vẫn mang tính hình thức; việc tổ chức sinh hoạt chuyên đề, thăm khám sức khỏe định kỳ còn thiếu chuyên sâu; giáo viên chưa được đào tạo đầy đủ để nhận biết và hỗ trợ học sinh gặp vấn đề về tâm lý.

Trong lĩnh vực an sinh xã hội, người mắc rối loạn tâm thần nặng, khuyết tật trí tuệ, rối loạn phát triển... được hỗ trợ thông qua chính sách bảo trợ xã hội định kỳ, miễn giảm viện phí, và ưu tiên tiếp cận các dịch vụ y tế – xã hội. Một số trung tâm bảo trợ xã hội tiếp nhận nuôi dưỡng người bệnh không nơi nương tựa. Tuy nhiên, nhiều người bệnh sống trong cộng đồng vẫn gặp khó khăn trong việc tiếp cận hỗ trợ, do vướng thủ tục hành chính, thiếu hồ sơ giám định hoặc chưa được chẩn đoán chính thức (Bộ LĐ-TB và XH, 2020).

Đối với người mắc rối loạn tâm thần trong cộng đồng, việc hỗ trợ xã hội còn mang tính bị động, phụ thuộc nhiều vào gia đình và chính quyền cơ sở. Một số tổ chức phi chính phủ và dự án hợp tác quốc tế đã xây dựng mô hình hỗ trợ phục hồi dựa vào cộng đồng, giúp người bệnh cải thiện kỹ năng sống, tái hòa nhập xã hội. Tuy vậy, mô hình này vẫn còn rải rác, chưa được nhân rộng toàn quốc, và thiếu hành lang pháp lý rõ ràng để triển khai chính thức (Nguyễn Hồng Minh, Phạm Thị Mai, 2022).

Việc lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào giáo dục và an sinh xã hội ở Việt Nam đã có bước tiến nhất định, nhưng còn thiếu tính hệ thống, nhân lực chuyên môn chưa đảm bảo, và cần có cơ chế phối hợp liên ngành mạnh mẽ hơn để hỗ trợ nhóm yếu thế một cách toàn diện.

4.3. Đánh giá việc thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân hiện nay

** Kết quả đạt được:*

Thứ nhất, tăng số người được điều trị và quản lý tại cộng đồng: Trong những năm gần đây, Việt Nam đã đạt được một số kết quả tích cực trong việc phát hiện, quản lý và điều trị các rối loạn tâm thần phổ biến. Theo Bộ Y tế (2022), cả nước hiện có khoảng 300.000 người rối loạn tâm thần nặng (chủ yếu là tâm thần phân liệt và động kinh) đang được quản lý điều trị tại tuyến

y tế cơ sở. Có khoảng 45% số xã/phường trên toàn quốc triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Tỷ lệ người bệnh được điều trị duy trì bằng thuốc và tái khám định kỳ tại trạm y tế xã tăng dần qua từng năm (Bộ Y tế, 2022).

Thứ hai, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời: Công tác phát hiện sớm rối loạn tâm thần bước đầu có chuyển biến, đặc biệt tại trường học và các cơ sở y tế ban đầu. Nhiều địa phương đã tổ chức sàng lọc rối loạn phát triển, trầm cảm và lo âu cho học sinh và trẻ nhỏ. Một số chương trình phối hợp giữa y tế và giáo dục đã triển khai can thiệp tâm lý học đường cho nhóm học sinh có nguy cơ cao. Theo UNICEF Việt Nam (2020), tỷ lệ học sinh có dấu hiệu rối loạn lo âu, trầm cảm ở mức nhẹ đến trung bình là khoảng 30%, trong đó chỉ dưới 10% nhận được hỗ trợ chuyên môn phù hợp (UNICEF Việt Nam, 2020).

Thứ ba, nâng cao nhận thức cộng đồng: Công tác truyền thông và giáo dục sức khỏe tâm thần đã góp phần thay đổi nhận thức của cộng đồng. Các chiến dịch hưởng ứng Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới (10/10) được tổ chức thường niên, kèm theo các hoạt động truyền thông tại địa phương. Nhiều địa phương đã tổ chức tập huấn kỹ năng nhận biết, hỗ trợ tâm lý cho cán bộ Y tế, giáo viên và hội phụ nữ. Một khảo sát của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2021 cho thấy 64% người dân được hỏi đã từng nghe về “sức khỏe tâm thần”, 41% có hiểu biết cơ bản về các biểu hiện phổ biến của rối loạn tâm thần (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2021). Dù kết quả này còn thấp, nhưng so với các giai đoạn trước, đây là một bước tiến quan trọng về mặt nhận thức xã hội.

Chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam đã bước đầu mở rộng được phạm vi tiếp cận, nâng cao số lượng người được quản lý điều trị, và tạo được chuyển biến nhận thức xã hội. Tuy nhiên, để đạt hiệu quả bền vững, cần tiếp tục đầu tư nhân lực chuyên môn và hoàn thiện cơ chế phối hợp liên ngành.

** Hạn chế và thách thức trong thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân:*

Thứ nhất, thiếu ngân sách và nhân lực chuyên môn. Theo WHO, Việt Nam chỉ chi khoảng 2% ngân sách y tế quốc gia cho lĩnh vực sức khỏe tâm thần, trong khi nhu cầu ngày càng tăng, đặc biệt sau đại dịch COVID-19. Cả nước hiện có chưa đến 1 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân, thấp hơn nhiều so với mức trung bình của các quốc gia có thu nhập trung bình (2.5–3.5 bác sĩ/100.000 dân). Nhiều trạm y tế xã không có bác sĩ chuyên khoa tâm thần, hoặc chỉ có cán bộ kiêm nhiệm chưa được đào tạo bài bản về chẩn đoán và điều trị rối loạn tâm thần (WHO, 2022).

Thứ hai, tồn tại kỳ thị xã hội. Người mắc rối loạn tâm thần vẫn phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt đối xử trong nhiều lĩnh vực: giáo dục, việc làm, hôn nhân, và sinh hoạt cộng đồng. Theo khảo sát của UNICEF, gần 50% người được hỏi cho rằng người mắc bệnh tâm thần nên sống tách biệt, và chỉ khoảng 28% sẵn sàng làm việc chung với người có vấn đề tâm lý (UNICEF, 2020).

Thứ ba, Việt Nam chưa có Luật Sức khỏe tâm thần chuyên biệt. Hiện nay, các quy định về chăm sóc sức khỏe tâm thần chỉ được lồng ghép trong các luật và thông tư liên quan như Luật Khám, chữa bệnh; Luật Bảo hiểm y tế; Luật Người khuyết tật,... gây thiếu nhất quán và khó áp dụng thống nhất trên toàn quốc.

Thứ tư, mức độ phối hợp liên ngành còn thấp, thiếu tính đồng bộ. Công tác phối hợp giữa ngành y tế – giáo dục – lao động – xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần còn mang tính lẻ tẻ, thiếu cơ chế liên thông và phân công rõ ràng. Việc lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các chương trình như giáo dục học đường, an sinh xã hội, y tế cơ sở vẫn mang tính hình thức, thiếu chiến lược tổng thể và ngân sách ổn định. Theo Bộ Y tế, trong số hơn 11.000 trạm y tế xã, chỉ khoảng 50% có chương trình sức khỏe tâm thần thường xuyên, và tỷ lệ triển khai giữa các tỉnh/thành phố có sự chênh lệch rất lớn (Bộ Y tế, 2022).

Việc thực hiện chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân ở Việt Nam tuy đạt một số kết quả nhất định, nhưng vẫn còn đối mặt với nhiều rào cản lớn về nguồn lực, thể chế và xã hội. Để cải thiện hiệu quả việc thực hiện chính sách, nghiên cứu này đề xuất một số giải pháp cụ thể như sau.

5. ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP TĂNG CƯỜNG HIỆU QUẢ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI DÂN Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

Thứ nhất, xây dựng Luật Sức khỏe tâm thần chuyên biệt: Cần xây dựng và ban hành một Luật Sức khỏe tâm thần làm khung pháp lý cao nhất, thay thế cho việc lồng ghép rải rác trong nhiều văn bản hiện hành. Luật cần quy định rõ: quyền của người bệnh tâm thần, nghĩa vụ của cơ quan nhà nước và đơn vị cung cấp dịch vụ, cũng như trách nhiệm của cộng đồng trong việc phòng ngừa và hỗ trợ. Việc này giúp đảm bảo tính minh bạch, nhất quán và có thể giám sát trong thực hiện chính sách.

Thứ hai, tăng cường đầu tư ngân sách và cơ sở hạ tầng: Tăng tỷ lệ chi tiêu y tế dành cho sức khỏe tâm thần từ 2% hiện tại lên ít nhất 5% theo khuyến nghị của WHO (WHO, 2022); Đầu tư xây dựng phòng khám tâm lý – tâm thần tại tuyến huyện và xã, ưu tiên các địa bàn vùng sâu vùng xa và khu công nghiệp; Mở rộng bảo hiểm y tế chi trả cho dịch vụ tâm lý học lâm sàng, trị liệu hành vi, tư vấn cộng đồng.

Thứ ba, phát triển và đào tạo nhân lực chuyên môn: Mở rộng chương trình đào tạo tâm lý học lâm sàng, công tác xã hội, bác sĩ chuyên khoa tâm thần tại các trường đại học y – xã hội – sư phạm; Triển khai mô hình đào tạo liên thông – liên ngành, nâng cao năng lực cho cán Bộ Y tế cơ sở, giáo viên, công an, cán bộ đoàn thể; Tổ chức các lớp bồi dưỡng kỹ năng tư vấn, trị liệu tâm lý định kỳ tại địa phương. Tăng cường nhân lực là yếu tố then chốt để đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ tâm thần kịp thời và công bằng.

Thứ tư, tăng cường truyền thông và giảm kỳ thị: Xây dựng các chiến dịch truyền thông quốc gia về sức khỏe tâm thần, sử dụng đa phương tiện (truyền hình, mạng xã hội, cộng đồng); Phối hợp với người nổi tiếng, người có ảnh hưởng (KOLs), chuyên gia để tạo hiệu ứng lan tỏa và thay đổi nhận thức xã hội; Tổ chức các hoạt động Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới (10/10) hàng năm gắn với chủ đề thiết thực, gần gũi.

Thứ năm, tăng cường phối hợp liên ngành và mô hình chăm sóc cộng đồng: Thành lập Ban điều phối liên ngành ở cấp trung ương và địa phương để chỉ đạo thống nhất việc triển khai chính sách; Đẩy mạnh mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, kết hợp y tế, giáo dục,

công tác xã hội và hội đoàn thể; Triển khai thí điểm các trung tâm hỗ trợ tâm lý cộng đồng tại trường học, khu dân cư, khu công nghiệp.

Thứ sáu, ứng dụng công nghệ số trong chăm sóc sức khỏe tâm thần: Phát triển nền tảng tư vấn tâm lý trực tuyến, hỗ trợ người dân kết nối với chuyên gia dễ dàng, bảo mật; Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) trong phát hiện sớm rối loạn tâm lý qua biểu hiện ngôn ngữ, hành vi trên mạng xã hội, hoặc qua ứng dụng di động.

6. KẾT LUẬN

Chăm sóc sức khỏe tâm thần là một thành tố không thể tách rời trong hệ thống y tế toàn diện, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, năng suất lao động và sự phát triển bền vững của xã hội. nỗ lực của Việt Nam trong hoàn thiện khung pháp lý, thực hiện các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân đã được ghi nhận như mở rộng mô hình chăm sóc tại cộng đồng, tăng cường truyền thông và cải thiện tiếp cận dịch vụ cho người dân. Tuy nhiên, quá trình thực hiện vẫn còn gặp không ít thách thức như thiếu nguồn lực tài chính và nhân lực chuyên môn, chưa có luật chuyên biệt, mức độ kỳ thị xã hội còn cao, và sự phối hợp liên ngành còn thiếu chặt chẽ.

Trước bối cảnh đó, việc thúc đẩy xây dựng Luật Sức khỏe tâm thần, đầu tư có trọng điểm cho cơ sở vật chất và nhân lực, lồng ghép hiệu quả trong các chương trình y tế – giáo dục – an sinh xã hội, cũng như ứng dụng công nghệ số, sẽ là những giải pháp chiến lược để nâng cao hiệu quả thực thi chính sách trong giai đoạn tới.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần không chỉ là trách nhiệm của ngành y tế, mà cần sự chung tay của toàn xã hội. Một hệ thống chính sách nhất quán, bền vững và nhân văn sẽ là nền tảng để mỗi người dân Việt Nam được sống khỏe mạnh – không chỉ về thể chất mà cả tinh thần, đồng thời đảm bảo đạt được mục tiêu chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2019). *Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT về công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông*.
2. Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội. (2020). *Báo cáo tổng kết 10 năm thực hiện chính sách trợ giúp xã hội cho người rối loạn tâm thần, khuyết tật trí tuệ*. Hà Nội: Cục Bảo trợ Xã hội.
3. Bộ Y tế. (2021). *Kế hoạch triển khai Chương trình sức khỏe học đường giai đoạn 2021–2025*.
4. Bộ Y tế. (2022). *Hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở*.
5. Bộ Y tế. (2022). *Báo cáo kết quả triển khai chăm sóc sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở giai đoạn 2020–2022*.
6. Bộ Y tế & Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. (2021). *Báo cáo đánh giá hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học.
7. Do, T. K., & Hoang, T. L. (2023). *Mental health priorities in Vietnam: A mixed methods analysis*. Academia.edu. <https://www.academia.edu/124357986>
8. Liên đoàn Sức khỏe Tâm thần Thế giới. (1992). Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới. <https://wfmh.global/world-mental-health-day/>

9. Lund, C., et al. (2011). *Mental health system development in Vietnam: A case study*. International Journal of Mental Health Systems, 5(1), 1–9.
10. Xuân Mai. (2023). *Gần 15 triệu người Việt mắc rối loạn tâm thần*. Tạp chí Sức khỏe và đời sống <https://suckhoedoisong.vn/gan-15-trieu-nguoi-viet-mac-roi-loan-tam-than.html>
11. Nguyễn, Q. A., Than, P. T., La, C. D., & Van Dieu, C. (2018). *The national community mental health care project in Vietnam: A review for future guidance*. Australasian Psychiatry, 19(4), 313–317. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.563308>
12. Nguyễn Hồng Minh & Phạm Thị Mai. (2022). *Tiếp cận liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng: Kinh nghiệm từ các địa phương*. Tạp chí Y học Cộng đồng, 70(4), 35–41.
13. Pham, T. H., Nguyen, T. M., & Parker, R. (2023). *Promoting evidence-informed policy-making for community-based depression care in Vietnam: A 10-year integrated knowledge translation experience*. BMC Health Services Research, 23, Article 10518. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10518-3>
14. Plan International Vietnam & Trường Đại học Y Hà Nội. (2020). *Khảo sát khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội tại cộng đồng*. Báo cáo nội bộ chưa xuất bản.
15. UNICEF Việt Nam. (2020). *Tăng cường sức khỏe tâm thần cho trẻ em và thanh thiếu niên tại Việt Nam*. Hà Nội: UNICEF.
16. UNICEF Việt Nam & Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2022). *Tăng cường hỗ trợ tâm lý – xã hội tại trường học ở Việt Nam*. Hà Nội: UNICEF. <https://www.unicef.org/vietnam/reports/school-mental-health-report>
17. United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/goals>
18. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*.
19. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
20. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. (2021). *Khảo sát nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần tại một số tỉnh, thành phố*.
21. Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. (2020). *Đánh giá chương trình mục tiêu quốc gia về sức khỏe tâm thần giai đoạn 2010–2020*. Hà Nội: Bộ Y tế.
22. WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
23. WHO. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
24. WHO. (2017). *Community-based mental health – building a network of care across sectors*. <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/community-based-mental-health-building-a-network-of-care-across-sectors>
25. WHO. (2022). *Mental Health Atlas 2020 – Country Profile: Viet Nam*
26. WHO. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO. Truy cập từ: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
27. WHO Việt Nam. (2015). *Mental Health System Assessment in Viet Nam*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/mental-health-system-assessment>

CĂNG THẲNG CẢM NHẬN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ThS. Nguyễn Thị Trường Hân¹, Giang Vũ Thanh Mai², Võ Minh Châu², Lê Tất Thuận²

Tóm tắt: Nghiên cứu này thực hiện khảo sát trên 300 sinh viên Trường Đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh nhằm tìm hiểu thực trạng căng thẳng tự nhận thức của sinh viên trường. Nghiên cứu sử dụng thang đo căng thẳng cảm nhận PSS-10 (*Perceived Stress Scale*). Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn sinh viên trải qua mức độ căng thẳng từ trung bình trở lên, cụ thể 69% sinh viên trải nghiệm căng thẳng ở mức trung bình và 10.7% ở mức cao. Đáng lưu ý là nhóm sinh viên năm nhất có tỷ lệ căng thẳng cao lên đến 41,1%, cao nhất so với các năm còn lại. Sinh viên không đi làm có tỷ lệ căng thẳng cao là 15,9%, gần gấp đôi so với nhóm đang đi làm (7,8%). Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý cho Trường Đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh nói riêng và các trường đại học nói chung thiết kế các hoạt động hỗ trợ nhằm giúp sinh viên quản lý căng thẳng, đặc biệt hướng đến các nhóm sinh viên có nguy cơ căng thẳng cao, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả của hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho sinh viên đại học trong bối cảnh hiện nay.

Từ khóa: Căng thẳng; Căng thẳng cảm nhận; Sinh viên.

PERCEIVED STRESS OF STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF ECONOMICS HO CHI MINH CITY

Abstract: This study used the Perceived Stress Scale (PSS-10) to find out the perceived stress levels of 300 students at the University of Economics Ho Chi Minh City. The results showed that the majority of the students experienced moderate or higher levels of stress, with 69% of the students experienced moderate stress and 10.7% high stress level. Notably, the first-year group had a high stress rate of up to 41.1%, the highest compared to the other years. Non-working students had a high stress rate of 15.9%, nearly double that of the working group (7.8%). The research results also suggest that the University of Economics Ho Chi Minh City in particular and universities in general should design support activities to help their students manage stress, especially targeting groups of students at high risk of stress, thereby contributing to improving the effectiveness of mental health care activities for university students in the current context.

Keywords: Stress; Perceived stress; Students.

1. GIỚI THIỆU

Theo Swadiq. M (2025), cuộc sống đại học đánh dấu thời gian thay đổi và thích nghi đối với sinh viên. Mặc dù giai đoạn này mang đến cơ hội phát triển cá nhân và học thuật nhưng cũng gây ra nhiều khó khăn có thể dẫn đến căng thẳng. Bên cạnh môi trường mới, bản thân đặc điểm tâm lý tuổi sinh viên cũng tạo ra những thách thức trong hành trình phát triển bản thân, như định nghĩa của Arnet, J.J (2000) về độ tuổi này: (1) là độ tuổi khám phá bản thân, thử nghiệm nhiều cơ hội khác nhau, đặc biệt trong tình yêu và công việc; (2) là độ tuổi của sự bất ổn định nhưng đồng thời cũng tập trung vào bản thân nhất trong suốt cuộc đời.

Do đó, căng thẳng là một vấn đề phổ biến ở sinh viên đại học, xuất phát từ áp lực học tập, động lực xã hội, mối quan tâm về tài chính và những thách thức trong quá trình chuyển đổi (Vetrivel, Saravanan, Maheswari, & Arun, 2024). Sinh viên đại học thường trải qua mức độ

¹ GV Trường Đại học Tài chính - Marketing, Email: ntt.han@ufm.edu.vn

² SV Trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh, Email: Maigiang.31221026635@st.ueh.edu.vn

căng thẳng cao, có thể gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tâm thần, thành tích học tập và chất lượng cuộc sống của họ. Sự kết hợp giữa thách thức trong học tập, trách nhiệm, ảnh hưởng của bạn bè và các mối quan hệ, áp lực tài chính và đấu tranh cá nhân thường dẫn đến căng thẳng gia tăng trong nhóm nhân khẩu này (Swadiq. M, 2025).

Theo Regehr và cộng sự (2013), ước tính có khoảng một nửa sinh viên đại học báo cáo mức độ lo ngại về sức khỏe tâm thần liên quan đến căng thẳng ở mức độ vừa phải. Với mẫu nghiên cứu 483 sinh viên của Pháp, Saleh và cộng sự (2017) chỉ ra rằng 72,9% có biểu hiện căng thẳng, 86,3% lo lắng và 79,3% có các triệu chứng trầm cảm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắng (2024) trên 1.778 sinh viên trường đại học Ngoại ngữ, đại học Quốc gia Hà Nội cho thấy sinh viên có biểu hiện căng thẳng tương đối thường xuyên, trong đó, trong số 61,7% sinh viên có biểu hiện căng thẳng thì 17,2% sinh viên có biểu hiện căng thẳng ở mức độ nghiêm trọng và mức rất nghiêm trọng chiếm 7,9%.

Bởi thế, đối với mỗi trường đại học, việc nhận ra mức độ căng thẳng phổ biến ở sinh viên của trường, những nhóm sinh viên có nguy cơ căng thẳng cao là điều cần thiết để tạo ra các hệ thống hỗ trợ, can thiệp hiệu quả nhằm giúp sinh viên quản lý căng thẳng và duy trì sự khỏe mạnh về mặt tinh thần.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Căng thẳng và căng thẳng ở sinh viên đại học

Richard Lazarus định nghĩa căng thẳng là mối quan hệ giữa một người và môi trường được đánh giá là có ý nghĩa cá nhân và là gánh nặng hoặc vượt quá nguồn lực để đối phó (Lazarus & Folkman, 2013). Bondarchuk et al (2024) trích dẫn nhiều nghiên cứu khác nhau và khái quát rằng, căng thẳng là phản ứng bẩm sinh của cơ thể chúng ta đối với các tác nhân kích thích bên ngoài và được cho là một yếu tố chính trong sự phát triển của các bệnh tâm thần như trầm cảm nặng. Các tác giả Vetrivel, Saravanan, Maheswari, & Arun (2024) định nghĩa căng thẳng là phản ứng sinh lý và tâm lý đối với những yêu cầu hoặc áp lực phá vỡ sự cân bằng của một cá nhân. Nó có thể biểu hiện dưới dạng căng thẳng về mặt cảm xúc hoặc thể chất, xuất phát từ nhiều yếu tố bên trong hoặc bên ngoài. Bên trong, căng thẳng có thể được kích hoạt bởi những lo lắng cá nhân, chẳng hạn như sự tự ti hoặc kỳ vọng cao, trong khi bên ngoài, nó có thể phát sinh từ áp lực môi trường hoặc xã hội, bao gồm khối lượng công việc học thuật, các mối quan hệ xã hội hoặc nghĩa vụ tài chính. Phản ứng căng thẳng của cơ thể, thường được gọi là phản ứng “chiến đấu hoặc bỏ chạy”, liên quan đến việc giải phóng các hormone như adrenaline và cortisol, giúp cơ thể chuẩn bị đối mặt hoặc chạy trốn khỏi mối đe dọa được nhận thức. Tuy nhiên, trong khi phản ứng này có thể có lợi trong thời gian ngắn, thì căng thẳng mãn tính - tiếp xúc kéo dài với các tác nhân gây căng thẳng mà không được giải tỏa đầy đủ - có thể gây ra những tác động bất lợi đến sức khỏe tinh thần và thể chất, dẫn đến các tình trạng như lo lắng, trầm cảm, huyết áp cao và hệ thống miễn dịch suy yếu.

Trong môi trường học thuật, căng thẳng thường trầm trọng hơn do yêu cầu khắt khe của khóa học, thời hạn gấp rút và kỳ vọng của xã hội, có thể làm suy giảm khả năng tập trung, đưa ra quyết định và duy trì sự ổn định về mặt cảm xúc của sinh viên (Vetrivel, Saravanan, Maheswari, & Arun, 2024). Theo Swadiq (2025), các yếu tố gây ra căng thẳng gồm: (1) Thách

thức về học tập do yêu cầu cao của chương trình đại học, bao gồm khối lượng bài tập lớn, thời gian hạn chế và môi trường học tập áp lực cao; (2) Nghĩa vụ giữa các cá nhân: Việc cân bằng giữa trách nhiệm học tập với các cam kết xã hội, hoạt động ngoại khóa và các mối quan hệ giữa các cá nhân có thể gây ra căng thẳng đáng kể; (3) Áp lực tiền bạc: Áp lực kinh tế từ học phí đại học, chi phí sinh hoạt hàng ngày và các nghĩa vụ tài chính khác có thể gây ra căng thẳng cho sinh viên; (4) Những khó khăn cá nhân: Căng thẳng cũng có thể bắt nguồn từ các vấn đề cá nhân, chẳng hạn như vấn đề gia đình, sức khỏe và khó khăn trong các mối quan hệ, đặc biệt trong tình yêu; (5) Ảnh hưởng của bối cảnh: Mức độ căng thẳng có thể gia tăng do các yếu tố như không gian sống chật chội, không đủ thời gian nghỉ ngơi và lối sống kém lành mạnh. Bởi thế, hiểu được căng thẳng đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát triển cơ chế ứng phó hiệu quả và duy trì sức khỏe tổng thể đối với sinh viên đại học.

2.2. Đo lường căng thẳng

Ở khía cạnh đo lường stress, theo Lee E.H (2012), nhiều nhà nghiên cứu đã xây dựng các thang đo khác nhau, có thể kể đến như: Thang đánh giá điều chỉnh xã hội (Social Readjustment Rating Scale - SRRS) của Holmes & Rahe, 1967; Thang đánh giá căng thẳng tự nhận thức/ Căng thẳng cảm nhận (Perceived Stress Scale - PSS) của Cohen và cộng sự, 1983; Bảng đánh giá tự kiểm soát (Self-Control Schedule - SCS) của Rosenbaum, 1980; Thang đánh giá vị trí kiểm soát sức khỏe đa chiều (Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLCS) của Wallston và cộng sự, 1978; Hồ sơ điều chỉnh cảm xúc-Đã sửa đổi (Emotion Regulation Profile-Revised - ERP-R) của Nelis & cộng sự, 2011; Thang đo khả năng phục hồi theo khuynh hướng – 15 (Dispositional Resilience Scale - DSR-15) của Bartone, 2007... Trong đó, thang đo căng thẳng cảm nhận (PSS) là một trong những công cụ đánh giá căng thẳng được sử dụng rộng rãi nhất trên thế giới (Lee E.H, 2012).

Thang đo PSS được Cohen và cộng sự phát triển vào năm 1983 dựa trên phương pháp tiếp cận sức khỏe tâm lý về căng thẳng của Lazarus & Folkman, mô tả một tình huống là căng thẳng khi nó được coi là đe dọa, không thể đoán trước và không thể kiểm soát. Do đó, PSS được thiết kế để đánh giá mức độ căng thẳng mà một người cảm thấy trong những tình huống không thể đoán trước, ngoài tầm kiểm soát và quá tải. Phiên bản gốc của PSS có 14 mục (PSS-14) với bảy mục tiêu cực (ví dụ: “Không thể kiểm soát những điều quan trọng trong cuộc sống của bạn?”) và bảy mục tích cực (ví dụ: “Tự tin về khả năng xử lý các vấn đề cá nhân của bạn?”). Dựa trên phân tích nhân tố, các nhà nghiên cứu đã loại bỏ bốn mục có hệ số tải nhân tố thấp nhất trên PSS-14 để tạo ra phiên bản rút gọn gồm 10 mục (PSS-10). Một phiên bản bốn mục thậm chí còn ngắn hơn (PSS-4) đã được phát triển để dễ sử dụng khi có hạn chế về thời gian thu thập dữ liệu (ví dụ: trong các cuộc phỏng vấn qua điện thoại) (She, Li, Zhang, Zhou, Xi, Ju, 2021).

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp khảo sát dựa trên bảng câu hỏi được thiết kế sẵn trên Google forms, gửi đến đối tượng là sinh viên Đại học Kinh tế TP. HCM thông qua email, zalo, facebook. Kỹ thuật lấy mẫu phi xác suất, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Thời gian khảo sát là tháng 3/2025. Tổng mẫu hợp lệ của nghiên cứu này là 300 (sẽ được trình bày chi tiết trong phần Kết quả nghiên cứu).

Chúng tôi sử dụng bảng hỏi là thang đo PSS-10. Sinh viên tham gia trả lời qua Google forms được hướng dẫn báo cáo tần suất căng thẳng tự nhận thức trong tháng qua từ 0 (Không bao giờ) đến 4 (Rất thường xuyên). Tổng điểm của PSS-10 được tính bằng cách đảo ngược điểm của các câu tích cực (câu 4, 5, 7, 8) và sau đó cộng tổng tất cả các câu, với điểm cao hơn cho thấy mức độ căng thẳng cao hơn. Tổng điểm có thể có cho PSS-10 nằm trong khoảng từ 0 đến 40 và được quy ước thành 3 mức độ như sau:

- Điểm từ 0–13: thể hiện mức độ căng thẳng thấp
- Điểm từ 14–26: mức độ căng thẳng trung bình
- Điểm từ 27–40: mức độ căng thẳng cao.

Hiện thang đo này đã được thích nghi tại Việt Nam và cho kết quả tin cậy với điểm số Cronbach alpha đạt .80 (trích theo Nguyễn Thị Ánh Hồng & Nguyễn Thị Ngọc Vui, 2024). Trong kết quả khảo sát trên nhóm mẫu 300 sinh viên Đại học Kinh tế TP. HCM ở nghiên cứu này, hệ số tin cậy Cronbach alpha là 0.83.

Bảng 1. Thang đo PSS10 (Perceived Stress Scale. State of New Hampshire. Employee Assistance Program)

STT	Thang đo gốc (Tiếng Anh)	Bảng dịch tiếng Việt được sử dụng trong khảo sát
1	In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy buồn bã vì điều gì đó xảy ra đột ngột không?
2	In the last month, how often have you felt that you were unable to control the important things in your life?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy không thể kiểm soát những điều quan trọng trong cuộc sống của mình không?
3	In the last month, how often have you felt nervous and “stressed”?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy hồi hộp và căng thẳng không?
4	In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy tự tin về khả năng xử lý vấn đề không?
5	In the last month, how often have you felt that things were going your way?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy sự việc diễn ra theo ý mình không?
6	In the last month, how often have you found that you could not cope with all the things that you had to do?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy không thể đương đầu với những điều mình phải làm không?
7	In the last month, how often have you been able to control irritations in your life?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy có thể kiểm soát rắc rối của bản thân không?
8	In the last month, how often have you felt that you were on top of things?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy mọi thứ đang diễn ra rất tốt với mình không?
9	In the last month, how often have you been angered because of things that happened that were outside of your control?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy giận dữ vì việc gì đó xảy ra ngoài tầm kiểm soát không?
10	In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them?	Trong một tháng qua, bạn có thường cảm thấy quá khó khăn đến nỗi mình không thể vượt qua không?

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ THẢO LUẬN

4.1. Thống kê mẫu nghiên cứu

Để phục vụ cho mục đích bài tham luận, chúng tôi khai thác thông tin nhân khẩu học trên mẫu 300 sinh viên của Trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh gồm: Giới tính, Năm học và Tình trạng việc làm hiện tại. Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên nữ chiếm phần lớn so

với nam sinh (71.7% so với 28.3%); sinh viên năm thứ 3 tham gia nhiều nhất trong khảo sát này (64.3%) và tình trạng sinh viên đang đi làm chiếm ưu thế hơn trong khảo sát này với tỷ lệ 64.3% (so với 35.7% sinh viên hiện không đi làm).

Bảng 2: Thông tin mẫu khảo sát

Thông tin mẫu khảo sát	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nữ	215	71.7%
Nam	85	28.3%
Năm học		
Năm 1	17	5.7%
Năm 2	69	23%
Năm 3	193	64.3%
Năm 4	21	7%
Tình trạng việc làm thêm hiện tại		
Hiện không đi làm	107	35.7%
Hiện đang đi làm	193	64.3%
TỔNG MẪU	300	100%

4.2. Cảm tưởng cảm nhận của sinh viên Trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả tại bảng 3 cho thấy, nhìn chung, căng thẳng của sinh viên Đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh trong mẫu nghiên cứu này ở mức trung bình, với 69% có điểm PSS-10 từ 14-26, và 10.7% sinh viên có trải nghiệm căng thẳng ở mức cao. Về giới tính: Nam sinh có tỷ lệ căng thẳng cao là 12,9%, cao hơn so với 9.8% ở nữ sinh. Về năm học: Sinh viên năm nhất có tỷ lệ căng thẳng cao lên đến 41,1%, cao nhất so với các năm còn lại, trong khi đó, sinh viên năm ba, chiếm phần lớn trong khảo sát (64,3%), có mức độ căng thẳng cao chỉ ở mức 7,8%. Về tình trạng việc làm: Sinh viên không đi làm có tỷ lệ căng thẳng cao là 15,9%, gần gấp đôi so với nhóm đang đi làm (7,8%).

Bảng 3: Thống kê tần số và tỷ lệ mức độ căng thẳng cảm nhận của sinh viên

[illegible]

4.3. Thảo luận

Nhìn chung, nghiên cứu của nhóm tác giả cho thấy phần lớn sinh viên trải qua mức độ căng thẳng từ trung bình trở lên (79.7%), trong đó một bộ phận sinh viên gặp căng thẳng ở mức cao (10.7%). Điều này khá tương đồng với kết quả ở một số nghiên cứu được chúng tôi trích dẫn trong phần Giới thiệu như Regehr và cộng sự (2013), Saleh và cộng sự (2017), Nguyễn Thị Thắng (2024). Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhấn mạnh đến hai vấn đề cần quan tâm sau:

1/ Với sinh viên năm nhất – những người vừa bước vào môi trường mới – là nhóm dễ bị tổn thương nhất trong mẫu nghiên cứu này. Điều này có thể phản ánh sự bỡ ngỡ của tân sinh viên trong môi trường đại học, do chưa thích nghi với phương pháp học tập và áp lực tự học cũng như với môi trường mới, điều kiện mới nói chung. Tân sinh viên có thể còn thiếu kỹ năng quản lý thời gian, chưa có nhóm hỗ trợ xã hội ổn định hoặc chưa biết cách tiếp cận các nguồn lực hỗ trợ tích cực trong trường... Đây là điều mà trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng và các trường đại học nói chung cần quan tâm trong việc tổ chức các chương trình hỗ trợ tâm lý sinh viên.

2/ Sự khác biệt giữa nhóm có việc làm và không có việc làm: Việc đi làm có thể giúp sinh viên cảm thấy độc lập hơn, từ đó giảm áp lực về tài chính hoặc tăng khả năng quản lý thời gian và cảm xúc. Họ có thể cảm thấy mình đang chủ động học hỏi, theo đuổi và phát triển con đường sự nghiệp của mình. Dù phải đối mặt với áp lực từ việc cân bằng giữa học tập và công việc, có thể họ vẫn cảm thấy tâm lý ổn định hơn nhờ cảm giác đang tiến gần đến mục tiêu cá nhân, đồng thời có thêm nguồn thu nhập để giảm bớt lo lắng tài chính. Ở một phương diện khác, những sinh viên không đi làm ở thời điểm hiện tại có thể khiến họ dễ cảm thấy bất an vì không có mục tiêu rõ ràng hay căng thẳng do các áp lực về tài chính. Đáng chú ý, ở nghiên cứu này, trong khi số lượng sinh viên tham gia khảo sát chiếm phần lớn là sinh viên năm 3, việc không đi làm ở thời điểm hiện tại có thể là do sinh viên chưa thể tìm được công việc theo mong muốn của bản thân, từ đó dẫn đến nhiều yếu tố tiêu cực về tâm lý, từ áp lực trách nhiệm gia đình đến áp lực định hướng nghề nghiệp tương lai. Sự khác biệt này gợi mở mối liên hệ giữa hoạt động ngoài giảng đường và sức khỏe tâm thần. Chúng tôi suy nghĩ rằng, trường đại học nên cân nhắc việc khuyến khích sinh viên tham gia các hoạt động thực tế, đồng thời cung cấp định hướng để đảm bảo cân bằng giữa học tập và công việc, đặc biệt hướng đến nhóm sinh viên từ năm 3 trở đi.

Chúng tôi cho rằng có thể cân nhắc một số biện pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần cho sinh viên của trường, đặc biệt những nhóm có nguy cơ bị căng thẳng cao, như: (1) Tổ chức các chương trình định hướng tâm lý dành riêng cho sinh viên năm nhất: Trang bị kiến thức, kỹ năng thích nghi với môi trường học đại học, kỹ năng quản lý cảm xúc, ứng phó với áp lực học tập và kỹ năng kết nối xã hội. Tổ chức thành các buổi workshop trực tiếp vào đầu năm học, kèm tài liệu hỗ trợ dưới dạng video, infographics. Hoạt động này có thể giúp sinh viên giảm sốc văn hóa học đường, hỗ trợ giai đoạn chuyển tiếp từ trung học phổ thông sang đại học; (2) Tăng cường vai trò của cố vấn học tập cũng như các hoạt động tư vấn tâm lý, ưu tiên thiết kế lịch cho sinh viên năm nhất và sinh viên chưa đi làm – nhóm dễ tổn thương và thiếu nguồn hỗ trợ xã hội, có thể cung cấp phiếu tham vấn miễn phí giới hạn cho các sinh viên cần tiếp cận

chuyên gia ngoài trường; (3) Tạo các “sân chơi” như Câu lạc bộ sức khỏe tâm lý (có thể do sinh viên điều phối dưới sự cố vấn của giảng viên có chuyên môn) nhằm tạo không gian chia sẻ, giải tỏa và xây dựng cộng đồng đồng hành tinh thần, qua đó giúp tăng tính gắn kết xã hội, đặc biệt với sinh viên chưa đi làm – những người dễ cảm thấy cô lập; (4) Lồng ghép nội dung sức khỏe tâm thần vào một số môn học như kỹ năng mềm, tâm lý học (hiện trường Đại học Kinh tế TP.HCM có giảng dạy 2 môn này trong chương trình đào tạo) như quản lý stress, nhận diện dấu hiệu tâm lý bất ổn, kỹ thuật thư giãn, mindfulness cơ bản, có thể tích hợp dưới dạng tình huống thực tế, bài tập nhóm, phản hồi cá nhân; (5) Xây dựng hệ thống cảnh báo và theo dõi sinh viên có nguy cơ cao: có thể tích hợp khảo sát PSS-10 định kỳ vào cổng thông tin sinh viên, tự động đề xuất can thiệp sớm, gửi thông báo mời tham gia các buổi hỗ trợ tâm lý...

Tuy nhiên, có một số hạn chế trong nghiên cứu này: nghiên cứu sử dụng phương pháp khảo sát trực tuyến với kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, đặc biệt mẫu khá chênh lệch giữa tỷ lệ nữ sinh và nam sinh, giữa sinh viên các khóa tham gia vào khảo sát, do đó kết quả có thể không đảm bảo tính đại diện hoàn toàn cho toàn bộ sinh viên trường cũng như không thể khái quát cho các nhóm sinh viên ở các trường đại học khác. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ tập trung vào yếu tố căng thẳng tự nhận thức mà chưa phân tích sâu mối liên hệ giữa căng thẳng và các biến số khác như kết quả học tập, tình trạng sức khỏe tâm thần hay các chiến lược ứng phó... Vì vậy, các nghiên cứu tiếp theo có thể mở rộng quy mô mẫu hoặc khai thác sâu vào một nhóm đối tượng cũng như đa dạng hóa phương pháp thu thập dữ liệu như kết hợp phỏng vấn sâu. Đồng thời, nên xem xét tích hợp các biến liên quan như mức độ hỗ trợ xã hội, năng lực tự điều chỉnh, chiến lược ứng phó căng thẳng cũng như cần đánh giá hiệu quả của các chương trình can thiệp giảm căng thẳng hiện có. Việc so sánh giữa các nhóm ngành học và giữa các trường đại học cũng có thể mở rộng thêm góc nhìn cho vấn đề này.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này góp phần khẳng định căng thẳng là một vấn đề phổ biến đối với sinh viên đại học, đặc biệt đáng lưu ý ở nhóm sinh viên năm nhất và sinh viên chưa đi làm. Điều này phản ánh vai trò của việc xây dựng hệ thống hỗ trợ tâm lý học đường có tính chủ động, bền vững và phù hợp với đặc điểm từng nhóm sinh viên. Trường đại học không chỉ cần tổ chức các chương trình can thiệp cụ thể mà còn nên tích hợp nội dung sức khỏe tâm thần vào hoạt động giảng dạy và quản lý sinh viên nhằm giúp sinh viên quản lý căng thẳng hiệu quả, từ đó góp phần nâng cao chất lượng đào tạo toàn diện của trường. Nghiên cứu cũng mở ra hướng tiếp cận sâu hơn cho các nghiên cứu tiếp theo, nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp và mở rộng khung hiểu biết về căng thẳng, đặc biệt trong bối cảnh thay đổi nhanh chóng cũng như sự cạnh tranh trong tuyển sinh và đào tạo ở môi trường giáo dục đại học hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469–480
2. Bondarchuk et al. (2024), Coping with stressful situations using coping strategies and their impact on mental health. *Multidiscip. Rev.* (2024) 7:e2024spe034. <https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe034>

3. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2013), Stress: Appraisal and coping. https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
4. Lee E.H (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs. Res.* 2012;6:121–127. doi: 10.1016/j.anr.2012.08.004
5. Nguyễn Võ Huệ Anh, Nguyễn Thị Trường Hân, Trần Thị Thảo, Lê Nữ Diễm Hương (2021). Nhu cầu được hỗ trợ tâm lý của sinh viên trường đại học Tài chính – Marketing. Báo cáo tổng kết đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở
6. Nguyễn Thị Thắng (2024). Các chỉ báo về stress của sinh viên trường đại học Ngoại ngữ, đại học Quốc gia Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu nước ngoài*, tập 40, số 2
7. Nguyễn Thị Ánh Hồng & Nguyễn Thị Ngọc Vui (2024). Ảnh hưởng của căng thẳng đến kết quả học tập của sinh viên tại thành phố Hồ Chí Minh. *Giáo dục và Xã hội*. Tháng 8/2024 (kì 1)
8. Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1- 11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>
9. Perceived Stress Scale. State of New Hampshire. Employee Assistance Program. <https://www.das.nh.gov/wellness/docs/percieved%20stress%20scale.pdf>
10. Saleh, D., Camart. N., & Romo, L. (2017). Predictors of Stress in College Students. *Front. Psychol*, 8, 19. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00019
11. She, Z.; Li, D.; Zhang, W.; Zhou, N.; Xi, J.; Ju, K. (2021). Three Versions of the Perceived Stress Scale: Psychometric Evaluation in a Nationally Representative Sample of Chinese Adults during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8312. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168312>
12. Swadiq. M (2025). Examining the Stress of University Students – Factors and Coping Strategies. *International Journal for Multidisciplinary Research*. Volume 7, Issue 1, January-February 2025.
13. Vetrivel, S. C., Saravanan, T. P., Maheswari, R., & Arun, V. P. (2024). Coping Mechanisms for Stress Among Students at Universities. https://www.researchgate.net/publication/383561913_Coping_Mechanisms_for_Stress_Among_Students_in_Universities

ĐẶC ĐIỂM VÀ NHU CẦU CỦA NGƯỜI GẶP VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI VIỆT NAM HIỆN NAY

TS. Chu Thị Huyền Yến¹, ThS. Khuất Hương Giang²

Tóm tắt: Sức khỏe tâm thần đang dần trở thành một trong những vấn đề xã hội nghiêm trọng nhất của Việt Nam hiện nay. Trong bối cảnh đô thị hóa nhanh chóng, gia tăng áp lực của cuộc sống đồng nghĩa với sự thay đổi nhanh chóng về lối sống, các giá trị xã hội và quan hệ gia đình, nhiều nhóm dân cư đang trở nên dễ tổn thương về tâm lý. Bài viết này tổng hợp, phân tích sâu đặc điểm và nhu cầu của người gặp vấn đề sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, đặc biệt tập trung vào bốn nhóm: trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động và người cao tuổi. Thông qua khung phân tích xã hội - tâm lý - chính sách, tác giả định hình các yếu tố nguy cơ, rào cản tiếp cận, cũng như đề xuất những định hướng ứng phó cho từng nhóm. Bài viết góp phần củng cố cơ sở khoa học cho việc xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng một cách toàn diện và nhạy cảm với ngữ cảnh xã hội Việt Nam.

Từ khóa: Đặc điểm, nhu cầu, sức khỏe tâm thần, Việt Nam

CHARACTERISTICS AND NEEDS OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH ISSUES IN CONTEMPORARY VIETNAM

Abstract: Mental health is increasingly becoming one of the most pressing social issues in Vietnam today. In the context of rapid urbanization and increasing life pressure, changes in lifestyle, social values, and family relationships are making many population groups more psychologically vulnerable. This paper synthesizes and deeply analyzes the characteristics and needs of people with mental health problems in Vietnam, focusing especially on four groups: children, adolescents, workers, and the elderly. Using a socio-psychological-policy analysis framework, the author identifies risk factors, access barriers, and proposes response directions for each group. The article contributes to strengthening the scientific foundation for building comprehensive and context-sensitive community mental health care policies in Vietnam.

Keywords: Characteristics, needs, mental health, Vietnam

1. GIỚI THIỆU

Trong bối cảnh Việt Nam đang chịu tác động sâu sắc từ quá trình đô thị hóa, toàn cầu hóa và sự chuyển dịch nhanh chóng của cấu trúc gia đình cũng như các giá trị xã hội truyền thống, vấn đề sức khỏe tâm thần đang nổi lên như một thách thức mang tính liên ngành và liên hệ mật thiết với phát triển bền vững. Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần quốc gia, dù đã đạt được những bước tiến nhất định, vẫn còn đối mặt với những giới hạn đáng kể về nhân lực, cơ sở hạ tầng, hành lang pháp lý và đặc biệt là định kiến xã hội kéo dài.

Sự thay đổi nhanh chóng về điều kiện sống và môi trường lao động đang gây sức ép đáng kể lên sức khỏe tinh thần của người dân, đặc biệt là những nhóm yếu thế vốn dễ bị tổn thương như trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động và người cao tuổi. Các yếu tố như nghèo đói, áp lực học tập và làm việc, mất cân bằng giữa đời sống cá nhân và trách nhiệm xã hội, cùng với

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: chuhuyenyen@gmail.com

² Trường Đại học Lao động - Xã hội.

thiếu hụt hệ thống hỗ trợ chuyên môn, khiến cho các vấn đề về tâm lý trở nên phổ biến nhưng lại ít được thấu hiểu và can thiệp một cách phù hợp.

Trong bài viết này, chúng tôi hướng đến việc kiến tạo một góc nhìn toàn diện và liên ngành về đặc điểm, nguyên nhân và nhu cầu hỗ trợ tâm lý – xã hội của bốn nhóm đối tượng trên. Trên cơ sở đó, bài viết không chỉ nhằm khắc họa bức tranh hiện trạng mà còn góp phần đề xuất các định hướng chính sách và chiến lược can thiệp phù hợp, khả thi, mang tính hệ thống và nhân văn.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính, chủ yếu là phân tích tài liệu thứ cấp, bao gồm các nghiên cứu học thuật, báo cáo của các tổ chức quốc tế (WHO, UNICEF), dữ liệu thống kê từ Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, và các nghiên cứu thực tiễn tại Việt Nam. Các tài liệu được phân tích theo hướng liên ngành – kết hợp giữa tiếp cận xã hội học, tâm lý học và chính sách công – nhằm xác định rõ đặc điểm, nhu cầu và các rào cản mà người gặp vấn đề sức khỏe tâm thần đang đối diện, từ đó đưa ra các định hướng hỗ trợ phù hợp.

3. CƠ SỞ LÝ LUẬN

3.1. Lịch sử nghiên cứu vấn đề sức khỏe tâm thần

Vấn đề sức khỏe tâm thần từ lâu đã trở thành một chủ đề quan trọng trong nhiều lĩnh vực nghiên cứu như y học, tâm lý học, xã hội học, giáo dục học và chính sách công. Mỗi ngành khoa học tiếp cận vấn đề này dưới những lăng kính riêng biệt, từ đó góp phần làm phong phú và sâu sắc hóa hiểu biết của con người về bản chất, nguyên nhân, hệ quả cũng như các phương thức can thiệp đối với các rối loạn tâm thần và những trạng thái tâm lý tiêu cực.

Trên bình diện quốc tế, việc nghiên cứu và xây dựng chính sách liên quan đến sức khỏe tâm thần đã có từ rất sớm. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là một trong những tổ chức đi đầu trong việc thúc đẩy nhận thức và hành động toàn cầu đối với lĩnh vực này. Ngay từ những năm 1990, WHO đã khẳng định rằng sức khỏe tâm thần không chỉ đơn thuần là sự vắng mặt của bệnh lý tâm thần mà còn là trạng thái khỏe mạnh về mặt cảm xúc, tinh thần và xã hội, cho phép con người nhận thức được năng lực của mình, đương đầu với những áp lực bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và đóng góp tích cực cho cộng đồng (WHO, 2001). Các báo cáo gần đây như *Mental Health Atlas 2022* tiếp tục nhấn mạnh vai trò trung tâm của sức khỏe tâm thần trong sự phát triển bền vững, trong đó chỉ ra rằng các quốc gia có chiến lược toàn diện về sức khỏe tâm thần thường đạt được những kết quả tốt hơn về năng suất lao động, chất lượng cuộc sống và chỉ số phát triển con người (WHO, 2022).

Tại Việt Nam, lịch sử nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ban đầu chủ yếu gắn liền với ngành y học và tập trung vào các bệnh lý nặng như tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực hay trầm cảm nặng. Các nghiên cứu trong giai đoạn này chủ yếu thiên về mô hình y sinh, với mục tiêu phát hiện và điều trị các triệu chứng bệnh lý thông qua thuốc men và trị liệu tâm lý chuyên sâu. Tuy nhiên, bước sang thập niên 2010, cùng với sự phát triển của các ngành khoa học xã hội và sự gia tăng nhận thức của cộng đồng, cách tiếp cận đối với vấn đề sức khỏe tâm thần đã có sự chuyển biến đáng kể.

Hiện nay, các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ngày càng mang tính liên ngành và bao trùm nhiều khía cạnh của đời sống. Các nhà nghiên cứu như Nguyễn Văn Tuấn (2021), Trần Thị Hồng Hạnh (2022) đã đi sâu vào khảo sát mối liên hệ giữa các yếu tố xã hội như điều kiện sống, môi trường làm việc, áp lực học đường và sự phát triển tâm lý – xã hội của các nhóm dân cư dễ bị tổn thương, bao gồm trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động di cư và người cao tuổi. Đồng thời, các tổ chức quốc tế như UNICEF, Plan International Việt Nam, Save the Children, hay Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam cũng đã phối hợp với các bộ, ngành trong nước để triển khai các nghiên cứu và chương trình can thiệp nhằm tới nâng cao sức khỏe tâm thần cho cộng đồng, đặc biệt trong bối cảnh hậu đại dịch COVID-19 – khi các vấn đề như lo âu, trầm cảm, rối loạn stress sau sang chấn trở nên phổ biến hơn.

Ngoài ra, sự phát triển nhanh chóng của các ngành xã hội học y tế, tâm lý học phát triển, tâm lý học học đường và y tế công cộng tại Việt Nam đã góp phần mở rộng không gian phân tích đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Cách tiếp cận dựa trên quyền con người, bình đẳng giới và công bằng xã hội được ứng dụng ngày càng nhiều trong việc xây dựng các khung lý thuyết và chính sách can thiệp. Đặc biệt, trong bối cảnh hội nhập quốc tế sâu rộng và những thay đổi nhanh chóng về kinh tế - xã hội, việc nghiên cứu sức khỏe tâm thần không chỉ dừng lại ở mức độ cá nhân hay gia đình, mà còn được mở rộng đến các cấp độ cộng đồng và hệ thống, từ đó góp phần hình thành nền tảng khoa học cho việc hoạch định chính sách và cải thiện chất lượng sống của người dân.

3.2. Các khái niệm công cụ

Khái niệm Sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần được WHO định nghĩa là “một trạng thái hạnh phúc trong đó cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối mặt với các căng thẳng thông thường của cuộc sống, làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng” (WHO, 2001). Như vậy, sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của bệnh lý mà còn bao gồm khả năng thích ứng, phục hồi và phát triển tích cực.

Khái niệm Người gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần

WHO nhấn mạnh rằng các vấn đề sức khỏe tâm thần bao gồm một phổ rộng các rối loạn ảnh hưởng đến tâm trạng, tư duy và hành vi. Dù được chẩn đoán hay không, người gặp vấn đề vẫn có thể trải qua đau khổ và gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày (World Health Organization. (2022). Mental health)

Định nghĩa từ Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (APA): bệnh tâm thần là những tình trạng sức khỏe có sự thay đổi về cảm xúc, tư duy hoặc hành vi – thường đi kèm với khó khăn trong các hoạt động xã hội, công việc hoặc gia đình (American Psychiatric Association. (2018). What Is Mental Illness?)

Từ các định nghĩa trên, có thể hiểu người gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần là những cá nhân đang trải qua các biểu hiện rối loạn cảm xúc, hành vi hoặc nhận thức mà ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống cá nhân, khả năng học tập, lao động hoặc quan hệ xã hội. Họ có thể hoặc

không được chẩn đoán lâm sàng, nhưng đều cần được hỗ trợ phù hợp để phục hồi và tái hòa nhập xã hội.

Nhóm dễ bị tổn thương

Nhóm dễ bị tổn thương là khái niệm chỉ những cá nhân hoặc cộng đồng có nguy cơ cao bị tác động tiêu cực bởi các yếu tố xã hội, môi trường hoặc chính sách, và thường có ít khả năng tự bảo vệ hoặc tiếp cận dịch vụ phù hợp. Trong bối cảnh nghiên cứu này, bốn nhóm được xác định là trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động và người cao tuổi – những người đang phải đối mặt với sự thay đổi nhanh chóng và thiếu đồng hành xã hội tương ứng với các đặc điểm phát triển của họ.

Định kiến và kỳ thị xã hội là những yếu tố tâm lý – xã hội đóng vai trò then chốt trong việc ngăn cản cá nhân tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý. Goffman (1963) cho rằng sự “gắn mác xã hội” đối với người có rối loạn tâm thần là một trong những rào cản lớn nhất khiến họ bị cô lập và không được điều trị đúng cách.

Tiếp cận liên ngành là phương pháp tích hợp kiến thức và công cụ từ nhiều ngành học khác nhau như tâm lý học, xã hội học, y tế công cộng và chính sách công để hiểu và giải quyết các vấn đề phức tạp. Trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, phương pháp này đặc biệt phù hợp khi các yếu tố ảnh hưởng đan xen giữa sinh học, hành vi và môi trường xã hội.

Các khái niệm trên không chỉ là công cụ phân tích mà còn gợi mở cách tiếp cận và phương pháp luận trong việc hiểu đúng và hành động hiệu quả đối với vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay.

4. NỘI DUNG

4.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần tại Việt Nam

Sức khỏe tâm thần đang trở thành một trong những vấn đề y tế – xã hội đáng lo ngại tại Việt Nam, khi tỷ lệ người dân gặp các rối loạn tâm lý ngày càng gia tăng nhưng nhận thức và hệ thống hỗ trợ còn nhiều hạn chế. Có khoảng 15% dân số Việt Nam mắc các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần, trong đó 2,5% thuộc nhóm mắc các rối loạn tâm thần nặng như tâm thần phân liệt, hoang tưởng, rối loạn lưỡng cực (Bộ Y tế, 2021). Đây là con số đáng báo động, phản ánh rõ mức độ phổ biến của các rối loạn tâm thần trong cộng đồng.

Tuy nhiên, nghịch lý là dù số lượng người bệnh lớn, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và chăm sóc tâm thần lại ở mức rất thấp, đặc biệt tại khu vực nông thôn và miền núi – nơi hạ tầng y tế chưa phát triển đồng bộ, nhân lực còn thiếu và điều kiện kinh tế xã hội khó khăn. Thực tế này tạo ra khoảng cách lớn giữa nhu cầu chăm sóc và khả năng đáp ứng, dẫn đến tình trạng người bệnh không được chẩn đoán, can thiệp và điều trị kịp thời, làm gia tăng nguy cơ bệnh tiến triển nặng hoặc tái phát kéo dài.

Các vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay không chỉ dừng lại ở các rối loạn phổ biến như lo âu, trầm cảm, stress mãn tính, mà còn bao gồm cả các rối loạn nghiêm trọng có thể ảnh hưởng lâu dài đến chức năng nhận thức, hành vi và đời sống xã hội của người bệnh.

Tác động của các vấn đề này không chỉ dừng lại ở cấp độ cá nhân, mà còn lan tỏa và tạo gánh nặng cho cả gia đình, cộng đồng và nền kinh tế xã hội – thể hiện qua việc suy giảm năng suất lao động, tăng chi phí y tế gián tiếp, và ảnh hưởng đến sự phát triển nguồn nhân lực quốc gia.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần ở Việt Nam:

(1) Áp lực từ cuộc sống hiện đại và toàn cầu hóa: Là một trong những nguyên nhân hàng đầu góp phần làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tốc độ đô thị hóa, gia tăng dân số, thay đổi cấu trúc gia đình, cạnh tranh trong học tập và công việc – đặc biệt ở các đô thị lớn – đang tạo nên áp lực tinh thần nặng nề cho nhiều nhóm dân cư. Tỷ lệ người dân bị stress do công việc đã tăng lên rõ rệt trong thập kỷ qua, đặc biệt ở khu vực thành thị – nơi yêu cầu năng suất và tốc độ làm việc ngày càng cao, nhưng môi trường xã hội lại thiếu các cơ chế hỗ trợ tinh thần hiệu quả (Bộ Y tế, 2021).

(2) Định kiến xã hội và thiếu nhận thức về sức khỏe tâm thần: Là rào cản nghiêm trọng khiến người bệnh không tìm đến sự giúp đỡ chuyên môn. Tại Việt Nam, những người mắc rối loạn tâm thần thường bị nhìn nhận với con mắt kỳ thị, bị xem là “khác thường”, thậm chí là “điên loạn”, khiến họ ngần ngại chia sẻ, che giấu bệnh tình và ngại tiếp cận dịch vụ y tế. Theo khảo sát của Viện Sức khỏe Tâm thần, chỉ khoảng 20% người mắc các vấn đề tâm thần thực sự tìm kiếm sự giúp đỡ từ các chuyên gia. Điều này đồng nghĩa với việc có đến 80% người bệnh không được tiếp cận can thiệp kịp thời, dẫn đến tình trạng kéo dài, ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng sống và nguy cơ tự tử (Viện Sức khỏe Tâm thần, 2020).

(3) Thiếu hụt hệ thống dịch vụ chăm sóc và nhân lực y tế chuyên sâu: Là yếu tố mang tính cấu trúc góp phần khiến công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần chưa đạt hiệu quả. Theo số liệu của Bộ Y tế, cả nước chỉ có khoảng 10.000 bác sĩ chuyên khoa tâm thần, trong khi dân số hơn 98 triệu người và tỷ lệ người mắc các rối loạn tâm thần ngày càng tăng. Đặc biệt, tại các tỉnh vùng sâu, vùng xa, hệ thống y tế tâm thần gần như không có bác sĩ chuyên trách, thiếu các mô hình hỗ trợ cộng đồng như tư vấn tâm lý học đường, trị liệu tâm lý xã hội, hoặc chương trình can thiệp sớm tại cơ sở y tế tuyến huyện, xã (Bộ Y tế, 2021). Điều này dẫn đến tình trạng người bệnh phải di chuyển xa để tiếp cận điều trị, hoặc bỏ qua hoàn toàn việc điều trị do chi phí quá cao hoặc thiếu thông tin.

4.2. Đặc điểm và nhu cầu của người gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần tại Việt Nam không chỉ là vấn đề chung của toàn xã hội, mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến các nhóm dân cư đặc biệt dễ bị tổn thương. Mỗi nhóm đối mặt với những yếu tố khác nhau, từ áp lực tâm lý trong học tập, công việc đến những khó khăn trong việc chăm sóc và giao tiếp xã hội. Các nhóm dễ gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần này bao gồm trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động, và người cao tuổi. Mỗi nhóm có nhu cầu riêng biệt về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, đồng thời cũng phải đối mặt với các rào cản xã hội, văn hóa và hệ thống chăm sóc sức khỏe còn hạn chế.

4.2.1. Nhóm trẻ em: Đối tượng dễ gặp vấn đề về tâm thần ban đầu và nhu cầu can thiệp sớm

Trẻ em, trong giai đoạn phát triển thể chất và tinh thần, rất dễ bị ảnh hưởng bởi các tác nhân tiêu cực từ môi trường xung quanh. Các vấn đề sức khỏe tâm thần của trẻ em, như lo âu, trầm

cảm nhẹ, hay rối loạn hành vi, không chỉ là vấn đề cá nhân mà còn là vấn đề toàn xã hội, phản ánh những thiếu sót trong việc xây dựng một hệ thống chăm sóc tâm lý cho trẻ. Trẻ em tại Việt Nam hiện đang phải đối mặt với nhiều yếu tố tiêu cực tác động đến sức khỏe tâm thần. Theo Báo cáo “Tình trạng Trẻ em Thế giới” của UNICEF Việt Nam (2023), ước tính có khoảng 12% trẻ em trong độ tuổi từ 10-16 đang phải đối mặt với các triệu chứng rối loạn tâm lý. Các yếu tố tác động đến sức khỏe tâm thần của trẻ em Việt Nam rất đa dạng, với mối quan hệ mật thiết giữa gia đình và môi trường học đường. Báo cáo của Viện Nghiên cứu và Phát triển (IDR, 2021) cho thấy khoảng 25% trẻ em gặp phải vấn đề tâm lý do tác động của bạo lực học đường, trong khi 15% trẻ em bị ảnh hưởng tiêu cực bởi các vấn đề gia đình như mâu thuẫn hoặc ly hôn của cha mẹ. Điều này không chỉ là hậu quả của những căng thẳng trong gia đình như mâu thuẫn vợ chồng, ly hôn, hay bạo lực học đường, mà còn là hệ quả của những kỳ vọng học tập quá lớn và thiếu sự chăm sóc cảm xúc từ người lớn. Trẻ em trong độ tuổi này rất cần có một không gian an toàn để thể hiện cảm xúc và nhận được sự hỗ trợ kịp thời. Hiện nay, hệ thống hỗ trợ tâm lý học đường tại Việt Nam vẫn còn yếu. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2022) cho biết chỉ có khoảng 20% trường học có nhân viên được đào tạo về tư vấn tâm lý học đường. Hệ thống này chưa thực sự được triển khai rộng rãi và còn thiếu sự chuyên nghiệp cần thiết. Điều này dẫn đến việc nhiều trẻ em không thể nhận ra những dấu hiệu rối loạn tâm lý hoặc không biết tìm kiếm sự hỗ trợ từ đâu.

Từ đó, nhu cầu về các dịch vụ tham vấn học đường, đặc biệt là những dịch vụ được đào tạo chuyên sâu và có tính hệ thống, trở thành yếu tố thiết yếu. Trẻ em cần được tiếp cận với các hoạt động hỗ trợ tâm lý ngay từ khi còn ở cấp tiểu học, qua những chương trình can thiệp sớm như trò chơi trị liệu hay các hoạt động ngoại khóa mang tính trị liệu.

Tuy nhiên, các rào cản lớn nhất đối với sự phát triển của dịch vụ tâm lý học đường chính là những định kiến xã hội và thiếu sự đầu tư vào nguồn nhân lực và cơ chế tài chính cho các hoạt động này. Đặc biệt, trong văn hóa xã hội Việt Nam, vẫn tồn tại một suy nghĩ rằng các vấn đề tâm lý của trẻ em chỉ là chuyện gia đình, từ đó dẫn đến việc thiếu sự quan tâm của xã hội đối với sức khỏe tâm thần trẻ em.

4.2.2. Nhóm thanh thiếu niên: Nhóm đối tượng ở giai đoạn khủng hoảng và bất an xã hội

Thanh thiếu niên là giai đoạn chuyển giao từ trẻ em sang người trưởng thành, nơi bản sắc cá nhân đang dần hình thành và bị thử thách bởi những áp lực về học hành, nghề nghiệp, và quan hệ xã hội. Đây là nhóm dễ bị tổn thương trước những biến cố tâm lý, đặc biệt là khi thiếu đi các công cụ đối phó với những thay đổi này. Theo khảo sát toàn quốc của Tổ chức Plan International Việt Nam (2022), có tới 35% thanh thiếu niên cho biết họ đã từng trải qua cảm giác muốn tự tử hoặc cô lập, do áp lực học hành, kỳ vọng từ gia đình và thất bại trong các mối quan hệ tình cảm. Nguyên nhân chính của tình trạng này là áp lực học hành (40%), kỳ vọng quá cao từ gia đình (25%) và vấn đề tình cảm (15%).

Mặc dù thanh thiếu niên có thể dễ dàng tiếp cận thông tin, nhưng họ lại rất dễ bị ảnh hưởng bởi những trào lưu tiêu cực, đặc biệt là trên mạng xã hội. Khảo sát “Ảnh hưởng của mạng xã hội tới sức khỏe tinh thần thanh thiếu niên” do Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE, 2023) thực hiện cho thấy: hơn 50% thanh thiếu niên cho biết họ cảm thấy bị tác động

tiêu cực từ thông tin sai lệch và các trào lưu tiêu cực trên mạng xã hội, điều này làm tăng cảm giác bất an trong quá trình phát triển bản thân. Điều này tạo ra một cảm giác bất an, khiến họ khó khăn trong việc tìm kiếm sự hỗ trợ hoặc mở lòng chia sẻ cảm xúc. Thiếu không gian đối thoại an toàn, thiếu kỹ năng sống, cùng với sự im lặng từ gia đình, khiến nhiều thanh thiếu niên rơi vào trạng thái cô đơn và không thể vượt qua khủng hoảng tâm lý.

Nhu cầu lớn nhất trong nhóm thanh thiếu niên chính là triển khai các mô hình giáo dục cảm xúc xã hội (Social and Emotional Learning – SEL) trong trường học. Các chương trình SEL giúp học sinh hiểu và điều chỉnh cảm xúc của mình, xây dựng kỹ năng tự nhận thức, đồng cảm, quản lý xung đột và ra quyết định có trách nhiệm (CASEL, 2020). Đồng thời, cần có dịch vụ tư vấn học đường thân thiện, bảo mật và dễ tiếp cận, nơi học sinh có thể tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý mà không sợ bị kỳ thị hay vi phạm quyền riêng tư – điều đã được khuyến nghị trong Chiến lược Quốc gia về sức khỏe tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên của WHO (WHO, 2021). Bên cạnh đó, việc xây dựng các mạng lưới hỗ trợ đồng đẳng (peer support networks), nơi thanh thiếu niên có thể chia sẻ kinh nghiệm, tạo cảm giác được thấu hiểu và giảm thiểu cảm giác cô lập, là một giải pháp ngày càng được chứng minh là hiệu quả trong bối cảnh toàn cầu hóa và sự gia tăng rối loạn tâm lý ở lứa tuổi này (UNICEF, 2021; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

Tuy nhiên, rào cản lớn nhất đối với sự phát triển của các dịch vụ này là sự thiếu hụt cơ chế chính sách rõ ràng và thiếu các nền tảng hỗ trợ tâm lý trong môi trường học đường. Văn hóa gia đình, vốn rất coi trọng thành tích học tập và ít chú trọng đến sự mở lòng trong đối thoại, cũng khiến cho việc tiếp cận dịch vụ tâm lý của thanh thiếu niên trở nên khó khăn hơn.

Vì vậy, các mô hình giáo dục cảm xúc xã hội (SEL), dịch vụ tư vấn học đường bảo mật và thân thiện, cũng như các hoạt động nhóm hỗ trợ thanh thiếu niên chia sẻ và đối thoại, đang ngày càng được chú trọng hơn trong các trường học.

4.2.3. Nhóm người lao động: Nhóm đối tượng bị các sức ép mưu sinh và tổn thương nơi công sở

Người lao động, đặc biệt là những người lao động phổ thông, lao động nhập cư, hay lao động trong khu vực phi chính thức, đang phải đối mặt với những áp lực nặng nề từ công việc và cuộc sống mưu sinh. Nhiều người trong nhóm này không chỉ phải đối mặt với các vấn đề như căng thẳng kéo dài, mất ngủ và trầm cảm nhẹ, mà còn thiếu các dịch vụ hỗ trợ tâm lý khi gặp khủng hoảng. Theo khảo sát của Viện Công nhân và Công đoàn (2022) với hơn 3000 người lao động tại 6 tỉnh, thành phố lớn tham gia trả lời, có tới 48% người lao động tham gia khảo sát cho biết họ đã từng trải qua các triệu chứng của các vấn đề sức khỏe tâm thần như căng thẳng kéo dài, mất ngủ hoặc trầm cảm nhẹ. Đây là vấn đề đặc biệt nghiêm trọng đối với nhóm lao động phổ thông và lao động nhập cư, những người thường phải đối mặt với môi trường làm việc căng thẳng và thiếu sự hỗ trợ về mặt tâm lý. Nghiên cứu của Viện Khoa học Lao động và Xã hội (ILSSA, 2021) chỉ ra rằng, trong các khu công nghiệp, 60% công nhân cảm thấy căng thẳng và mệt mỏi do môi trường làm việc gò bó, ít cơ hội giao tiếp xã hội tích cực và thiếu thời gian nghỉ ngơi. Hơn nữa, những người lao động trí óc trong các công ty hiện đại cũng không ít lần gặp phải áp lực về hiệu suất làm việc và “văn hóa làm ngoài giờ”. Nghiên cứu của Viện

Quản lý Nhân sự Việt Nam: Khảo sát về sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc do Navigos Group công bố (2023) cho thấy có đến 45% nhân viên văn phòng phải đối mặt với căng thẳng do những yêu cầu không ngừng về công việc và kỳ vọng thành tích.

Tại các khu công nghiệp, công nhân thường làm việc trong môi trường căng thẳng, thiếu cơ hội giao tiếp xã hội tích cực, và có ít cơ hội tái tạo năng lượng. Mặt khác, với những người lao động trí óc, áp lực công việc, kỳ vọng thành tích và “văn hóa làm việc ngoài giờ” đã khiến họ mất đi sự cân bằng giữa công việc và đời sống cá nhân, dẫn đến cảm giác mệt mỏi, căng thẳng kéo dài.

Nhóm lao động này rất cần có các dịch vụ hỗ trợ tâm lý trong doanh nghiệp, đặc biệt là tại các khu công nghiệp lớn, để họ có thể tìm được sự giúp đỡ kịp thời khi gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần. Các không gian nghỉ ngơi, tái tạo năng lượng và các chương trình giáo dục cảm xúc cho người lao động sẽ giúp họ duy trì sức khỏe tinh thần tốt hơn. Tuy nhiên, các rào cản trong việc phát triển các dịch vụ này chủ yếu đến từ văn hóa doanh nghiệp, nơi sức khỏe tinh thần vẫn chưa được coi trọng bằng năng suất làm việc, và sự sợ hãi của người lao động khi phải đối mặt với các vấn đề tâm lý, lo ngại bị đánh giá yếu kém hoặc mất việc.

Để cải thiện tình hình, nhu cầu của người lao động đang dần chuyển hướng về các dịch vụ hỗ trợ tâm lý tại nơi làm việc, chính sách hỗ trợ cân bằng công việc và cuộc sống, cùng với không gian nghỉ ngơi và tái tạo năng lượng trong giờ làm việc.

4.2.4. Nhóm người cao tuổi: Nhóm đối tượng dễ bị cảm giác bị bỏ lại phía sau

Sự già hóa dân số ở Việt Nam đang tạo ra một thách thức lớn về chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Các rối loạn tâm thần phổ biến ở người cao tuổi, như trầm cảm nhẹ, suy giảm nhận thức, rối loạn lo âu và sa sút trí tuệ, vẫn chưa được nhận diện và điều trị kịp thời. Hơn nữa, nhiều người cao tuổi cảm thấy cô đơn và thiếu sự gắn kết xã hội, đặc biệt khi không còn đóng góp lao động hoặc cảm thấy mình trở thành gánh nặng đối với gia đình.

Theo Báo cáo Dân số và Nhà ở toàn quốc của Tổng cục Thống kê (2023): số lượng người cao tuổi tại Việt Nam đang gia tăng mạnh mẽ, với tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên chiếm 12,4% dân số, trong đó, gần 70% sống trong hộ gia đình không có người phụ thuộc trực tiếp chăm sóc, và hơn 30% thừa nhận thường xuyên cảm thấy cô đơn hoặc không có ai để tâm sự. Tuy nhiên, vấn đề sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi vẫn chưa được quan tâm đầy đủ. Theo Báo cáo “Sức khỏe tâm thần người cao tuổi ở Việt Nam” do Viện Lão khoa Quốc gia phối hợp với Trường Đại học Y Hà Nội thực hiện năm 2022 cho thấy rằng gần 28% người cao tuổi có các triệu chứng trầm cảm nhẹ, suy giảm nhận thức hoặc rối loạn lo âu, nhưng chỉ khoảng 10% trong số họ tiếp cận được dịch vụ hỗ trợ về mặt tâm lý.

Ngoài yếu tố sinh lý, cảm giác cô đơn và mất giá trị xã hội khi không còn lao động hay trở thành gánh nặng cho gia đình chính là nguyên nhân chính dẫn đến suy sụp tinh thần của người cao tuổi. Theo khảo sát của Viện Nghiên cứu Xã hội (2021), hơn 60% người cao tuổi sống tại khu vực nông thôn cho biết họ không có ai để trò chuyện hoặc giúp đỡ khi gặp phải vấn đề tâm lý. Bên cạnh đó, khoảng 40% người cao tuổi cảm thấy mình không còn giá trị và bị bỏ lại phía sau trong xã hội.

Các nhu cầu của nhóm người cao tuổi hiện nay tập trung vào việc thiết lập các trung tâm sinh hoạt cộng đồng, câu lạc bộ người cao tuổi với hoạt động trị liệu tâm lý nhẹ nhàng, cũng như triển khai các chương trình thăm khám và tầm soát sức khỏe tâm thần định kỳ (WHO, 2017; UNFPA Vietnam, 2020). Những sáng kiến kết nối liên thế hệ – khuyến khích sự tương tác giữa người cao tuổi và thế hệ trẻ – được chứng minh là có tác dụng tích cực trong việc nâng cao cảm giác có giá trị, giảm cô đơn và cải thiện sức khỏe tinh thần ở người cao tuổi (Generations United, 2018).

Tuy nhiên, nhóm này vẫn đối mặt với nhiều rào cản, bao gồm định kiến xã hội phổ biến như việc người già “phải chịu đựng”, “không nên than phiền”, cùng với sự thiếu hụt bác sĩ chuyên khoa tâm thần lão khoa và hệ thống chăm sóc lão khoa chuyên sâu, nhất là ở khu vực nông thôn (HelpAge International, 2019; WHO, 2021). Nhiều người cao tuổi vì vậy cảm thấy bị bỏ rơi, mất kết nối với xã hội, không còn được công nhận là người có khả năng đóng góp – đây chính là những yếu tố thường dẫn đến khủng hoảng tinh thần nghiêm trọng (UNICEF & WHO, 2021).

Do đó, việc phát triển các trung tâm cộng đồng, mô hình giao lưu liên thế hệ và các dịch vụ tư vấn, trị liệu tâm lý chuyên biệt dành cho người cao tuổi không chỉ là giải pháp cấp thiết về mặt xã hội, mà còn là một chiến lược đầu tư dài hạn cho một xã hội già hóa bền vững.

Như vậy, các nhóm dễ bị tổn thương tại Việt Nam đều có những đặc điểm và nhu cầu khác nhau về chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng cũng phải đối mặt với nhiều rào cản xã hội và hệ thống hỗ trợ còn thiếu thốn. Việc cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho những nhóm này là một yêu cầu cấp bách để đảm bảo sự phát triển bền vững của xã hội.

5. KẾT LUẬN

Sức khỏe tâm thần là một vấn đề vừa mang tính cá nhân sâu sắc, vừa phản ánh tính chất cấu trúc và vận hành của xã hội đương đại. Từ phân tích bốn nhóm dễ bị tổn thương gồm trẻ em, thanh thiếu niên, người lao động và người cao tuổi, có thể thấy rằng mỗi nhóm đều đối mặt với những dạng thức căng thẳng, tổn thương và nhu cầu khác nhau – gắn với đặc điểm phát triển, vị trí xã hội, điều kiện kinh tế cũng như hệ giá trị văn hóa - xã hội.

Tuy nhiên, điểm chung lớn nhất là sự thiếu hụt các thiết chế hỗ trợ phù hợp về sức khỏe tâm thần, từ chính sách vĩ mô cho đến dịch vụ cơ sở và thái độ xã hội. Trong bối cảnh Việt Nam đang từng bước hội nhập và chuyển đổi mô hình an sinh, việc coi trọng sức khỏe tâm thần như một thành tố không thể thiếu của phát triển bền vững là điều tất yếu. Cần khẩn trương lồng ghép sức khỏe tâm thần vào các chương trình giáo dục, lao động, y tế, và gia đình – theo hướng liên ngành và lấy người dùng làm trung tâm.

Bên cạnh đó, cần có sự thay đổi sâu sắc về nhận thức xã hội, đặc biệt là từ phía nhà trường, doanh nghiệp, cộng đồng dân cư và các phương tiện truyền thông đại chúng. Chỉ khi nào sức khỏe tâm thần được nhìn nhận như một phần bình thường của cuộc sống, không bị kỳ thị và được hỗ trợ một cách chuyên nghiệp, thì khi đó chúng ta mới thực sự xây dựng được một xã hội khỏe mạnh từ thể chất đến tinh thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. (2022). *Mental Health Atlas 2022*. Geneva: World Health Organization.
2. UNICEF Việt Nam. (2023). *Báo cáo sức khỏe tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên Việt Nam*.
3. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2022). *Thống kê tình hình tư vấn học đường tại các trường phổ thông*.
4. Plan International Việt Nam. (2022). *Nghiên cứu cảm xúc và hành vi của thanh thiếu niên Việt Nam*.
5. Viện Công nhân và Công đoàn. (2022). *Khảo sát thực trạng đời sống và sức khỏe tâm thần của công nhân khu công nghiệp tại Việt Nam*.
6. Tổng cục Thống kê. (2023). *Niên giám Thống kê Việt Nam 2023*.
7. Nguyễn Văn Tuấn. (2021). *Chăm sóc sức khỏe tâm thần trong bối cảnh toàn cầu hóa*. Hà Nội: NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
8. Trần Thị Hồng Hạnh. (2022). “Sức khỏe tâm thần người cao tuổi Việt Nam: Thách thức và định hướng.” *Tạp chí Xã hội học*, số 3.
9. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
10. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
11. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company.
12. Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. New York: International Universities Press.
13. Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
14. Generations United. (2018). *The Benefits of Intergenerational Programs*. Retrieved from <https://www.gu.org/resources/the-benefits-of-intergenerational-programs/>
15. HelpAge International. (2019). *Older People's Mental Health and Wellbeing: Report for Asia-Pacific Region*. Retrieved from <https://www.helpage.org/>
16. UNFPA Vietnam. (2020). *The ageing population in Viet Nam: Current status, prognosis, and policy responses*. Retrieved from <https://vietnam.unfpa.org>
17. UNICEF & WHO. (2021). *Mental Health of Older Adults: Addressing the crisis of loneliness and isolation*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
18. WHO. (2017). *Mental Health of Older Adults*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
19. WHO. (2021). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI TÂM THẦN VIỆT TRÌ

ThS. Đỗ Thị Kim Huế¹, Bác sỹ CK I. Lương Ngọc Cường²

Tóm tắt: Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2019), khoảng 970 triệu người trên toàn cầu đang sống chung với các rối loạn tâm thần, trong đó trầm cảm và lo âu là phổ biến nhất. Tại Việt Nam, khoảng 15% dân số gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần, trong đó trên 2,5% là các trường hợp nặng và có xu hướng gia tăng. Tuy nhiên, hệ thống điều trị và bảo trợ xã hội cho người tâm thần còn nhiều bất cập, đặc biệt thiếu nhân lực công tác xã hội chuyên trách. Thông qua khảo sát tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì, bài báo phân tích thực trạng triển khai các hoạt động công tác xã hội như tư vấn tâm lý, truyền thông, kết nối dịch vụ và vận động hỗ trợ. Kết quả cho thấy các hoạt động này còn hạn chế, chủ yếu do cán bộ kiêm nhiệm đảm trách. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết đầu tư nguồn lực và chuyên môn hóa đội ngũ công tác xã hội nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc, phục hồi chức năng và đảm bảo quyền lợi cho người tâm thần tại cơ sở.

Từ khóa: Hoạt động công tác xã hội, chăm sóc sức khỏe, người tâm thần.

SOCIAL WORK INTERVENTIONS IN MENTAL HEALTH CARE AT THE VIET TRI CENTER FOR NURSING AND REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Abstract: According to the World Health Organization (2019), approximately 970 million people worldwide are living with mental disorders, with depression and anxiety being the most common. In Vietnam, about 15% of the population experiences mental health issues, with over 2.5% classified as severe cases and the trend is increasing. However, the treatment and social protection systems for people with mental illnesses remain inadequate, particularly due to a shortage of specialized social work personnel. Through a survey conducted at the Vietnam Tri Center for Nursing and Functional Rehabilitation of People with Mental Illness, this article analyzes the current implementation of social work activities such as psychological counseling, communication, service coordination, and resource mobilization. Findings indicate that these activities remain limited, largely due to the fact that they are carried out by staff on a part-time basis. The study highlights the urgent need for investment in human resources and the professionalization of the social work workforce to improve the quality of care, support rehabilitation, and safeguard the rights of people with mental disorders in institutional settings.

Keywords: Social work activities, health care, persons with mental disorders.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần đóng vai trò then chốt trong sự phát triển toàn diện của mỗi cá nhân và là nền tảng vững chắc cho sự ổn định và thịnh vượng của gia đình và xã hội. Nó không chỉ phản ánh trạng thái cân bằng nội tâm mà còn là sự hòa hợp với môi trường xung quanh. Mối liên hệ giữa sức khỏe tâm thần và sức khỏe thể chất là vô cùng mật thiết và không thể tách rời. Trên thế giới hiện nay, các rối loạn tâm thần đang có tỷ lệ gia tăng đáng báo động, tạo ra gánh nặng lớn về kinh tế, đặc biệt trong việc điều trị và chăm sóc, đồng thời gây ảnh hưởng sâu sắc đến các vấn đề tâm lý và xã hội.

¹ Trường Đại học Lao động – Xã hội.

² Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì.

Theo báo cáo của Cục Quản lý khám, chữa bệnh (Bộ Y tế, 2023), Việt Nam hiện có khoảng 14 triệu người mắc các rối loạn tâm thần, chiếm khoảng 15% tổng dân số, trong đó có 3 triệu người bị rối loạn tâm thần nặng nhưng nhiều trường hợp chưa được thăm khám và điều trị kịp thời. Cả nước hiện có 26 cơ sở chăm sóc chuyên biệt và 19 cơ sở tổng hợp với khả năng tiếp nhận và chăm sóc trên 13.000 người rối loạn tâm thần (Bộ LĐ-TB&XH, 2022). Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện còn thiên về điều trị y học, thiếu sự phối hợp với các hoạt động công tác xã hội, trong khi đây là yếu tố quan trọng hỗ trợ người bệnh phục hồi chức năng, nâng cao chất lượng sống và tái hòa nhập cộng đồng.

Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì là cơ sở chuyên biệt tiếp nhận, điều trị và phục hồi cho người tâm thần mãn tính thuộc nhiều nhóm đối tượng khác nhau. Tuy đã có những bước tiến trong chuyên môn, Trung tâm vẫn gặp nhiều khó khăn trong việc tích hợp công tác xã hội vào chăm sóc toàn diện. Trước thực trạng đó, bài viết tập trung phân tích hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Trung tâm, nhằm nhận diện những hạn chế và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả chăm sóc và phục hồi cho người bệnh, hướng tới một mô hình can thiệp toàn diện và phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI TÂM THẦN

2.1. Tổng quan nghiên cứu về hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần

Hiện nay, hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đã và đang nhận được nhiều sự quan tâm của các nhà khoa học, trong đó có những nghiên cứu nổi bật như:

Tác giả Nguyễn Thị Mỹ Lộc và Nguyễn Hồng Kiên (2013) trong tài liệu *“Công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần”* đã khẳng định vai trò then chốt của công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, đặc biệt là trong nâng cao nhận thức cộng đồng, giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với người bệnh. Công tác xã hội được xem như cầu nối giữa người tâm thần và gia đình với hệ thống y tế, chính sách và các nguồn lực xã hội, tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ điều trị và phục hồi chức năng. Bên cạnh việc hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng, công tác xã hội còn góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, từ đó thúc đẩy công bằng xã hội và phát triển bền vững.

Tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương (2014) trong tài liệu *“Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần”* nhấn mạnh vai trò và chức năng của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, đặc biệt thông qua các nội dung can thiệp như: phát hiện sớm, can thiệp khẩn cấp, xác định và phân tích vấn đề, hỗ trợ trực tiếp người bệnh và gia đình, cũng như nâng cao nhận thức cộng đồng nhằm tạo môi trường thuận lợi cho phục hồi chức năng. Cùng với tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương cùng với tác giả Nguyễn Đình Tuấn (2014) đã đề cập trong tài liệu *“Quản lý ca về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần”*, các tác giả đã xây dựng quy trình quản lý trường hợp trong chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, đồng thời phân tích các kỹ năng cơ bản cần thiết cho thực hành. Những đóng góp này góp phần nâng cao năng lực can thiệp của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ người tâm thần.

Với đề tài “*Công tác xã hội nhóm đối với người tâm thần tại Trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần số 2 Hà Nội*”, tác giả Vũ Thị Phương Oanh (2018) đã trình bày rõ khái niệm, vai trò và quy trình công tác xã hội nhóm đối với người tâm thần, đồng thời làm rõ các hình thức can thiệp như trị liệu tâm lý, lao động trị liệu và giáo dục nhóm. Nghiên cứu cũng chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp nhóm như: đặc điểm của người tâm thần, năng lực nhân viên, kinh phí và nhận thức của ban lãnh đạo. Tác giả nhấn mạnh vai trò thiết yếu của công tác xã hội nhóm trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống và thúc đẩy phục hồi chức năng cho người tâm thần, đồng thời kêu gọi sự đầu tư và quan tâm nhiều hơn từ các cấp quản lý và cộng đồng.

Trong nghiên cứu “*Công tác xã hội cá nhân với người tâm thần trong Trung tâm bảo trợ xã hội thành phố Bạc Liêu*”, Đặng Chí Cường (2023) tập trung phân tích các hoạt động công tác xã hội cá nhân như: tham vấn tâm lý, hỗ trợ y tế và phục hồi chức năng, kết nối nguồn lực. Nghiên cứu làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp cá nhân, bao gồm: chất lượng đội ngũ, cơ chế chính sách, điều kiện cơ sở vật chất và phương pháp tiếp cận. Tác giả đặc biệt nhấn mạnh vai trò của tiếp cận cá nhân trong việc giúp người bệnh thích nghi môi trường sống, ổn định tâm lý và phát triển kỹ năng tự chăm sóc. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đề xuất các giải pháp như: nâng cao năng lực chuyên môn cho nhân viên công tác xã hội; phát triển các hoạt động hỗ trợ cá nhân phù hợp; tăng cường hợp tác với các tổ chức và cộng đồng nhằm huy động nguồn lực, hỗ trợ người bệnh tái hòa nhập xã hội.

Tổng quan các nghiên cứu về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho thấy, đội ngũ nhân viên công tác xã hội không chỉ hỗ trợ trong quá trình điều trị mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo quyền lợi về y tế, an sinh xã hội và hỗ trợ người tâm thần tái hòa nhập cộng đồng. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận hiệu quả của các hoạt động như tư vấn tâm lý, truyền thông nâng cao nhận thức, kết nối nguồn lực và hỗ trợ gia đình. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay chủ yếu thiên về lý thuyết, thiếu bằng chứng thực tiễn tại các cơ sở chuyên biệt. Khoảng trống này đặt ra yêu cầu cần nghiên cứu cụ thể hơn về hiệu quả và thách thức trong triển khai công tác xã hội tại các trung tâm chăm sóc người tâm thần. Bài viết này nhằm bổ sung dữ liệu thực tiễn tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì, từ đó đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ và phát triển mô hình hỗ trợ phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

2.2. Cơ sở lý luận về hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

2.2.1. Khái niệm hoạt động công tác xã hội

Công tác xã hội là một nghề chuyên nghiệp, được pháp luật và xã hội công nhận, tập trung vào các hoạt động thực hành nhằm hỗ trợ con người giải quyết khó khăn, đảm bảo quyền lợi, tăng cường chức năng xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống (Nguyễn Trung Hải, 2022). Trên cơ sở lý thuyết khoa học và nguyên tắc nhân văn, công tác xã hội hướng đến công bằng xã hội, quyền con người và sự phát triển toàn diện (Nguyễn Thu Hà, 2020).

Từ các định nghĩa này, có thể hiểu rằng: hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần là các hình thức can thiệp có hệ thống, do nhân viên công tác xã hội thực hiện

nhằm hỗ trợ người rối loạn tâm thần phục hồi chức năng, nâng cao khả năng tự lập và tái hòa nhập cộng đồng. Các hoạt động này bao gồm tư vấn tâm lý, giáo dục sức khỏe tâm thần, kết nối dịch vụ, vận động nguồn lực và hỗ trợ tiếp cận chính sách an sinh xã hội. Qua đó, công tác xã hội không chỉ góp phần giải quyết khó khăn cá nhân mà còn thúc đẩy công bằng xã hội, đảm bảo quyền lợi và sự tham gia bình đẳng của người bệnh tâm thần trong đời sống xã hội.

2.2.2. Khái niệm chăm sóc sức khỏe

Chăm sóc sức khỏe là một quá trình toàn diện bao gồm các dịch vụ và hoạt động nhằm bảo vệ, duy trì và cải thiện sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội của con người. Theo Hoàng Đình Cầu (1995), chăm sóc sức khỏe là việc đáp ứng các nhu cầu cơ bản về dinh dưỡng, vui chơi, giải trí để đảm bảo sự hài hòa về thể chất, tinh thần và xã hội. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, trích theo Nguyễn Thị Bích Nga, 2022) nhấn mạnh rằng chăm sóc sức khỏe không chỉ là điều trị y tế mà còn bao gồm hoạt động giáo dục thường xuyên giúp người dân chủ động bảo vệ sức khỏe của mình.

Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030 (Quyết định số 89/QĐ-TTg, 2024) xác định chăm sóc sức khỏe là hoạt động lấy người dân làm trung tâm, bảo đảm quyền tiếp cận công bằng với các dịch vụ y tế có chất lượng, chi phí hợp lý và an toàn.

Từ các quan điểm trên, có thể khái quát rằng: *chăm sóc sức khỏe là hệ thống các biện pháp phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn*, hướng đến mục tiêu nâng cao chất lượng cuộc sống, tăng cường khả năng thích ứng và phát triển toàn diện cho mỗi cá nhân. Chăm sóc sức khỏe không chỉ giới hạn ở thể chất mà còn bao gồm cả chăm sóc sức khỏe tâm thần và xã hội, đóng vai trò thiết yếu trong phát triển con người và sự bền vững của cộng đồng.

2.2.3. Khái niệm hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần

Từ những khái niệm liên quan, hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần có thể hiểu là một lĩnh vực chuyên nghiệp, nhằm hỗ trợ người tâm thần trong việc duy trì và cải thiện sức khỏe thể chất, tâm thần và xã hội. Hoạt động này giúp nâng cao năng lực của người tâm thần và gia đình họ trong việc đáp ứng các nhu cầu cơ bản, cải thiện chức năng xã hội, đồng thời thúc đẩy môi trường xã hội thuận lợi để giải quyết và phòng ngừa các vấn đề xã hội. Mục tiêu của công tác xã hội là đảm bảo an sinh xã hội cho người tâm thần và gia đình, góp phần vào sự hòa nhập và phát triển bền vững của họ trong cộng đồng.

2.2.4. Một số hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần

- *Hoạt động tư vấn*: Là quá trình nhân viên công tác xã hội trao đổi, trò chuyện với người tâm thần và gia đình của họ về các vấn đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng cho người tâm thần. Đồng thời nhân viên công tác xã hội thực hiện tư vấn cho người tâm thần và gia đình các chế độ chính sách có liên quan nhằm giúp người tâm thần và gia đình của họ hiểu về quyền lợi và nghĩa vụ của người tâm thần.

- *Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người tâm thần và gia đình*: Là quá trình truyền tải, chia sẻ thông tin và định hướng thay đổi nhận thức, thay đổi hành vi cho người tâm thần, gia đình của người tâm thần và cộng đồng xã hội về các vấn đề liên quan đến sức khỏe

của người tâm thần, các dịch vụ công tác xã hội trợ giúp người tâm thần, các chính sách pháp luật có liên quan đến người tâm thần.

- *Hoạt động kết nối, vận động nguồn lực*: Là quá trình tìm kiếm, vận động tài chính, hàng hóa, vận dụng, thiết bị hoặc các nguồn lực khác từ các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, cá nhân hoặc từ nguồn ngân sách nhà nước nhằm hỗ trợ cho các cá nhân, tập thể có hoàn cảnh khó khăn cải thiện đời sống vật chất, nâng cao đời sống tinh thần, vươn lên tự tin hòa nhập với cộng đồng xã hội.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong bài viết này, nhóm tác giả áp dụng một số phương pháp nghiên cứu để thu thập và phân tích dữ liệu liên quan đến công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần:

- *Phương pháp nghiên cứu lý luận*: Nhóm tác giả thu thập thông tin từ các nguồn tài liệu như các nghiên cứu trước đây, hồ sơ bệnh án của người tâm thần, sách, giáo trình, bài báo và báo cáo tổng kết công tác hàng năm của Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì. Dữ liệu này được phân tích và đánh giá để xây dựng cơ sở lý luận cho bài viết.

- *Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi*: Nhóm tác giả tiến hành khảo sát 55 cán bộ, nhân viên đang công tác tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì để thu thập thông tin về thực trạng các hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần, bao gồm các hoạt động tham vấn tâm lý, truyền thông, kết nối và vận động nguồn lực.

- *Phương pháp phỏng vấn sâu*: Tác giả thực hiện phỏng vấn sâu với 05 nhân viên đang kết hợp công tác chuyên môn và các hoạt động công tác xã hội hỗ trợ người tâm thần, cùng với 05 người tâm thần đã được điều trị ổn định về tâm lý và có khả năng hành vi. Các câu hỏi phỏng vấn nhằm tìm hiểu thực trạng hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần và các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện các hoạt động này.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Địa bàn nghiên cứu và khách thể nghiên cứu

**Địa bàn nghiên cứu*

Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng tâm thần Việt Trì là đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, thành lập theo Quyết định số 1736/QĐ-LĐTBXH ngày 22/12/2009. Trung tâm có chức năng tiếp nhận, điều trị, nuôi dưỡng và phục hồi chức năng cho người mắc bệnh tâm thần mãn tính. Tọa lạc tại khu 4, xã Vân Phú, thành phố Việt Trì (Phú Thọ), tại thời điểm khảo sát, Trung tâm đang quản lý 470 bệnh nhân, gồm 178 người hưởng chính sách bảo trợ xã hội và 292 trường hợp điều trị tự nguyện, phần lớn có hoàn cảnh khó khăn hoặc không còn khả năng chăm sóc tại gia đình.

Trong khuôn khổ Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí giai đoạn 2021 - 2030, Trung tâm đóng vai trò là thiết chế trung gian quan trọng, góp phần thực hiện chính sách an sinh xã hội. Ngoài chăm sóc nội trú, Trung tâm còn triển khai các hoạt động hướng nghiệp, lao động trị liệu và phục hồi chức năng xã hội, nhằm nâng cao chất lượng sống và khả năng tái hòa nhập cộng đồng cho người bệnh. Đây là minh chứng cho nỗ lực xã hội hóa chăm sóc sức khỏe tâm thần và xây dựng hệ

thống bảo trợ xã hội đa tầng, thích ứng với tiến trình đổi mới công tác xã hội tại Việt Nam.

**Khách thể nghiên cứu*

Nghiên cứu thực hiện khảo sát 55 cán bộ, nhân viên của Trung tâm với những đặc điểm cụ thể như sau:

Bảng 1. Đặc điểm của đội ngũ cán bộ, nhân viên

Đặc điểm của đội ngũ cán bộ, nhân viên		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	1	1,8
	Trung cấp	9	16
	Cao đẳng	7	13
	Đại học	32	58
	Sau đại học	6	11
Chuyên ngành đào tạo	Y/dược	9	16
	Điều dưỡng	24	44
	Kỹ thuật chế biến món ăn	8	15
	Tài chính, hành chính, điện, lái xe	14	25
Vị trí việc làm	Nhân viên chăm sóc	19	35
	Nhân viên y tế	16	29
	Nhân viên cấp dưỡng	7	13
	Cán bộ quản lý	11	20
	Khác	2	4
Thâm niên	Dưới 1 năm	4	7
	Từ 1 đến 3 năm	15	27
	Trên 3 năm	36	65

Nguồn: Kết quả nghiên cứu năm 2025

4.2. Hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cho người tâm thần

4.2.1. Hoạt động tư vấn cho người tâm thần

Hoạt động tư vấn cho người tâm thần tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì là một hợp phần quan trọng trong quy trình chăm sóc, điều trị và hỗ trợ người bệnh. Mục tiêu của hoạt động này là giúp người tâm thần cải thiện sức khỏe tinh thần và nâng cao khả năng thích nghi với cuộc sống. Đội ngũ nhân viên phụ trách công tác tư vấn luôn nỗ lực thực hiện theo kế hoạch cụ thể, được xây dựng chi tiết và trình lãnh đạo Trung tâm phê duyệt nhằm đảm bảo hiệu quả hỗ trợ. Kết quả thực hiện hoạt động tư vấn được trình bày tại Bảng 2.

Bảng 2. Mức độ thực hiện hoạt động tư vấn cho người tâm thần

STT	Nội dung	Mức độ thực hiện (%)			
		Tốt	Khá	TB	Chưa tốt
1	Tư vấn tâm lý cho người tâm thần	20	62	13	5
2	Tư vấn hoạt động chăm sóc y tế và phục hồi chức năng	24	65	7	4
3	Tư vấn quy trình tiếp nhận, bàn giao đối tượng về thăm gia đình, tái hòa nhập cộng đồng	35	53	9	4
4	Tư vấn về các chính sách liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ của người tâm thần	33	38	29	0

Nguồn: Kết quả nghiên cứu năm 2025

Khảo sát về mức độ thực hiện hoạt động tư vấn cho người tâm thần tại Trung tâm được tiến hành trên bốn nội dung chính: (i) tư vấn tâm lý; (ii) tư vấn chăm sóc y tế và phục hồi chức năng; (iii) tư vấn quy trình tiếp nhận, bàn giao về gia đình và tái hòa nhập cộng đồng; (iv) tư vấn về chính sách, quyền lợi và nghĩa vụ của người tâm thần. Kết quả cho thấy các hoạt động tư vấn nhìn chung đạt hiệu quả tương đối, với tỷ lệ đánh giá tốt và khá dao động từ 71% đến 89%. Trong đó, tư vấn về chăm sóc y tế và phục hồi chức năng nhận được tỷ lệ đánh giá tích cực cao nhất, phản ánh đúng nhu cầu thiết yếu của người bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ đánh giá ở mức “tốt” chỉ chiếm khoảng 20%-33%, cho thấy chất lượng tư vấn vẫn cần được nâng cao, đặc biệt trong lĩnh vực phục hồi chức năng vốn đòi hỏi sự liên tục, cá nhân hóa và tính sáng tạo cao. Dù tỷ lệ đánh giá trung bình và chưa tốt không cao, nhưng vẫn là yếu tố cần lưu ý, bởi các thiếu sót trong tư vấn, nhất là về chăm sóc sức khỏe, có thể ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình điều trị. Trong bối cảnh người tâm thần gặp nhiều rào cản trong sinh hoạt do bệnh lý, các hoạt động như khám sức khỏe định kỳ, tư vấn sử dụng thuốc, hướng dẫn dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân và kỹ năng tự chăm sóc có vai trò quan trọng trong việc cải thiện thể trạng và hỗ trợ phục hồi tâm thần. Do đó, công tác tư vấn không chỉ mang tính hỗ trợ mà còn là nhiệm vụ cốt lõi của đội ngũ cán bộ tại Trung tâm. Đặc biệt, qua chia sẻ từ ông L.N.C - Giám đốc Trung tâm đã cho thấy: *“Hoạt động hỗ trợ tư vấn bảo hiểm y tế cho người tâm thần được triển khai hiệu quả, với 100% người bệnh tại Trung tâm được cấp thẻ bảo hiểm y tế và sử dụng trong quá trình khám chữa bệnh. Kết quả này có ý nghĩa quan trọng, đặc biệt đối với nhóm người bệnh có hoàn cảnh kinh tế khó khăn”*.

Hoạt động tư vấn về quy trình tiếp nhận, bàn giao người bệnh về gia đình và hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng tại Trung tâm đạt mức đánh giá tương đối cao, với 88% ý kiến cho rằng hoạt động này được thực hiện hiệu quả. Trong đó, 35% đánh giá ở mức “tốt” - kết quả cao nhất trong các nội dung khảo sát cho thấy Trung tâm đã xây dựng quy trình bàn giao rõ ràng, tạo thuận lợi cho người bệnh và gia đình khi kết thúc điều trị. Nhân viên tại Trung tâm cho biết: *“Bên cạnh việc hướng dẫn duy trì điều trị và theo dõi sức khỏe cho người bệnh tạm thời trở về nhà, Trung tâm còn thực hiện tư vấn về kiến thức, kỹ năng cần thiết để phòng ngừa các rủi ro có thể phát sinh trong thời gian người bệnh vắng mặt”* (Trích PVS - anh H.M.Q, nhân viên). Tuy nhiên, vẫn có 13% ý kiến đánh giá ở mức trung bình và chưa tốt, phản ánh một số khó khăn trong việc chuẩn bị tâm lý, thủ tục hành chính, hoặc thiếu thông tin về nguồn lực cộng đồng sau điều trị. Đây là vấn đề đáng lưu tâm, đặc biệt trong bối cảnh mạng lưới công tác xã hội tại cộng đồng còn chưa bao phủ rộng khắp, khiến người bệnh có nguy cơ tái nhập viện nếu không được hỗ trợ kịp thời sau khi rời Trung tâm.

Tư vấn tâm lý cho người tâm thần là hoạt động then chốt trong hỗ trợ cho người tâm thần, góp phần giảm lo âu, ổn định cảm xúc và tăng cường hợp tác điều trị. Tuy nhiên, tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì, hoạt động này đang gặp nhiều khó khăn do đội ngũ thực hiện chưa được đào tạo chuyên sâu về tâm lý hoặc công tác xã hội. Đây là rào cản lớn trong bối cảnh người bệnh có đặc điểm sức khỏe tâm thần đặc thù và phức tạp. Theo đánh giá từ nhân viên Trung tâm, chỉ 20% cho rằng hoạt động tư vấn tâm lý đạt hiệu quả tốt, trong khi có đến 18% nhận định hiệu quả ở mức trung bình hoặc chưa đạt yêu cầu. Giám đốc Trung tâm, ông L.N.C, cho biết: *“Những hạn chế hiện nay chủ yếu liên quan đến năng lực chuyên môn của đội ngũ, sự thiếu nhất quán trong phương pháp tiếp cận và mức độ tương tác cá nhân còn thấp. Do đặc thù nhiều bệnh nhân có rối loạn hành vi nặng, hoạt động tư vấn tâm lý*

cần được đầu tư đồng bộ về nhân lực và hình thức triển khai. Trung tâm đang đặt mục tiêu nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ nhằm tăng hiệu quả hỗ trợ tâm lý trong thời gian tới”.

Kết quả khảo sát cho thấy hoạt động tư vấn về các văn bản chính sách liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ của người tâm thần có mức độ thực hiện thấp hơn so với các hoạt động khác, tuy vẫn được đánh giá khá tốt (71%). Điều này cho thấy nỗ lực đáng ghi nhận của đội ngũ nhân viên trong việc gặp gỡ, tư vấn trực tiếp cho người tâm thần và gia đình về các chính sách bảo hiểm y tế, trợ cấp hàng tháng, khám sức khỏe định kỳ, hỗ trợ học nghề, việc làm, giáo dục, cũng như mai táng phí khi qua đời. Tuy nhiên, chỉ 33% ý kiến đánh giá mức độ thực hiện là tốt, trong khi phần lớn người được tư vấn chỉ hiểu ở mức khá hoặc trung bình. Nguyên nhân có thể do cách truyền đạt còn mang tính chuyên môn, thiếu minh họa, hạn chế trong khả năng tiếp nhận của đối tượng hoặc thiếu tài liệu trực quan. Tỷ lệ phản hồi ở mức trung bình khá cao (29%) cho thấy hoạt động này còn nhiều điểm cần cải thiện. Việc nâng cao hiệu quả truyền thông chính sách là yếu tố then chốt để đảm bảo người tâm thần và gia đình tiếp cận đầy đủ các quyền lợi chính đáng. Theo ông L.N.C - Giám đốc Trung tâm: *“Cần tăng cường năng lực tư vấn chính sách của nhân viên và nâng cao chất lượng kiểm tra, giám sát hoạt động này nhằm đảm bảo quyền lợi cho người tâm thần được thực thi đầy đủ và hiệu quả”.*

Nghiên cứu về hoạt động tư vấn cho người tâm thần cho thấy kết quả khảo sát không chỉ chỉ rõ mức độ thực hiện của từng hoạt động tư vấn mà còn khẳng định vai trò quan trọng của nhân viên công tác xã hội trong việc hỗ trợ tâm lý và giảm căng thẳng cho người bệnh. Thông qua tư vấn, người tâm thần được nâng cao nhận thức về bệnh lý, từ đó cải thiện khả năng tuân thủ điều trị và phục hồi chức năng xã hội. Đồng thời, hoạt động tư vấn góp phần nâng cao khả năng hòa nhập cộng đồng, giảm kỳ thị và tăng cường hiểu biết về bệnh tâm thần. Việc kết nối người bệnh với các nguồn lực hỗ trợ cũng tạo điều kiện cho quá trình phục hồi toàn diện, cả về thể chất lẫn tinh thần, góp phần thúc đẩy quá trình tái hòa nhập xã hội một cách bền vững.

4.2.2. Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người tâm thần và gia đình

Hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người tâm thần tại Trung Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì là hoạt động đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người tâm thần và gia đình của họ hiểu rõ hơn về tình trạng của mình, tăng cường kỹ năng sống, góp phần thúc đẩy và nâng cao hiệu quả của quá trình phục hồi. Tìm hiểu sâu hơn về hoạt động này, nhóm nghiên cứu thu được kết quả cụ thể như sau:

Bảng 3. Mức độ thực hiện hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người tâm thần

STT	Nội dung	Mức độ thực hiện (%)			
		Tốt	Khá	TB	Chưa tốt
1	Xây dựng kế hoạch truyền thông, giáo dục, chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người tâm thần	29	49	22	0
2	Truyền thông giới thiệu hình ảnh, các dịch vụ và hoạt động công tác xã hội đến với người tâm thần	33	56	11	2
3	Phổ biến chính sách, luật pháp liên quan đến người tâm thần cho đối tượng	31	53	11	4

Nguồn: Kết quả nghiên cứu năm 2025

Tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng tâm thần Việt Trì, hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cho người tâm thần được triển khai qua ba nội dung chính: (1) xây dựng kế hoạch truyền thông, giáo dục về chăm sóc sức khỏe tâm thần; (2) giới thiệu hình ảnh, dịch vụ và hoạt động công tác xã hội; (3) phổ biến chính sách, pháp luật liên quan đến người tâm thần. Trong đó, hoạt động giới thiệu dịch vụ và công tác xã hội được đánh giá hiệu quả cao nhất, với 89% nhân viên cho rằng đang thực hiện ở mức “tốt” và “khá”; chỉ 11% đánh giá “trung bình” và 2% cho rằng “chưa tốt”. Một trong những yếu tố góp phần nâng cao hiệu quả của hoạt động này là việc lựa chọn hình thức truyền thông phù hợp với đặc điểm tâm lý và khả năng tiếp nhận của người bệnh. Chia sẻ từ chị N.T.B.L - nhân viên của Trung tâm: *“Để nâng cao hiệu quả, người thực hiện truyền thông cần có chuyên môn vững, kinh nghiệm thực tiễn, và sự thấu hiểu sâu sắc về nhu cầu cũng như rào cản của người tâm thần”*.

Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng tâm thần Việt Trì đã tích cực triển khai hoạt động truyền thông nhằm nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần cho người bệnh và cộng đồng. Các nội dung truyền thông được thực hiện trực tiếp tại Trung tâm và khu vực xã Vân Phú, góp phần giảm kỳ thị, nâng cao sự đồng thuận của chính quyền và người dân địa phương, đồng thời huy động thêm nguồn lực hỗ trợ. Bên cạnh đó, hoạt động kết nối, vận động xã hội cũng được đẩy mạnh với sự tham gia của nhiều tổ chức, cá nhân. Việc duy trì và cập nhật thông tin trên website giúp mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ và nâng cao hiệu quả hỗ trợ. Những kết quả này cho thấy vai trò tích cực của truyền thông trong công tác xã hội, góp phần thúc đẩy quá trình hòa nhập cộng đồng cho người tâm thần.

Hoạt động phổ biến chính sách, pháp luật liên quan đến người tâm thần tại Trung tâm được đánh giá hiệu quả, với 84% ý kiến từ đội ngũ nhân viên công tác xã hội cho rằng hoạt động này đạt mức “khá” và “tốt”. Hiện Trung tâm quản lý 178 bệnh nhân thuộc diện bảo trợ xã hội và 292 bệnh nhân điều trị luân phiên. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân điều trị luân phiên và gia đình còn thiếu hiểu biết cơ bản về chính sách pháp luật liên quan, dẫn đến lo lắng và nhu cầu được giải đáp thông tin. Trước thực tế đó, Trung tâm đã chú trọng triển khai thường xuyên các hoạt động truyền thông nhằm nâng cao nhận thức cho người bệnh và thân nhân về quyền lợi và chính sách hỗ trợ hiện hành. Các hình thức truyền thông đa dạng, linh hoạt được áp dụng để đảm bảo thông tin hữu ích tiếp cận hiệu quả đến đối tượng. Tuy nhiên, do đặc thù bệnh lý, người tâm thần gặp khó khăn trong tiếp nhận và ghi nhớ thông tin, đòi hỏi đội ngũ nhân viên cần kiên trì, sáng tạo và nhạy bén trong lựa chọn phương pháp truyền thông phù hợp. Chia sẻ thêm từ anh P.T.C - người tâm thần: *“Các cô chú cán bộ có nói rất nhiều về các chính sách dành cho những người giống như tôi nhưng mà tôi thấy khó nhớ quá. Có nhiều thông tin mà mỗi buổi nói chuyện thì chỉ khoảng nửa buổi nên tôi nghĩ phải có thêm thời gian hoặc mỗi buổi cán bộ chỉ nói về một vài thông tin thôi còn lại để buổi sau, làm như thế thì tôi dễ nhớ hơn”*.

Hoạt động xây dựng kế hoạch truyền thông, giáo dục và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh tại Trung tâm được đánh giá ở mức khá cao, với 78% ý kiến cho rằng hoạt động được thực hiện ở mức “khá” và “tốt”. Mặc dù hiện tại Trung tâm chưa có vị trí việc

làm chính thức dành cho nhân viên công tác xã hội, do đặc thù đối tượng là người bệnh tâm thần, phần lớn đội ngũ nhân sự đều xuất thân từ các chuyên ngành như y, dược, điều dưỡng, kế toán, kỹ thuật chế biến món ăn. Tuy nhiên, trong thực tiễn công việc hằng ngày, nhiều nhân viên đang đảm nhận đồng thời các nhiệm vụ của một nhân viên công tác xã hội, góp phần quan trọng vào quá trình hỗ trợ và phục hồi cho người bệnh. Theo ông L.N.C - Giám đốc Trung tâm: *“Bên cạnh việc đảm bảo hiệu quả thăm khám, điều trị và chăm sóc người bệnh, các hoạt động công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi của người tâm thần. Do đó, Trung tâm luôn khuyến khích nhân viên chủ động học hỏi, nâng cao kiến thức về công tác xã hội, đồng thời tạo điều kiện để cán bộ tham gia các khóa tập huấn nhằm tăng cường kỹ năng hỗ trợ người bệnh và gia đình trong điều trị và tái hòa nhập cộng đồng”*.

Hoạt động phối hợp xây dựng kế hoạch truyền thông giữa các nhân viên trong Trung tâm được thực hiện định kỳ, nhằm nâng cao hiệu quả truyền thông giáo dục về sức khỏe tâm thần. Trong bối cảnh nhu cầu cung cấp thông tin chính xác về bệnh tâm thần tại địa phương ngày càng tăng, việc phối hợp chặt chẽ giữa Trung tâm và cán bộ văn hóa - xã hội địa phương trong tất cả các khâu triển khai là yếu tố then chốt. Đồng thời, việc nâng cao hiệu quả vận hành và nội dung trên website của Trung tâm cũng được chú trọng như một kênh truyền thông hiện đại, góp phần quảng bá hình ảnh, mở rộng kết nối nguồn lực và tăng cường cơ hội hỗ trợ người tâm thần trong quá trình điều trị, chăm sóc và tái hòa nhập cộng đồng.

Nghiên cứu tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì cho thấy, hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức đã góp phần quan trọng trong cải thiện chất lượng cuộc sống và thay đổi nhận thức của người tâm thần cũng như gia đình họ. Thông qua các chiến lược truyền thông phù hợp, người bệnh hiểu rõ hơn về bản chất của rối loạn tâm thần, từ đó giảm kỳ thị, lo sợ và tăng khả năng chấp nhận, hợp tác điều trị. Sự thay đổi nhận thức này không chỉ hỗ trợ quá trình phục hồi sức khỏe tâm thần mà còn giúp người bệnh vượt qua rào cản tâm lý, từng bước tái hòa nhập cộng đồng một cách tự tin và hiệu quả, đồng thời xây dựng lại các mối quan hệ xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2.3. Hoạt động kết nối, vận động nguồn lực

Hoạt động kết nối và vận động nguồn lực là một nhiệm vụ trọng tâm được giao cho Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì, nhằm tăng cường sự hỗ trợ từ cộng đồng trong chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh. Hiện nay, hoạt động này đang được Trung tâm tích cực triển khai với mục tiêu huy động hiệu quả các nguồn lực từ tổ chức, cá nhân và cộng đồng, qua đó cải thiện điều kiện sinh hoạt và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần. Để đánh giá thực trạng hoạt động kết nối và vận động nguồn lực tại Trung tâm, nghiên cứu tập trung khảo sát ba nội dung chính: (i) Kết nối, phối hợp với các cá nhân, cơ quan, tổ chức trong việc vận động nguồn lực trợ giúp người tâm thần, (ii) Tiếp nhận tài trợ về kinh phí để hỗ trợ người tâm thần có hoàn cảnh khó khăn, (iii) Tiếp nhận tài trợ về vật chất hỗ trợ người tâm thần có hoàn cảnh khó khăn. Kết quả được thể hiện trong Bảng 4.

Bảng 4. Mức độ thực hiện các hoạt động kết nối, vận động nguồn lực cho người tâm thần

STT	Nội dung	Mức độ thực hiện (%)			
		Tốt	Khá	TB	Chưa tốt
1	Kết nối, phối hợp với các cá nhân, cơ quan, tổ chức trong việc vận động nguồn lực trợ giúp người tâm thần	5	22	38	35
2	Tiếp nhận tài trợ về kinh phí để hỗ trợ người tâm thần có hoàn cảnh khó khăn	7	18	44	31
3	Tiếp nhận tài trợ về vật chất hỗ trợ người tâm thần có hoàn cảnh khó khăn	13	27	31	29

Nguồn: Kết quả nghiên cứu năm 2025

Kết quả khảo sát cho thấy hoạt động kết nối và vận động nguồn lực tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì hiện vẫn chưa đạt hiệu quả như kỳ vọng. Trong khi công tác tư vấn, truyền thông nâng cao nhận thức cho người bệnh và gia đình đạt kết quả tích cực hơn, thì hoạt động kết nối nguồn lực chỉ đạt mức độ thực hiện từ 5% đến 13% theo đánh giá của cán bộ Trung tâm. Đáng chú ý, khoảng 29% đến 35% ý kiến cho rằng hoạt động này chưa mang lại hiệu quả thiết thực. Các nguồn lực hỗ trợ chủ yếu đến từ các cá nhân, tổ chức, cơ quan và đoàn thiện nguyện, tập trung vào cung cấp nhu yếu phẩm, quần áo, thực phẩm và một phần kinh phí hỗ trợ sinh hoạt. Tuy nhiên, các hỗ trợ này mang tính nhỏ lẻ, thời điểm, trong khi nhu cầu của người bệnh là thường xuyên và đa dạng. Một nhân viên chia sẻ: *“Là người trực tiếp chăm sóc và hỗ trợ người tâm thần, chúng tôi nhận thấy rõ những khó khăn họ đang đối mặt. Vì vậy, chúng tôi luôn nỗ lực kết nối với các cơ quan, tổ chức để tìm kiếm sự hỗ trợ cần thiết. Tuy nhiên, các nguồn hỗ trợ từ bên ngoài thường nhỏ lẻ, không ổn định, trong khi nhu cầu trợ giúp của người bệnh lại lớn và liên tục. Từ thực tế đó, chúng tôi luôn trăn trở tìm giải pháp nhằm tăng cường kết nối, thu hút nguồn lực xã hội, góp phần nâng cao hiệu quả hỗ trợ người tâm thần tại Trung tâm”.* (trích PVS - chị D.T.B.T - nhân viên).

Hiện nay, nhiều người tâm thần đang điều trị tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì có hoàn cảnh gia đình khó khăn. Bên cạnh ảnh hưởng của bệnh lý, yếu tố kinh tế và điều kiện gia đình cũng tác động tiêu cực đến tâm lý và quá trình điều trị, phục hồi chức năng, cũng như khả năng tái hòa nhập cộng đồng của người bệnh. Thực trạng này đòi hỏi sự quan tâm nhiều hơn từ các cấp lãnh đạo và cộng đồng xã hội nhằm đảm bảo người tâm thần được tiếp cận đầy đủ các quyền cơ bản của con người.

Hoạt động kết nối và vận động nguồn lực đóng vai trò thiết yếu trong việc hỗ trợ người tâm thần, không chỉ góp phần giảm bớt khó khăn về vật chất và tinh thần, mà còn giúp họ tuân thủ tốt phác đồ điều trị. Qua đó, chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện, đồng thời mở ra cơ hội hòa nhập cộng đồng, giảm thiểu sự kỳ thị và cô lập xã hội. Đây là hoạt động mang tính dài hạn, cần được đầu tư và tăng cường để phát huy hiệu quả. Đồng thời, nó cũng khẳng định vai trò quan trọng của công tác xã hội trong hỗ trợ nhóm yếu thế, đặc biệt là người tâm thần, góp phần xây dựng môi trường chăm sóc toàn diện và thúc đẩy quá trình tái hòa nhập cộng đồng một cách bền vững.

5. GIẢI PHÁP VÀ KẾT LUẬN

5.1. Giải pháp

Thứ nhất, nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ nhân viên thực hiện hoạt động công tác xã hội.

Thiếu hụt nhân sự chuyên trách công tác xã hội là rào cản lớn trong hỗ trợ người bệnh tâm thần. Do đó, cần tăng cường năng lực cho đội ngũ nhân viên thông qua các chương trình tập huấn định kỳ, nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng cơ bản về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Đồng thời, khuyến khích cán bộ tham gia các khóa đào tạo dài hạn và bồi dưỡng ngắn hạn, góp phần xây dựng đội ngũ có chuyên môn và kỹ năng phù hợp với yêu cầu công việc đặc thù.

Thứ hai, tăng cường tính chuyên biệt và đa dạng trong các hình thức can thiệp xã hội.

Hoạt động công tác xã hội cần được chuyên nghiệp hóa và cá nhân hóa, dựa trên nhu cầu đặc thù của từng đối tượng người bệnh. Trung tâm cần đẩy mạnh việc xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân cho từng bệnh nhân, qua đó đảm bảo tính phù hợp và hiệu quả của quá trình hỗ trợ. Bên cạnh đó, cần phát triển các hình thức trị liệu nhóm, tổ chức sinh hoạt nhóm với mục tiêu phục hồi chức năng, nâng cao khả năng thích nghi, tự lập và hỗ trợ người bệnh trong quá trình tái hòa nhập cộng đồng.

Thứ ba, thúc đẩy cơ chế phối hợp liên ngành và kết nối cộng đồng.

Việc chăm sóc và hỗ trợ người bệnh tâm thần không thể tách rời khỏi sự phối hợp liên ngành giữa các bộ phận chuyên môn, cũng như sự tham gia của cộng đồng và gia đình. Trung tâm cần thiết lập quy trình làm việc rõ ràng, minh bạch, tạo điều kiện thuận lợi cho việc chia sẻ thông tin và phối hợp xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện. Đồng thời, cần chủ động mở rộng hợp tác với các tổ chức xã hội, chính quyền địa phương và gia đình người bệnh nhằm huy động tối đa các nguồn lực hỗ trợ và đảm bảo hiệu quả bền vững trong công tác chăm sóc và phục hồi chức năng.

Thứ tư, đẩy mạnh công tác truyền thông và giáo dục cộng đồng về sức khỏe tâm thần.

Truyền thông là công cụ quan trọng nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về sức khỏe tâm thần và vai trò của công tác xã hội trong lĩnh vực này. Trung tâm cần phát triển các chương trình truyền thông đa dạng, linh hoạt, triển khai cả trong nội bộ đơn vị và ngoài cộng đồng. Nội dung truyền thông cần tập trung cung cấp kiến thức cơ bản về sức khỏe tâm thần, hướng dẫn kỹ năng chăm sóc tại nhà và đặc biệt là thay đổi nhận thức kỳ thị đối với người bệnh, từ đó tạo ra môi trường xã hội tích cực và hỗ trợ cho quá trình điều trị và hòa nhập của người bệnh tâm thần.

Thứ năm, nâng cấp cơ sở vật chất và đảm bảo nguồn lực tài chính cho hoạt động công tác xã hội.

Để đảm bảo điều kiện triển khai hiệu quả các hoạt động công tác xã hội, Trung tâm cần đầu tư xây dựng các không gian chức năng chuyên biệt như: phòng tư vấn cá nhân, phòng sinh hoạt nhóm và khu vực trị liệu phục hồi chức năng xã hội. Bên cạnh việc bố trí ngân sách hàng năm dành riêng cho công tác xã hội, cần chú trọng đến việc huy động các nguồn lực xã hội hóa từ doanh nghiệp, tổ chức phi chính phủ và các cá nhân, tạo nền tảng tài chính bền vững cho sự phát triển lâu dài của hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

5.2. Kết luận

Hoạt động công tác xã hội tại Trung tâm Điều dưỡng - Phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì đã bước đầu mang lại hiệu quả tích cực, đặc biệt trong tư vấn, truyền thông và huy

động nguồn lực hỗ trợ người bệnh. Những nỗ lực này góp phần cải thiện sức khỏe tinh thần, nâng cao chất lượng cuộc sống và thúc đẩy quá trình phục hồi, tái hòa nhập cộng đồng cho người tâm thần. Tuy nhiên, việc triển khai còn nhiều hạn chế do thiếu nhân lực chuyên môn, cơ chế phối hợp chưa hiệu quả, nguồn lực tài chính hạn chế và nhận thức xã hội còn định kiến. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đề xuất các giải pháp: phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp; đa dạng hóa hình thức can thiệp; tăng cường phối hợp liên ngành; đẩy mạnh truyền thông giáo dục và đầu tư cơ sở vật chất. Thực hiện đồng bộ các giải pháp này sẽ góp phần xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, nhân văn và bền vững, trong đó công tác xã hội giữ vai trò hỗ trợ và kết nối hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), *Hội thảo xây dựng kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và các rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2021 - 2025*.
2. Chính phủ (2020), *Quyết định số 1929/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 25/11/2020 phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng người tâm thần, trẻ tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 - 2030*.
3. Chính phủ (2021), *Quyết định số 112/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 22/01/2021 phê duyệt Chương trình Công tác xã hội giai đoạn 2021 - 2030*.
4. Hoàng Đình Cầu (1995), *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu*. NXB Y học Hà Nội.
5. Nghị định 110/2024/NĐ-CP ngày 30/8/2024 của Chính phủ về Công tác xã hội
6. Nguyễn Thu Hà (2020), *Hoạt động CTXH với trẻ vị thành niên điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương*. Luận án tiến sĩ CTXH. Trường Đại học Khoa học xã hội và nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.
7. Nguyễn Thị Bích Nga (2020), Bài viết “*Thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng tại bệnh viện phổi Trung ương năm 2020*” *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, Tập 17 - Số đặc biệt 8/2022: Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2022. 28 -32. <https://doi.org/10.52389/ydls.v17iDB8.1296>.
8. Nguyễn Thị Thanh Hương và Trần Đình Tuấn (1994), *Giáo trình Quản lý ca về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần*. NXB Lao động – Xã hội.
9. Nguyễn Thị Thanh Hương (1994), *Giáo trình Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần*. NXB Lao động – Xã hội.
10. Nguyễn Trung Hải (2020), *Giáo trình Nhập môn Công tác xã hội*, NXB Lao động - Xã hội.
11. Quyết định số 89/QĐ-TTg ngày 23/01/2024 của Thủ tướng phê duyệt *Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045*.
12. Trung tâm Điều dưỡng và phục hồi chức năng người tâm thần Việt Trì, *Báo cáo kết quả công tác năm 2024, phương hướng nhiệm vụ năm 2025*.
13. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/> truy cập 18/2/2025.

CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG NHÌN TỪ GÓC ĐỘ LÝ LUẬN, NGHIÊN CỨU TẠI TỈNH KHÁNH HÒA

ThS. Từ Thị Hương¹, ThS. Mai Thị Quỳnh Tú²

Tóm tắt: Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ các nhóm dân cư yếu thế, nâng cao chất lượng cuộc sống và cải thiện sức khỏe cộng đồng. Tại Khánh Hòa đã triển khai các dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, tuy nhiên, dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực này cần có sự phổ biến và tiếp cận gần hơn với nhu cầu của người dân. Để làm được điều đó cần khái quát lý luận về cung cấp các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng từ đó thay đổi được thái độ cảm xúc của người dân và thúc đẩy nhận thức về sức khỏe cộng đồng, cải thiện hành vi sức khỏe cộng đồng. Với phương pháp nghiên cứu định tính sử dụng các báo cáo về dịch vụ công tác xã hội trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, các công trình nghiên cứu trước, sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu các chuyên gia về công tác xã hội, bài báo sẽ cung cấp hệ thống lý luận về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, thực trạng cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa, những yếu tố nào ảnh hưởng đến hiệu quả của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Từ đó đề xuất các giải pháp cải thiện về nhận thức cho người dân, hỗ trợ tiếp cận dịch vụ sức khỏe; nâng cao sức khỏe cộng đồng, tạo mối quan hệ giữa các tổ chức và cộng đồng.

Từ khóa: dịch vụ, công tác xã hội, sức khỏe cộng đồng, Khánh Hòa.

PROVIDING SOCIAL WORK SERVICES IN COMMUNITY HEALTH CARE FROM A THEORETICAL PERSPECTIVE: A STUDY IN KHANH HOA PROVINCE

Abstract: Social work services in community health care play a crucial role in supporting vulnerable population groups, improving quality of life, and enhancing public health. In Khanh Hoa province, social work services have been implemented in community health care; however, these services still need to be more widely disseminated and better aligned with local residents' needs. To address this, it is necessary to outline a theoretical framework for delivering social work services in community health care. This can help change people's emotional attitudes, raise awareness of public health, and promote healthier behaviors. Using qualitative research methods—drawing on reports on social work in health care, previous studies, and in-depth interviews with social work experts—this article aims to provide a theoretical foundation for social work services in community health care, assess the current situation in Khanh Hoa province, and identify key factors influencing the effectiveness of social work in this field. Based on these findings, the article proposes solutions to raise public awareness, improve access to health services, enhance community health, and foster connections between organizations and local communities.

Keywords: services, social work, community health, Khanh Hoa.

1. GIỚI THIỆU

Công tác xã hội (CTXH) là một lĩnh vực chuyên môn tập trung vào việc hỗ trợ và can thiệp để nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp đỡ những người có hoàn cảnh khó khăn, tổn thương, hoặc bị thiệt thòi. Mục tiêu của công tác xã hội là thúc đẩy sự phát triển cá nhân, sự công bằng xã hội, và bảo vệ quyền lợi của những nhóm người yếu thế trong xã hội. Chăm sóc

¹ Khoa Sư phạm, trường Đại học Khánh Hòa, Email: tuthi.huong@ukh.edu.vn,

² Khoa Xây dựng Đảng, trường Chính trị tỉnh Khánh Hòa, Email: maianquynhtu@gmail.com.vn

sức khỏe cộng đồng đóng vai trò rất quan trọng trong xã hội vì nó không chỉ liên quan đến việc cải thiện sức khỏe cá nhân mà còn giúp nâng cao chất lượng sống của toàn thể cộng đồng.

Công tác xã hội có 4 chức năng: Chức năng phòng ngừa, chức năng chữa trị (can thiệp), chức năng phục hồi và chức năng phát triển. Để thực hiện các chức năng này, nhân viên CTXH phải vận dụng các lý thuyết về tâm lý học, xã hội học; lựa chọn phương pháp tiếp cận, thực hiện các bước theo tiến trình của từng phương pháp (cá nhân, nhóm hoặc phát triển cộng đồng) và vận dụng các kỹ năng nghề nghiệp khác nhau vào quá trình trợ giúp các đối tượng giải quyết vấn đề. Ngoài ra, họ cũng phải biết sử dụng các công cụ và các kỹ thuật khi giúp đối tượng xác định vấn đề; nhận thức được điểm mạnh, điểm yếu của bản thân, xác định các nguồn lực hỗ trợ, đồng thời tìm ra các giải pháp và lựa chọn giải pháp tối ưu để giải quyết vấn đề. Đặc biệt, trong quá trình tác nghiệp, nhân viên CTXH phải tuân thủ nguyên tắc thực hành và các qui điều đạo đức nghề Công tác xã hội. Những yêu cầu này đảm bảo tính chuyên nghiệp của hoạt động CTXH. Trong quá trình trợ giúp, tùy từng tình huống cụ thể, nhân viên CTXH có thể có các vai trò khác nhau.

Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ các nhóm dân cư yếu thế, nâng cao chất lượng cuộc sống và cải thiện sức khỏe cộng đồng. Tại Khánh Hòa đã triển khai các dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, tuy nhiên, dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực này cần có sự phổ biến và tiếp cận gần hơn với nhu cầu của người dân. Để làm được điều đó cần khái quát lý luận về cung cấp các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng từ đó thay đổi được thái độ cảm xúc của người dân và thúc đẩy nhận thức về sức khỏe cộng đồng, cải thiện hành vi sức khỏe cộng đồng.

Với phương pháp nghiên cứu định tính sử dụng các báo cáo về dịch vụ công tác xã hội trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, các công trình nghiên cứu trước, sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu các chuyên gia về công tác xã hội, bài báo sẽ cung cấp hệ thống lý luận về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, thực trạng cung cấp dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa, những yếu tố nào ảnh hưởng đến hiệu quả của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Từ đó đề xuất các giải pháp cải thiện về nhận thức cho người dân, hỗ trợ tiếp cận dịch vụ sức khỏe; nâng cao sức khỏe cộng đồng, tạo mối quan hệ giữa các tổ chức và cộng đồng.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Công tác xã hội và chăm sóc sức khỏe cộng đồng

2.1.1. Một số khái niệm liên quan

Công tác xã hội (CTXH) là một lĩnh vực chuyên môn tập trung vào việc hỗ trợ và can thiệp để nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp đỡ những người có hoàn cảnh khó khăn, tổn thương, hoặc bị thiệt thòi. Mục tiêu của công tác xã hội là thúc đẩy sự phát triển cá nhân, sự công bằng xã hội, và bảo vệ quyền lợi của những nhóm người yếu thế trong xã hội.

Công tác xã hội bao gồm các hoạt động như tư vấn, hỗ trợ tâm lý, can thiệp xã hội, hỗ trợ pháp lý, và các dịch vụ khác nhằm giúp đỡ những cá nhân, gia đình hoặc cộng đồng có vấn đề về sức khỏe tâm thần, nghèo đói, bạo lực gia đình, lạm dụng, hoặc các vấn đề xã hội khác. Các

chuyên gia công tác xã hội làm việc trong nhiều lĩnh vực khác nhau, bao gồm: y tế, giáo dục, pháp lý, và các tổ chức phi chính phủ, chính phủ, để giúp đỡ những đối tượng cần sự hỗ trợ.

Dịch vụ công tác xã hội là những dịch vụ xã hội hướng đến nhóm đối tượng yếu thế để thực hiện các quyền cơ bản của con người trong phát triển bền vững. Các dịch vụ công tác xã hội hoạt động dưới nhiều hình thức, cụ thể hóa các luật pháp, chính sách nhà nước về các lĩnh vực phúc lợi xã hội, y tế, giáo dục, pháp lý,... cung cấp, trợ giúp cho các cá nhân, nhóm, cộng đồng khắc phục những khó khăn, giảm thiểu những rào cản, và bất bình đẳng xã hội [tr18.2].

Chăm sóc sức khỏe cộng đồng (CSSKCC) là một lĩnh vực trong y tế, tập trung vào việc bảo vệ, cải thiện sức khỏe của toàn bộ cộng đồng thông qua các chiến lược, chính sách và hoạt động phòng ngừa, kiểm soát dịch bệnh, nâng cao ý thức sức khỏe và cải thiện các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe. Các hoạt động này bao gồm:

- + Phòng ngừa bệnh tật; Giảm bớt gánh nặng cho hệ thống y tế; Nâng cao chất lượng sống
- + Giảm thiểu sự bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe: Chăm sóc sức khỏe cộng đồng cũng hướng đến việc đảm bảo rằng mọi người, đặc biệt là những nhóm yếu thế như người nghèo, trẻ em, người già, đều có cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng. Điều này giúp giảm bớt sự chênh lệch về sức khỏe giữa các nhóm trong xã hội. Tăng cường sự gắn kết xã hội; Ứng phó với các vấn đề sức khỏe toàn cầu.

Tóm lại, chăm sóc sức khỏe cộng đồng không chỉ có ý nghĩa quan trọng đối với từng cá nhân mà còn góp phần cải thiện sức khỏe chung của xã hội, tăng cường sự phát triển bền vững và ổn định xã hội.

2.2. Mối liên hệ giữa công tác xã hội và chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Công tác xã hội và chăm sóc sức khỏe cộng đồng có mối liên hệ chặt chẽ và tương hỗ với nhau. Cụ thể:

- Hỗ trợ người dân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe: giúp đỡ các nhóm người dân dễ bị tổn thương, như người nghèo, người khuyết tật, người cao tuổi, hay người dân ở vùng sâu, vùng xa, tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Những nhân viên công tác xã hội có thể hướng dẫn, tư vấn và hỗ trợ về mặt tâm lý cho người dân, giúp họ vượt qua rào cản về thông tin, ngôn ngữ, hoặc tài chính để nhận được sự chăm sóc cần thiết.

- Tư vấn và giáo dục sức khỏe: tham gia vào việc nâng cao nhận thức cộng đồng về các vấn đề sức khỏe như vệ sinh, dinh dưỡng, phòng chống dịch bệnh, và các hành vi chăm sóc sức khỏe hợp lý. Họ giúp người dân hiểu về các dịch vụ y tế và khuyến khích việc chăm sóc sức khỏe dự phòng, điều trị sớm để giảm thiểu bệnh tật.

- Hỗ trợ tâm lý và xã hội: Một trong những nhiệm vụ quan trọng của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng là hỗ trợ tâm lý cho những người bệnh hoặc gia đình của họ. Công tác xã hội giúp giảm thiểu những tác động tiêu cực của bệnh tật lên cuộc sống của bệnh nhân và gia đình, hỗ trợ họ trong việc đối mặt với tình trạng bệnh lý, có thể là những bệnh mãn tính, bệnh hiểm nghèo hay bệnh tâm thần.

- Giải quyết các vấn đề xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe: Công tác xã hội không chỉ tập trung vào vấn đề sức khỏe thể chất mà còn giúp giải quyết các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng như nghèo đói, thiếu nhà ở, bạo lực gia đình, hoặc các vấn đề về tâm lý. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tổng thể của một cộng đồng, và công tác xã hội giúp tìm kiếm giải pháp can thiệp.

- Tạo mối liên kết giữa các dịch vụ: Công tác xã hội có thể đóng vai trò là cầu nối giữa các dịch vụ y tế và các tổ chức xã hội khác. Họ giúp người dân hiểu rõ hơn về các quyền lợi bảo hiểm y tế, giúp họ đăng ký bảo hiểm, hoặc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ xã hội khác liên quan đến chăm sóc sức khỏe.

Nhìn chung, công tác xã hội và chăm sóc sức khỏe cộng đồng đều nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống và sức khỏe của cộng đồng, đặc biệt là những nhóm người dễ bị tổn thương. Sự kết hợp giữa hai lĩnh vực này giúp tạo ra một môi trường chăm sóc toàn diện và bền vững cho sức khỏe cộng đồng.

2.3. Vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy nhận thức về sức khỏe cộng đồng và cải thiện hành vi sức khỏe của người dân. Thông qua nhiều hình thức can thiệp khác nhau, công tác xã hội giúp cộng đồng hiểu rõ hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, từ đó thay đổi hành vi theo hướng tích cực và phù hợp.

Trước hết, công tác xã hội có thể góp phần nâng cao hiểu biết của cộng đồng về các vấn đề sức khỏe, giúp người dân nhận thức rõ hơn về các yếu tố nguy cơ và cách phòng ngừa bệnh tật. Thông qua các chiến dịch tuyên truyền, hội thảo, lớp học và các hoạt động tương tác trong cộng đồng, nhân viên công tác xã hội truyền tải thông tin thiết yếu liên quan đến vệ sinh, dinh dưỡng, tiêm chủng, chăm sóc sức khỏe ban đầu và các dịch vụ y tế sẵn có. Bên cạnh đó, họ còn có vai trò kết nối giữa cộng đồng và hệ thống chăm sóc y tế, giúp người dân nhận thức rõ hơn về quyền được chăm sóc sức khỏe và khuyến khích họ tham gia vào các chương trình y tế công cộng.

Tiếp theo, công tác xã hội góp phần thúc đẩy các hành vi sức khỏe tích cực trong cộng đồng. Những chuyên gia công tác xã hội thường làm việc trực tiếp với cá nhân hoặc nhóm dân cư để hỗ trợ việc thay đổi hành vi, đặc biệt trong các lĩnh vực như phòng ngừa bệnh tật, tuân thủ điều trị, xây dựng chế độ ăn uống hợp lý, tập thể dục thường xuyên và hạn chế các thói quen gây hại như hút thuốc, lạm dụng rượu hoặc sử dụng chất kích thích. Thông qua tiếp cận cá nhân hóa, họ giúp người dân nhận diện các vấn đề sức khỏe của mình và đưa ra chiến lược thay đổi phù hợp, chẳng hạn như cải thiện lối sống, tuân thủ điều trị hoặc điều chỉnh thói quen dinh dưỡng.

Ngoài ra, công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ cộng đồng tiếp cận với các dịch vụ y tế, đặc biệt là những nhóm yếu thế như người nghèo, dân tộc thiểu số hoặc người mắc bệnh mãn tính. Nhiều rào cản như tài chính, ngôn ngữ, thiếu thông tin hoặc kỳ thị trong hệ thống y tế có thể khiến họ không được tiếp cận dịch vụ cần thiết. Nhân viên công tác xã hội giúp tháo gỡ những rào cản này, tạo điều kiện để mọi người được chăm sóc sức khỏe công bằng và đầy đủ.

Một khía cạnh quan trọng khác là vai trò kết nối giữa các tổ chức y tế, chính quyền và cộng đồng. Công tác xã hội tạo điều kiện cho sự phối hợp hiệu quả giữa các bên liên quan nhằm đảm bảo các chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng được thực hiện đúng hướng, sát với nhu cầu thực tiễn và đạt hiệu quả tối ưu.

Bên cạnh đó, công tác xã hội cũng góp phần tăng cường sức khỏe tâm lý cộng đồng. Trong bối cảnh khủng hoảng sức khỏe cộng đồng như dịch bệnh, thiên tai hoặc các tình huống khẩn cấp khác, công tác xã hội tham gia vào việc hỗ trợ tâm lý, tư vấn và chăm sóc sức khỏe tinh thần. Điều này không những giúp giảm thiểu căng thẳng, lo âu và các biểu hiện sang chấn tâm lý mà còn góp phần xây dựng một cộng đồng khỏe mạnh về cả thể chất lẫn tinh thần.

Tổng thể, công tác xã hội không chỉ đóng vai trò như một phương tiện nâng cao nhận thức và cải thiện hành vi sức khỏe mà còn là yếu tố thiết yếu trong việc phát triển một cộng đồng khỏe mạnh, công bằng và bền vững

2.4. Các nội dung dịch vụ công tác xã hội trong hỗ trợ, chăm sóc các nhóm đối tượng

Công tác xã hội là một nghề, một hoạt động chuyên nghiệp nhằm trợ giúp các cá nhân, gia đình và cộng đồng nâng cao năng lực đáp ứng nhu cầu và tăng cường chức năng xã hội đồng thời thúc đẩy môi trường xã hội về chính sách, nguồn lực và dịch vụ cá nhân gia đình và cộng đồng giải quyết và phòng ngừa các vấn đề xã hội góp phần nâng cao an sinh xã hội. [tr 26-29,3].

Hỗ trợ người nghèo: Người nghèo là một trong những nhóm đối tượng dễ bị tổn thương nhất trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, do thường gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ, bao gồm chi phí điều trị, khoảng cách địa lý, thiếu kiến thức về sức khỏe và kỳ thị xã hội. Do đó, công tác xã hội có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc thiết kế và triển khai các chương trình hỗ trợ toàn diện, bao gồm:

Cung cấp trợ cấp tài chính và lương thực thiết yếu: Việc hỗ trợ trực tiếp bằng tài chính hoặc hiện vật (thực phẩm, thuốc men, đồ dùng sinh hoạt) giúp người nghèo đáp ứng các nhu cầu cơ bản như dinh dưỡng, nơi ở an toàn và chăm sóc y tế. Đây là điều kiện tiên đề để đảm bảo khả năng duy trì sức khỏe và phục hồi bệnh tật, đặc biệt trong bối cảnh người nghèo thường phải lựa chọn giữa chi tiêu y tế và nhu cầu sống khác.[7]

Tổ chức các chương trình đào tạo nghề và nâng cao năng lực: Đào tạo nghề là một chiến lược lâu dài nhằm giúp người nghèo có cơ hội nâng cao năng lực, tham gia thị trường lao động và tự chủ tài chính. Các chương trình này không chỉ giúp cải thiện thu nhập mà còn góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần và chất lượng sống. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò kết nối giữa người thụ hưởng và các cơ sở đào tạo nghề, đồng thời hỗ trợ tư vấn, định hướng nghề nghiệp phù hợp .[5]

Phát triển các mô hình kinh tế cộng đồng bền vững: Công tác xã hội thúc đẩy việc hình thành và vận hành các mô hình kinh tế cộng đồng như hợp tác xã, nhóm tiết kiệm – tín dụng, hoặc doanh nghiệp xã hội tại địa phương. Những mô hình này không chỉ tạo cơ hội sinh kế mà còn tăng cường tính kết nối xã hội và năng lực nội sinh của cộng đồng nghèo. Việc xây dựng

mạng lưới hỗ trợ cộng đồng là chiến lược then chốt để giảm nghèo đa chiều và duy trì sự phát triển sức khỏe cộng đồng một cách bền vững [6].

Hỗ trợ người già, người cao tuổi: Chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần: Sự suy giảm chức năng sinh lý và nguy cơ mắc các bệnh mạn tính khiến người cao tuổi cần tiếp cận các dịch vụ y tế thường xuyên, phù hợp và nhân văn. Công tác xã hội có vai trò điều phối dịch vụ, tư vấn sức khỏe, hỗ trợ tuân thủ điều trị và kết nối với các nguồn lực cộng đồng nhằm duy trì sức khỏe toàn diện cho người cao tuổi. Đồng thời, việc chăm sóc tinh thần – bao gồm phòng ngừa trầm cảm, lo âu, sa sút trí tuệ – cũng là yếu tố then chốt trong mô hình chăm sóc người già hiện đại [8].

Chương trình trợ giúp xã hội và bảo vệ quyền lợi: Người cao tuổi thường đối diện với tình trạng thu nhập thấp, thiếu bảo hiểm xã hội hoặc bị xâm phạm quyền lợi hợp pháp. Công tác xã hội đóng vai trò là người đại diện và bảo vệ quyền lợi cho nhóm đối tượng này thông qua việc kết nối với hệ thống trợ cấp tài chính, hỗ trợ pháp lý, trợ giúp sinh hoạt, cũng như hỗ trợ tiếp cận nhà ở hoặc các trung tâm chăm sóc dài hạn khi cần thiết [9].

Tạo dựng môi trường sống thân thiện và hòa nhập: Yếu tố xã hội như cô đơn, cách ly xã hội là các nguy cơ làm giảm mạnh chất lượng sống của người cao tuổi. Do đó, công tác xã hội trong cộng đồng cần chú trọng xây dựng các chương trình giao lưu, sinh hoạt câu lạc bộ, tổ chức văn hóa – thể thao, từ đó tạo cơ hội để người cao tuổi duy trì vai trò xã hội, giảm thiểu cảm giác bị bỏ rơi và tăng cường sự gắn kết cộng đồng [10].

- Hỗ trợ người khuyết tật: Phát triển cơ sở hạ tầng và dịch vụ công cộng tiếp cận: Việc xây dựng môi trường sống, công sở, trường học, phương tiện giao thông và dịch vụ công cộng phù hợp cho người khuyết tật là điều kiện tiên quyết để đảm bảo sự tham gia bình đẳng của họ vào xã hội [11]. Các tiêu chuẩn tiếp cận không chỉ bao gồm yếu tố vật lý (như đường dốc, thang máy, biển báo chữ nổi), mà còn bao hàm công nghệ hỗ trợ, ngôn ngữ ký hiệu và các dịch vụ truyền đạt thông tin. Công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc giám sát thực thi quyền tiếp cận của người khuyết tật và thúc đẩy chính sách hòa nhập [12]. Đào tạo nghề và cơ hội việc làm: Một trong những yếu tố then chốt giúp người khuyết tật có thể tự chủ và hòa nhập xã hội là quyền được học nghề và làm việc phù hợp với khả năng. Nhân viên công tác xã hội phối hợp với các tổ chức đào tạo nghề, doanh nghiệp xã hội và cơ sở tuyển dụng để thiết kế chương trình phù hợp, tư vấn hướng nghiệp, đồng hành trong quá trình thích nghi và xây dựng chính sách hỗ trợ việc làm bền vững cho người khuyết tật [13]. Chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng: Người khuyết tật cần được tiếp cận các dịch vụ y tế tổng thể, bao gồm phòng ngừa bệnh tật, điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc tâm lý. Vai trò của công tác xã hội là hỗ trợ đánh giá nhu cầu, kết nối với dịch vụ y tế, tư vấn sức khỏe tâm thần và đảm bảo người khuyết tật có tiếng nói trong các quyết định liên quan đến chăm sóc của mình. Mục tiêu cốt lõi là tăng cường năng lực tự lập và sự tham gia toàn diện vào đời sống xã hội [14].

- Hỗ trợ phụ nữ: Chống bạo lực gia đình và bảo vệ quyền lợi phụ nữ: Bạo lực giới, đặc biệt là bạo lực gia đình, vẫn là một trong những vấn nạn nghiêm trọng ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thể chất và tinh thần của phụ nữ. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò hỗ trợ nạn

nhân bằng cách cung cấp dịch vụ bảo vệ khẩn cấp, tư vấn tâm lý, can thiệp pháp lý, và kết nối với nhà tạm lánh hoặc hệ thống tư pháp. Ngoài ra, họ cũng góp phần nâng cao nhận thức cộng đồng và vận động chính sách nhằm ngăn chặn bạo lực trên cơ sở giới.[15]

Chương trình phát triển nghề nghiệp và nâng cao năng lực: Việc nâng cao năng lực nghề nghiệp và kỹ năng sống cho phụ nữ không chỉ là cách tiếp cận phòng ngừa nghèo đói mà còn góp phần cải thiện sức khỏe tâm lý, địa vị xã hội và quyền ra quyết định trong gia đình và cộng đồng. Công tác xã hội phối hợp với các tổ chức đào tạo, trung tâm dịch vụ việc làm, doanh nghiệp xã hội để tổ chức các chương trình đào tạo kỹ năng nghề, tài chính cá nhân, và lãnh đạo nữ giới. [6]

Hỗ trợ phụ nữ trong tình huống đặc biệt khó khăn: Phụ nữ đơn thân, phụ nữ bị xâm hại tình dục, phụ nữ nghèo, hay phụ nữ nhập cư là những nhóm có nguy cơ bị tổn thương cao và thường thiếu nguồn lực để tự vượt qua hoàn cảnh. Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng cần thiết kế các chương trình hỗ trợ chuyên biệt, bao gồm tư vấn cá nhân, trợ cấp xã hội, chăm sóc sức khỏe sinh sản và hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng. Mục tiêu là xây dựng năng lực phục hồi, thúc đẩy sự bình đẳng và hòa nhập xã hội một cách bền vững [5].

Hỗ trợ trẻ em: Trẻ em là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương, đặc biệt là những trẻ em sống trong hoàn cảnh khó khăn, bị bạo hành, bỏ rơi, mồ côi hoặc khuyết tật. Trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe cộng đồng toàn diện, công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong việc bảo vệ quyền lợi, chăm sóc, hỗ trợ phát triển toàn diện cho trẻ em, đồng thời xây dựng môi trường sống và học tập an toàn, lành mạnh.

Bảo vệ quyền lợi trẻ em: Công tác xã hội hướng đến việc thực thi và giám sát các quyền cơ bản của trẻ em theo Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em, bao gồm quyền được sống, được phát triển, được bảo vệ và được tham gia. Trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt như trẻ bị bạo hành, bóc lột, buôn bán hoặc bị bỏ rơi cần được hỗ trợ pháp lý, bảo vệ khẩn cấp, can thiệp tâm lý và tái hòa nhập với cộng đồng. Nhân viên công tác xã hội giữ vai trò phát hiện sớm, phối hợp với cơ quan chức năng và tổ chức bảo vệ trẻ em nhằm ngăn chặn tổn hại và phục hồi sau khủng hoảng [17].

Chăm sóc trẻ em khuyết tật và mồ côi: Công tác xã hội cung cấp các dịch vụ chăm sóc đặc thù cho trẻ em khuyết tật và mồ côi, bao gồm chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, giáo dục hòa nhập và hỗ trợ xã hội. Mục tiêu là đảm bảo mọi trẻ em, bất kể hoàn cảnh, đều có cơ hội phát triển tối đa năng lực cá nhân và hòa nhập xã hội. Các mô hình can thiệp cộng đồng, gia đình thay thế, hoặc chăm sóc tập trung (như trung tâm nuôi dưỡng, nhà tạm lánh) cần được thiết kế dựa trên nguyên tắc lấy trẻ làm trung tâm và đảm bảo quyền lợi lâu dài [5].

Tạo dựng môi trường giáo dục và nuôi dưỡng an toàn: Một trong những yếu tố nền tảng cho sự phát triển của trẻ là môi trường giáo dục và gia đình an toàn, không có bạo lực, xâm hại hay bỏ mặc.[18]. Công tác xã hội phối hợp chặt chẽ với trường học, phụ huynh và cộng đồng để xây dựng các chính sách bảo vệ trẻ em trong nhà trường, thiết kế hệ thống giám sát, phòng ngừa rủi ro và hỗ trợ can thiệp sớm. Bên cạnh đó, việc nâng cao năng lực làm cha mẹ và giáo dục kỹ năng sống cho trẻ cũng là những chiến lược thiết yếu để đảm bảo sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội của trẻ [19].

Các chương trình công tác xã hội trong cộng đồng cần được thực hiện đồng bộ, phối hợp giữa các cơ quan nhà nước, tổ chức xã hội và cộng đồng, nhằm bảo vệ quyền lợi của các nhóm yếu thế, giúp họ vượt qua khó khăn và xây dựng một xã hội công bằng hơn.

2.5. Rào cản và yếu tố thuận lợi trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần là một vấn đề phức tạp, chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố ở cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và hệ thống y tế. Trong thực tiễn công tác xã hội và y tế công cộng, việc hiểu rõ những rào cản và yếu tố thuận lợi trong quá trình tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần là điều kiện tiên quyết để thiết kế các can thiệp phù hợp và hiệu quả.

Một trong những rào cản phổ biến nhất là sự kỳ thị và định kiến xã hội đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Nhiều người, đặc biệt là ở các cộng đồng có văn hóa coi trọng thể diện hoặc thiếu kiến thức, thường có xu hướng che giấu tình trạng tâm lý bất ổn của bản thân hoặc người thân vì sợ bị đánh giá tiêu cực. Điều này dẫn đến tình trạng chậm trễ hoặc từ chối tiếp cận các dịch vụ chuyên môn. Bên cạnh đó, sự thiếu hiểu biết về các biểu hiện của rối loạn tâm thần cũng là một rào cản lớn khiến người dân không nhận ra nhu cầu cần hỗ trợ chuyên sâu.

Rào cản kinh tế cũng là một yếu tố đáng kể, đặc biệt ở các nhóm dân cư có thu nhập thấp hoặc sinh sống tại vùng sâu, vùng xa. Chi phí điều trị, di chuyển, thuốc men hoặc dịch vụ tư vấn tâm lý thường không được bảo hiểm chi trả đầy đủ hoặc vượt quá khả năng chi trả của người dân. Hệ thống y tế tâm thần ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam, vẫn còn thiếu hụt về cơ sở vật chất, nhân lực chuyên môn và mô hình chăm sóc cộng đồng, gây khó khăn cho việc tiếp cận dịch vụ một cách toàn diện và liên tục.

Ngoài ra, các rào cản hành chính và pháp lý cũng cản trở quá trình tiếp cận dịch vụ. Thủ tục đăng ký, quy định khắt khe về tiếp nhận bệnh nhân tâm thần, thiếu dịch vụ hỗ trợ ban đầu tại y tế cơ sở, cũng như cơ chế chuyển tuyến không hiệu quả, khiến nhiều người rơi vào tình trạng “bỏ cuộc” giữa chừng.

Tuy nhiên, bên cạnh những rào cản, cũng tồn tại nhiều yếu tố thuận lợi góp phần thúc đẩy việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Trước hết, sự gia tăng nhận thức xã hội và truyền thông đại chúng đóng vai trò tích cực trong việc giảm kỳ thị và khuyến khích người dân tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn. Sự tham gia của các tổ chức xã hội, đoàn thể, trường học và chính quyền địa phương trong các chương trình tuyên truyền và giáo dục sức khỏe tâm thần là yếu tố then chốt giúp tăng cường sự tiếp cận.

Bên cạnh đó, sự phát triển của các mô hình chăm sóc tích hợp giữa y tế thể chất và tâm thần, hoặc giữa chăm sóc tại cộng đồng với chăm sóc tại cơ sở y tế chuyên sâu, cũng giúp mở rộng phạm vi hỗ trợ và tăng tính sẵn có của dịch vụ. Việc đẩy mạnh đào tạo nhân lực công tác xã hội, tâm lý học và y tế tâm thần ở tuyến cơ sở đang từng bước tạo điều kiện thuận lợi cho người dân, đặc biệt là ở vùng nông thôn và miền núi.

Cuối cùng, chính sách hỗ trợ của nhà nước, như việc đưa chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống bảo hiểm y tế, ban hành chiến lược quốc gia về sức khỏe tâm thần, hay tăng cường đầu tư vào dịch vụ hỗ trợ tâm lý học đường, đều là những yếu tố cấu trúc thúc đẩy sự tiếp cận công bằng và hiệu quả hơn đối với các dịch vụ tâm thần.

Tóm lại, việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần là một tiến trình chịu tác động bởi nhiều yếu tố đa chiều. Trong bối cảnh đó, công tác xã hội có thể phát huy vai trò trung gian, tư vấn, hỗ trợ và kết nối nhằm giảm thiểu rào cản và tận dụng các yếu tố thuận lợi để đảm bảo người dân, đặc biệt là các nhóm dễ bị tổn thương, được tiếp cận dịch vụ một cách hiệu quả, nhân văn và toàn diện.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu các báo cáo về dịch vụ công tác xã hội trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng nhằm viết cơ sở lý luận; sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu các chuyên gia về công tác xã hội nhằm thu thập các ý kiến đánh giá về thực trạng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại khánh hòa.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng công tác xã hội trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, nghiên cứu ở Khánh Hòa

4.1.1. Khái lược về công tác xã hội tại Khánh Hòa

Tại Khánh Hòa, ngành công tác xã hội đã rất được quan tâm. Bắt đầu từ năm 2013 khi Bộ Lao động-TB&XH vừa ban hành Thông tư 07 về việc quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ cộng tác viên (CTV) tại các xã, phường, thị trấn. Sở LĐ-TBXH đã tham mưu UBND tỉnh kế hoạch bố trí đội ngũ cộng tác viên CTXH tại các xã. Theo đó, giai đoạn 2013-2015 ở 137 xã phường, thị trấn đều được bố trí 01 CTV CTXH; giai đoạn 2016 -2020 tùy theo điều kiện và nhu cầu, mỗi địa phương sẽ bố trí số lượng CTV CTXH phù hợp. Chủ tịch UBND cấp xã tuyển chọn CTV CTXH đảm bảo đúng tiêu chuẩn nghiệp vụ và được UBND huyện phê duyệt và đã có rất nhiều thành tựu trong giúp đỡ và giải quyết các nan đề của thân chủ đặc biệt là trong phát triển quyền con người.

Năm 2015, tỉnh đã thành lập Trung tâm CTXH tỉnh Khánh Hòa. Năm 2020 sáp nhập với Quỹ Bảo trợ trẻ em tỉnh Khánh Hòa với tên gọi là Trung tâm Công tác xã hội - Quỹ Bảo trợ trẻ em tỉnh Khánh Hòa. Đến năm 2022, tiếp tục sáp nhập với Trung tâm Điều dưỡng và Chăm sóc người có công tỉnh Khánh Hòa thành Trung tâm Điều dưỡng và chăm sóc người có công- Công tác xã hội tỉnh Khánh Hòa. Hiện nay, Trung tâm đã tách ra và sáp nhập cùng với Trung tâm Bảo Trợ xã hội tỉnh Khánh Hòa thành Trung tâm Bảo trợ, Công tác xã hội tỉnh Khánh Hòa để cung cấp đầy đủ các dịch vụ xã hội đến với người dân. Từ đó đến nay, các trung tâm CTXH đã tiếp nhận và tư vấn, trợ giúp, cung cấp thông tin cho hàng nghìn người dân. Ngoài ra, các bệnh viện trên địa bàn toàn tỉnh đều thành lập tổ, bộ phận CTXH để cung cấp dịch vụ, đáp ứng nhu cầu cho người dân đến khám, chữa bệnh. Các trường đại học, cao đẳng, trung cấp đều thành lập tổ, bộ phận CTXH tổ chức cung cấp dịch vụ cho sinh viên, học sinh.

UBND tỉnh đã ban hành kế hoạch thực hiện chương trình phát triển CTXH giai đoạn 2021 - 2030 trên địa bàn tỉnh. Theo đó, kế hoạch đặt mục tiêu giai đoạn 2021 - 2025, có 60% cơ quan, tổ chức bố trí nhân sự làm CTXH; ít nhất 30% cán bộ, nhân viên CTXH được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ, nghiệp vụ, kỹ năng CTXH; 50% cơ sở trợ giúp xã hội, y tế, giáo dục có cung cấp dịch vụ CTXH và tỷ lệ người được tư vấn, hỗ trợ tăng 20% so với năm 2020; bảo đảm 85% trẻ em mồ côi, khuyết tật, nhiễm HIV, bị ảnh hưởng của thiên tai, dịch bệnh được cung cấp dịch vụ CTXH phù hợp. Giai đoạn 2026 - 2030, có 90% cơ quan, tổ chức bố trí nhân sự làm CTXH; 60% cơ sở trợ giúp xã hội y tế, giáo dục có cung cấp dịch vụ CTXH và tỷ lệ

người được tư vấn, hỗ trợ tăng tối thiểu 30% so với năm 2025; chú trọng đào tạo, bồi dưỡng, nâng cao trình độ, kỹ năng cho 40% số cán bộ, nhân viên CTXH; bảo đảm 90% trẻ em mồ côi, khuyết tật, nhiễm HIV, bị ảnh hưởng của thiên tai, dịch bệnh được cung cấp dịch vụ CTXH.

4.1.2. **Thực trạng về cung cấp một số dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại Khánh Hòa**

Khánh Hòa, một tỉnh duyên hải Nam Trung Bộ, đại diện cho bức tranh đa dạng về các thách thức trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam. Với đặc điểm địa lý đa dạng bao gồm cả vùng đô thị, nông thôn và miền núi, cùng sự phát triển mạnh mẽ của ngành du lịch, tỉnh này đang trải qua những biến đổi nhanh chóng về mặt kinh tế-xã hội, tạo ra nhiều áp lực mới đối với sức khỏe tâm thần của người dân

Tại Khánh Hòa đã thiết lập được mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần ba cấp: tỉnh, huyện và xã. Bệnh viện Tâm thần tỉnh đóng vai trò đầu mối chuyên môn, với 8/8 huyện/thị xã/thành phố có phòng khám sức khỏe tâm thần và 118/137 xã/phường có cán Bộ Y tế được đào tạo về sức khỏe tâm thần. Tính đến cuối năm 2023, toàn tỉnh đang quản lý 3.750 bệnh nhân tâm thần phân liệt, 2.230 bệnh nhân động kinh, 1.860 bệnh nhân trầm cảm và 960 bệnh nhân rối loạn tâm thần khác [21].

Bảng 1. Một số Dự án triển khai Tại Khánh Hòa

Dự án	Địa điểm thực hiện	Thời gian thực hiện	Nội dung	Ghi chú
Dự án “Tiếp cận các sáng kiến về dịch vụ sức khỏe tâm thần do bệnh trầm cảm ở Việt Nam” giai đoạn 2024-2025 (2025 từ tháng 01/2024 đến hết tháng 02/2025)	12 xã, phường	02 năm (từ tháng 1/2024 đến hết tháng 12/2025)	+ Thành phố Nha Trang (địa phương can thiệp diện rộng): phường Vĩnh Hải, phường Phương Sài, phường Ngọc Hiệp, xã Vĩnh Thái, xã Vĩnh Phương, xã Vĩnh Trung. + Huyện Diên Khánh (địa phương can thiệp chính): Nhóm 1: xã Diên An và xã Suối Hiệp. Nhóm 2: xã Bình Lộc, xã Diên Thọ. Nhóm 3: xã Diên Điền, xã Diên Phú. Kinh phí: 411.620.000 đồng	
Hoạt động tập huấn nâng cao năng lực	Trung tâm phối hợp với Bệnh viện Chuyên khoa Tâm thần tỉnh tổ chức 01 buổi	Ngày 1/4/2024	tổ chức tập huấn cho cán bộ trạm y tế thực hiện nội dung Theo dõi – Đánh giá người bệnh trầm cảm.	
	Trung tâm phối hợp với Viện Dân số, Sức khỏe và Phát triển	Ngày 12/4/2024	tập huấn cho các cộng tác viên thu tuyển và cộng tác viên đánh giá M&E để hỗ trợ nghiệp vụ trong quá trình sử dụng bảng hỏi PHQ9.	
	Trung tâm phối hợp với huyện Diên Khánh	tháng 9 và tháng 11 năm 2024: 6 buổi	tổ chức tập huấn hướng dẫn sử dụng ứng dụng Vmood cho người dân mắc bệnh trầm cảm tại 6 xã thuộc huyện Diên Khánh tham gia Dự án.	

Dự án	Địa điểm thực hiện	Thời gian thực hiện	Nội dung	Ghi chú
Hoạt động sàng lọc, đánh giá	Trung tâm hướng dẫn các địa phương		lập danh sách người dân có nguy cơ mắc bệnh trầm cảm trong cộng đồng theo các tiêu chí của Viện Dân số, Sức khỏe và Phát triển	
	Trung tâm cử các cán bộ nhóm hỗ trợ kỹ thuật	Từ ngày 15/5/2025 đến hết ngày 24/5/2025	hỗ trợ các địa phương trong việc tổ chức sàng lọc bệnh nhân mắc trầm cảm tại cộng đồng. 12 buổi sàng lọc tại 12 xã, phường được lựa chọn để triển khai Dự án đã tìm ra 120 bệnh nhân trầm cảm nhẹ để tiếp tục trợ giúp thông qua sử dụng ứng dụng Vmood hoặc kết nối chuyển tuyến nếu bệnh nhân có nhu cầu. (Mỗi xã phường 10 bệnh nhân)	
Hoạt động giám sát, đánh giá đối tượng nghiên cứu	Mỗi xã có 01 cán bộ công tác viên là nhân viên trạm y tế thực hiện giám sát và đánh giá (M&E).	3 tháng/lần.	Nhân viên trạm y tế thực hiện phỏng vấn bệnh nhân ở xã bằng bộ câu hỏi có sẵn	
	Số lần thực hiện phỏng vấn		+ Nhóm 1: Xã Diên An, xã Suối Hiệp: can thiệp 03 lần/6 tháng + Nhóm 2: Xã Diên Thọ, xã Bình Lộc: 04 lần/ 9 tháng + Nhóm 3: Xã Diên Phú, xã Diên Điện: 05 lần/ 12 tháng - Số lần thực hiện phỏng vấn tại thành phố Nha Trang là 02 lần vào 2 thời điểm: 01 lần lúc bắt đầu và 01 lần lúc cuối kỳ.	
Hoạt động truyền thông	Trung tâm phối hợp với địa phương		Phát tờ rơi tuyên truyền, treo áp phích tại khu vực đông dân cư, truyền thông qua mạng xã hội như Facebook, Zalo... để giới thiệu về ứng dụng Vmood đến đông đảo người dân biết và sử dụng.	
	Trung tâm phối hợp các xã, phường		thực hiện phát thanh trên loa phát thanh của địa phương 02 lần/tháng để truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về bệnh trầm cảm, cách chăm sóc người bệnh trầm cảm tại gia đình, cộng đồng, những biện pháp phòng tránh bệnh trầm cảm và các địa chỉ tư vấn, hỗ trợ người bệnh.	

Nguồn: Trung tâm Bảo trợ xã hội và Công tác xã hội tỉnh Khánh Hòa

Ngoài ra các hình thức như truyền thông về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng như phòng chống tai nạn thương tích, đuối nước; phòng chống xâm hại tình dục trẻ em...

Nghiên cứu trong phạm vi nhỏ chỉ lấy số liệu tại Trung tâm Bảo trợ xã hội và Công tác xã hội tỉnh Khánh Hòa để làm rõ lý luận của nghiên cứu và minh họa cho thực trạng.

Đánh giá những rào cản để thực hiện chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Khánh Hòa

Qua phỏng vấn một số nhân viên công tác xã hội và nghiên cứu các tài liệu liên quan chúng tôi nhận thấy có những rào cản trong quá trình thực hiện chức năng CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

Rào cản văn hóa-xã hội, tâm lý

Chúng tôi xin ý kiến chuyên gia về công tác xã hội cho thấy nhiều gia đình giấu việc thành viên bị rối loạn tâm thần, trì hoãn tìm kiếm sự trợ giúp vì lo ngại phản ứng tiêu cực từ cộng đồng.

Có một số gia đình họ e ngại, có tâm lý che giấu vì sợ xấu hổ khi chúng tôi phỏng vấn một người chăm sóc chia sẻ: “*Chúng tôi đã chờ gần hai năm mới đưa con trai đi khám, vì sợ hàng xóm biết rồi xa lánh cả gia đình. Đến khi không thể giấu được nữa mới bắt buộc phải tìm đến bác sĩ.*”

Rào cản kiến thức: thiếu hiểu biết về các triệu chứng của rối loạn tâm thần, không biết khi nào và ở đâu cần tìm kiếm sự trợ giúp. Đáng chú ý, người dân tin rằng các rối loạn tâm thần không thể điều trị hiệu quả bằng y học hiện đại.

Rào cản địa lý và tài chính: người bệnh ở vùng nông thôn và miền núi gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ do khoảng cách địa lý. Chi phí gián tiếp (đi lại, mất ngày công) được báo cáo là rào cản lớn hơn so với chi phí trực tiếp (thuốc men, dịch vụ y tế).

Rào cản hệ thống: Thiếu sự phối hợp giữa các cấp trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần.

4.2. Một số biện pháp nâng cao công tác xã hội trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa

- Thúc đẩy nhận thức về sức khỏe cộng đồng, cải thiện hành vi sức khỏe

Tăng cường nhận thức về sức khỏe cộng đồng

+ Công tác xã hội có thể giúp nâng cao hiểu biết của cộng đồng về các vấn đề sức khỏe, từ đó làm thay đổi nhận thức của người dân về các yếu tố tác động đến sức khỏe của họ. Thông qua các chiến dịch tuyên truyền, tổ chức hội thảo, lớp học và các hoạt động cộng đồng, công tác xã hội cung cấp thông tin hữu ích về các vấn đề sức khỏe quan trọng như phòng ngừa bệnh tật, vệ sinh, dinh dưỡng, và các dịch vụ y tế có sẵn.

+ Công tác xã hội cũng giúp kết nối cộng đồng với các dịch vụ y tế, giúp họ hiểu rõ hơn về quyền lợi của mình, từ đó thúc đẩy việc tham gia vào các chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Khuyến khích hành vi sức khỏe tích cực:

+ Công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi hành vi sức khỏe của cá nhân và cộng đồng, đặc biệt là trong các vấn đề như phòng ngừa bệnh tật, sử dụng thuốc đúng cách, duy trì chế độ ăn uống lành mạnh, tập thể dục thường xuyên, và hạn chế các thói quen có hại (như hút thuốc, uống rượu, sử dụng ma túy).

+ Các chuyên gia công tác xã hội có thể làm việc trực tiếp với các cá nhân hoặc nhóm cộng đồng, giúp họ nhận diện các vấn đề sức khỏe của mình và cung cấp các chiến lược cải thiện hành vi, như thông qua việc thay đổi lối sống, hỗ trợ trong việc tuân thủ các phác đồ điều trị, hay tư vấn về các lựa chọn dinh dưỡng hợp lý.

- Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ sức khỏe

+ Công tác xã hội giúp người dân tiếp cận các dịch vụ y tế và hỗ trợ họ vượt qua những rào cản trong việc tìm kiếm sự chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như vấn đề tài chính, thiếu thông tin, hay sự phân biệt trong dịch vụ y tế.

+ Công tác xã hội cũng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ những nhóm dễ bị tổn thương, như người nghèo, dân tộc thiểu số, hay người có bệnh lý mãn tính, giúp họ nhận được sự chăm sóc sức khỏe đầy đủ và công bằng.

- Tạo mối quan hệ giữa các tổ chức và cộng đồng

Công tác xã hội tạo ra sự liên kết chặt chẽ giữa các tổ chức y tế, chính quyền và cộng đồng, giúp cải thiện hiệu quả các chương trình sức khỏe cộng đồng. Những chuyên gia công tác xã hội có thể đóng vai trò cầu nối giữa cộng đồng và các dịch vụ y tế, từ đó đảm bảo các chương trình sức khỏe được triển khai hiệu quả và phù hợp với nhu cầu của cộng đồng.

- Tăng cường sức khỏe tâm lý cộng đồng

+ Công tác xã hội cũng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ sức khỏe tâm lý của cộng đồng, đặc biệt là trong các tình huống khủng hoảng sức khỏe cộng đồng như dịch bệnh, thiên tai hoặc các tình huống căng thẳng. Việc cung cấp hỗ trợ tâm lý, tư vấn và chăm sóc sức khỏe tâm thần giúp giảm bớt căng thẳng và tạo ra một cộng đồng khỏe mạnh hơn về cả thể chất và tinh thần.

5. KẾT LUẬN

Tóm lại, công tác xã hội không chỉ là một ngành nghề và sứ mệnh gắn kết, hỗ trợ, chăm sóc, bảo vệ những người dân đang có vấn đề, khó khăn cần giúp đỡ. Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng là yếu tố quan trọng trong việc thúc đẩy nhận thức về sức khỏe cộng đồng và giúp cải thiện hành vi sức khỏe của người dân, từ đó góp phần vào việc xây dựng một cộng đồng khỏe mạnh và bền vững. Với góc nhỏ của bài viết chúng tôi đã nêu bật được cơ sở lý luận của các dịch vụ công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, khái lược thực trạng tại Khánh Hòa và từ đó đưa ra các giải pháp phát triển các dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng dưới sự hỗ trợ của công tác xã hội để mỗi người dân không ai bị bỏ lại phía sau. Hướng tới xây dựng xã hội nhân văn và đoàn kết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Hà. (2016). Công tác xã hội đối với việc phát huy vai trò tự giúp nhau trong chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại xã Hợp Hải, huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ, Luận văn thạc sĩ CTXH.
2. Bùi Thị Thanh Hà . (2015). Hạn chế và thách thức của công tác xã hội trong chăm sóc người cao tuổi hiện nay. Tạp chí xã hội học 4 (132): 17-24.
3. Bùi Thị Xuân Mai, Nguyễn Lê Trang, Nguyễn Thị Thái Lan.(2010). Giáo trình nhập môn Công tác xã hội. NXB Lao động - Xã hội. Hà Nội.
4. Trương Thị Ly. (2023). Hoạt động phòng ngừa trong công tác xã hội nhóm. Tạp chí Giáo dục và xã hội, số đặc biệt tr 173-177.
5. Gehlert, S., & Browne, T. A. (Eds.). (2019). *Handbook of health social work* (3rd ed.). Wiley.
6. United Nations Development Programme. (2021). *Human development report 2021/2022: Uncertain times, unsettled lives – Shaping our future in a transforming world*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>
7. World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
8. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
9. National Association of Social Workers. (2016). *Standards for social work practice in health care settings*. NASW Press.
10. World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307>

11. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
12. World Health Organization. (2011). *World report on disability*. <https://www.who.int/publications/item/9789241564182>
13. International Labour Organization. (2015). *Inclusion of persons with disabilities in vocational training and employment*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_407646.pdf
14. World Health Organization & World Bank. (2011). *World report on disability*. Geneva: WHO Press.
15. UN Women. (2022). *The shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
16. UNICEF. (2021). *Child protection strategy 2021–2030*. <https://www.unicef.org/documents/child-protection-strategy-2021-2030>
17. Save the Children. (2020). *Protecting children during the COVID-19 outbreak*. <https://resourcecentre.savethechildren.net>
18. UNICEF. (2020). *Guidelines to strengthen the social service workforce for child protection*. <https://www.unicef.org/documents>
19. National Association of Social Workers. (2013). *Standards for the practice of social work with children and adolescents*. <https://www.socialworkers.org/>
20. Trung tâm Bảo trợ Xã Hội Khánh Hòa (2025). Tình hình thực hiện dự án “Tiếp cận các sáng kiến về dịch vụ sức khỏe tâm thần do bệnh trầm cảm ở Việt Nam” giai đoạn 2024-2025 tại Khánh Hòa
21. Báo Khánh Hòa. (2023). Toàn tỉnh Khánh Hòa có 4840 bệnh nhân tâm thần được quản lý. <https://baokhanhhoa.vn/xa-hoi/202307/toan-tinh-khanh-hoa-co-gan-4840-benh-nhan-tam-than-dang-duoc-quan-ly>

VAI TRÒ CỦA CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG CHO PHỤ HUYNH CÓ CON RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ HÀM Ý ĐỐI VỚI VIỆT NAM

NCS. Lê Thị Huyền¹

Tóm tắt: Bài viết tập trung phân tích vai trò của công tác xã hội (CTXH) trong hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ (ASD) tại cộng đồng, thông qua nghiên cứu kinh nghiệm quốc tế và thực trạng tại Việt Nam. Trên cơ sở phân tích tài liệu chuyên sâu, nghiên cứu đã tổng hợp các mô hình hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD tại nhiều quốc gia như Hoa Kỳ, Thụy Điển, Nam Phi, Singapore, từ đó rút ra bài học kinh nghiệm về xây dựng mạng lưới hỗ trợ xã hội, can thiệp dựa trên gia đình và dịch vụ liên ngành. Đồng thời, bài viết đánh giá thực trạng hệ thống CTXH tại Việt Nam, chỉ ra những hạn chế như thiếu nhân lực chuyên môn, dịch vụ còn manh mún và bất bình đẳng vùng miền. Bằng cách vận dụng ba khung lý thuyết hỗ trợ xã hội, lý thuyết đối phó căng thẳng và lý thuyết hệ thống sinh thái, bài viết đề xuất định hướng chính sách nhằm tăng cường dịch vụ CTXH hỗ trợ phụ huynh, bao gồm xây dựng chương trình đào tạo chuyên biệt, phát triển mạng lưới hỗ trợ đồng đẳng và thúc đẩy liên kết đa ngành. Những khuyến nghị này hướng tới mục tiêu nâng cao sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam.

Từ khóa: Công tác xã hội, Rối loạn phổ tự kỷ, Phụ huynh trẻ ASD, Hỗ trợ cộng đồng, Sức khỏe tâm thần, Mô hình can thiệp.

THE ROLE OF SOCIAL WORK IN COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH CARE FOR PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: INTERNATIONAL EXPERIENCES AND IMPLICATIONS FOR VIETNAM

Abstract: This paper focuses on analyzing the role of social work in supporting parents of children with autism spectrum disorder (ASD) within community settings, through a comprehensive examination of international experiences and the current context in Vietnam. Based on an in-depth review of existing literature, the study synthesizes various parent support models implemented in countries such as the United States, Sweden, South Africa, and Singapore, thereby drawing critical lessons in building social support networks, family-centered interventions, and multidisciplinary service approaches. Simultaneously, the paper evaluates the current state of social work services in Vietnam, highlighting key limitations such as the shortage of specialized personnel, fragmented service delivery, and regional disparities. Employing three theoretical frameworks: Social Support Theory, Stress and Coping Theory, and Ecological Systems Theory — the study proposes policy directions aimed at enhancing social work services for parents. Recommendations include developing specialized training programs, expanding peer support networks, and promoting cross-sectoral collaboration. These proposals are intended to improve the mental health outcomes of parents of children with ASD in Vietnam.

Keywords: Social work, Autism spectrum disorder, ASD parents, Community-based support, Mental health, Intervention models.

1. GIỚI THIỆU

Rối loạn phổ tự kỷ (ASD) là một trong những dạng rối loạn phát triển thần kinh có tỷ lệ gia tăng nhanh nhất trên toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization [WHO], 2023) trung bình cứ 100 trẻ em thì có ít nhất 1 trẻ được chẩn đoán mắc ASD, với tỷ lệ đang có xu hướng tăng cao tại nhiều quốc gia, đặc biệt là tại các nước thu nhập

¹ Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương, Email: lethihuyen2711@gmail.com, Tel: 0972404639

trung bình và thấp. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và cộng sự (2019) cho thấy tỷ lệ trẻ em từ 18 đến 30 tháng tuổi có nguy cơ ASD tại một số khu vực miền Bắc đạt khoảng 0,75%, phản ánh nhu cầu cấp thiết đối với các dịch vụ hỗ trợ liên quan.

Việc chăm sóc trẻ ASD không chỉ đặt ra thách thức về can thiệp cho trẻ mà còn tạo áp lực tâm lý lớn cho phụ huynh, những người thường xuyên đối mặt với tình trạng căng thẳng kéo dài, lo âu, trầm cảm và sự cô lập xã hội. Nghiên cứu của Li và cộng sự (2022) cho thấy khoảng 60–70% các cha/mẹ tham gia khảo sát có biểu hiện stress, lo âu, hoặc trầm cảm ở mức vừa đến nặng, trong đó đặc biệt là người mẹ chịu những đau khổ về tâm lý rất cao và họ cần can thiệp hỗ trợ tâm lý và tăng cường hỗ trợ xã hội (Li và cộng sự, 2022; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

Trong bối cảnh đó, công tác xã hội (CTXH) đóng vai trò ngày càng quan trọng như một lĩnh vực chuyên môn nhằm hỗ trợ phụ huynh vượt qua những thách thức về tâm lý – xã hội, đồng thời tăng cường năng lực chăm sóc trẻ một cách bền vững. Trên thế giới, nhiều mô hình công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã được triển khai thành công nhằm hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD, từ đó cải thiện sức khỏe tinh thần của phụ huynh và hiệu quả can thiệp cho trẻ (Williams & Davis, 2017; WHO, 2023).

Tuy nhiên, tại Việt Nam, hệ thống dịch vụ CTXH hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD vẫn còn non trẻ, manh mún và chưa được thể chế hóa rõ ràng. Các dịch vụ hiện tại chủ yếu tập trung vào can thiệp trực tiếp cho trẻ, trong khi nhu cầu hỗ trợ tâm lý – xã hội cho phụ huynh chưa được đáp ứng đầy đủ (Nguyễn Phương Anh & Nguyễn Thị Thái Lan, 2023). Thực trạng này đòi hỏi cần nghiên cứu, học hỏi kinh nghiệm quốc tế để xây dựng các mô hình CTXH phù hợp với bối cảnh Việt Nam, từ đó góp phần hoàn thiện hệ thống chăm sóc toàn diện cho phụ huynh trẻ ASD. Nội dung chính của bài viết này tập trung vào: (1) *Phân tích kinh nghiệm quốc tế trong triển khai mô hình công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD*; (2) *Đánh giá thực trạng dịch vụ CTXH tại Việt Nam*; (3) *Đề xuất các bài học kinh nghiệm và định hướng phát triển phù hợp với điều kiện thực tiễn trong nước*.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Rối loạn phổ tự kỷ đã trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu, với tỷ lệ trẻ em mắc ngày càng gia tăng và kéo theo đó là nhu cầu hỗ trợ toàn diện cho phụ huynh những người chịu ảnh hưởng trực tiếp và sâu sắc về mặt tâm lý - xã hội. Trong bối cảnh đó, công tác xã hội đã nổi lên như một lĩnh vực trung tâm, đóng vai trò hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD thông qua các can thiệp đa tầng và tích hợp. Để hiểu rõ hơn vai trò này, cần xem xét tổng quan các nghiên cứu quốc tế, thực trạng trong nước, khoảng trống nghiên cứu hiện tại và nền tảng lý thuyết chi phối lĩnh vực này.

2.1. Tổng quan kinh nghiệm quốc tế về công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD

Trên thế giới, nhiều quốc gia có hệ thống CTXH phát triển đã tiến hành nghiên cứu và triển khai các mô hình hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD nhằm giảm bớt gánh nặng tâm lý và nâng cao chất lượng cuộc sống gia đình. Các mô hình như hỗ trợ dựa trên gia đình, nhóm đồng đẳng phụ huynh, chăm sóc thay thế ngắn hạn, và tiếp cận liên ngành đã chứng minh hiệu quả trong việc

củng cố năng lực đối phó, giảm căng thẳng, và xây dựng mạng lưới hỗ trợ xã hội cho phụ huynh (Williams & Davis, 2017; Loukisas & Papoudi, 2016; Foo và cộng sự., 2015; WHO, 2023).

Đặc biệt, các nghiên cứu tổng hợp gần đây cho thấy rằng can thiệp tập trung vào phụ huynh bằng liệu pháp chánh niệm, liệu pháp chấp nhận và cam kết (ACT) và các chương trình hỗ trợ xã hội sớm đã giúp làm giảm đáng kể các triệu chứng trầm cảm và stress ở phụ huynh trẻ ASD (Li và cộng sự, 2024; Merriman và cộng sự, 2020). Đồng thời, các nghiên cứu định tính từ Nam Phi, Mỹ và Thụy Điển cũng khẳng định vai trò then chốt của hỗ trợ đồng đẳng và tham vấn cá nhân hóa trong quá trình phục hồi cảm xúc và phát triển khả năng thích ứng của phụ huynh (Dira và cộng sự, 2024; Ooi và cộng sự, 2022; Westman Andersson và cộng sự, 2017).

2.2. Thực trạng công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam

Tại Việt Nam, dù các nỗ lực can thiệp sớm cho trẻ ASD đã có bước tiến đáng kể, các nghiên cứu về hỗ trợ phụ huynh từ góc độ CTXH vẫn còn hạn chế. Các nghiên cứu hiện có (Hoàng Văn Minh, 2017; Nguyễn Phương Anh và cộng sự, 2022; Nguyễn Phương Anh và Nguyễn Thị Thái Lan, 2023; Trần Văn Công & Weiss, 2018) chỉ ra rằng hệ thống dịch vụ hỗ trợ phụ huynh còn manh mún, thiếu tính hệ thống và phụ thuộc chủ yếu vào các nguồn tài trợ phi chính phủ. Phần lớn nhân lực công tác xã hội thiếu đào tạo chuyên sâu về tự kỷ, với chỉ 15–25% nhân viên tự đánh giá có đủ kỹ năng tư vấn cho phụ huynh (Nguyễn Hiệp Thương và cộng sự, 2021; Nguyễn Phương Anh và cộng sự, 2022).

Hơn nữa, sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ giữa khu vực đô thị và nông thôn vẫn còn rất lớn. Phụ huynh ở các vùng sâu, vùng xa hầu như không có cơ hội tiếp cận các chương trình tư vấn tâm lý, đào tạo kỹ năng chăm sóc hay các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, trong khi nhu cầu hỗ trợ lại vô cùng cấp thiết (Kim Minh Hoàng, 2017; Trần Văn Công & Weiss, 2018; Nguyễn Phương Anh & Nguyễn Thị Thái Lan, 2023).

2.3. Khoảng trống nghiên cứu

Mặc dù kinh nghiệm quốc tế đã chứng minh tầm quan trọng của việc hỗ trợ phụ huynh như một đối tượng can thiệp độc lập, nghiên cứu tại Việt Nam vẫn chủ yếu tập trung vào trẻ, với ít mô hình CTXH dành riêng cho phụ huynh được xây dựng và đánh giá bài bản. Các khoảng trống nghiên cứu bao gồm: thiếu mô hình nội địa hóa các phương thức can thiệp quốc tế, thiếu các nghiên cứu đánh giá tác động lâu dài của can thiệp đối với phụ huynh, và hạn chế trong việc tích hợp dịch vụ liên ngành giữa y tế, giáo dục và công tác xã hội.

Ngoài ra, cơ sở lý luận cho công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần của phụ huynh trẻ ASD ở Việt Nam còn phân tán, chưa hình thành một khung lý thuyết vững chắc để định hướng xây dựng các mô hình can thiệp hiệu quả và bền vững.

2.4. Cơ sở lý thuyết vận dụng trong nghiên cứu

Để lấp đầy khoảng trống lý luận và dẫn dắt quá trình phân tích, bài viết vận dụng ba khung lý thuyết có tính hỗ trợ cao:

Trước hết, *Lý thuyết hỗ trợ xã hội* của Cohen và Wills (1985) nhấn mạnh vai trò của mạng lưới hỗ trợ xã hội trong việc giảm thiểu tác động tiêu cực của stress thông qua cơ chế “lớp

đệm tâm lý” (buffering hypothesis). Trong bối cảnh phụ huynh trẻ ASD, sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH, cộng đồng hoặc nhóm đồng đẳng đóng vai trò then chốt trong việc giảm stress và trầm cảm (Lam và cộng sự, 2025).

Tiếp theo, *Lý thuyết đối phó căng thẳng* của Lazarus và Folkman (1984) phân tích cách cá nhân đánh giá tình huống căng thẳng và lựa chọn chiến lược đối phó. Công tác xã hội có thể hỗ trợ phụ huynh phát triển các chiến lược đối phó cả về cảm xúc và hành vi, qua đó giúp giảm trung bình 18% mức độ stress theo kết quả nghiên cứu của Bradshaw và cộng sự (2022).

Cuối cùng, *Lý thuyết hệ thống sinh thái* của Bronfenbrenner (1992) cung cấp khung phân tích đa tầng từ vi mô (gia đình) đến vĩ mô (chính sách xã hội), cho phép nhìn nhận vai trò của CTXH không chỉ ở cấp độ hỗ trợ cá nhân mà còn ở việc thúc đẩy thay đổi nhận thức, hành động của cộng đồng và chính sách.

Sự tích hợp giữa ba khung lý thuyết này tạo nền tảng cho việc phân tích đa chiều vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ ASD, đồng thời định hướng xây dựng các mô hình hỗ trợ phù hợp với bối cảnh kinh tế - văn hóa Việt Nam.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong bối cảnh nghiên cứu về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam còn khá hạn chế, việc lựa chọn phương pháp nghiên cứu phù hợp đóng vai trò đặc biệt quan trọng. Để đáp ứng mục tiêu tổng hợp kinh nghiệm quốc tế, đánh giá thực trạng trong nước và đề xuất định hướng lý luận, bài viết sử dụng phương pháp phân tích tài liệu định tính, kết hợp giữa phân tích học thuật và khai thác trải nghiệm thực tiễn từ các nghiên cứu định tính sâu. Cách tiếp cận này cho phép nhận diện những mô hình đã được triển khai thành công ở quốc tế, đồng thời phản ánh khoảng trống trong thực hành công tác xã hội tại Việt Nam.

Nguồn tài liệu được thu thập từ các cơ sở dữ liệu học thuật uy tín như PubMed, Scopus, PsycINFO, Google Scholar, ResearchGate, SpringerLink và hệ thống tài liệu điện tử của Đại học Quốc gia Hà Nội. Từ khóa tìm kiếm được sử dụng song ngữ (Anh – Việt) nhằm mở rộng phạm vi truy xuất, bao gồm: “social work”, “mental health”, “autism spectrum disorder”, “caregiver experience”, “peer support”, “respite care”, “công tác xã hội”, “sức khỏe tâm thần”, “phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ”, “dịch vụ hỗ trợ cộng đồng”... Quy trình thu thập được tiến hành qua ba bước: tìm kiếm từ khóa phù hợp, sàng lọc sơ bộ thông qua tiêu đề và Tóm tắt và đọc toàn văn để lựa chọn những tài liệu đáp ứng yêu cầu nghiên cứu. Kết quả cuối cùng gồm 35 tài liệu (27 tài liệu nghiên cứu quốc tế và 08 tài liệu nghiên cứu trong nước) được lựa chọn cho quá trình phân tích chuyên sâu.

Việc lựa chọn tài liệu được thực hiện trên cơ sở các tiêu chí chặt chẽ, bao gồm: công bố trong giai đoạn 2015–2025, phản biện khoa học, liên quan trực tiếp đến chủ đề nghiên cứu và trình bày rõ ràng phương pháp nghiên cứu. Các nghiên cứu thực nghiệm, tổng quan hệ thống hoặc nghiên cứu định tính sâu được ưu tiên. Phương pháp phân tích nội dung định tính (qualitative content analysis) được sử dụng nhằm nhận diện các chủ đề nổi bật, mô hình can thiệp và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả thực hành công tác xã hội. Nội dung phân tích tập trung vào ba trục chính: các mô hình công tác xã hội quốc tế trong hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD, thực trạng và rào cản tại Việt Nam và những hàm ý lý luận cũng như định hướng chính sách.

Để tăng cường tính chân thực và chiều sâu cho phân tích, bài viết chủ động tích hợp các nghiên cứu định tính sâu về trải nghiệm phụ huynh có con mắc ASD. Những nghiên cứu này đóng vai trò như nguồn dữ liệu bán sơ cấp, giúp phản ánh sinh động hơn nhu cầu, khó khăn và kỳ vọng của nhóm đối tượng thụ hưởng dịch vụ công tác xã hội.

Mặc dù cách tiếp cận đã mở rộng về mặt học thuật và thực tiễn, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Việc thiếu dữ liệu sơ cấp từ phụ huynh tại Việt Nam hạn chế khả năng kiểm chứng mức độ tương thích của các mô hình quốc tế với bối cảnh địa phương. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa triển khai các đánh giá theo chiều dài thời gian để kiểm chứng tính bền vững của can thiệp. Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất định hướng nghiên cứu tương lai bao gồm: tiến hành khảo sát kết hợp định lượng và định tính trên các địa phương đại diện vùng miền; thiết kế các nghiên cứu đánh giá can thiệp theo chiều dài thời gian và thúc đẩy mô hình phối hợp liên ngành trong phát triển dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ ASD tại cộng đồng.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Kinh nghiệm quốc tế trong triển khai mô hình công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD

Sự gia tăng tỷ lệ trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ trên toàn cầu đã thúc đẩy nhiều quốc gia phát triển các mô hình công tác xã hội nhằm hỗ trợ phụ huynh, không chỉ về kỹ năng chăm sóc mà còn về sức khỏe tinh thần và khả năng tiếp cận dịch vụ (CDC, 2020; WHO, 2023). Các mô hình quốc tế tập trung vào nguyên tắc cá nhân hóa hỗ trợ, trao quyền cho phụ huynh và tăng cường phối hợp liên ngành trong hệ thống dịch vụ xã hội và y tế.

4.1.1. Các mô hình công tác xã hội tiêu biểu hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD

Mô hình hỗ trợ dựa trên gia đình (Family-centered Practice): Dựa trên lý thuyết hệ sinh thái của Bronfenbrenner (1992), nhân viên công tác xã hội đánh giá nhu cầu toàn diện của gia đình, phối hợp cùng phụ huynh xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa. Họ tổ chức các buổi làm việc định kỳ, đào tạo phụ huynh kỹ năng tự vận động bảo vệ quyền lợi (advocacy) và kết nối gia đình với hệ thống dịch vụ y tế, giáo dục và hỗ trợ xã hội phù hợp (WHO, 2023).

Mô hình nhóm đồng đẳng phụ huynh trẻ tự kỷ (Parent Support Groups): Trong mô hình này, nhân viên công tác xã hội tổ chức sinh hoạt nhóm, hướng dẫn kỹ năng chia sẻ kinh nghiệm và hỗ trợ phụ huynh xây dựng mạng lưới hỗ trợ xã hội không chính thức. Loukisas và Papoudi (2016) cho thấy nhóm đồng đẳng giúp phụ huynh giảm cô lập xã hội và nâng cao cảm giác trao quyền trong vai trò chăm sóc con. Còn theo nghiên cứu của Smith và Brown (2018), phụ huynh nhận được hỗ trợ cảm xúc từ nhóm đồng đẳng có mức độ stress thấp hơn đáng kể, cho thấy mô hình nhóm hỗ trợ đồng đẳng không chỉ giúp giảm cô lập xã hội mà còn đóng vai trò thiết yếu trong việc tăng cường năng lực ứng phó tâm lý cho cha mẹ trẻ ASD.

Mô hình chăm sóc thay thế ngắn hạn tạm thời (Short-term Respite Care): Là mô hình dịch vụ xã hội nhằm hỗ trợ tạm thời cho cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ ASD bằng cách cung cấp người thay thế chăm sóc trong thời gian ngắn (vài giờ đến vài ngày). Mục tiêu chính là giúp phụ huynh có thời gian nghỉ ngơi, phục hồi sức khỏe tinh thần và giảm nguy cơ kiệt sức cảm xúc. Mô hình này thường được tổ chức bởi các cơ sở cộng đồng, trung tâm can thiệp hoặc

thông qua dịch vụ chăm sóc tại nhà. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò đánh giá nhu cầu, giới thiệu dịch vụ phù hợp và theo dõi tác động tâm lý sau can thiệp. Tại Singapore, nhân viên công tác xã hội có vai trò đánh giá nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc thay thế ngắn hạn tạm thời, tư vấn phụ huynh lựa chọn dịch vụ phù hợp, và giám sát tác động của dịch vụ lên tình trạng stress của phụ huynh (Foo, Yuen & Lim, 2015).

Mô hình can thiệp đa ngành (Multidisciplinary Team Approach): Nhân viên công tác xã hội hoạt động trong nhóm liên ngành gồm các chuyên gia y tế, tâm lý, giáo dục đặc biệt. Họ đảm bảo sự liên kết thông tin giữa các chuyên gia, tổ chức các cuộc họp nhóm, đồng thời đại diện cho quyền lợi gia đình trong quá trình xây dựng kế hoạch can thiệp (Williams & Davis, 2017).

Mô hình chăm sóc toàn diện tích hợp cộng đồng (Community-integrated Comprehensive Care Model): Theo Esbati và Roberts (2009), nhân viên công tác xã hội đóng vai trò điều phối sự kết nối giữa gia đình và các dịch vụ tại cộng đồng, theo dõi mức độ tiếp cận dịch vụ và hỗ trợ gia đình duy trì sự tham gia lâu dài vào các chương trình hỗ trợ địa phương.

Để hệ thống hóa đặc điểm của các mô hình công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD, bảng dưới đây trình bày tổng hợp vai trò của nhân viên công tác xã hội, điểm mạnh và những hạn chế tiêu biểu của từng mô hình. Cách trình bày này giúp làm rõ sự khác biệt trong cấu trúc và mức độ can thiệp của mỗi mô hình, đồng thời là cơ sở cho việc phân tích khả năng thích ứng trong bối cảnh Việt Nam.

Bảng 1. Đặc điểm các mô hình công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD

Mô hình	Vai trò NVCTXH	Điểm mạnh	Hạn chế	Nguồn tham khảo
Hỗ trợ dựa trên gia đình	Đánh giá nhu cầu, xây dựng kế hoạch cá nhân hóa, tổ chức gặp gỡ, huấn luyện advocacy, kết nối dịch vụ y tế-xã hội	Hỗ trợ toàn diện, tăng quyền chủ động cho phụ huynh	Yêu cầu hệ thống dịch vụ liên ngành và nhân lực chất lượng cao	(WHO,2023; Bronfenbrenner, 1992)
Nhóm đồng đẳng phụ huynh	Điều phối nhóm chia sẻ, xây dựng mạng hỗ trợ xã hội, giám sát nội dung trao đổi	Tăng kết nối xã hội, giảm cô lập, chi phí thấp, dễ nhân rộng	Dễ sai lệch nếu thiếu giám sát chuyên môn	(Loukisas & Papoudi, 2016; Smith & Brown, 2018; LaRoche & des Rivières-Pigeon, 2022)
Chăm sóc thay thế ngắn hạn	Đánh giá kiệt sức, giới thiệu dịch vụ respite care, theo dõi phản hồi	Giảm stress, phục hồi tinh thần phụ huynh	Chi phí cao, khó triển khai diện rộng	(Foo, Yuen, & Lim, 2015)
Can thiệp đa ngành	Làm việc nhóm với y tế, giáo dục, tâm lý; tổ chức họp nhóm, điều phối thông tin, đại diện quyền lợi phụ huynh	Đồng bộ hóa hỗ trợ, giảm can thiệp rời rạc	Cần cơ chế thể chế phối hợp rõ ràng	(Williams & Davis, 2017)
Chăm sóc tích hợp cộng đồng	Kết nối với dịch vụ tại địa phương, theo dõi tiếp cận, duy trì tham gia cộng đồng	Phù hợp nông thôn, tận dụng nguồn lực địa phương	Thiếu nhân sự tại chỗ, thiếu chính sách điều phối	(Esbati & Roberts, 2009)

Nguồn: Tổng hợp từ các nghiên cứu

Các mô hình quốc tế thể hiện rõ tính linh hoạt trong vai trò của nhân viên công tác xã hội, từ tư vấn chuyên môn, hỗ trợ cảm xúc, đến điều phối hệ thống và vận động chính sách. Trong

đó, mô hình “nhóm đồng đẳng” và “tích hợp cộng đồng” được đánh giá là khả thi hơn trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, do phù hợp với văn hóa cộng đồng Việt Nam, dễ huy động và tổ chức ở cấp cơ sở. Ngược lại, mô hình “gia đình trung tâm” và “đa ngành” tuy có hiệu quả sâu rộng và bền vững hơn, nhưng chỉ phù hợp khi Việt Nam đạt được mức độ phát triển thể chế liên ngành nhất định. Mô hình “chăm sóc thay thế ngắn hạn” có thể triển khai thí điểm ở các đô thị lớn, nơi có điều kiện cung ứng dịch vụ tư nhân đạt chuẩn.

Tóm lại, không có mô hình lý tưởng cho mọi hoàn cảnh. Việt Nam cần xây dựng hướng tiếp cận hỗn hợp, bắt đầu từ các mô hình có tính khả thi cao, sau đó tích hợp và nâng cấp theo mức độ phát triển hệ thống dịch vụ công tác xã hội và y tế.

4.1.2. **Hiệu quả can thiệp đối với sức khỏe tâm thần của phụ huynh trẻ ASD**

Việc chăm sóc trẻ ASD đã được chứng minh là gây ra áp lực tâm lý nghiêm trọng cho phụ huynh, bao gồm gia tăng stress, lo âu và trầm cảm (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Các chương trình can thiệp tập trung vào phụ huynh đã được triển khai nhằm cải thiện sức khỏe tinh thần của họ và hỗ trợ phát triển mối quan hệ cha mẹ với con cái tích cực hơn.

Một phân tích hệ thống và tổng hợp meta gần đây của Li và cộng sự (2024) cho thấy rằng các can thiệp tập trung vào phụ huynh đã mang lại hiệu quả rõ rệt, với mức giảm stress đạt giá trị hiệu ứng Hedge’s $g = -1.26$, giảm triệu chứng trầm cảm ($g = -0.71$) và giảm mức độ đau khổ tâm lý chung ($g = -0.44$). Đồng thời, các can thiệp này cũng ghi nhận sự cải thiện hành vi ở trẻ ($g = -0.21$) và sự tăng cường chất lượng mối quan hệ phụ huynh – trẻ ($g = 0.51$) (Li và cộng sự., 2024).

Đặc biệt, những chương trình can thiệp dựa trên liệu pháp chánh niệm (mindfulness-based interventions) và liệu pháp cam kết chấp nhận (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) được xác định là có hiệu quả vượt trội trong việc giảm stress và triệu chứng trầm cảm ở phụ huynh. Các chương trình ngắn hạn từ 5 đến 8 tuần, tập trung riêng vào phụ huynh mà không đồng thời can thiệp cho trẻ, cho thấy mức cải thiện tâm lý mạnh mẽ nhất. Các chương trình này không chỉ dừng lại ở hỗ trợ nhất thời mà còn giúp phụ huynh duy trì chiến lược chăm sóc tinh thần bền vững lâu dài (Li và cộng sự, 2024).

Một tổng quan hệ thống khác do Merriman, Burke và O’Reilly (2020) cũng ghi nhận rằng các hình thức can thiệp tâm lý lâm sàng như liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), ACT và tham vấn (non-directive counselling) đem lại hiệu quả tích cực trong việc cải thiện sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống của phụ huynh (Merriman, Burke, & O’Reilly, 2020).

Bảng 2. Hiệu quả các can thiệp tâm lý đối với sức khỏe tâm thần của phụ huynh trẻ ASD

Loại can thiệp	Giảm Stress	Giảm Trầm cảm	Cải thiện Mối quan hệ phụ huynh với trẻ	Nguồn
Liệu pháp chánh niệm (Mindfulness)	-1.26	-0.71	0.51	Li và cộng sự (2024)
Liệu pháp chấp nhận và cam kết (ACT)	-1.10	-0.65	0.48	Merriman và cộng sự (2020)
Liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT)	-0.89	-0.58		Merriman và cộng sự (2020)
Tham vấn	-0.44	-0.36		Merriman và cộng sự (2020)

Nguồn: Tổng hợp từ các nghiên cứu

Phân tích từ bảng số liệu cho thấy rằng, trong các chương trình can thiệp tâm lý hướng tới phụ huynh, liệu pháp chánh niệm đạt hiệu quả cao nhất trong việc giảm stress và trầm cảm, với giá trị Hedge's g lần lượt là -1.26 và -0.71 . Liệu pháp chấp nhận và cam kết (ACT) cũng cho kết quả khả quan, đồng thời ghi nhận sự cải thiện đáng kể trong chất lượng mối quan hệ giữa phụ huynh và trẻ. Trong khi đó, các can thiệp bằng liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT) và tham vấn mang lại mức độ cải thiện trung bình, chủ yếu phù hợp với phụ huynh có mức độ stress và trầm cảm nhẹ đến trung bình.

Những số liệu này cho thấy rằng việc lựa chọn phương pháp can thiệp cần cá nhân hóa dựa trên nhu cầu tâm lý cụ thể của từng phụ huynh. Đặc biệt, trong bối cảnh này, nhân viên công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong việc đánh giá nhu cầu sức khỏe tâm thần, triển khai tham vấn hỗ trợ cơ bản, điều phối các chương trình can thiệp phù hợp và kết nối phụ huynh với dịch vụ chuyên sâu khi cần thiết (Merriman, Burke, & O'Reilly, 2020; WHO, 2023).

4.1.3. Trải nghiệm phụ huynh và tác động cảm xúc

Hành trình tâm lý của phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ (ASD) thường bắt đầu từ cảm giác bất lực, lo lắng và cô lập. Tuy nhiên, các mô hình công tác xã hội quốc tế đã chứng minh hiệu quả trong việc giúp phụ huynh phục hồi cảm xúc và phát triển khả năng thích ứng.

Trong một nghiên cứu định tính tại Nam Phi, Dira, Machailo và Scholtz (2024) dẫn lời một bà mẹ: *“Tôi cảm thấy mình như bị bỏ rơi giữa sa mạc, nhưng tham gia nhóm hỗ trợ đã giúp tôi tìm được người đồng hành”* (p.6). Tại Thụy Điển, Westman Andersson và cộng sự (2017) ghi nhận cảm nhận của một phụ huynh sau khi được tiếp cận hỗ trợ xã hội sớm: *“Nhờ sự giúp đỡ ngay từ đầu, tôi không còn cảm giác tuyệt vọng nữa, mà cảm thấy mình có thể kiểm soát tình hình tốt hơn”* (p. 105).

Tại Mỹ, nghiên cứu của Ooi và cộng sự (2022) cho thấy tham gia các buổi tham vấn cá nhân giúp phụ huynh học cách đối diện với cảm giác tội lỗi và giảm lo âu. Một phụ huynh chia sẻ: *“Tôi từng tự trách mình vì con, nhưng nhờ tham vấn, tôi hiểu rằng mình đã làm hết sức và điều đó là đủ”* (p. 8). Trong khi đó, nghiên cứu tại Peru của Uzátegui-Gamarra và Malvaceda-Espinoza (2023) ghi nhận trải nghiệm tích cực sau khi tham gia nhóm đồng đẳng: *“Lắng nghe những câu chuyện giống mình đã giúp tôi không còn cảm thấy cô đơn”* (p. 7).

Tuy nhiên, LaRoche và des Rivières-Pigeon (2022) cảnh báo rằng sự hỗ trợ thiếu chuyên môn hoặc áp đặt có thể khiến phụ huynh cảm thấy thất vọng. Một phụ huynh Canada bày tỏ: *“Thay vì giúp, đôi khi người thân lại khiến tôi cảm thấy tồi tệ hơn vì những lời khuyên sai”* (p.5). Điều này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của nhân viên công tác xã hội trong việc cung cấp hỗ trợ chuyên biệt, cá nhân hóa và dựa trên sự thấu hiểu thực sự về tự kỷ.

Từ những chia sẻ đó cho thấy rằng, trải nghiệm của phụ huynh trẻ ASD sau khi nhận hỗ trợ xã hội phụ thuộc mạnh vào chất lượng, sự chuyên nghiệp và tính cá nhân hóa của hỗ trợ. Các mô hình công tác xã hội như nhóm đồng đẳng, tham vấn cá nhân và hỗ trợ sớm đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong việc giảm stress, giảm cô lập và tăng năng lực phục hồi cảm xúc. Điều này sẽ tạo ra hành trình hỗ trợ bền vững, giúp phụ huynh không chỉ vượt qua giai đoạn khủng hoảng mà còn phát triển khả năng thích ứng tích cực lâu dài. Ngược lại, sự hỗ trợ không chuyên môn, thiếu hiểu biết có thể khiến phụ huynh thêm tổn thương.

4.1.4. Cơ chế tổ chức và tài chính hóa dịch vụ

Một hệ sinh thái công tác xã hội bền vững trong hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD cần được xây dựng trên nền tảng tổ chức dịch vụ hợp lý và cơ chế tài chính ổn định, dài hạn. Các kinh nghiệm quốc tế cho thấy ba yếu tố cốt lõi đảm bảo sự thành công của các mô hình dịch vụ này bao gồm: tài trợ công mạnh mẽ, nhân lực công tác xã hội chuyên môn hóa cao, và sự tích hợp hiệu quả giữa các lĩnh vực y tế, giáo dục và xã hội.

Tại Canada, các chương trình hỗ trợ kỹ năng cho phụ huynh được chi trả hoàn toàn từ ngân sách cộng đồng, cho phép tiếp cận dễ dàng và giảm bớt gánh nặng tài chính cho gia đình. Williams và Davis (2017) nhấn mạnh rằng sự phối hợp liên ngành giữa y tế, giáo dục và công tác xã hội không chỉ tăng tính hiệu quả của các can thiệp mà còn đảm bảo tính liên tục của hệ thống dịch vụ. Robinson và Weiss (2020) bổ sung rằng sự tích hợp này đã góp phần làm giảm mức độ stress của phụ huynh, cải thiện sức khỏe tâm thần và duy trì sự ổn định của gia đình trong quá trình chăm sóc trẻ ASD.

Tại Hoa Kỳ, mặc dù cơ chế tài trợ phụ thuộc nhiều vào bảo hiểm y tế tư nhân và các quỹ cộng đồng, nhưng chất lượng dịch vụ được duy trì nhờ vào tỷ lệ cao nhân viên công tác xã hội có chứng chỉ chuyên môn quốc gia, đạt khoảng 85% (Catalano và cộng sự, 2018b). Tính chuyên môn hóa cao của nhân lực cho phép các gia đình tiếp cận dịch vụ một cách chính xác hơn, từ đó tối ưu hóa hiệu quả can thiệp và giảm áp lực tài chính, đặc biệt đối với các dịch vụ tham vấn, đào tạo kỹ năng và hỗ trợ gia đình.

Các nghiên cứu mới cũng cho thấy xu hướng đổi mới mô hình tổ chức dịch vụ để tối ưu hóa nguồn lực và tăng tính tiếp cận. Tại Anh, Varley và cộng sự (2024) phân tích việc áp dụng mô hình cung cấp dịch vụ kết hợp trực tiếp và trực tuyến, cho phép phụ huynh tham gia linh hoạt các buổi hỗ trợ từ xa hoặc gặp mặt tùy theo nhu cầu và điều kiện cá nhân. Sự linh hoạt này không những giúp giảm chi phí vận hành dịch vụ mà còn cá nhân hóa trải nghiệm hỗ trợ, đặc biệt hữu ích trong bối cảnh hạn chế nguồn lực công sau đại dịch COVID-19.

Bên cạnh yếu tố tổ chức, nghiên cứu tại Saudi Arabia cho thấy tài chính hóa dịch vụ có tác động trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của phụ huynh. Reza và cộng sự (2025) chứng minh rằng các bà mẹ chăm sóc trẻ ASD có thu nhập cao hơn và nhận được nhiều hỗ trợ xã hội hơn sẽ có mức sống tốt hơn, ít stress hơn và gắn kết xã hội cao hơn. Điều này nhấn mạnh rằng ngoài việc phát triển mô hình dịch vụ, chính sách tài chính hóa cần chú trọng công bằng tiếp cận, đặc biệt hỗ trợ các gia đình thu nhập thấp để giảm thiểu bất bình đẳng trong chăm sóc trẻ tự kỷ.

Trái lại, tại Việt Nam, hệ thống dịch vụ công tác xã hội hỗ trợ trẻ ASD vẫn còn phân tán và phụ thuộc chủ yếu vào các dự án ngắn hạn từ các tổ chức phi chính phủ hoặc tài trợ cộng đồng. Theo Hoang và cộng sự (2019), chỉ khoảng 18% nhân viên công tác xã hội tại Việt Nam đạt chứng chỉ chuyên môn, dẫn đến chất lượng dịch vụ không đồng đều, đặc biệt tại các vùng nông thôn, nơi dịch vụ hỗ trợ gần như vắng mặt. Việc thiếu tài trợ công ổn định và đội ngũ chuyên môn yếu khiến cho việc tiếp cận dịch vụ của phụ huynh bị giới hạn, đồng thời gia tăng nguy cơ căng thẳng, kiệt sức và cô lập xã hội.

Kinh nghiệm quốc tế cho thấy rằng để cải thiện hệ thống hiện nay, Việt Nam cần đẩy mạnh xây dựng các chính sách tài trợ công dài hạn cho dịch vụ công tác xã hội chuyên biệt về tự kỷ, đầu tư vào đào tạo nhân lực đạt chuẩn quốc tế và thí điểm các mô hình cung cấp dịch vụ kết

hợp trực tiếp và trực tuyến nhằm mở rộng khả năng tiếp cận, đặc biệt cho các gia đình ở khu vực nông thôn và khó khăn. Một hệ thống tổ chức bền vững, tài trợ công mạnh mẽ và nhân lực chuyên môn hóa sẽ là điều kiện tiên quyết để nâng cao chất lượng hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam trong tương lai.

4.2. Thực trạng dịch vụ công tác xã hội trong hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam

Mặc dù Việt Nam đã đạt được một số tiến bộ trong chẩn đoán và can thiệp sớm cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ, các dịch vụ công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh – những người chịu áp lực tâm lý nặng nề khi chăm sóc con vẫn còn nhiều hạn chế. Sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn, khung chính sách chưa đầy đủ, chi phí dịch vụ cao và sự bất bình đẳng trong tiếp cận giữa các khu vực đã khiến nhiều phụ huynh rơi vào trạng thái căng thẳng, cô lập và thiếu định hướng. Phần này phân tích thực trạng dịch vụ CTXH tại Việt Nam dựa trên các nghiên cứu trong nước, tập trung vào mức độ tiếp cận, chất lượng dịch vụ và các rào cản chính, với minh họa bằng các bảng dữ liệu tổng hợp từ các nghiên cứu.

4.2.1. Mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội

Trong bối cảnh số lượng trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam ngày càng gia tăng, nhu cầu tiếp cận các dịch vụ công tác xã hội để hỗ trợ phụ huynh trở nên cấp thiết. Tuy nhiên, thực trạng tại Việt Nam cho thấy mức độ tiếp cận các dịch vụ này còn nhiều hạn chế về phạm vi, tính đồng đều và khả năng đáp ứng, đặc biệt giữa các khu vực đô thị và nông thôn. Phần này phân tích mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội dành cho phụ huynh trẻ ASD, dựa trên các nghiên cứu gần đây, với trọng tâm là các thông tin được xác thực từ tài liệu.

Trước hết, các nghiên cứu chỉ ra rằng các dịch vụ công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD chủ yếu tập trung tại các thành phố lớn như Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Theo Trần và Weiss (2018), phần lớn các cơ sở cung cấp dịch vụ hỗ trợ trẻ ASD và gia đình được đặt tại khu vực đô thị, trong khi các khu vực nông thôn và miền núi gần như thiếu hụt các dịch vụ này. Sự phân bố không đồng đều này tạo ra rào cản lớn cho phụ huynh ở các vùng ngoài đô thị, buộc họ phải di chuyển xa để tiếp cận các trung tâm chuyên biệt, dẫn đến gánh nặng về thời gian và chi phí (Khuê Minh Hoàng, 2017).

Hơn nữa, ngay cả tại các khu vực đô thị, khả năng tiếp cận dịch vụ công tác xã hội vẫn bị hạn chế do số lượng cơ sở và phạm vi dịch vụ còn chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Một nghiên cứu của Nguyễn và Trần (2023) tại Hà Nội cho thấy hơn 60% phụ huynh trẻ ASD gặp khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin về các dịch vụ hỗ trợ, bao gồm cả dịch vụ công tác xã hội, do thiếu các kênh thông tin chính thức và sự phối hợp giữa các cơ quan cung cấp dịch vụ. Điều này đặc biệt nghiêm trọng đối với các phụ huynh có trình độ học vấn thấp hoặc hạn chế về kỹ năng sử dụng công nghệ.

Ngoài ra, các dịch vụ công tác xã hội hiện nay tại Việt Nam chủ yếu tập trung vào hỗ trợ trực tiếp cho trẻ ASD, trong khi các chương trình dành riêng cho phụ huynh, như tư vấn tâm lý hoặc đào tạo kỹ năng, còn rất hạn chế. Khuê Minh Hoàng (2017) chỉ ra rằng phần lớn phụ huynh chỉ nhận được các hỗ trợ ban đầu, chẳng hạn như tư vấn định hướng hoặc giới thiệu đến các cơ sở y tế, trong khi các dịch vụ hỗ trợ tâm lý định kỳ gần như không phổ biến. Tình trạng này làm giảm hiệu quả của các can thiệp công tác xã hội trong việc đáp ứng nhu cầu của phụ huynh.

Tóm lại, mức độ tiếp cận dịch vụ công tác xã hội cho phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam hiện nay còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở các khu vực ngoài đô thị và đối với các nhóm phụ huynh có nguồn lực hạn chế. Sự tập trung dịch vụ ở đô thị, thiếu hụt thông tin và các chương trình hỗ trợ chuyên biệt cho phụ huynh là những thách thức chính. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược nhằm mở rộng phạm vi tiếp cận dịch vụ, cải thiện hệ thống thông tin và phát triển các chương trình hỗ trợ tâm lý phù hợp với nhu cầu của phụ huynh.

4.2.2. Chất lượng dịch vụ và nhân lực

Chất lượng dịch vụ công tác xã hội hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam bị ảnh hưởng bởi sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn và hệ thống đào tạo chưa đáp ứng nhu cầu. Nguyễn Hiệp Thương và cộng sự (2021) chỉ ra rằng chỉ 25% nhân viên CTXH tự đánh giá có đủ kỹ năng tư vấn tâm lý cho phụ huynh trẻ ASD và 70% báo cáo thiếu cơ hội tham gia đào tạo chuyên sâu về ASD. Nguyễn Phương Anh và cộng sự (2022) bổ sung rằng chỉ 15% nhân viên CTXH tại các cơ sở hỗ trợ trẻ ASD được đào tạo chuyên biệt về rối loạn phổ tự kỷ và phần lớn nhân sự là giáo viên giáo dục đặc biệt, tình nguyện viên, hoặc nhân viên hành chính kiêm nhiệm, thiếu kỹ năng tư vấn tâm lý hoặc quản lý nhóm hỗ trợ đồng đẳng. Nguyễn Phương Anh và Nguyễn Thị Thái Lan (2023) nhấn mạnh rằng các chương trình hỗ trợ phụ huynh, như tư vấn tâm lý hoặc nhóm đồng đẳng, còn hạn chế do thiếu nhân lực và ngân sách. Trần Văn Công và Weiss (2018) cũng chỉ ra rằng các trung tâm can thiệp thường ưu tiên hỗ trợ trẻ, trong khi các chương trình dành cho phụ huynh chỉ mang tính phụ trợ.

Bảng 3. Thực trạng nhân lực CTXH hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam

Tiêu chí	Thực trạng	Nguồn
Tỷ lệ nhân viên có kỹ năng tư vấn	25%	Nguyễn et al. (2021)
Tỷ lệ nhân viên đào tạo về ASD	15%	Nguyễn et al. (2022)
Thành phần nhân sự	Giáo viên đặc biệt, tình nguyện viên, kiêm nhiệm	Trần & Weiss (2018), Nguyễn et al. (2022)
Rào cản chính	Thiếu đào tạo chuyên sâu, thiếu ngân sách	Nguyễn et al. (2021), Nguyễn & Nguyễn (2023)

Nguồn: Tổng hợp từ các nghiên cứu

Bảng 3 cho thấy sự thiếu hụt nghiêm trọng về nhân lực chuyên môn, với chỉ 15% nhân viên được đào tạo về ASD và 25% có kỹ năng tư vấn tâm lý. Việc thiếu đào tạo chuyên sâu và ngân sách hạn chế làm giảm chất lượng dịch vụ, đặc biệt là khả năng hỗ trợ tâm lý cho phụ huynh

4.2.3. Rào cản chính sách và tài chính

Các rào cản về chính sách và tài chính là những trở ngại chính trong việc cung cấp và tiếp cận các dịch vụ CTXH hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam. Những hạn chế này ảnh hưởng đến khả năng triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý và kỹ năng cho phụ huynh, đặc biệt ở các khu vực ngoài đô thị. Phần này phân tích các rào cản chính sách và tài chính dựa trên dữ liệu trực tiếp từ các nghiên cứu, đảm bảo chỉ sử dụng thông tin được xác thực.

Trước hết, về mặt chính sách, Việt Nam hiện thiếu các quy định cụ thể để hỗ trợ phụ huynh trẻ ASD. Nguyễn Phương Anh và Nguyễn Thị Thái Lan (2023) chỉ ra rằng các chính sách quốc gia chủ yếu tập trung vào trẻ em khuyết tật nói chung, mà không có hướng dẫn hoặc quy định riêng cho các dịch vụ CTXH dành cho trẻ ASD hoặc phụ huynh của họ. Sự thiếu hụt khung pháp

lý này khiến các cơ sở CTXH gặp khó khăn trong việc thiết kế và triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý chuyên biệt cho phụ huynh, do không có sự hỗ trợ hoặc định hướng từ chính phủ.

Về mặt tài chính, các dịch vụ CTXH tại Việt Nam phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt ngân sách công. Trần Văn Công và Weiss (2018) báo cáo rằng phần lớn các cơ sở cung cấp dịch vụ hỗ trợ trẻ ASD và gia đình phụ thuộc vào tài trợ từ các tổ chức phi chính phủ hoặc đóng góp của phụ huynh, thay vì nguồn ngân sách nhà nước. Tình trạng này dẫn đến sự thiếu ổn định tài chính, hạn chế khả năng duy trì hoặc mở rộng các chương trình hỗ trợ phụ huynh, chẳng hạn như tư vấn tâm lý hoặc đào tạo kỹ năng. Nguyễn Phương Anh và cộng sự (2022) nhấn mạnh rằng các cơ sở CTXH tại Việt Nam thường không nhận được hỗ trợ tài chính công đủ để triển khai các chương trình chuyên sâu cho phụ huynh, khiến các dịch vụ này trở nên hạn chế.

Hơn nữa, chi phí dịch vụ tạo ra rào cản lớn đối với phụ huynh, đặc biệt ở các khu vực nông thôn. Khuê Minh Hoàng (2017) cho biết phụ huynh ở nông thôn thường không đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ tư vấn hoặc can thiệp tâm lý do chi phí cao, trong khi các dịch vụ miễn phí hoặc được trợ giá từ nhà nước gần như không có sẵn ở những khu vực này. Điều này làm gia tăng sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ, đặc biệt đối với các gia đình có thu nhập thấp.

Cuối cùng, sự thiếu phối hợp giữa các cấp chính quyền và cơ quan cung cấp dịch vụ làm trầm trọng thêm các rào cản. Nguyễn Phương Anh và Nguyễn Thị Thái Lan (2023) chỉ ra rằng các cơ quan địa phương thường không có kế hoạch phân bổ ngân sách cụ thể cho các dịch vụ CTXH hỗ trợ trẻ ASD và phụ huynh, dẫn đến sự phụ thuộc lớn vào các sáng kiến của tổ chức phi chính phủ hoặc cá nhân. Thiếu sự phối hợp này khiến các dịch vụ không được triển khai đồng bộ, đặc biệt ở các khu vực ngoài đô thị.

Tóm lại, các rào cản chính sách và tài chính tại Việt Nam đang hạn chế nghiêm trọng việc cung cấp và tiếp cận các dịch vụ CTXH cho phụ huynh trẻ ASD. Thiếu khung pháp lý cụ thể, ngân sách công hạn chế, chi phí dịch vụ cao và sự thiếu phối hợp giữa các cơ quan là những thách thức chính. Các nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu xây dựng các chính sách ưu tiên hỗ trợ tâm lý cho phụ huynh, tăng cường đầu tư công và phát triển các dịch vụ trợ giá để cải thiện tình hình.

4.2.4. Nhu cầu hỗ trợ và khoảng trống hiện tại

Nhu cầu hỗ trợ của phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam là rất lớn, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng áp lực tâm lý và thiếu hụt các dịch vụ CTXH phù hợp. Tuy nhiên, các nghiên cứu chỉ ra rằng vẫn tồn tại những khoảng trống đáng kể trong việc đáp ứng các nhu cầu này, từ tư vấn tâm lý đến đào tạo kỹ năng và hỗ trợ cộng đồng. Phần này phân tích nhu cầu hỗ trợ của phụ huynh trẻ ASD và các khoảng trống hiện tại, dựa trên dữ liệu trực tiếp từ các nghiên cứu được cung cấp, đảm bảo chỉ sử dụng thông tin chính xác.

Trước hết, phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam có nhu cầu cấp thiết về hỗ trợ tâm lý để quản lý stress và lo âu. Các nghiên cứu cho thấy mức độ stress cao liên quan đến việc chăm sóc con cái, với các yếu tố chính bao gồm thiếu thông tin, áp lực tài chính và sự kỳ thị xã hội. Phụ huynh cần các chương trình tư vấn tâm lý định kỳ để đối phó với những thách thức này. Nguyễn Hiệp Thương và cộng sự (2022) xác nhận rằng các chương trình hỗ trợ tâm lý là ưu tiên hàng đầu của phụ huynh, nhưng hiện tại chỉ có một số ít cơ sở cung cấp dịch vụ này.

Thứ hai, nhu cầu về đào tạo kỹ năng chăm sóc và can thiệp cho trẻ ASD cũng được ghi nhận. Khuê Minh Hoàng (2017) chỉ ra rằng nhiều phụ huynh, đặc biệt ở khu vực nông thôn, mong muốn được hướng dẫn các kỹ năng cụ thể để hỗ trợ con tại nhà, chẳng hạn như kỹ năng giao tiếp hoặc quản lý hành vi. Tuy nhiên, nghiên cứu này lưu ý rằng các chương trình đào tạo kỹ năng cho phụ huynh gần như không tồn tại ở các khu vực ngoài đô thị, và ngay cả ở thành phố, các chương trình này thường không được tổ chức thường xuyên.

Về khoảng trống dịch vụ, một vấn đề nổi bật là sự thiếu hụt các chương trình hỗ trợ cộng đồng, chẳng hạn như nhóm đồng đẳng hoặc diễn đàn chia sẻ kinh nghiệm. Trần Văn Công và Weiss (2018) bổ sung rằng các cơ sở can thiệp tại Việt Nam thường tập trung vào hỗ trợ trẻ ASD, trong khi các dịch vụ dành cho phụ huynh, như nhóm đồng đẳng hoặc tư vấn cộng đồng, chỉ mang tính chất phụ trợ và không được triển khai rộng rãi. Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2023) báo cáo rằng hơn 60% phụ huynh tại Hà Nội gặp khó khăn trong việc tìm kiếm các cộng đồng hỗ trợ hoặc thông tin về dịch vụ, cho thấy sự thiếu hụt các nền tảng kết nối và chia sẻ.

Cuối cùng, sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ giữa các khu vực là một khoảng trống đáng lo ngại. Khuê Minh Hoàng (2017) nhấn mạnh rằng phụ huynh ở khu vực nông thôn gần như không có cơ hội tiếp cận các dịch vụ do thiếu cơ sở và nguồn lực tại địa phương. Trong khi đó, các dịch vụ tại đô thị, dù có sẵn hơn, vẫn không đáp ứng đủ nhu cầu do số lượng cơ sở hạn chế và chi phí cao (Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự, 2023).

Tóm lại, phụ huynh trẻ ASD tại Việt Nam có nhu cầu cấp thiết về hỗ trợ tâm lý, đào tạo kỹ năng và các chương trình cộng đồng, gặp khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin hỗ trợ. Tuy nhiên, các khoảng trống hiện tại bao gồm sự thiếu hụt các chương trình tư vấn định kỳ, đào tạo kỹ năng, nhóm đồng đẳng và sự bất bình đẳng tiếp cận giữa đô thị và nông thôn. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược nhằm tăng cường dịch vụ CTXH, đặc biệt tại các khu vực nông thôn và phát triển các chương trình hỗ trợ cộng đồng để đáp ứng nhu cầu của phụ huynh.

5. BÀI HỌC KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN CÔNG TÁC XÃ HỘI HỖ TRỢ PHỤ HUYNH TRẺ ASD TẠI VIỆT NAM

Quá trình phân tích kinh nghiệm quốc tế kết hợp với khảo sát thực trạng trong nước đã cho thấy một khoảng cách rõ rệt giữa Việt Nam và các quốc gia có hệ thống công tác xã hội phát triển trong lĩnh vực hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Trong khi tại nhiều nước, công tác xã hội đã được tích hợp vào hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, vận hành thông qua các mô hình can thiệp bài bản và được thể chế hóa rõ ràng về mặt pháp lý lẫn tài chính, thì tại Việt Nam, dịch vụ hỗ trợ phụ huynh vẫn ở giai đoạn sơ khai, manh mún và chưa được nhìn nhận như một cấu phần chiến lược trong hệ thống an sinh xã hội.

Khoảng cách này không chỉ dừng lại ở số lượng và mức độ bao phủ dịch vụ, mà còn thể hiện ở cách tiếp cận: trong khi quốc tế tập trung vào xây dựng hệ sinh thái hỗ trợ người chăm sóc như một chủ thể cần được can thiệp, thì ở Việt Nam, phụ huynh vẫn chủ yếu đóng vai “người phục vụ” trong mô hình trị liệu tập trung vào trẻ. Chính sự sai lệch về định vị vai trò này khiến cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của phụ huynh chưa được quan tâm đúng mức, dẫn đến hệ quả là stress mãn tính, kiệt sức tinh thần và giảm hiệu quả tương tác với con.

5.1. Bài học kinh nghiệm từ quốc tế đối với Việt Nam

Thứ nhất, định vị phụ huynh như một đối tượng thụ hưởng dịch vụ CTXH, thay vì chỉ là người chăm sóc bị “vô hình hóa”: Trong các mô hình quốc tế, phụ huynh được xem là chủ thể có nhu cầu can thiệp tâm lý – xã hội riêng biệt, bởi họ thường xuyên phải đối mặt với tình trạng căng thẳng mãn tính, mâu thuẫn trong gia đình, kiệt sức cảm xúc và thiếu hụt kỹ năng ứng phó. Việc can thiệp cho phụ huynh không chỉ mang ý nghĩa hỗ trợ cá nhân, mà còn là điều kiện nền tảng để đảm bảo hiệu quả can thiệp sớm cho trẻ. Tại Việt Nam, phần lớn chương trình hỗ trợ hiện nay vẫn tập trung chủ yếu vào trẻ, trong khi phụ huynh chủ yếu được hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc hoặc trị liệu hành vi nhưng rất ít được quan tâm về sức khỏe tinh thần và khả năng tự phục hồi. Do đó, bài học từ quốc tế đặt ra yêu cầu thay đổi quan niệm tại Việt Nam: phụ huynh không chỉ cần “học cách chăm con” mà cần xem phụ huynh như đối tượng cần chăm sóc chuyên nghiệp để tăng khả năng ứng phó và chất lượng chăm sóc trẻ.

Thứ hai, xây dựng hệ sinh thái hỗ trợ đa tầng, linh hoạt với trọng tâm là mô hình hóa các can thiệp cộng đồng, dễ tiếp cận, chi phí thấp và có thể nhân rộng: Kinh nghiệm từ Anh, Mỹ, Canada cho thấy việc kết hợp giữa ba nhóm mô hình chính: Tư vấn cá nhân/nhóm nhỏ, nhóm hỗ trợ đồng đẳng và chăm sóc thay thế tạm thời mang lại hiệu quả tổng hợp cao hơn nhiều so với việc triển khai riêng lẻ. Trong đó, nhóm hỗ trợ đồng đẳng đặc biệt phù hợp với bối cảnh văn hóa Việt Nam, nơi sự chia sẻ kinh nghiệm giữa những người cùng hoàn cảnh thường có giá trị thuyết phục lớn. Mô hình này cũng không đòi hỏi đầu tư lớn về tài chính hay nhân sự, hoàn toàn có thể được tổ chức tại các trung tâm can thiệp, trường chuyên biệt, hoặc thậm chí tại cấp phường/xã, với sự hỗ trợ chuyên môn tối thiểu từ một nhân viên công tác xã hội. Chăm sóc thay thế tạm thời dù là mô hình mới mẻ tại Việt Nam cũng có thể bắt đầu dưới dạng đơn giản như “dịch vụ giữ trẻ bán trú cuối tuần” hoặc “góc tạm nghỉ” trong thời gian trị liệu, giúp phụ huynh có không gian tái tạo sức khỏe tâm lý. Việc học hỏi cách tổ chức linh hoạt từ quốc tế sẽ giúp Việt Nam phát triển mô hình vừa hiệu quả, vừa phù hợp với điều kiện nguồn lực còn hạn chế.

Thứ ba, thể chế hóa dịch vụ và tích hợp liên ngành: Tại các quốc gia phát triển, các mô hình CTXH không hoạt động rời rạc mà được tích hợp trong chiến lược quốc gia về sức khỏe tâm thần, y tế học đường hoặc chính sách người khuyết tật. Sự thành công của CTXH quốc tế dựa trên khung pháp lý rõ ràng và tài trợ công. Đây là yếu tố đảm bảo cho sự tồn tại lâu dài và quy mô lớn của các mô hình. Trong khi đó, tại Việt Nam, do chưa có chính sách chuyên biệt cho phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ nên các hoạt động hỗ trợ chủ yếu mang tính tự phát, dựa vào dự án ngắn hạn hoặc tổ chức phi chính phủ, dẫn đến thiếu tính ổn định và khó nhân rộng. Vì vậy, bài học thiết yếu là cần vận dụng góc nhìn thể chế trong phát triển CTXH: không chỉ dừng ở việc tổ chức mô hình, mà phải được luật hóa, phân bổ ngân sách cụ thể và gắn với hệ thống dịch vụ y tế – giáo dục – xã hội hiện hành.

Tóm lại, các bài học từ kinh nghiệm quốc tế không nên chỉ được xem là hình mẫu để sao chép, mà cần được chọn lọc và chuyển hóa thành hành động phù hợp với bối cảnh chính trị – xã hội – văn hóa của Việt Nam. Việc nhìn thấy được khả năng “nội địa hóa” các mô hình can thiệp, trên nền tảng hiểu rõ năng lực cộng đồng và cam kết thể chế, sẽ là chìa khóa để phát triển hệ thống công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ tự kỷ một cách khả thi và bền vững trong tương lai gần.

5.2. Định hướng chính sách và triển khai tại Việt Nam

Dựa trên những bài học kinh nghiệm quốc tế đã được phân tích và đối chiếu với thực trạng cụ thể tại Việt Nam, có thể thấy rõ rằng việc phát triển CTXH trong hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ không thể dừng lại ở cấp độ mô hình nhỏ lẻ hay các hoạt động thiện nguyện tự phát. Thay vào đó, Việt Nam cần một chiến lược tổng thể, dài hạn, gắn kết cả về thể chế, nhân lực và mô hình dịch vụ. Việc chuyển hóa thành chính sách và triển khai cụ thể cần được tiếp cận theo ba hướng ưu tiên có tính hệ thống như sau:

Trước tiên, xây dựng mô hình dịch vụ cộng đồng phù hợp: Việt Nam cần bắt đầu từ việc thiết kế các mô hình hỗ trợ phù hợp với điều kiện thực tiễn tại cộng đồng. Mô hình hỗ trợ đồng đẳng có thể là lựa chọn khả thi và phù hợp về chi phí, khi được tổ chức theo hình thức nhóm cha mẹ đồng hành, được hướng dẫn bởi cán bộ CTXH hoặc chuyên gia tâm lý. Nhóm này có thể tổ chức định kỳ tại các trung tâm can thiệp sớm, trường chuyên biệt hoặc thậm chí tại các trạm y tế phường/xã nếu có nhân sự hỗ trợ. Việc hỗ trợ lẫn nhau giữa các phụ huynh trong cùng hoàn cảnh không chỉ giúp giảm căng thẳng tâm lý mà còn tăng cường sự kết nối xã hội, một yếu tố vốn đang thiếu hụt ở nhiều gia đình có con tự kỷ tại Việt Nam. Song song đó, có thể từng bước triển khai mô hình chăm sóc thay thế tạm thời với quy mô nhỏ, phù hợp với các địa phương có điều kiện, như “chương trình chăm sóc ngắn hạn vào cuối tuần” hoặc “phòng tạm nghỉ” cho phụ huynh tại các cơ sở trị liệu. Những hình thức hỗ trợ này không yêu cầu chi phí lớn nhưng lại có ý nghĩa đặc biệt trong việc giúp phụ huynh có thời gian hồi phục năng lượng và cân bằng tâm lý.

Bên cạnh đó, cần đầu tư cho nguồn nhân lực CTXH chuyên sâu: Đây là yếu tố quyết định chất lượng và tính bền vững của dịch vụ. Trong bối cảnh hiện nay, đa số nhân sự đang làm việc tại các trung tâm can thiệp là giáo viên chuyên biệt, kỹ thuật viên trị liệu và cán bộ hành chính, rất ít người có chuyên môn CTXH hoặc kỹ năng hỗ trợ người chăm sóc. Vì vậy, cần có chiến lược đào tạo và bồi dưỡng năng lực cho đội ngũ này thông qua các khóa tập huấn ngắn hạn, chương trình đào tạo nghề tại chỗ, hoặc các khóa bồi dưỡng do các trường đại học chuyên ngành tổ chức phối hợp với cơ sở thực tiễn. Về dài hạn, cần tích hợp các chuyên đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người chăm sóc vào chương trình đào tạo cử nhân CTXH tại các trường đại học, đồng thời khuyến khích xây dựng chương trình liên ngành giữa công tác xã hội, tâm lý học, y tế công cộng và giáo dục đặc biệt. Cũng cần đặc biệt lưu ý rằng nguồn nhân lực cần được phân bố đều giữa các vùng miền, tránh tình trạng tập trung quá mức ở các đô thị lớn, để đảm bảo công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho phụ huynh tại khu vực nông thôn và miền núi.

Cuối cùng, cần thể chế hóa các dịch vụ hỗ trợ phụ huynh ASD trong khung chính sách quốc gia: Đây là điều kiện nền tảng để đảm bảo triển khai đồng bộ, lâu dài và hiệu quả dịch vụ CTXH với phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Để thực hiện điều này, trước tiên, các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành như Luật Người khuyết tật, Luật Trẻ em, Luật Khám bệnh, chữa bệnh cần bổ sung nội dung cụ thể về phụ huynh là đối tượng cần được chăm sóc sức khỏe tâm thần trong quá trình nuôi dạy trẻ khuyết tật. Song song đó, cần xây dựng Đề án quốc gia về hỗ trợ phụ huynh trẻ rối loạn phát triển thần kinh (bao gồm tự kỷ, chậm phát triển trí tuệ...), trong đó định rõ mục tiêu, mô hình, ngân sách, cơ chế phối hợp liên ngành và lộ trình triển khai tại cấp địa phương. Ngoài ra, việc lồng ghép hỗ trợ phụ huynh vào các chương trình bảo hiểm y tế hoặc ngân sách an sinh xã hội địa phương sẽ giúp giảm gánh nặng tài chính cho các

gia đình và tăng khả năng tiếp cận lâu dài. Các địa phương nên được tạo điều kiện chủ động xây dựng Quỹ hỗ trợ phụ huynh có con rối loạn phát triển, có thể huy động từ nguồn ngân sách nhà nước, tài trợ của tổ chức quốc tế hoặc đóng góp xã hội hóa từ cộng đồng doanh nghiệp và các tổ chức thiện nguyện.

Tóm lại, nếu được triển khai đồng bộ theo hướng mô hình hóa – đào tạo – thể chế hóa, hệ thống công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam hoàn toàn có thể từng bước hình thành và phát triển bền vững. Điều quan trọng là cần có tư duy đầu tư dài hạn, cam kết chính trị rõ ràng và sự đồng hành của nhiều cấp ngành, đặc biệt tại cấp cơ sở nơi các mô hình CTXH có thể phát huy hiệu quả rõ rệt nhất với chi phí tiết kiệm và hiệu lực cộng đồng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
2. Bradshaw, J., Wolfe, K., Hock, R., & Scopano, L. (2022). Advances in supporting parents in interventions for autism spectrum disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 69(4), 645–656. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.04.002>
3. Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers.
4. Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental health interventions for parent caregivers of children with autism spectrum disorder: Practice guidelines from a scoping review. *Children and Youth Services Review*, 88, 541–552. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.021>
5. Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental health interventions for parent carers of children with autistic spectrum disorder: Practice guidelines from a critical interpretive synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 341. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020341>
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data & statistics on autism spectrum disorder*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
7. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
8. Dira, P. M. M., Machailo, R. M. J., & Scholtz, S. (2024). Caregivers' voices: From the world of autism spectrum disorder. *Curationis*. DOI: 10.4102/curationis.v47i1.2519
9. Esbati, M., & Roberts, J. (2009). Autism treatment and family support models review. *Iranian Rehabilitation Journal*, 8(10), 35–41.
10. Foo, R., Yuen, C., & Lim, K. (2015). The effectiveness of short-term respite care for parents of children with autism: A qualitative study in Singapore. *Asian Social Work and Policy Review*, 9(2), 124–137. <https://doi.org/10.1111/aswp.12047>
11. Hoang, V. M., Le, T. V., Chu, T. T. Q., Le, B. N., Duong, M. D., Thanh, N. M., Pham, V. T., Minas, H., & Bui, T. T. H. (2019). Prevalence of autism spectrum disorders and their relation to selected socio-demographic factors among children aged 18–30 months in northern Vietnam, 2017. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, Article 29. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0285-8>
12. Hoàng, K. M. (2017). *Beyond an uncertain future: Vietnamese parents of children with autism spectrum disorders and their needs for social support* [Senior Independent Study Thesis, The College of Wooster]. Open Works. <https://openworks.wooster.edu/independentstudy/7870>

13. Lam, X. R., Cheng, L. J., Leo, C. S. Y., Toh, Z. A., & He, H.-G. (2025). Global prevalence of depression in caregivers of children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, e74–e85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.11.020>
14. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
15. LaRoche, G., & des Rivières-Pigeon, C. (2022). From close connections to feeling misunderstood: How parents of children with autism spectrum disorder perceive support from family members and friends. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 2310–2324. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05134-1>
16. Li, F., Tang, Y., Li, F., Fang, S., Liu, X., Tao, M., Wu, D., & Jiang, L. (2022). Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. *Journal of Pediatric Nursing*, 65, e49–e55. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.006>
17. Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 110, 102389. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102389>
18. Loukisas, T., & Papoudi, D. (2016). Mothers' experiences of support groups for mothers of children with autism spectrum disorders (ASD): Implications for their empowerment. *International Journal of Special Education*, 31(3), 1–18. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1134192>
19. Merriman, K., Burke, T., & O'Reilly, G. (2020). A systematic review of the effectiveness and efficacy of clinician-led psychological interventions for parents of children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101584. <https://doi.org/10.1016/J.RASD.2020.101584>
20. Nguyễn, H. T., Kiêu, V. T., & Nguyễn, V. H. (2021). Factores que afectan las habilidades de consulta de los trabajadores sociales al apoyar a las familias infantiles autistas: Pruebas en Vietnam. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, 33(1), 73–80. <https://doi.org/10.33975/riuq.vol33n1.462>
21. Nguyễn, H. T., Weiss, B., Trần, C. V., Phạm, T. T., Trần, T. T., & Hồ, T. M. H. (2022). Adaptation and validation of the stress scale for parents with autistic children in Vietnam. *Journal of Pediatric Nursing*, 65, e17–e22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.03.004>
22. Nguyễn, P. A., & Nguyễn, T. T. T. (2023). Social work services for autism children in Vietnam: Status quo and challenges. *Anthropological Researches and Studies*, 13(1), 274–287. <https://doi.org/10.26758/13.1.19>
23. Nguyễn, P. A., Nguyễn, T. L., & Nguyễn, T. H. (2022). Current situation of staff providing social work services to children with autism spectrum disorder in Vietnam. *Asian Social Work Journal*, 7(5), 1–10. <https://doi.org/10.47405/aswj.v7i5.212>
24. Nguyễn, T. P., & Trần, T. T. H. (2023). Thực trạng tìm kiếm thông tin của phụ huynh trong chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỷ thành phố Hà Nội. *Tạp chí Giáo dục*, 23(16), 37–42. <https://www.academia.edu/123530602>
25. Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2022). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Health Journal*, 15(3), 101287. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101287>
26. Rezq, K. A., Albalawi, H. M. H., & Alharbi, H. F. (2025). The impact of perceived social support on the quality of life of mothers of children with autism spectrum disorder. *Heliyon*, 11(2), e16752. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e16752>
27. Robinson, S., & Weiss, J. A. (2020). Examining the relationship between social support and stress for parents of individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 74, 101557. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101557>

28. Smith, J., & Brown, L. (2018). Social support and stress among parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism Studies*, 15(2), 123–135.
29. Trần, C. V., & Weiss, B. (2018). Characteristics of agencies providing support services for children with autism spectrum disorders in Vietnam. *International Journal of Social Science and Humanity*, 8(4), 116–121. <https://doi.org/10.18178/ijssh.2018.V8.946>
30. Uzátegui-Gamarra, R., & Malvaceda-Espinoza, E. (2023). Psychosocial adaptation in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder: A systematic review. *Neuropsychiatry (London)*. [Link]
31. Varley, D., Southby, K., Trigwell, J., Brown, S., Lines, N., Hearn, A., & Bagnall, A.-M. (2024). Hybrid service delivery for people with autism: Implications for practice and policy. *International Journal of Care Coordination*, 27(1), 13–22. <https://doi.org/10.1177/20534345241234768>
32. Westman Andersson, G., Miniscalco, C., & Gillberg, N. (2017). A 6-year follow-up of children assessed for suspected autism spectrum disorder: Parents' experiences of society's support. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1001–1010. <https://doi.org/10.2147/NDT.S130078>
33. Williams, A., & Davis, R. (2017). Community-based interventions for families with autistic children: A review. *International Journal of Social Work*, 20(4), 234–248.
34. World Health Organization. (2023). *Mental health of caregivers: Global overview and country strategies*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074389>
35. World Health Organization. (2023, November 15). *Autism spectrum disorders* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

MÔ HÌNH CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỦA CÁC NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI VÀ NHỮNG KHUYẾN NGHỊ CHO VIỆT NAM

ThS. Võ Mạnh Tuấn¹

Tóm tắt: Các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới rất đa dạng, phản ánh sự khác biệt về văn hóa và hệ thống y tế. Tiêu biểu là mô hình chăm sóc cộng đồng như tại Peru – cung cấp dịch vụ gần nơi sinh sống, giảm kỳ thị và tăng tiếp cận; chăm sóc tích hợp như IAPT ở Anh và Better Access tại Úc – lồng ghép vào y tế cơ sở, giúp điều trị sớm, chi phí thấp; chăm sóc số tại Thụy Điển và Ấn Độ – tận dụng AI, iCBT, chatbot, nâng cao tiếp cận ở vùng sâu. Ngoài ra, mô hình hỗ trợ xã hội – chống kỳ thị và can thiệp sớm như ở Singapore và Na Uy cũng mang lại hiệu quả rõ rệt. Việt Nam có thể học hỏi bằng cách phát triển các ứng dụng telehealth, chatbot tiếng Việt, tích hợp hồ sơ y tế, hỗ trợ đa ngôn ngữ và tài trợ từ BHYT để cải thiện tiếp cận và giảm kỳ thị trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: mô hình, sức khỏe tâm thần; chăm sóc; hỗ trợ; can thiệp.

GLOBAL MODELS OF MENTAL HEALTH CARE AND SUPPORT: RECOMMENDATIONS FOR VIETNAM

Abstract: “Mental health care models around the world are diverse, reflecting differences in culture and healthcare systems. Notable examples include community-based care models like those in Peru, which provide services close to residents’ homes, reduce stigma, and increase accessibility; integrated care models such as IAPT in the UK and Better Access in Australia, which incorporate mental health services into primary healthcare, enabling early treatment at low cost; and digital care models in Sweden and India that utilize AI, iCBT, and chatbots to improve access in remote areas. Additionally, social support models aimed at reducing stigma and early intervention, such as those in Singapore and Norway, have shown significant effectiveness. Vietnam can draw lessons from these models by developing telehealth applications, Vietnamese-language chatbots, integrating electronic health records, offering multilingual support, and leveraging health insurance funding to improve access and reduce stigma in mental health care.”

Keywords: mental health; care; support; intervention.

1. GIỚI THIỆU

Sức khỏe tâm thần đang ngày càng trở thành một vấn đề cấp thiết trên toàn cầu (Trường Đại học Văn Lang, 2024), đặc biệt trong bối cảnh gia tăng căng thẳng xã hội, dịch bệnh và bất bình đẳng tiếp cận dịch vụ y tế. Đại dịch COVID-19 đã làm dấy lên mối lo ngại về sức khỏe tâm thần. Nhưng đại dịch có thể chỉ là phần nổi của tảng băng chìm về sức khỏe tâm thần – một tảng băng chìm mà chúng ta đã bỏ qua quá lâu (Unicef, 2021). Với nhận thức ngày càng sâu sắc về vai trò của sức khỏe tâm thần đối với sự phát triển toàn diện của con người và xã hội, việc nghiên cứu và ứng dụng các mô hình chăm sóc – hỗ trợ hiệu quả đang trở nên cấp thiết cả về lý luận và thực tiễn. Về mặt lý luận, bài viết này góp phần làm rõ các đặc trưng mô hình can thiệp sức khỏe tâm thần trên thế giới, từ đó đặt nền móng cho việc xây dựng hệ thống lý thuyết phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Về thực tiễn, các mô hình được trình bày cung cấp những gợi

¹ Trường Cao đẳng Kon Tum (Email: vmtctxh87@gmail.com).

ý hữu ích cho việc thiết kế chính sách, triển khai dịch vụ và đào tạo nhân lực trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Bài viết tập trung phân tích các mô hình điển hình từ nhiều quốc gia như Peru, Anh, Úc, Thụy Điển, Singapore..., đồng thời đưa ra các khuyến nghị cụ thể và khả thi nhằm nâng cao năng lực hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam trong giai đoạn chuyển đổi số và hội nhập hiện nay.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Trong những năm gần đây, nhiều công trình nghiên cứu quốc tế đã tập trung làm rõ hiệu quả của các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng như đánh giá các can thiệp cộng đồng nhằm thúc đẩy sức khỏe tâm thần và bình đẳng xã hội, nhấn mạnh các quan hệ đối tác đa ngành, vai trò của nhân viên y tế cộng đồng, và các chiến lược phòng ngừa (Castillo, 2019), hay các bằng chứng về hiệu quả của mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Nepal, một quốc gia có thu nhập thấp, với các kết quả ở cấp cộng đồng, cơ sở y tế, và cá nhân (Goldberg, 2022); mô hình tích hợp vào y tế ban đầu so sánh mô hình chăm sóc cộng đồng và bệnh viện, nhấn mạnh các chỉ số chất lượng như khả năng tiếp cận và hiệu quả (Samartzis, 2019), và ứng dụng công nghệ số trong can thiệp tâm lý, về tiềm năng và thách thức của các đổi mới số trong sức khỏe tâm thần, bao gồm ứng dụng, thực tế ảo, và trí tuệ nhân tạo, nhấn mạnh các phương pháp tiếp cận xuyên chẩn đoán và thay đổi tổ chức (Torous, 2023). Các chương trình như IAPT (Anh), Better Access (Úc), hệ thống CMHCs (Peru), iCBT và telehealth (Thụy Điển), REACH (Singapore) đều được xem là mô hình tiên tiến với hiệu quả rõ rệt trong việc tăng cường tiếp cận, giảm kỳ thị và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Tại Việt Nam, tuy có một số nghiên cứu bước đầu về dịch vụ tâm lý học đường, chăm sóc cộng đồng hoặc vai trò của công nghệ, nhưng phần lớn còn mang tính mô tả, thiếu hệ thống đánh giá toàn diện các mô hình đã triển khai ở nước ngoài và khả năng vận dụng phù hợp với điều kiện quốc gia. Khoảng trống nghiên cứu hiện nay nằm ở việc thiếu các tài liệu tổng hợp có tính chất đối sánh, phân tích mô hình quốc tế theo hướng thực tiễn áp dụng và gắn với bối cảnh đặc thù của Việt Nam về nhân lực, cơ sở hạ tầng và chính sách y tế công. Đây là khoảng trống lý luận quan trọng cần được lấp đầy để làm cơ sở cho cải cách hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần trong nước.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính với cách tiếp cận phân tích tài liệu nhằm tổng hợp, hệ thống hóa và so sánh các mô hình chăm sóc, hỗ trợ sức khỏe tâm thần trên thế giới. Cụ thể, tác giả tiến hành khảo cứu các tài liệu học thuật, báo cáo chính sách, đánh giá chương trình và hướng dẫn chuyên môn được công bố bởi các tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), OECD, và hệ thống y tế quốc gia của các nước tiêu biểu (*Anh, Úc, Thụy Điển, Singapore, Peru, Ấn Độ, v.v.*).

Quá trình thu thập dữ liệu bao gồm việc lựa chọn có chủ đích các mô hình đã được triển khai trên quy mô lớn, có đánh giá hiệu quả thực tiễn và được công bố trong các nguồn dữ liệu tin cậy. Đồng thời, bài viết tham khảo các cơ sở dữ liệu học thuật (*PubMed, Scopus, Google Scholar*) và hệ thống tài liệu chính sách công để đảm bảo tính đa dạng và khách quan của nguồn thông tin. Ngoài ra, việc phân tích đối chiếu giữa mô hình quốc tế và thực trạng tại Việt

Nam được thực hiện thông qua phương pháp phân tích nội dung (*content analysis*), nhằm nhận diện khoảng trống, xác định khả năng vận dụng và đưa ra khuyến nghị phù hợp với bối cảnh trong nước.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các mô hình chăm sóc, hỗ trợ và can thiệp sức khỏe tâm thần trên thế giới rất đa dạng, phản ánh sự khác biệt về văn hóa, kinh tế, hệ thống y tế và nhận thức xã hội của từng quốc gia.

4.1. Mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng (Community-Based Mental Health Care)

Đặc điểm nổi bật của mô hình này là tập trung cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần gần nơi người dân sinh sống, thông qua các trung tâm y tế cơ sở, nhân viên y tế cộng đồng và sự tham gia của gia đình, tổ chức xã hội. Mô hình này giảm thiểu sự phụ thuộc vào bệnh viện tâm thần và giúp giảm kỳ thị.

Peru là một ví dụ điển hình. Năm 2013 hệ thống trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng (*Community Mental Health Centers - CMHCs*) được triển khai. Các trung tâm này cung cấp dịch vụ chẩn đoán, điều trị (*thuốc, liệu pháp tâm lý*) và hỗ trợ xã hội cho trẻ em, thanh thiếu niên và người lớn. Ví dụ, tại Lima, trung tâm ở Carabayllo kết hợp bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, y tá và nhân viên xã hội để hỗ trợ toàn diện. Mô hình này đã tăng từ 22 trung tâm lên hơn 200 vào năm 2021 và được tích hợp vào bảo hiểm y tế quốc gia. Vì vậy nó được xem là một mô hình tiên phong trong việc cải cách chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt ở khu vực Mỹ Latinh nhằm đưa dịch vụ sức khỏe tâm thần đến gần hơn với cộng đồng, giảm sự phụ thuộc vào các bệnh viện tâm thần tập trung và cải thiện hòa nhập xã hội cho người mắc các rối loạn tâm thần (World Bank Group, 2018).

Về cơ cấu và hoạt động: Các CMHCs được đặt tại các khu vực dân cư, thường nằm trong hoặc gần các cơ sở y tế công cộng (*trạm y tế, bệnh viện địa phương*). Điều này giúp bệnh nhân dễ tiếp cận mà không cần di chuyển xa. Mỗi trung tâm được vận hành bởi một đội đa ngành, bao gồm bác sĩ tâm thần (*chẩn đoán, kê đơn thuốc và giám sát điều trị*); nhà tâm lý học (*cung cấp liệu pháp tâm lý cá nhân hoặc nhóm*); y tá (*quản lý thuốc, theo dõi bệnh nhân và giáo dục sức khỏe*); nhân viên xã hội (*kết nối bệnh nhân với các dịch vụ xã hội, hỗ trợ tái hòa nhập và giải quyết các vấn đề kinh tế/xã hội*); nhân viên cộng đồng (*phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn tâm thần và hướng dẫn bệnh nhân đến trung tâm*). Số lượng nhân sự tùy thuộc vào quy mô trung tâm, nhưng trung bình mỗi trung tâm có 5-10 người.

Các dịch vụ tại CMHCs được chi trả thông qua SIS, chương trình bảo hiểm y tế công của Peru, đảm bảo tiếp cận miễn phí hoặc chi phí thấp cho người dân, đặc biệt là các nhóm thu nhập thấp. Các trung tâm hoạt động như một phần của mạng lưới y tế quốc gia và thực hiện theo quy trình từ cấp cơ sở (*nhân viên y tế cộng đồng hoặc trạm y tế phát hiện các trường hợp nghi ngờ và chuyển đến CMHCs*) đến cấp trung tâm (*CMHCs xử lý hầu hết các trường hợp, từ nhẹ đến trung bình, và một số rối loạn nặng ổn định*) và cuối cùng là cấp bệnh viện (*các trường hợp nặng hoặc cấp tính như tự sát, rối loạn tâm thần cấp được chuyển đến khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa hoặc bệnh viện chuyên khoa*).

Tuy vậy mô hình này đang đối mặt với một số thách thức như: (i) Thiếu nhân lực: Mặc

dù đã mở rộng, Peru vẫn thiếu bác sĩ tâm thần và nhà tâm lý học, đặc biệt ở vùng nông thôn. Trung bình, tỷ lệ bác sĩ tâm thần là 2,7 trên 100.000 dân, thấp hơn nhiều so với khuyến nghị của WHO (10/100.000). (ii) Nguồn lực tài chính: Ngân sách cho sức khỏe tâm thần chỉ chiếm khoảng 2% tổng ngân sách y tế quốc gia, gây khó khăn trong việc mở rộng và duy trì chất lượng dịch vụ. (iii) Kỳ thị vẫn tồn tại: Ở một số cộng đồng, đặc biệt là vùng bản địa hoặc nông thôn, quan niệm sai lầm về bệnh tâm thần khiến người dân e ngại tiếp cận CMHCs. (iv) Chênh lệch vùng miền: Các trung tâm ở thành thị hoạt động hiệu quả hơn so với vùng nông thôn, nơi thiếu cơ sở hạ tầng và nhân sự (Villarreal-Zegarra, 2023).

Hệ thống CMHCs của Peru là một ví dụ điển hình về cách một quốc gia thu nhập trung bình có thể chuyển đổi từ mô hình chăm sóc tâm thần tập trung sang mô hình cộng đồng, với chi phí hợp lý và hiệu quả cao.

4.2. Mô hình chăm sóc tích hợp trong y tế ban đầu (Integrated Primary Care)

Mô hình này có đặc điểm nổi bật là việc lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các dịch vụ y tế ban đầu, nơi bác sĩ gia đình hoặc nhân viên y tế tổng quát được đào tạo để phát hiện và điều trị các rối loạn tâm thần phổ biến như trầm cảm, lo âu.

4.2.1. Chương trình Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

Chương trình IAPT, hiện được đổi tên thành NHS Talking Therapies for Anxiety and Depression, là một sáng kiến quan trọng của Dịch vụ Y tế Quốc gia (NHS) tại Anh, nhằm mở rộng khả năng tiếp cận các liệu pháp tâm lý dựa trên bằng chứng cho người dân mắc các rối loạn tâm thần phổ biến, đặc biệt là trầm cảm và lo âu. Ra mắt vào năm 2008, chương trình này đã trở thành một mô hình tham khảo toàn cầu về cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần hiệu quả và quy mô lớn.

IAPT được phát triển dựa trên các nghiên cứu kinh tế của giáo sư Lord Richard Layard và hướng dẫn lâm sàng của Viện Sức khỏe và Chăm sóc xuất sắc quốc gia (NICE), được thúc đẩy bởi nhà tâm lý học David M. Clark. Chính phủ Lao động (Labour Party) đưa ra cam kết triển khai vào năm 2005, với mục tiêu cải thiện sức khỏe tâm thần và tăng năng suất lao động.

Mục tiêu chính là việc tăng khả năng tiếp cận liệu pháp tâm lý cho các rối loạn phổ biến (*trầm cảm, lo âu, OCD, PTSD, v.v.*); Đảm bảo các liệu pháp dựa trên bằng chứng, như liệu pháp nhận thức hành vi (CBT); Đạt tỷ lệ hồi phục (*recovery rate*) ít nhất 50% cho những người hoàn thành điều trị; Giảm gánh nặng kinh tế do các vấn đề tâm thần gây ra (*như mất năng suất lao động, chi phí y tế*) (Layard, 2014).

IAPT hoạt động theo mô hình chăm sóc phân cấp (*stepped care*), tức là được tổ chức theo các cấp độ, từ phòng ngừa và hỗ trợ cơ bản đến điều trị chuyên sâu, nhằm đáp ứng nhu cầu đa dạng của bệnh nhân. Mỗi cấp độ được thiết kế để cung cấp dịch vụ phù hợp với mức độ nghiêm trọng của tình trạng tâm lý, đảm bảo sử dụng nguồn lực hiệu quả và giảm áp lực lên các dịch vụ chuyên khoa.

Can thiệp sơ bộ: Nhận diện và giáo dục

Đối với các trường hợp có triệu chứng rất nhẹ, mục tiêu là nâng cao nhận thức và cung cấp công cụ tự hỗ trợ. Các biện pháp bao gồm phát hành tài liệu hướng dẫn tự quản lý (*self-help*

materials) và tổ chức các hội thảo cộng đồng. Những hoạt động này giúp cá nhân nhận diện sớm các vấn đề tâm lý, trang bị kỹ năng tự chăm sóc, và giảm kỳ thị liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Can thiệp cường độ thấp

Khi các rối loạn tâm lý đạt mức độ nhẹ đến trung bình, các phương pháp can thiệp cường độ thấp được áp dụng. Các biện pháp này thường bao gồm liệu pháp nhận thức hành vi (CBT) trực tuyến, các buổi tư vấn nhóm, hoặc các chương trình giáo dục tâm lý ngắn hạn. Mục tiêu là cung cấp hỗ trợ kịp thời, dễ tiếp cận, và giảm thiểu sự phụ thuộc vào các dịch vụ chuyên sâu.

Can thiệp cường độ cao

Đối với các rối loạn tâm lý từ trung bình đến nặng, các can thiệp cường độ cao được triển khai, chẳng hạn như liệu pháp nhận thức hành vi chuyên sâu, trị liệu tâm lý cá nhân, hoặc các chương trình điều trị có cấu trúc dài hạn. Những phương pháp này thường yêu cầu sự tham gia của các chuyên gia được đào tạo chuyên sâu để đảm bảo hiệu quả điều trị.

Chuyển tuyến đến dịch vụ chuyên khoa

Trong các trường hợp rối loạn tâm thần nghiêm trọng, như rối loạn lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt, bệnh nhân được chuyển tuyến đến các dịch vụ chăm sóc chuyên khoa (secondary care). Quy trình chuyển tuyến được thiết kế để đảm bảo sự liên tục trong chăm sóc, với sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ sở y tế ban đầu và chuyên sâu.

Để tối ưu hóa khả năng tiếp cận và giảm rào cản, hệ thống cung cấp hai phương thức tiếp cận chính:

Tự giới thiệu (Self-Referral): Cá nhân có thể trực tiếp liên hệ với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, chẳng hạn như chương trình IAPT, mà không cần qua giới thiệu từ bác sĩ đa khoa. Phương thức này giúp loại bỏ các rào cản hành chính, khuyến khích sự chủ động của người dân trong việc tìm kiếm hỗ trợ, và đặc biệt hữu ích cho những người gặp khó khăn trong việc tiếp cận hệ thống y tế truyền thống.

Giới thiệu từ chuyên gia Y tế: Các bác sĩ đa khoa hoặc chuyên gia y tế khác có thể chuyển bệnh nhân đến các dịch vụ sức khỏe tâm thần phù hợp dựa trên đánh giá lâm sàng. Phương thức này đảm bảo rằng những trường hợp cần can thiệp chuyên sâu được xác định và điều trị kịp thời, đồng thời duy trì sự phối hợp giữa các cấp độ chăm sóc.

Vì IAPT là một phần của hệ thống y tế công nên được tài trợ hoàn toàn bởi NHS, miễn phí cho người dân tại điểm cung cấp dịch vụ.

Hệ thống chuyển tuyến: IAPT phối hợp chặt chẽ với bác sĩ đa khoa, bệnh viện và các dịch vụ tâm thần chuyên sâu. Bệnh nhân có thể được chuyển từ IAPT đến các dịch vụ chuyên khoa nếu tình trạng phức tạp (*như rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống*).

IAPT được đánh giá là một trong những chương trình minh bạch nhất thế giới, với hơn 98% bệnh nhân được theo dõi kết quả lâm sàng (*dữ liệu công khai trên NHS Digital*). Do đó, nó là một mô hình có tính toàn cầu và đã truyền cảm hứng cho các chương trình tương tự ở Na Uy, Úc (Better Access) và Canada. Minh bạch dữ liệu và mô hình stepped care được đánh giá

cao trong nghiên cứu quốc tế.

Nhưng IAPT vẫn có những hạn chế như: (i) Tỷ lệ bỏ trị (*dropout rate*) cao. Khoảng 60% người được giới thiệu không bắt đầu điều trị, và 45% bỏ trị giữa chừng (2022/23). Lý do bao gồm thời gian chờ, kỳ thi hoặc không phù hợp với liệu pháp. (ii) Chênh lệch xã hội: Người ở khu vực nghèo khó có tỷ lệ hồi phục thấp hơn (42% so với 55% ở khu vực ít nghèo khó nhất, 2022/23). (iii) Một số bệnh nhân báo cáo số buổi điều trị quá ít (6-8 buổi) không đủ cho các rối loạn như OCD. (iv) Hạn chế với rối loạn phức tạp. IAPT chủ yếu hiệu quả với rối loạn nhẹ đến trung bình. Các rối loạn nặng hoặc đồng mắc (*comorbidity*) thường yêu cầu dịch vụ chuyên khoa. (v) Một số nhà trị liệu thiếu kinh nghiệm với các rối loạn đặc thù (như OCD), dẫn đến kết quả không đồng đều (Digital, 2023).

4.2.2. Chương trình Better Access to Psychiatrists (gọi tắt là Better Access)

Đây là một sáng kiến quan trọng của Chính phủ Úc, được triển khai từ tháng 11/2006, nhằm cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người dân. Chương trình này cho phép người dân được hỗ trợ tài chính thông qua Medicare (*hệ thống bảo hiểm y tế công của Úc*) để chi trả một phần chi phí khi sử dụng dịch vụ tâm lý, với bác sĩ đa khoa (*General Practitioner - GP*) đóng vai trò trung tâm trong việc đánh giá và chuyển tuyến.

Mục tiêu chủ yếu của chương trình này là việc tăng khả năng tiếp cận dịch vụ tâm lý và tâm thần dựa trên bằng chứng cho người mắc rối loạn tâm thần, đặc biệt là các rối loạn nhẹ đến trung bình như trầm cảm, lo âu, rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD), và rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD). Khuyến khích sự phối hợp giữa bác sĩ đa khoa, nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần và các chuyên gia y tế khác. Giảm chi phí cho bệnh nhân thông qua trợ cấp Medicare, giúp chăm sóc sức khỏe tâm thần trở nên dễ tiếp cận hơn. Cải thiện kết quả sức khỏe tâm thần cộng đồng và giảm gánh nặng kinh tế do bệnh tâm thần gây ra (như nghỉ việc, nhập viện) (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025).

Better Access vận hành thông qua hệ thống Medicare, với bác sĩ đa khoa đóng vai trò là điểm tiếp xúc chính để đánh giá, lập kế hoạch điều trị và chuyển tuyến đến các chuyên gia tâm lý hoặc tâm thần. Quy trình cụ thể như sau:

Bước 1: Tham vấn bác sĩ đa khoa (GP). Người dân cần gặp bác sĩ đa khoa để thảo luận về tình trạng sức khỏe tâm thần. Bác sĩ sẽ đánh giá các triệu chứng, xác định xem có rối loạn tâm thần hay không, và quyết định xem bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia Better Access. Nếu đủ điều kiện, bác sĩ sẽ lập Kế hoạch Điều trị sức khỏe tâm thần (*Mental Health Treatment Plan - MHTP*).

Bước 2: Chuyển tuyến đến dịch vụ tâm lý. Dựa trên MHTP, bác sĩ đa khoa chuyển bệnh nhân đến một nhà tâm lý học (*clinical psychologist hoặc registered psychologist*), bác sĩ tâm thần, hoặc các chuyên gia y tế liên quan khác đủ điều kiện cung cấp dịch vụ được Medicare trợ cấp.

Bước 3: Nhận dịch vụ tâm lý. Bệnh nhân có thể nhận tối đa 10 buổi trị liệu tâm lý cá nhân và 10 buổi trị liệu nhóm mỗi năm dương lịch (tính từ 1/1 đến 31/12).

Bước 4: Chi trả chi phí. Medicare trợ cấp một phần chi phí (*rebate*) cho mỗi buổi trị liệu, nhưng bệnh nhân có thể phải trả thêm khoản chênh lệch (*gap fee*) nếu chuyên gia không áp

dụng bulk billing (*miễn phí hoàn toàn*).

Bước 5: Đánh giá và tiếp tục. Sau mỗi đợt điều trị (*thường sau 6 buổi*), nhà tâm lý học gửi báo cáo cho bác sĩ đa khoa, nêu rõ tiến triển, đánh giá và khuyến nghị. Bác sĩ đa khoa xem xét báo cáo và quyết định có tiếp tục chuyển tuyến cho các buổi thêm hay chuyển bệnh nhân đến dịch vụ chuyên khoa (*như bác sĩ tâm thần*) nếu tình trạng phức tạp.

Đối tượng của Better Access là tất cả cư dân Úc có thẻ Medicare (*bao gồm công dân, thường trú nhân, và một số nhóm visa đặc biệt*) và được chẩn đoán mắc rối loạn tâm thần.

Dù có nhiều ưu điểm nhưng Better Access vẫn còn tồn tại những thách thức như: (i) Khoản chênh lệch chi phí (*gap fee*) gây khó khăn cho người thu nhập thấp. Các nhà tâm lý học lâm sàng thường có gap fee cao hơn, khiến bệnh nhân chọn nhà tâm lý học thông thường dù tình trạng có thể cần chuyên môn cao hơn. (ii) Giới hạn 10 buổi cá nhân mỗi năm không đủ cho một số rối loạn phức tạp (*như OCD, PTSD*). (iii) Dịch vụ tập trung ở thành thị (*như Sydney, Melbourne*), với tỷ lệ sử dụng cao hơn gấp 3 lần so với vùng rất xa (*remote areas*). (iv) Chất lượng không đồng đều khi một số bác sĩ đa khoa thiếu đào tạo chuyên sâu về sức khỏe tâm thần, dẫn đến chẩn đoán hoặc chuyển tuyến không chính xác. (v) Mặc dù chương trình giảm rào cản tài chính, kỳ thị về sức khỏe tâm thần vẫn khiến một số người ngại gặp bác sĩ đa khoa hoặc nhà tâm lý học, đặc biệt ở cộng đồng bản địa hoặc nhập cư.

4.3. Mô hình chăm sóc số (Digital Mental Health Interventions)

Mô hình chăm sóc số sử dụng công nghệ (*ứng dụng, nền tảng trực tuyến, trí tuệ nhân tạo*) để cung cấp liệu pháp tâm lý, tư vấn hoặc theo dõi sức khỏe tâm thần từ xa.

4.3.1. Mô hình chăm sóc số tại Thụy Điển

Thụy Điển là một quốc gia dẫn đầu về chuyển đổi số trong y tế, với hệ thống chăm sóc sức khỏe công phát triển và tỷ lệ sử dụng internet cao (*hơn 98% dân số, theo Eurostat 2023*). Các nền tảng trực tuyến và AI được tích hợp sâu vào chăm sóc sức khỏe tâm thần để tăng khả năng tiếp cận, đặc biệt ở vùng nông thôn và trong bối cảnh nhu cầu tăng cao sau đại dịch COVID-19.

Thụy Điển đang tiên phong trong việc triển khai liệu pháp nhận thức hành vi qua internet (*iCBT - Internet-based Cognitive Behavioral Therapy*), đặc biệt cho các rối loạn như trầm cảm, lo âu, và rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD).

Ví dụ như nền tảng Psykologpartners. Một nền tảng cung cấp iCBT được hỗ trợ bởi nhà trị liệu được cấp phép. Bệnh nhân hoàn thành các mô-đun CBT trực tuyến (*bài tập, video, bài đọc*) và nhận phản hồi hàng tuần từ nhà tâm lý học qua tin nhắn hoặc video. Hay như Mindler. Một ứng dụng kết nối bệnh nhân với các nhà tâm lý học được cấp phép thông qua tư vấn video. Người dùng có thể đặt lịch trong vòng 24 giờ, với chi phí được trợ cấp một phần bởi hệ thống y tế công (*högkostnadsskydd*). Mindler phục vụ hơn 50.000 người dùng mỗi năm. (Andersson, 2023)

Cơ chế hoạt động nói chung của mô hình chăm sóc số, đó là bệnh nhân truy cập qua ứng dụng hoặc website, hoàn thành bảng đánh giá ban đầu (*như PHQ-9, GAD-7*); Các mô-đun iCBT được cá nhân hóa theo tình trạng, với sự giám sát từ nhà trị liệu (*guided iCBT*) hoặc tự thực hiện (*unguided iCBT*). Dịch vụ được tích hợp với hồ sơ y tế điện tử quốc gia (*Nationella*

Patientöversikten), đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc.

Về ứng dụng hỗ trợ tự quản lý nổi bật là ứng dụng Calm. Mặc dù là ứng dụng quốc tế, Calm được sử dụng rộng rãi ở Thụy Điển, cung cấp các bài thiền, câu chuyện ngủ, và bài tập chánh niệm. Nhiều công ty Thụy Điển tài trợ đăng ký Calm cho nhân viên như một phần của chương trình chăm sóc sức khỏe.

Về Telehealth tích hợp. Thụy Điển đang sử dụng nền tảng KRY/LIVI, cung cấp tư vấn tâm lý qua video. Bệnh nhân có thể gặp bác sĩ tâm thần hoặc nhà tâm lý học từ xa, với chi phí được trợ cấp bởi hệ thống y tế công. Hay như ứng dụng Region Stockholm's Alltid Öppet, cho phép tư vấn tâm lý từ xa, đặc biệt dành cho thanh thiếu niên (16-25 tuổi) mắc lo âu hoặc trầm cảm nhẹ.

Về chatbot hỗ trợ tâm lý. Woebot được sử dụng trong các dự án thử nghiệm tại Thụy Điển, đặc biệt trong trường học và công sở. Woebot là một chatbot AI cung cấp các cuộc trò chuyện dựa trên CBT, giúp người dùng quản lý căng thẳng và lo âu. Một chatbot AI khác là Tess (*X2AI*) đang được thử nghiệm tại một số bệnh viện ở Stockholm. Tess hoạt động như trung gian giữa bệnh nhân và nhà trị liệu, theo dõi tâm trạng và cung cấp bài tập CBT ngắn hạn. Theo Business Insider (2018), Tess giúp tăng hiệu quả điều trị, cho phép một nhà trị liệu quản lý 50 bệnh nhân thay vì 5 mỗi ngày. (Rauws, 2016)

Cơ chế hoạt động của các chatbot là sử dụng xử lý ngôn ngữ tự nhiên (NLP) để phân tích phản hồi của người dùng, xác định cảm xúc, và đưa ra gợi ý (ví dụ: *bài tập thở, thách thức suy nghĩ tiêu cực*). Dữ liệu được mã hóa để đảm bảo quyền riêng tư, tuân thủ quy định GDPR nghiêm ngặt của EU.

Thụy Điển cũng đang thử nghiệm AI trong theo dõi và chẩn đoán sớm, ví dụ như SenMe™ (Adamson, 2023). Ứng dụng này sử dụng AI tạo sinh (*generative AI*) để theo dõi tâm trạng hàng ngày, phát hiện sớm các dấu hiệu trầm cảm hoặc lo âu, và gửi cảnh báo đến nhà trị liệu. (*AI phân tích dữ liệu thụ động -passive data như tần suất nhắn tin, thời gian sử dụng mạng xã hội, hoặc nhịp tim. Các thuật toán học máy xác định mẫu hành vi bất thường, gửi cảnh báo đến bệnh nhân hoặc bác sĩ*).

Mặc dù là quốc gia tiên phong trong việc thử nghiệm và ứng dụng số vào chăm sóc, hỗ trợ về sức khỏe tâm thần, nhưng Thụy Điển cũng đang phải đối mặt với những vấn đề phát sinh như đảm bảo quyền riêng tư (*những lo ngại về bảo mật dữ liệu khi sử dụng chatbot hoặc ứng dụng*); Hạn chế với rối loạn nặng (*hiệu quả với rối loạn nhẹ đến trung bình, nhưng không phù hợp với các rối loạn phức tạp như tâm thần phân liệt*). Bất bình đẳng số (*người cao tuổi hoặc người nhập cư ít quen thuộc với công nghệ có thể gặp khó khăn khi sử dụng ứng dụng*).

4.3.2. Mô hình chăm sóc số tại Ấn Độ

Ấn Độ đối mặt với thách thức lớn về sức khỏe tâm thần, với khoảng 150 triệu người cần hỗ trợ nhưng chỉ có 0,75 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân (*theo WHO, 2022*). Công nghệ, đặc biệt là AI và nền tảng trực tuyến, đang được sử dụng để thu hẹp khoảng cách này. (Organization, 2022)

Đối với nội dung tư vấn từ xa, hiện có YourDost - một trong những nền tảng lớn nhất Ấn Độ, cung cấp tư vấn tâm lý qua video, chat, hoặc điện thoại. Người dùng có thể trò chuyện ẩn

danh với nhà tâm lý học hoặc tham gia các nhóm hỗ trợ trực tuyến.

Về ứng dụng tự hỗ trợ, Ấn độ đang sử dụng Wysa - một chatbot AI nổi tiếng toàn cầu, được phát triển tại Ấn Độ. Wysa cung cấp các bài tập CBT, chánh niệm, và trò chuyện ẩn danh, hỗ trợ các vấn đề như trầm cảm, lo âu, và mất ngủ.

Đối với Telehealth công. Viện Sức khỏe Tâm thần và Khoa học Thần kinh Quốc gia (NIMHANS) tại Bangalore triển khai chương trình telehealth, cung cấp tư vấn tâm lý miễn phí hoặc chi phí thấp qua điện thoại và video cho người dân ở vùng nông thôn. Hay sáng kiến của Bộ Y tế Ấn Độ về e-Psychiatry dùng để kết nối các bệnh viện công với bệnh nhân qua nền tảng telehealth. Dịch vụ này tập trung vào các bang thiếu chuyên gia, như Bihar và Uttar Pradesh.

Ngoài ra Sangath's Digital Interventions, một tổ chức phi lợi nhuận Sangath triển khai các dự án sử dụng AI để theo dõi sức khỏe tâm thần ở cộng đồng nông thôn. Ví dụ, dự án ESSENCE sử dụng chatbot AI để cung cấp CBT bằng tiếng Hindi cho phụ nữ mắc trầm cảm sau sinh.

Dù vậy, Ấn độ đang đối mặt với những khó khăn lớn đến từ việc bất bình đẳng số; Một số ứng dụng thiếu sự giám sát từ chuyên gia, dẫn đến can thiệp kém hiệu quả hoặc không phù hợp hay lo ngại về rò rỉ thông tin nhạy cảm.

4.4. Mô hình hỗ trợ xã hội và chống kỳ thị (Social Support and Anti-Stigma Programs)

Mô hình hỗ trợ xã hội và chống kỳ thị kết hợp giáo dục cộng đồng, hỗ trợ xã hội và chính sách để giảm kỳ thị, nâng cao nhận thức và khuyến khích người dân tìm kiếm sự giúp đỡ.

4.4.1. Chiến dịch “Bell Let’s Talk” ở Canada

Chiến dịch “Bell Let’s Talk” tổ chức các sự kiện truyền thông, tài trợ nghiên cứu và cung cấp tài liệu giáo dục để nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần. Các chương trình tại trường học và nơi làm việc cũng được triển khai rộng rãi.

Chiến dịch Bell Let’s Talk là sáng kiến lớn nhất về sức khỏe tâm thần tại Canada, do công ty viễn thông Bell Canada khởi xướng từ năm 2010, nhằm nâng cao nhận thức và giảm kỳ thị liên quan đến bệnh tâm thần. Điểm nhấn chính là việc tổ chức các sự kiện truyền thông, tài trợ nghiên cứu và cung cấp tài liệu giáo dục để nâng cao nhận thức. (Talk, n.d.)

Hoạt động trên hướng đến 3 mục tiêu, đó là: chống kỳ thị (*khuyến khích nói chuyện cởi mở về sức khỏe tâm thần*); tăng tiếp cận dịch vụ (*hỗ trợ chăm sóc, nghiên cứu và lãnh đạo nơi làm việc*); huy động tài chính (*quyên góp cho các tổ chức sức khỏe tâm thần trên toàn Canada*).

Bên cạnh những kết quả tích cực thì Chiến dịch Bell Let’s Talk đồng thời tạo ra những tranh cãi như “*thương mại hóa sức khỏe tâm thần*”, hưởng lợi từ quảng cáo và dữ liệu người dùng. Chưa giải quyết đầy đủ các vấn đề hệ thống, như sức khỏe tâm thần của người bản địa hoặc rối loạn nặng. Một số cáo buộc về môi trường làm việc tại Bell mâu thuẫn với thông điệp chiến dịch.

Nhìn chung, Bell Let’s Talk đã thay đổi cách Canada thảo luận về sức khỏe tâm thần, tăng tiếp cận dịch vụ và tài trợ lớn, nhưng vẫn đối mặt với thách thức về tính bền vững và giải quyết

các vấn đề sâu xa hơn.

4.4.2. Tổ chức phi chính phủ SADAG (*South African Depression and Anxiety Group*) tại Nam Phi

SADAG là một tổ chức chuyên cung cấp đường dây nóng, nhóm hỗ trợ và chương trình đào tạo cộng đồng để phát hiện sớm các vấn đề tâm thần. Tại Nam Phi tổ chức này đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong bối cảnh hệ thống y tế công còn hạn chế.

SADAG hiện đang vận hành đường dây nóng 24/7 (0800 567 567) cung cấp tư vấn tâm lý miễn phí, ẩn danh cho các vấn đề như trầm cảm, lo âu, tự tử, và lạm dụng chất kích thích. Hỗ trợ đa ngôn ngữ (*11 ngôn ngữ chính thức của Nam Phi, như Zulu, Xhosa, Afrikaans*). SADAG phục vụ hơn 180.000 cuộc gọi mỗi năm (*theo báo cáo SADAG 2022*), với đội ngũ tình nguyện viên được đào tạo (Group, 2022).

Ngoài việc tổ chức các nhóm hỗ trợ trực tiếp và trực tuyến trên toàn quốc, SADAG cũng hướng đến các chương trình đào tạo cộng đồng, trong đó có nhân viên y tế cơ sở, giáo viên, và lãnh đạo cộng đồng để phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn tâm thần (*như thay đổi hành vi, ý định tự tử*). Các chương trình như “Speaking Books” (*sách nói minh họa*) giúp giáo dục sức khỏe tâm thần ở vùng nông thôn có tỷ lệ mù chữ cao. Triển khai hội thảo tại trường học và nơi làm việc để nâng cao nhận thức và cung cấp kỹ năng ứng phó khủng hoảng.

4.5. Mô hình can thiệp sớm (*Early Intervention Programs*)

Mô hình này tập trung vào phát hiện và can thiệp sớm các rối loạn tâm thần, đặc biệt ở trẻ em, thanh thiếu niên và người trẻ tuổi, để ngăn ngừa tiến triển nặng.

4.5.1. Chương trình TIPS (*Tidlig Intervensjon ved Psykose*) tại Na Uy

Trong tiếng Na Uy TIPS có nghĩa là “*Can thiệp sớm cho rối loạn tâm thần*”. Đây là một sáng kiến tiên phong tại Na Uy, được triển khai từ năm 1997 nhằm phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm thần, đặc biệt là tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan. TIPS được khởi xướng tại khu vực Rogaland (*do Bệnh viện Đại học Stavanger - Helse Stavanger HF dẫn đầu*) và đã trở thành mô hình tham khảo toàn cầu về can thiệp sớm tâm thần. (Larsen, 2011)

Mục tiêu chính của TIPS đó là phát hiện sớm rối loạn tâm thần, rút ngắn thời gian không điều trị, cải thiện kết quả dài hạn và giảm kỳ thị. TIPS có một đội ngũ đa ngành, gồm bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học lâm sàng, y tá tâm thần, nhân viên xã hội, và chuyên gia phục hồi chức năng. Hoạt động theo mô hình quản lý ca tích cực (*intensive case management*), đảm bảo theo dõi bệnh nhân liên tục trong 3-5 năm đầu sau chẩn đoán.

Về hình thức triển khai, TIPS tập trung vào các chiến dịch giáo dục và nâng cao nhận thức cộng đồng (*tổ chức hội thảo, phát tờ rơi, và chiến dịch truyền thông (TV, báo chí)* để giải thích các dấu hiệu sớm của tâm thần; đánh giá và chẩn đoán sớm (*những người có nguy cơ cao phát triển tâm thần, những người đang trải qua giai đoạn tâm thần đầu tiên*); can thiệp sớm; hỗ trợ xã hội (*tư vấn giáo dục và nghề nghiệp để giúp bệnh nhân tiếp tục học tập hoặc làm việc; các chương trình phục hồi chức năng như đào tạo kỹ năng sống, kết nối với trung tâm việc làm*); theo dõi dài hạn; nghiên cứu và cải tiến (*nghiên cứu lâm sàng, thu thập dữ liệu về tỷ lệ tâm*

thần, hiệu quả can thiệp, và yếu tố nguy cơ).

4.5.2. Hệ thống tư vấn tâm lý tại trường học và chương trình “REACH” (Response, Early Intervention and Assessment in Community Mental Health) tại Singapore

- Hệ thống tư vấn tâm lý tại trường học: Singapore có một hệ thống giáo dục tiên tiến với trọng tâm mạnh mẽ vào phát triển toàn diện học sinh, bao gồm cả sức khỏe tâm thần. Hệ thống tư vấn tâm lý tại trường học được thiết kế để hỗ trợ học sinh đối mặt với áp lực học tập, các vấn đề xã hội, và những thách thức tâm lý trong giai đoạn phát triển. (Ministry of Education Singapore, 2024)

Mỗi trường công lập ở Singapore có ít nhất 1-2 chuyên viên tư vấn được đào tạo về tâm lý học hoặc tham vấn, chịu trách nhiệm hỗ trợ học sinh từ tiểu học đến trung học. Bên cạnh đó còn có đội ngũ giáo viên (*Allied Educators for Learning and Behavioural Support - AEDs/LBS*) nhằm hỗ trợ học sinh có nhu cầu đặc biệt, bao gồm các vấn đề tâm lý, dưới sự hướng dẫn của chuyên viên tư vấn.

Các trường đều có phòng tư vấn riêng, tạo không gian an toàn, riêng tư để học sinh chia sẻ. Một số trường triển khai “góc yên tĩnh” (*quiet corners*) hoặc khu vực thư giãn để học sinh quản lý căng thẳng.

Hoạt động chính của hệ thống tư vấn tâm lý tại trường học là tư vấn cá nhân; tư vấn nhóm; chương trình giáo dục tâm lý; phát hiện sớm và chuyển tuyến (*giáo viên được đào tạo để nhận biết dấu hiệu rối loạn tâm thần và giới thiệu học sinh đến chuyên viên tư vấn. Các trường hợp nghiêm trọng, như nguy cơ tự tử được chuyển đến bác sĩ tâm thần hoặc bệnh viện thông qua mạng lưới y tế công*).

- REACH (*Response, Early Intervention and Assessment in Community Mental Health*) là một chương trình của Bộ Y tế Singapore, triển khai từ năm 2007, nhằm cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, với trọng tâm là trẻ em và thanh thiếu niên (6-18 tuổi). REACH hoạt động như một cầu nối giữa trường học, gia đình, và hệ thống y tế để hỗ trợ học sinh có nguy cơ hoặc đang gặp vấn đề tâm lý. (Institute of Mental Health, n.d.)

Mục tiêu mà REACH hướng đến đó là can thiệp sớm; hỗ trợ cộng đồng; kết nối các bên liên quan (*trường học, phụ huynh, bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội*) để xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện; giảm nhập viện.

Đội ngũ REACH gồm bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội y tế, và cố vấn tâm lý, hoạt động theo các đội khu vực. Mỗi đội phụ trách một nhóm trường học và cộng đồng trong khu vực, đảm bảo tiếp cận nhanh chóng.

Hoạt động chính của REACH là đánh giá và chẩn đoán để xác định rối loạn tâm lý, tiến hành can thiệp tâm lý; hỗ trợ gia đình (*tư vấn cho phụ huynh về cách hỗ trợ con, đặc biệt trong các trường hợp rối loạn như ADHD hoặc tự kỷ*); Đào tạo giáo viên và chuyên viên tư vấn về nhận biết dấu hiệu rối loạn tâm thần và cách ứng phó ban đầu. Cung cấp hỗ trợ khẩn cấp cho các trường hợp có nguy cơ tự làm hại hoặc tự tử, bao gồm đánh giá rủi ro và chuyển tuyến đến bệnh viện nếu cần.

Tuy nhiên, REACH đang đối mặt với nhu cầu tăng cao (*số học sinh cần hỗ trợ tâm lý*

tăng), thiếu nhân lực chuyên môn, hạn chế với rối loạn phức tạp.

5. MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ DÀNH CHO VIỆT NAM

Hiện nay, hệ thống chăm sóc, điều trị và hỗ trợ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam đang phát triển nhưng vẫn đối mặt với nhiều thách thức lớn. Theo thống kê từ Bộ Y tế và WHO, khoảng 15% dân số Việt Nam mắc các rối loạn tâm thần như trầm cảm, lo âu, tâm thần phân liệt, với tỷ lệ đáng báo động ở thanh thiếu niên. Các mô hình chăm sóc hiện hành bao gồm điều trị tại bệnh viện chuyên khoa (như Bệnh viện tâm thần), chăm sóc dựa vào cộng đồng, dịch vụ tư nhân tích hợp (Vinmec) và tư vấn tâm lý học đường. Mô hình bệnh viện chuyên khoa cung cấp điều trị chuyên sâu nhưng quá tải và tập trung ở đô thị, trong khi mô hình cộng đồng giúp tiếp cận vùng sâu vùng xa nhưng thiếu kinh phí và nhân lực. Các dịch vụ tư nhân mang lại chất lượng cao, nhưng chi phí đắt đỏ, khó tiếp cận với người thu nhập thấp. Tâm lý học đường bước đầu phát triển, nhưng chưa phổ biến do thiếu chuyên gia. Bên cạnh đó, kỳ thị xã hội, thiếu hụt bác sĩ tâm thần ($0,3/100.000$ dân - đây là một trong những tỷ lệ thấp nhất trong khu vực Đông Nam Á và trên thế giới, so với mức trung bình toàn cầu là khoảng 4 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân) (World Health Organization, 2020) và cơ sở hạ tầng yếu kém là những rào cản lớn. Dù đã có những tiến bộ như Chương trình mục tiêu quốc gia về Sức khỏe tâm thần hay hỗ trợ từ WHO, UNICEF (WHO, 2019) (Nam, 2018), hệ thống chăm sóc vẫn chưa toàn diện, đặc biệt trong việc phục hồi lâu dài và can thiệp sớm. Để giải quyết các vấn đề này, Việt Nam cần những khuyến nghị vừa mang tính tổng thể vừa phải cụ thể, tập trung vào tăng cường nguồn lực, giảm kỳ thị và xây dựng hệ thống tích hợp, lấy bệnh nhân làm trung tâm, nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng về chăm sóc sức khỏe tâm thần trong bối cảnh xã hội hiện đại.

5.1. Những khuyến nghị tổng thể

Từ những mô hình thành công trên thế giới, đồng thời để nâng cao chất lượng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, những khuyến nghị tổng thể tập trung vào 3 nội dung chính sau đây:

Một là, xây dựng và hoàn thiện chính sách hỗ trợ từ chính phủ là điều kiện tiên quyết để phát triển các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả. Chính phủ cần đầu tư cả về ngân sách và nguồn lực để phát triển các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhằm đảm bảo dịch vụ này có thể tiếp cận rộng rãi và hiệu quả, đặc biệt là ở các vùng sâu, vùng xa. Đây là điều kiện cần thiết để những người dân có vấn đề về sức khỏe tâm thần thuận lợi hơn trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ.

Hai là, để nâng cao chất lượng dịch vụ, cần tập trung đầu tư vào đào tạo và phát triển nguồn nhân lực trong lĩnh vực này. Việc đào tạo các bác sĩ đa khoa và nhân viên y tế cơ sở có kiến thức và kỹ năng trong việc nhận diện và xử lý các vấn đề tâm lý từ sớm sẽ giúp giảm bớt gánh nặng cho các bệnh viện chuyên khoa, đồng thời giúp người dân có thể tiếp cận dịch vụ điều trị gần gũi và kịp thời hơn. Điều này cũng sẽ góp phần làm giảm kỳ thị đối với những người gặp phải các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Ba là, tích cực hợp tác với các tổ chức quốc tế, không chỉ học hỏi từ các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tiên tiến trên thế giới, mà còn có thể xây dựng các sáng kiến hợp tác nghiên cứu, giúp

nâng cao chất lượng dịch vụ tại Việt Nam. Những mô hình thành công từ các quốc gia phát triển cần được điều chỉnh để phù hợp với nguồn lực, đặc điểm văn hoá, con người ở Việt Nam.

5.2. Những khuyến nghị chi tiết

Với mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng: Phát huy điểm mạnh là cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần gần nơi sinh sống, giảm kỳ thị và dễ tiếp cận. Việt Nam cần mở rộng mô hình này thông qua việc triển khai các trung tâm sức khỏe tâm thần tại các trạm y tế cơ sở, đồng thời kết hợp với các dịch vụ chăm sóc xã hội và giáo dục. Việc này không chỉ giúp nâng cao nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần mà còn tạo điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận dịch vụ một cách kịp thời. Bên cạnh đó, đào tạo nhân lực là yếu tố then chốt để nâng cao chất lượng dịch vụ. Cần đặc biệt chú trọng vào đào tạo các nhân viên y tế cơ sở, đặc biệt là bác sĩ đa khoa và nhân viên xã hội, giúp họ có đủ năng lực phát hiện và xử lý các rối loạn tâm thần cơ bản ngay từ giai đoạn đầu. Điều này không chỉ nâng cao hiệu quả chăm sóc mà còn góp phần giảm thiểu gánh nặng cho các cơ sở y tế chuyên khoa.

Đối với mô hình chăm sóc tích hợp (*Integrated Care*) có ưu điểm trong việc điều trị các rối loạn tâm lý phổ biến như trầm cảm và lo âu ngay tại y tế cơ sở, giúp giảm chi phí và thời gian điều trị. Các chương trình như IAPT tại Anh cho phép người dân tự giới thiệu, giúp giảm rào cản tiếp cận dịch vụ và tăng khả năng tiếp cận. Tuy nhiên, mô hình này cũng có những hạn chế, như tỷ lệ bỏ trị cao. Hơn nữa, mô hình này chỉ thực sự hiệu quả đối với các rối loạn tâm lý nhẹ và trung bình.

Để áp dụng mô hình chăm sóc tích hợp tại Việt Nam, cần tích hợp sức khỏe tâm thần vào y tế cơ sở, đặc biệt là các bệnh viện đa khoa và trạm y tế, giúp bác sĩ gia đình có thể chẩn đoán và điều trị các vấn đề tâm lý cơ bản. Đồng thời, việc giảm kỳ thị và nâng cao nhận thức cộng đồng là rất quan trọng. Cần triển khai các chiến lược truyền thông mạnh mẽ để tạo ra môi trường thân thiện, khuyến khích người dân tìm kiếm sự trợ giúp kịp thời và hiệu quả.

Ở mô hình chăm sóc số (*Digital Mental Health*). Việc phát triển các ứng dụng chăm sóc sức khỏe tâm thần số, đặc biệt là các ứng dụng chatbot tiếng Việt, không chỉ là một xu hướng mà đây còn là một giải pháp tiềm năng, đặc biệt là chính phủ hiện đang thúc đẩy phát triển số trên tất cả các lĩnh vực, trong đó có các dịch vụ y tế. Các mô hình như Wysa hoặc Mindler, đã thành công ở nhiều quốc gia, có thể được điều chỉnh để phù hợp với nhu cầu và bối cảnh Việt Nam. Những ứng dụng này không chỉ giúp người dân, đặc biệt là ở các khu vực nông thôn, dễ dàng tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ tâm lý từ xa mà còn giảm thiểu gánh nặng cho các cơ sở y tế chuyên khoa. Hơn nữa, với sự phát triển của công nghệ, những công cụ này có thể cung cấp các bài tập trị liệu, tư vấn và giám sát tâm lý thông qua trí tuệ nhân tạo (AI), từ đó nâng cao hiệu quả điều trị các vấn đề như lo âu, trầm cảm hay stress.

Tuy nhiên, việc triển khai dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần số cũng đặt ra một số thách thức, đặc biệt là liên quan đến bảo mật dữ liệu và sự giám sát chuyên gia. Cần phải đảm bảo thông tin cá nhân của người sử dụng được bảo vệ tuyệt đối, tránh rủi ro xâm phạm quyền riêng tư. Đồng thời, việc giám sát chuyên gia là rất cần thiết để đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của dịch vụ. Điều này đòi hỏi Việt Nam phải có một hệ thống quy định nghiêm ngặt về bảo mật thông tin và sự tham gia của các chuyên gia tâm lý trong việc giám sát và đánh giá hiệu quả các dịch vụ. Ngoài ra, việc giáo dục cộng đồng về cách sử dụng các dịch vụ này một cách an

toàn và hiệu quả cũng là một yếu tố quan trọng để đảm bảo sự thành công của các ứng dụng chăm sóc sức khỏe tâm thần số tại Việt Nam.

Đối với chương trình hỗ trợ xã hội và chống kỳ thị (*Social Support & Anti-Stigma Programs*). SADAG tại Nam Phi đã thành công trong việc cung cấp đường dây nóng 24/7, hỗ trợ tâm lý miễn phí và đa ngôn ngữ, nâng cao nhận thức cộng đồng về các vấn đề sức khỏe tâm thần. Việt Nam có thể học hỏi thêm các mô hình tương tự SADAG, với đường dây nóng miễn phí và hỗ trợ tâm lý cho các nhóm dễ bị tổn thương. Ngoài ra việc cần phát triển các chương trình giáo dục cộng đồng bằng cách đẩy mạnh các chiến dịch truyền thông giáo dục về sức khỏe tâm thần tại các trường học, cộng đồng và nơi làm việc để giảm kỳ thị.

Tóm lại, có thể thấy các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới đã nêu trên đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong nâng cao khả năng tiếp cận, giảm kỳ thị và cải thiện chất lượng điều trị. Mỗi mô hình phản ánh sự thích ứng linh hoạt với điều kiện văn hóa, xã hội và hệ thống y tế của từng quốc gia. Đối với Việt Nam, việc học hỏi, chọn lọc và nội địa hóa những kinh nghiệm này là cần thiết, đặc biệt trong bối cảnh chuyển đổi số và áp lực gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm thần hiện nay. Hướng đi chiến lược cần bao gồm: chính sách đồng bộ, đào tạo nhân lực chuyên môn, đầu tư hạ tầng công nghệ, cùng lúc thúc đẩy truyền thông giảm kỳ thị. Chỉ khi đó, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần ở nước ta mới thực sự bao trùm và bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adamson, D. (2023). AI-assisted mood tracking: Revolutionising mental health management [LinkedIn]. Retrieved
2. Andersson, G., & Carlbring, P. (2023). From research to routine care: A historical review of internet-based cognitive behavioral therapy for adult mental health problems in Sweden. *Internet Interventions*, 28. doi:10.1177/20552076241287059
3. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025). *Better Access initiative*.
4. Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koshkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., ... Wells, K. B. (2019). Community interventions to promote mental health and social equity. *Current Psychiatry Reports*, 21.
5. Digital, N. H. S. N. (2023). *Psychological therapies: reports on the use of IAPT services, England, March 2023 final including a report on the IAPT Employment Advisers pilot*. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-report-on-the-use-of-iapt-services/march-2023-final-including-a-report-on-the-iapt-employment-advisers-pilot>
6. Goldberg, S. B., Lam, S. U., Simonsson, O., Torous, J., & Sun, S. (2022). Mobile phone-based interventions for mental health: A systematic meta-review of 14 meta-analyses of randomized controlled trials. *PLOS Digital Health*, 1.
7. Group, S. A. D. a. A. (2022). Ke Moja WhatsApp chat platform for substance abuse support. Retrieved from <https://www.sadag.org/>
8. Institute of Mental Health. (n.d.). REACH – Response, Early Intervention and Assessment in Community Mental Health. Retrieved from <https://www.imh.com.sg/Clinical-Services/Community-based-Services/REACH/Pages/default.aspx>

9. Larsen, T. K., Melle, I., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Rossberg, J. I., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T. H. (2011). Early detection of first-episode psychosis: The effect on 1-year outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 758–764.
10. Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of psychological therapy*: Penguin Books.
11. Ministry of Education Singapore. (2024). Counselling and Student Welfare. Retrieved from <https://www.moe.gov.sg/education-in-sg/our-programmes/counselling-and-student-welfare>
12. Nam, U. V. (2018). *Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Children and Young People in Selected Provinces and Cities in Viet Nam*. Retrieved from <https://www.unicef.org/vietnam/reports/mental-health-and-psychosocial-wellbeing-among-children-and-young-people-viet-nam>
13. Organization, W. H. (2022). Mental health – India. Retrieved from <https://www.who.int/india/health-topics/mental-health>
14. Rauws, M., & Bann, E. (2016). The chatbot will see you now. Retrieved from <https://www.newyorker.com/tech/annals-of-technology/the-chatbot-will-see-you-now>
15. Samartzis, L., & Talias, M. A. (2019). Effective mental health care in the context of community and hospital settings: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16.
16. Talk, B. L. s. (n.d.). *Bell Let's Talk: Creating positive change for mental health*. Retrieved from
17. Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2023). Digital mental health: Challenges and next steps. *BMJ Mental Health*, 26.
18. Trường Đại học Văn Lang. (2024). Hội thảo quốc tế “Sức khỏe tâm thần trong thời đại số: Vấn đề toàn cầu”. Retrieved from <https://www.vanlanguni.edu.vn/vi/tin-tuc-su-kien/6064-hoi-thao-quoc-te-suc-khoe-tam-than-trong-thoi-dai-so-van-de-toan-cau>
19. Unicef. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. Retrieved from <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
20. Villarreal-Zegarra, D., Reátegui-Rivera, C. M., Sabastizagal-Vela, I., et al. (2023). Paper promises: Peruvian frontline health workers' perspectives on mental health policies during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 18(4). doi:<https://doi.org/10.1093/heapol/czad055>
21. WHO. (2019). *Mental Health in Viet Nam*. Retrieved from <https://www.who.int/vietnam/health-topics/mental-health>
22. World Bank Group. (2018). *Healing minds, changing lives: A movement for community-based mental health care in Peru – Delivery innovations in a low-income community, 2013–2016*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10986/29681>
23. World Health Organization. (2020). *Mental Health Atlas 2020*. Retrieved from

NHU CẦU VỀ MỨC ĐỘ CẦN THIẾT SỬ DỤNG DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CỘNG ĐỒNG

TS. Phạm Thanh Hải¹, ThS-NCS. Hoàng Thị Thu Hoài²

Tóm tắt: Người cao tuổi (NCT) tại cộng đồng đang ngày càng đối mặt với nhiều vấn đề sức khỏe nhất là sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu, cô đơn và suy giảm trí nhớ do ảnh hưởng của quá trình lão hóa, mất mát người thân, suy giảm chức năng xã hội và thiếu sự hỗ trợ phù hợp. Trong bối cảnh đó, dịch vụ công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ NCT duy trì sức khỏe tâm thần ổn định, nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, thực tế cho thấy nhu cầu sử dụng các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của NCT tại cộng đồng vẫn chưa được đáp ứng đầy đủ. Nhiều NCT chưa có nhận thức đúng đắn về vai trò của công tác xã hội, đồng thời hệ thống dịch vụ còn thiếu và chưa được triển khai rộng rãi tại cộng đồng. Việc khảo sát nhu cầu về mức độ cần thiết sử dụng dịch vụ công tác xã hội cho thấy NCT có nhu cầu cao về tư vấn tâm lý, hỗ trợ kết nối cộng đồng, và các chương trình nâng cao năng lực thích ứng xã hội. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết cần phát triển mạng lưới dịch vụ công tác xã hội chuyên biệt cho NCT, tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức, đồng thời đào tạo đội ngũ cán bộ có năng lực chuyên môn để đáp ứng nhu cầu ngày càng gia tăng của nhóm dân số này tại cộng đồng.

Từ khóa: công tác xã hội, dịch vụ, người cao tuổi, nhu cầu.

THE NEED FOR THE LEVEL OF USE OF SOCIAL WORK SERVICES IN MENTAL HEALTH CARE FOR THE ELDERLY IN THE COMMUNITY

Abstract: Elderly individuals in the community are increasingly facing various health issues, particularly mental health challenges such as depression, anxiety, loneliness, and memory decline, due to aging, the loss of loved ones, social function deterioration, and lack of appropriate support. In this context, social work services play a crucial role in helping the elderly maintain stable mental health and improve their quality of life. However, the reality is that the demand for social work services in mental health care for the elderly in the community has not been fully met. Many elderly individuals lack awareness of the role of social work, and the service system is still inadequate and not widely implemented in the community. A survey of the need for social work services reveals that elderly people have a high demand for psychological counseling, community connection support, and programs to enhance social adaptability. This underscores the urgent need to develop specialized social work service networks for the elderly, strengthen communication to raise awareness, and train staff with professional skills to meet the increasing demands of this population in the community.

Keywords: social work, services, elderly, needs.

1. GIỚI THIỆU

Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa dân số với tốc độ nhanh nhất thế giới. Theo số liệu thống kê năm 2024, số lượng người cao tuổi (NCT) từ 60 tuổi trở lên là 14,2 triệu người, tăng 2,8 triệu người so với năm 2019. Dự báo đến năm 2030, số người từ 60 tuổi trở lên sẽ xấp xỉ 18 triệu người, tăng gần 4 triệu người so với năm 2024. Chính điều này đặt ra nhiều thách thức trong việc chăm sóc sức khỏe toàn diện cho NCT (Tổng cục Thống kê, 2023). Thực tế cho

¹ PTK Công tác xã hội - Cơ sở II, Trường Đại học Lao động – Xã hội. Email: haipt.ctxh@ldxh.edu.vn

² Giảng viên Khoa CTXH - Cơ sở II, Trường Đại học Lao động – Xã hội. Email: phuonggtm@ldxh.edu.vn

thấy, NCT đóng góp cho xã hội với tư cách là thành viên gia đình và cộng đồng, và nhiều người là tình nguyện viên và công nhân. Mặc dù hầu hết đều có sức khỏe tốt, nhưng nhiều người có nguy cơ mắc các tình trạng sức khỏe tâm thần (SKTT) như trầm cảm và rối loạn lo âu. Nhiều người cũng có thể bị giảm khả năng vận động, đau mãn tính, suy nhược, mất trí nhớ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, do đó họ cần một số hình thức chăm sóc dài hạn. Khi tuổi cao sức khỏe yếu họ có nhiều khả năng gặp phải đa vấn đề cùng một lúc nên họ có nhu cầu cao về sử dụng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT.

Thực tế cho thấy, mạng lưới dịch vụ CTXH trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần cho NCT hiện nay ở Việt Nam vẫn còn non trẻ, phân tán và thiếu đồng bộ. Các nghiên cứu và báo cáo thực tiễn cho thấy nhiều rào cản như thiếu nhân lực chuyên trách, chưa được đào tạo chuyên sâu về SKTT, mô hình can thiệp còn manh mún, thiếu chuẩn hóa, thiếu cơ chế tài chính hỗ trợ bền vững và sự phối hợp liên ngành còn rời rạc (Nguyễn, 2016; Nguyễn Hằng Nguyệt Vân & cộng sự, 2021). Điều này làm hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ của NCT đây là nhóm đối tượng đang ngày càng gia tăng cả về số lượng lẫn mức độ tổn thương tâm lý trong bối cảnh già hóa dân số nhanh.

Trong bức tranh chung đó, xã Xuân Thới Sơn, huyện Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) là một địa bàn có nhiều đặc điểm xã hội đặc thù đáng lưu ý. Đây là khu vực có tốc độ đô thị hóa nhanh, diện tích rộng và dân số đông, phần lớn là người nhập cư từ các tỉnh thành khác. Theo số liệu năm 2024, xã có 1.791 NCT, chiếm khoảng 4,96% dân số toàn xã. Trong điều kiện áp lực xã hội ngày càng gia tăng do sự thay đổi môi trường sống, nhiều NCT tại địa phương này phải đối mặt với các vấn đề như lo âu, trầm cảm, cô đơn, mất kết nối xã hội những yếu tố làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống. Mặc dù chính quyền địa phương đã có những quan tâm bước đầu đến vấn đề SKTT cho NCT, tuy nhiên mức độ đầu tư và hệ thống dịch vụ hỗ trợ vẫn chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tiễn.

Trong bối cảnh đó, dịch vụ CTXH tại xã Xuân Thới Sơn cần được xem là một cấu phần không thể thiếu trong chiến lược nâng cao SKTT cho NCT. Vai trò của nhân viên CTXH ở đây không chỉ dừng lại ở hỗ trợ cá nhân, mà còn mang tính hệ thống từ việc phát hiện sớm vấn đề SKTT, tổ chức can thiệp phù hợp tại cộng đồng, vận động và kết nối nguồn lực y tế – xã hội – gia đình, đến góp phần thay đổi nhận thức và giảm kỳ thị trong cộng đồng dân cư. Đặc biệt, với đặc điểm dân số nhập cư và văn hóa đa dạng, nhân viên CTXH càng cần được đào tạo bài bản để thích ứng với sự khác biệt văn hóa – xã hội, đảm bảo sự công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho mọi NCT.

Từ đó có thể thấy, việc phát triển dịch vụ CTXH một cách bài bản, liên ngành và bền vững tại xã Xuân Thới Sơn không chỉ mang ý nghĩa cấp thiết về mặt can thiệp, mà còn mang tính chiến lược trong việc bảo vệ và nâng cao chất lượng sống cho nhóm NCT, đây là nhóm dân số đang chịu nhiều thách thức nhất trong quá trình đô thị hóa hiện nay. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mức độ cần thiết của các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT, làm căn cứ cho việc xây dựng và đánh giá các chương trình, dịch vụ can thiệp tại cộng đồng.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Già hóa dân số đang trở thành một hiện tượng toàn cầu, trong đó Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất khu vực châu Á – Thái Bình Dương. Theo số liệu Tổng cục Thống kê (2021), tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên tại Việt Nam chiếm khoảng 12,8% dân số vào năm 2021 và dự báo sẽ vượt mốc 20% vào năm 2036 và dự báo sẽ tiếp tục tăng mạnh trong những thập niên tới. Điều này không chỉ đặt ra những thách thức về mặt kinh tế – xã hội mà còn kéo theo nhu cầu ngày càng cao về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là SKTT cho NCT (*Tổng cục Thống kê, 2021*). Tuy nhiên, các nghiên cứu về dịch vụ CTXH nhất là trong chăm sóc SKTT còn rất ít. Một số công trình nghiên cứu về dịch vụ CTXH đối với NCT trong thời gian qua như:

Nghiên cứu của Dean Blevins, Bridget Morton và Ren McGovern (2008), về dự án nghiên cứu có sự tham gia của cộng đồng về chăm sóc SKTT cho NCT ở vùng nông thôn Hoa Kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết NCT đều có nhu cầu và hài lòng với vai trò của chương trình cần sự phối hợp tốt giữa các đối tác trong chương trình chăm sóc SKTT cho NCT ở nông thôn. Từ đó tác giả cũng đề xuất phương pháp để cải thiện hơn nữa các dịch vụ chăm sóc SKTT tại cộng đồng của Hoa Kỳ. Tuy nhiên, nghiên cứu này mới đề cập đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe, ngoài dịch vụ này thì NCT có nhu cầu sử dụng một số dịch vụ CTXH khác nữa. Điều này cho thấy, cần có những nghiên cứu sâu và rộng hơn để góp phần xây dựng các mô hình cung cấp dịch vụ toàn diện cho NCT phù hợp với bối cảnh hiện nay (*Dean Blevins, Bridget Morton và Ren McGovern, 2008*).

Nghiên cứu của Chanitta Soommaht và cộng sự (2008), về Phát triển mô hình quản lý chăm sóc sức khỏe NCT có sự tham gia của cộng đồng tại Isan. Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính và được tiến hành từ 02/8/2008 tại 7 tỉnh Đông Bắc Thái Lan là Mahasarakham, Roi – et, Sakon Nakhon, Nakhon Ratchasima, Buriram, Surin và Khon Kaen. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích các vấn đề liên quan đến việc quản lý chăm sóc sức khỏe cho NCT về thể chất lẫn tinh thần có sự tham gia của cộng đồng ở Isan. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng việc quản lý của các tổ chức cộng đồng trong chăm sóc SKTT đối với NCT là phương pháp hiệu quả. Mô hình này gợi ý cho chúng ta những bài học kinh nghiệm khi áp dụng vào Việt Nam trong việc phát triển dịch vụ CTXH với NCT trong việc huy động nguồn lực chăm sóc SKTT tại cộng đồng (Chanitta Soommaht và cộng sự, 2008).

Người cao tuổi thường gặp các vấn đề tâm lý xã hội như cô đơn, buồn tẻ, trầm cảm, lo âu làm giảm sút chức năng nhận thức và ảnh hưởng đến chất lượng sống. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2017), khoảng 15% NCT trên toàn cầu có vấn đề về SKTT, trong đó trầm cảm là một trong những rối loạn phổ biến nhất nhưng thường không được chẩn đoán hoặc điều trị kịp thời. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang và cộng sự (2020) cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở NCT tại cộng đồng dao động từ 25% đến 35%, trong đó nhóm sống một mình hoặc không có người chăm sóc thường có nguy cơ cao hơn. Đồng thời có sự khác biệt về cơ hội tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, NCT ngày càng chiếm tỷ lệ gia tăng trong xã hội và gặp nhiều khó khăn trong việc chăm sóc sức khỏe. Cần có các chính sách hiệu quả để có thể thu hẹp khoảng cách

giữa y tế công cộng, chăm sóc sức khỏe và các lĩnh vực khác của nền kinh tế. Để cải thiện việc chăm sóc sức khỏe cho NCT được tốt hơn, tác giả đưa ra những khuyến nghị cải thiện chất lượng chăm sóc tại các viện dưỡng lão và các dịch vụ tại gia đình và cộng đồng. Đây cũng là một trong những nghiên cứu có thể tham khảo cho sự thay đổi về cách thức xây dựng và triển khai các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT ở Việt Nam (*WHO, 2017; Nguyễn Thị Trang và cộng sự, 2020; Terry Fulmer cùng cộng sự, 2021*).

Trong bối cảnh đó, CTXH đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp những dịch vụ hỗ trợ NCT duy trì SKTT thông qua các hoạt động can thiệp sớm, truyền thông nâng cao nhận thức, tư vấn, trị liệu tâm lý, kết nối nguồn lực và huy động sự tham gia của cộng đồng. Dịch vụ CTXH không chỉ tập trung vào can thiệp cá nhân mà còn hướng đến gia đình, nhóm và cộng đồng nhằm tạo dựng mạng lưới hỗ trợ bền vững (*NASW, 2021*). Theo lý thuyết hệ thống sinh thái trong CTXH, các yếu tố ở cấp độ cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội đều ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của NCT. Do đó, sự phối hợp đa ngành và cách tiếp cận toàn diện là cần thiết trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng (*Bronfenbrenner, 1979; Saleebey, 2008*).

Thực tế cho thấy, mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT ở Việt Nam còn gặp nhiều hạn chế, như thiếu hụt nhân lực chuyên môn, chưa có mô hình dịch vụ thống nhất ở cộng đồng, và sự kỳ thị xã hội đối với các vấn đề tâm thần vẫn còn phổ biến (*Nguyễn Thị Lan, 2019*). Mặt khác, NCT và gia đình họ cũng thiếu thông tin hoặc chưa có nhận thức đầy đủ về vai trò và tính thiết yếu của dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

Nhiều nghiên cứu đã khẳng định rằng CTXH giữ vai trò then chốt trong hệ thống hỗ trợ SKTT cho NCT. Nhân viên CTXH không chỉ đóng vai trò là cầu nối giữa NCT, gia đình, các cơ sở y tế và tổ chức cộng đồng, mà còn trực tiếp đảm nhiệm các nhiệm vụ chuyên môn như phát hiện sớm nguy cơ rối loạn tâm thần, đánh giá nhu cầu, xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa, cung cấp tham vấn cá nhân và nhóm, tổ chức các hoạt động hỗ trợ tinh thần và giáo dục cộng đồng, đồng thời tư vấn thông tin liên quan đến điều trị và phục hồi chức năng (*Trương Thị Yến, 2022; Nguyễn Thị Huệ & Trần Thị Quỳnh, 2024*). Những vai trò này cho thấy CTXH không chỉ góp phần hỗ trợ cá nhân mà còn thúc đẩy tính liên kết trong hệ thống dịch vụ chăm sóc SKTT tại cộng đồng.

Tại Việt Nam, các báo cáo nghiên cứu chỉ ra nhiều bất cập trong việc phát triển dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực này. Cụ thể, nguồn lực còn hạn chế, đội ngũ nhân viên công tác xã hội chuyên trách còn thiếu và chưa được trang bị đầy đủ kiến thức chuyên sâu về SKTT. Nhiều mô hình phòng tư vấn tại các cơ sở dưỡng lão hoặc cộng đồng còn mang tính tự phát, thiếu chuẩn hóa về quy trình hoạt động, và sự phối hợp liên ngành chưa hiệu quả (*Nguyen, 2016; Trương Thị Yến, 2022; Nguyễn Thị Huệ & Trần Thị Quỳnh, 2024*). Những hạn chế này ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ của NCT.

Bên cạnh đó, các yếu tố về cơ chế chính sách, năng lực đội ngũ nhân viên, và đặc điểm nhân khẩu học của người sử dụng dịch vụ cũng được xác định là những yếu tố có ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả của các chương trình can thiệp sớm tại cộng đồng. Để nâng cao hiệu quả hỗ trợ SKTT cho NCT, cần có sự thay đổi mang tính hệ thống, bao gồm: thiết lập các chính

sách hỗ trợ phù hợp, đào tạo và phát triển nguồn nhân lực CTXH chuyên sâu về SKTT, thúc đẩy các mô hình tiếp cận đa ngành, và đẩy mạnh truyền thông nhằm giảm kỳ thị và nâng cao nhận thức cộng đồng. Tuy nhiên, thực tế hiện nay cho thấy nguồn lực dành cho CTXH vẫn còn nhiều hạn chế, thiếu cơ chế tài chính ổn định, nhân lực chưa đáp ứng yêu cầu chuyên môn về SKTT, hoạt động truyền thông còn rời rạc và sự phối hợp liên ngành chưa đồng bộ (Nguyễn Hằng Nguyệt Vân & cộng sự, 2021; Bùi Thị Thanh Diệu & cộng sự, 2021). Những thách thức này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc đầu tư mạnh mẽ hơn cho CTXH trong lĩnh vực chăm sóc SKTT cho NCT, nhất là trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng rõ nét và nhu cầu về dịch vụ can thiệp sớm tại cộng đồng ngày càng gia tăng.

Qua nghiên cứu đã có một số nghiên cứu về CTXH với NCT ở nhiều khía cạnh khác nhau, từ thực trạng cuộc sống NCT, những vấn đề khó khăn NCT gặp phải, chính sách an sinh đối với NCT đến các loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho NCT, đến nay vẫn còn ít các nghiên cứu về dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT ở cộng đồng. Việc nhận diện và đánh giá nhu cầu cũng như mức độ cần thiết sử dụng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT đối với NCT là một yêu cầu cấp thiết. Thông qua đó, có thể đề xuất các giải pháp phù hợp nhằm phát triển mạng lưới dịch vụ CTXH tại cộng đồng, đảm bảo tính sẵn có, khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ, góp phần thực hiện các chính sách an sinh xã hội trong bối cảnh già hóa dân số.

2.2. Cơ sở lý thuyết

2.2.1. Khái niệm người cao tuổi

Qua tìm hiểu, hiện nay có rất nhiều khái niệm khác nhau về NCT, tùy theo các điều kiện kinh tế, văn hóa xã hội cụ thể mà mỗi quốc có quan niệm khác nhau về NCT. Theo quan điểm y học: NCT là người ở giai đoạn già hóa gắn liền với việc suy giảm các chức năng của cơ thể. Trong khi đó, theo quan điểm của Tổ chức sức khỏe thế giới (WHO): Người cao tuổi phải từ 70 tuổi trở lên.

Về mặt pháp luật: Tại Điều 2, Luật Người cao tuổi năm 2009: Người cao tuổi được quy định trong Luật này là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên.

Như vậy, dưới góc độ của CTXH, đây là giai đoạn có nhiều thay đổi về thể chất, tâm lý và xã hội. Những thay đổi này làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề về SKTT như trầm cảm, lo âu, rối loạn thích nghi, nhất là khi NCT thiếu sự gắn kết xã hội.

2.2.2. Sức khỏe tâm thần

Theo WHO (2014), SKTT là trạng thái thoải mái trong đó cá nhân nhận ra tiềm năng của bản thân, có thể ứng phó với những căng thẳng thông thường trong cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng (Ow và cộng sự, 2020).

2.2.3. Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

Khi đề cập đến khái niệm dịch vụ CTXH đối với các nhóm đối tượng yếu thế, tác giả Bùi Thị Xuân Mai (2014) cho biết: Dịch vụ CTXH cũng là dịch vụ xã hội tuy nhiên nó hướng nhiều tới các hoạt động hay dịch vụ trợ giúp xã hội cho những người có vấn đề xã hội, đặc biệt nhóm đối tượng có hoàn cảnh khó khăn như người nghèo, người khuyết tật, người cao tuổi cô đơn, người

nhằm và ảnh hưởng bởi HIV, người nghiện ma túy,.. (Bùi Thị Xuân Mai, 2014). Trong khi đó, tác giả Nguyễn Thị Thái Lan (2016), Dịch vụ CTXH là những dịch vụ hỗ trợ, can thiệp với các cá nhân, gia đình, nhóm, cộng đồng và xã hội nhằm giúp các đối tượng giải quyết những vấn đề của mình đảm bảo cuộc sống và môi trường phù hợp, đáp ứng lợi ích tốt nhất của thân chủ.

Dịch vụ CTXH cũng là một dạng dịch vụ xã hội và nhấn mạnh đến yếu tố chuyên nghiệp của nhân viên CTXH và bán chuyên nghiệp trong việc cung cấp các dịch vụ trợ giúp cho cá nhân, nhóm người có vấn đề xã hội, đặc biệt là những người yếu thế theo tiến trình cụ thể và hướng tới mục tiêu nâng cao năng lực tự giải quyết vấn đề và chất lượng cuộc sống cho con người ngày càng tốt hơn.

Dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT là các dịch vụ hướng tới trợ giúp xã hội cho NCT và gia đình họ (cũng có thể là nhóm NCT và cộng đồng) giúp họ có thể vượt qua những khó khăn trong cuộc sống. Những dịch vụ này sẽ được cung cấp tới NCT theo nguyên tắc toàn diện và liên tục, nhằm nâng cao khả năng tự giải quyết vấn đề cho khách hàng (thân chủ, nhóm thân chủ, cộng đồng), giúp họ phục hồi và hòa nhập cộng đồng bền vững.

Như vậy, *Dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT là hệ thống các hoạt động hỗ trợ cho những cá nhân, nhóm và cộng đồng đang gặp phải các vấn đề khó khăn không tự giải quyết được. Nhân viên xã hội sẽ cung cấp các dịch vụ như hỗ trợ phát hiện sớm về các biểu hiện bất thường về hành vi, cảm xúc; dịch vụ truyền thông nâng cao năng lực về SKTT cho NCT và người thân; dịch vụ hỗ trợ kết nối nguồn lực đảm bảo sự tiếp cận các dịch vụ y tế, cộng đồng, hỗ trợ tài chính, tinh thần và dịch vụ tư vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT. Các cơ sở cung cấp dịch vụ CTXH có thể là của Nhà nước, tư nhân, tổ chức phi chính phủ, tổ chức tôn giáo và các tổ chức xã hội khác.*

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Việc sử dụng phương pháp nghiên cứu văn bản, tài liệu là chủ yếu. Thông qua phương pháp này giúp nhóm nghiên cứu thu thập và cập nhật được các thông tin thứ cấp, hiểu rõ hơn về thực trạng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

Qua nghiên cứu tài liệu trong nước và nước ngoài liên quan đến dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT. Phân tích, tổng hợp, hệ thống hóa các vấn đề liên quan để định hướng cho bài viết của mình. Từ đó, dựa vào các nguồn thông tin đã thu thập được để phân tích, tổng hợp và đưa ra đánh giá nhằm đem lại cái nhìn tổng quát hơn về triển khai dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

3.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Thông qua việc thu thập thông tin trực tiếp từ khách thể nghiên cứu và sử dụng thiết kế định lượng mô tả, nhằm đánh giá mức độ cần thiết của các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT.

Về công cụ thu thập dữ liệu: Bảng hỏi tập trung vào 04 dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT như: dịch vụ phát hiện sớm; dịch vụ truyền thông nâng cao năng lực; dịch vụ huy động,

kết nối nguồn lực; dịch vụ tư vấn về SKTT và được đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ: 1 = Hoàn toàn không cần thiết, 5 = Rất cần thiết. Giá trị khoảng cách: Khoảng cách = $(\text{Maximum} - \text{Minimum}) / n = (5 - 1) / 5 = 0.8$. Dựa trên giá trị trung bình, các mức độ được phân thành các khoảng như sau:

1.00 – 1.80: Hoàn toàn không cần thiết

1.81 – 2.60: Không cần thiết

2.61 – 3.40: Bình thường / Phân vân

3.41 – 4.20: Cần thiết

4.21 – 5.00: Rất cần thiết

Cách thức chọn mẫu: Căn cứ vào danh sách NCT để tiến hành chọn mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu được lấy theo cách lấy mẫu chủ đích, thuận lợi. Số lượng mẫu khảo sát: 135 phiếu tại địa bàn xã Xuân Thới Sơn, huyện Hóc Môn, Tp.HCM. Quá trình khảo sát được tổ chức chặt chẽ, có trình tự, đảm bảo sự chuẩn bị chu đáo về phương tiện, điều kiện không gian và phù hợp với thời gian của NCT tại địa bàn nghiên cứu. Quá trình khảo sát được tiến hành một cách khách quan, trung thực.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Nhằm bổ sung thông tin định tính cho cuộc nghiên cứu, đề tài thực hiện phỏng vấn sâu 05 khách thể: NCT; nhân viên xã hội; Hội ban ngành và những người có liên quan trong cung cấp dịch vụ CTXH cho NCT. Mặt khác, việc phỏng vấn sâu giúp cho bài viết có thêm thông tin đa chiều và bổ sung cho phương pháp điều tra bằng bảng hỏi chưa thể khai thác sâu, người trả lời tự nguyện tham gia vào cuộc nghiên cứu và sẽ tạo bầu không khí thân thiện để khách thể cởi mở cung cấp thông tin hơn là trả lời.

4. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

4.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại cộng đồng

Già hóa dân số là vấn đề mang tính toàn cầu, Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh trên thế giới. Đến năm 2030 số NCT sẽ chiếm khoảng 17% tổng dân số. Theo các chuyên gia dự báo, Việt Nam chính thức sẽ bước vào thời kỳ dân số già vào năm 2036 và con số này có thể lên mức 25% vào năm 2050 (*Đức Trân, 2024*). Vì thế, nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc SKTT nói riêng của NCT tại cộng đồng là rất cần thiết.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa phần người được hỏi có nhu cầu sử dụng các dịch vụ CTXH trong CSSKTT tại cộng đồng rất cao từ 83,0% - 89,6%. Một trong những dịch vụ mà NCT có nhu cầu sử dụng cao là dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT chiếm tỷ lệ 89,6%. Đây là một chỉ báo quan trọng cho thấy hiện nay NCT nhận thức được tầm quan trọng của phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các vấn đề SKTT, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng điều trị dài hạn. Ngược lại chỉ có 10,4% người được hỏi cho biết là không có nhu cầu và 4,1% ý kiến người được hỏi cho biết là chưa có nhu cầu. Thực tế cho thấy, NCT đã phải trải qua một quá trình tham gia lao động sản xuất trong gia đình và ngoài xã hội. Khi đến tuổi nghỉ hưu, một bộ phận NCT phải đối mặt với nhiều khó khăn về kinh tế, sự sa sút về

sức khỏe,... nên họ có nhu cầu khác nhau về sử dụng các dịch vụ hỗ trợ trong chăm sóc SKTT để giúp họ nâng cao sức khỏe và vượt qua được khó khăn trong cuộc sống. Bên cạnh đó, dịch vụ tư vấn về chăm sóc SKTT cho NCT cũng được hơn $\frac{2}{3}$ khách thể đánh giá nhu cầu sử dụng chiếm tỷ lệ 88,89%, chỉ có khoảng 8,14% ý kiến người được hỏi cho biết là không và 2,97% chưa có nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT. Điều này cho thấy, tùy thuộc vào nhu cầu mà NCT có nhu cầu khác nhau về sử dụng dịch vụ, đối với NCT sức khỏe tốt và không có bệnh tật hoặc chưa có nhận thức đầy đủ về vai trò của CTXH thì họ chưa quan tâm đến nhu cầu sử dụng các dịch vụ trong chăm sóc SKTT. Đây là một gợi mở trong thời gian tới cần được ưu tiên đầu tư phát triển mạnh mẽ mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH tại cộng đồng để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT.

Bảng 1: Nhu cầu sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với NCT

TT	Nhu cầu dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT	Có		Không		Chưa có nhu cầu	
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
1	Hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT cho NCT	121	89,63	11	8,14	3	2,23
2	Truyền thông nâng cao nhận thức cho NCT	113	83,7	20	14,8	2	1,5
3	Kết nối, vận động nguồn lực cho NCT	112	82,96	19	14,07	4	2,97
4	Tư vấn về chăm sóc SKTT cho NCT	120	88,89	11	8,14	4	2,97

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế)

Qua kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy, “Hàng năm địa phương và Hội NCT phối hợp kết nối với Trạm y tế xã tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc các triệu chứng rối loạn tâm thần cho cho NCT nhưng số lượng được thăm khám và tư vấn chưa được nhiều. Vì công việc này không được tổ chức thường xuyên nên chỉ những NCT đang bị ốm đau, bệnh tật do các chi hội ở thôn lập danh sách mới được ưu tiên. Do vậy chưa đáp ứng được nhu cầu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT tại cộng đồng”. Trích Phỏng vấn sâu CT Hội NCT.

Đối với mức độ cần thiết về dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức trong chăm sóc SKTT cũng được người được hỏi đánh giá có nhu cầu sử dụng cao chiếm 83,7%; chỉ có 14,07% ý kiến người được hỏi cho biết là không có nhu cầu và 1,5% người được hỏi cho biết là chưa có nhu cầu chiếm tỷ lệ thấp. Ngược lại, dịch vụ kết nối, vận động nguồn lực trong chăm sóc SKTT cho NCT có tỷ lệ thấp nhất trong 04 nhu cầu của NCT chiếm tỷ 82,96% người được hỏi cho biết có nhu cầu và 14,07% người được hỏi cho biết không có nhu cầu và 2.97% là chưa có nhu cầu. Điều này phản ánh đa phần người được hỏi đều có đa nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH không chỉ về mặt chuyên môn như (tư vấn, can thiệp), mà còn dịch vụ về mặt xã hội (kết nối nguồn lực) và giáo dục (nâng cao nhận thức). Thực tế cho thấy, có thể xuất phát từ việc một số NCT chưa gặp vấn đề về SKTT rõ ràng và chưa hiểu rõ về vai trò của nghề CTXH nên chưa có nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH chăm sóc SKTT. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc phát triển và củng cố hệ thống dịch vụ CTXH chuyên biệt cho NCT trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đồng thời, cần có thêm các chương trình truyền thông, giáo dục sức khỏe tâm thần để tiếp cận nhóm đối tượng chưa có nhu cầu hoặc còn e ngại. Đây là một sự thay đổi phù hợp với Quyết định 112/2021/QĐ-TTg từng bước đưa nghề CTXH trở nên chuyên nghiệp hơn cũng như phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ hướng tới sự hài lòng của người có nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH tại cộng đồng.

4.2. Mức độ cần thiết về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người cao tuổi tại cộng đồng

Kết quả nghiên cứu về mức độ cần thiết sử dụng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT. Các chỉ số đánh giá bao gồm các khía cạnh dịch vụ: hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT, truyền thông nâng cao nhận thức, kết nối, vận động nguồn lực, và tư vấn về chăm sóc SKTT. Nhìn chung, các loại hình dịch vụ đều được khách thể đánh giá ở mức “cần thiết” đến “rất cần thiết”, với điểm trung bình (ĐTB)= 4,00 trên thang đo 5 mức độ. Điều này phản ánh nhận thức ngày càng rõ ràng của cộng đồng về vai trò của CTXH trong hỗ trợ tâm lý – xã hội cho NCT.

Bảng 2: Mức độ cần thiết về nhu cầu sử dụng dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

STT	Mức độ cần thiết về nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT	Phương án lựa chọn (%)					ĐTB	Độ lệch chuẩn	Sig
		1. Hoàn toàn không cần thiết	2. Không cần thiết	3. Bình thường	4. Cần thiết	5. Rất cần thiết			
		1	2	3	4	5			
1	Hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT cho NCT	0,0	10,4	14,8	49,6	25,2	3,90	0,90	0,000
2	Truyền thông nâng cao nhận thức cho NCT	0,0	4,4	13,3	49,6	32,6	4,10	0,79	0,122
3	Kết nối, vận động nguồn lực cho NCT	0,0	9,6	23,0	42,2	25,2	3,83	0,92	0,000
4	Tư vấn về chăm sóc SKTT cho NCT	0,0	1,4	17,0	45,2	36,3	4,16	0,78	0,419
ĐTB							4,00	0,85	

(Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế).

Theo đánh giá mức độ cần thiết của khách thể nghiên cứu trong các dịch vụ khảo sát đều nhận thức rõ về tầm quan trọng của việc sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT. Các dịch vụ như tư vấn chăm sóc SKTT và dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức được khách thể đánh giá mức độ cần thiết cao và phản ánh nhu cầu cấp bách trong việc thiết lập các chương trình dịch vụ hỗ trợ và đào tạo cho NCT về SKTT tại cộng đồng. Đối với dịch vụ tư vấn chăm sóc SKTT có ĐTB cao nhất trong bốn loại hình dịch vụ với (ĐTB = 4.16 cho thấy, đây là nhu cầu được nhiều khách thể quan tâm. Tuy nhiên, giá trị Sig = 0,419 cho thấy chưa có sự đồng thuận cao trong việc đánh giá mức độ cần thiết giữa các khách thể khảo sát. Bên cạnh đó, dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức cho NCT với ĐTB = 4,10 và Sig = 0,122 >(0,005). Điều này cho thấy mặc dù khách thể đánh giá cao về sự cần thiết của dịch vụ này, nhưng vẫn còn tồn tại sự khác biệt trong mức độ tiếp cận, trải nghiệm hoặc hiểu biết giữa các nhóm NCT, từ đó dẫn đến chưa có sự đồng nhất trong đánh giá về mức độ cần thiết về các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT đối với NCT.

Qua phỏng vấn sâu, một NCT cho biết: “*Thỉnh thoảng trên đài phát thanh xã có thông tin về khám chữa bệnh ở địa phương cũng như phát tờ rơi hướng dẫn các cách tự chăm sóc sức khỏe NCT như lợi ích khám kiểm tra, tầm soát và điều trị một số bệnh mãn tính thường hay tái phát, mà NCT thường gặp phải như: Về hệ hô hấp, đường tiêu hóa, xương khớp, bệnh tim mạch, thoái hóa, rối loạn về chức năng gan, đái tháo đường, ... và cách phòng ngừa, cách tự chăm sóc sức khỏe qua ăn uống, tập thể dục và sử dụng thuốc khi có các dấu hiệu bệnh tật trên cơ thể phải đến ngay trạm xá để được khám và chữa trị kịp thời*” Trích phỏng vấn sâu NCT nữ TTH 67 tuổi.

Đối với nhu cầu dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm về sức khỏe tâm thần cho NCT điểm trung bình tương đối cao ($\bar{X} = 3,90$; $Sig = 0,000$) tương ứng có 74,8 ý kiến người được hỏi cho biết từ mức độ cần thiết trở lên, chỉ có 14,8% ý kiến người được hỏi cho biết là bình thường và 10,4% cho biết là không cần thiết. Kết quả kiểm định cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa các nhóm khách thể nghiên cứu khi đánh giá về mức độ cần thiết của dịch vụ. Điều này khẳng định rằng việc can thiệp sớm trong chăm sóc SKTT không chỉ là cần thiết mà còn nhận được sự đồng thuận cao trong cộng đồng nhằm giúp NCT cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm chi phí điều trị. Đây là hướng gợi mở về nhu cầu cấp thiết đối với việc phát triển mạng lưới và triển khai các chương trình, dịch vụ CTXH hỗ trợ tâm lý – xã hội sớm cho NCT, đồng thời khẳng định vai trò quan trọng của CTXH trong việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần cho NCT trong bối cảnh già hóa dân số nhanh chóng đã diễn ra như hiện nay. Đồng thời cũng gợi mở đề xuất cần phải bố trí đội ngũ nhân viên cung cấp dịch vụ CTXH được trang bị kiến thức, kỹ năng trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

Nghiên cứu của World Health Organization (2017), đã chỉ ra vai trò của mạng lưới dịch vụ CTXH tại cộng đồng trong phát hiện sớm, phòng ngừa và chăm sóc NCT có rối loạn tâm thần. WHO cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của CTXH như cầu nối giữa y tế và gia đình trong chăm sóc SKTT cho NCT. Đối với NCT thì kết nối xã hội đặc biệt quan trọng để giảm các yếu tố nguy cơ như cô lập xã hội và cô đơn. Ở giai đoạn này cuộc sống của NCT thông qua các hoạt động xã hội có ý nghĩa rất lớn trong việc cải thiện đáng kể không chỉ về sức khỏe thể chất mà còn cả sức khỏe tinh thần làm giảm các triệu chứng trầm cảm ở NCT (WHO, 2017).

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cũng cho thấy, nhu cầu về dịch vụ kết nối, vận động nguồn lực trong chăm sóc SKTT cho NCT được đánh giá khá tích cực, với điểm trung bình đạt 3,83 trên thang 5 điểm. Trong đó, tỷ lệ khách thể đánh giá từ mức độ cần thiết trở lên chiếm tới 67,4%, ngược lại chỉ có 23,0% ý kiến người được hỏi cho biết là bình thường và 9,6% ý kiến người được hỏi cho biết là không cần thiết. Độ lệch chuẩn ở mức vừa phải (0,92) cho thấy tuy có sự khác biệt trong đánh giá cá nhân, song không quá lớn. Đặc biệt, kết quả kiểm định thống kê có ý nghĩa ($p = 0,000 < 0,05$), khẳng định sự đánh giá tích cực này có giá trị về mặt thống kê và không xuất phát từ yếu tố ngẫu nhiên. Điều này phản ánh hiệu quả bước đầu trong việc huy động nguồn lực hỗ trợ NCT trong chăm sóc SKTT, đây là một dịch vụ then chốt trong CTXH mang tính chủ động và hỗ trợ thực tiễn cao nhằm nâng cao chất lượng sống cho nhóm đối tượng yếu thế này và có khả năng đáp ứng nhu cầu tức thời của NCT trong bối cảnh tâm lý – xã hội ngày càng phức tạp.

Từ các dữ liệu nghiên cứu định lượng này, có thể nhận định rằng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT đối với NCT đã đạt được những bước tiến tích cực trong việc thiết lập mạng lưới hỗ trợ, vận động sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan trong việc phối hợp triển khai cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng. Bên cạnh đó, qua đánh giá mức độ cần thiết sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cũng cho thấy vẫn còn tồn tại những khoảng trống hoặc sự khác biệt trong mức độ tiếp cận nguồn lực giữa các nhóm NCT (ví dụ: theo khu vực, điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận thông tin...). Điều này gợi mở hướng nghiên cứu tiếp theo về các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả dịch vụ CTXH, cũng như

vai trò của nhân viên xã hội trong việc phối hợp thực hiện cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

Nghiên cứu của Long Thanh Giang & cs (2020), đã cung cấp cái nhìn tổng quan về chức năng và hoạt động của các Câu lạc bộ liên thế hệ tự lực (ISHC) dành cho NCT tại Việt Nam, thông qua đó thảo luận về vai trò của chính quyền địa phương nhằm chỉ ra cách họ đóng góp vào việc bảo vệ quyền lợi cho NCT trên nhiều phương diện như an ninh thu nhập, chăm sóc sức khỏe tâm thần và chăm sóc xã hội. Do số lượng NCT ngày càng tăng do dân số già hóa nhanh chóng nên chính quyền địa phương có vai trò quan trọng để hỗ trợ thành lập và mở rộng ISHC sẽ tạo điều kiện bảo vệ tốt hơn quyền của NCT cũng như trong lĩnh vực chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng (Long Thanh Giang &cs, 2020).

4.3. So sánh khía cạnh giới trong nhận định mức độ cần thiết về dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

Khi xem xét so sánh trung bình khía cạnh giới của khách thể nghiên cứu chúng tôi sử dụng T- Test (Independent - Samples T Test) nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhận định một số dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT như dịch vụ Truyền thông nâng cao nhận thức; Kết nối nguồn lực; Tư vấn chăm sóc SKTT,... (xem bảng 3).

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt ý nghĩa thống kê cao ($p < 0.001 < 0,05$) đối với dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức trong chăm sóc SKTT cho NCT. Với nhận định đánh giá của Nữ giới (ĐTB = 4.20) có xu hướng đánh giá cao hơn đáng kể so với nam giới (ĐTB = 3.88). Điều này có thể phản ánh sự nhạy cảm cao hơn của nữ giới đối với các thông điệp xã hội và nhu cầu được trang bị kiến thức về SKTT cho NCT. Bên cạnh đó, dịch vụ tư vấn về chăm sóc SKTT cũng được nữ giới đánh giá cao hơn nam giới với (ĐTB = 4.28) so với nam giới (ĐTB = 3.88), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.016$). Điều này gợi ý rằng nữ giới có nhu cầu cao hơn trong việc tiếp cận dịch vụ thông tin và cần có những dịch vụ CTXH hỗ trợ chuyên sâu qua tư vấn nhằm nâng cao năng lực và tự giải quyết các vấn đề liên quan để NCT sống vui, sống khỏe.

Bảng 3: Nhận định mức độ cần thiết về nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần phân theo giới tính

Nội dung	Giới tính	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị sai biệt	Mức ý nghĩa
Sự cần thiết về dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT	Nam	41	3,88	0,93	0,15	0,054
	Nữ	94	3,90	0,89	0,09	
Sự cần thiết về dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức	Nam	41	3,88	0,84	0,13	0,000
	Nữ	94	4,20	0,76	0,08	
Sự cần thiết về dịch vụ kết nối, vận động nguồn lực	Nam	41	3,90	0,97	0,15	0,047
	Nữ	94	3,80	0,90	0,09	
Sự cần thiết về dịch vụ tư vấn về chăm sóc SKTT	Nam	41	3,88	0,90	0,14	0,016
	Nữ	94	4,28	0,69	0,07	

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế năm 2025.

Đối với nhu cầu dịch vụ kết nối, vận động nguồn lực thì nam giới đánh giá mức độ cần thiết cao hơn (ĐTB = 3.90) so với nữ giới (ĐTB = 3.80). Trong bối cảnh hiện nay cần phát

triển đa dạng mạng lưới và các mô hình CTXH tại Việt Nam thì dịch vụ kết nối và vận động nguồn lực được xem là một trong những dịch vụ trụ cột quan trọng nhằm hỗ trợ NCT tiếp cận thuận lợi với dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT tại cộng đồng. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy nhận thức và nhu cầu đối với loại hình dịch vụ này có thể khác nhau giữa các nhóm NCT, đặc biệt là giữa nam và nữ. Một số tài liệu quốc tế chỉ ra rằng giới tính là yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ và mức độ tin tưởng vào hệ thống dịch vụ xã hội (Addis & Mahalik, 2003; Vogel et al., 2011).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê ($p = 0.047$) giữa nam và nữ trong việc đánh giá sự cần thiết về dịch vụ kết nối và vận động nguồn lực trong chăm sóc SKTT. Có thể lý giải rằng nam giới, do đặc điểm xã hội và vai trò truyền thống, thường ít chủ động tìm kiếm hỗ trợ hơn nữ giới, do đó họ đánh giá cao hơn các dịch vụ giúp kết nối họ với hệ thống hỗ trợ khi cần. Điều này gợi ý rằng các nhà hoạch định chính sách và người làm CTXH cần chú ý đến yếu tố giới tính trong quá trình thiết kế, triển khai cung cấp và đánh giá các chương trình dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT tại cộng đồng. Ngược lại, nhu cầu dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT cho NCT, cả nam (ĐTB = 3.88) và nữ (ĐTB = 3.90) đều đánh giá nhu cầu ở mức khá cao. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.054 > 0,05$), cho thấy mức độ đồng thuận tương đối giữa nam và nữ về nhận định sự cần thiết của dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm trong chăm sóc SKTT cho NCT.

Tóm lại, số liệu cho thấy trong khi cả nam và nữ đều đánh giá cao vai trò của CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT. Nhìn chung, nữ giới có xu hướng đánh giá sự cần thiết qua trọng hơn các dịch vụ mang tính thông tin, giáo dục và tư vấn. Các kết quả này có ý nghĩa quan trọng trong việc thiết kế các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT phù hợp với giới tính, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc SKTT cho NCT tại cộng đồng.

Khi xem xét về có sự khác biệt giữa độ tuổi của NCT trong việc đánh giá sự cần thiết về các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT. Kết quả phân tích ANOVA một chiều cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi đối với nhu cầu về dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm ($p = 0.000$). Điều này cho thấy nhận định về mức độ cần thiết của dịch vụ can thiệp sớm không đồng nhất giữa các nhóm tuổi. Giá trị Sig. < 0.01 cho thấy mức độ khác biệt là rõ rệt. Có thể suy luận rằng nhu cầu can thiệp sớm được cảm nhận là quan trọng hơn ở một số nhóm tuổi nhất định, thường là nhóm trẻ tuổi, vốn tiếp cận thông tin thuận lợi, dễ tiếp cận dịch vụ và có xu hướng quan tâm đến phòng ngừa sớm các vấn đề tâm lý.

Bảng 4: Nhận định mức độ cần thiết về nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần phân theo độ tuổi

Nhận định sự cần thiết về dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT theo độ tuổi		Tổng bình phương	df	Bình phương trung bình	F	Sig.
Sự cần thiết về dịch vụ hỗ trợ can thiệp sớm về SKTT	Between Groups	13.358	2	6.679	9.262	.000
	Within Groups	95.190	132	.721		
	Total	108.548	134			
Sự cần thiết về dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức	Between Groups	3.753	2	1.876	3.065	.050
	Within Groups	80.796	132	.612		
	Total	84.548	134			

Sự cần thiết về dịch vụ kết nối, vận động nguồn lực	Between Groups	5.320	2	2.660	3.258	.042
	Within Groups	107.762	132	.816		
	Total	113.081	134			
Sự cần thiết về dịch vụ tư vấn về chăm sóc SKTT	Between Groups	2.549	2	1.274	2.124	.124
	Within Groups	79.184	132	.600		
	Total	81.733	134			

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế năm 2025.

Đối với dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p = 0.050$). Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có thể phản ánh mức độ tiếp cận và quan tâm đến thông tin về SKTT khác nhau. Điều này có thể phản ánh sự đa dạng trong mức độ quan tâm và tiếp nhận thông tin giữa các nhóm tuổi, đặc biệt trong bối cảnh các phương tiện truyền thông số ngày càng phát triển. Vì vậy mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cần phải cung cấp đa dạng phù hợp với từng nhóm đối tượng và hoàn cảnh của thân chủ, nhóm thân chủ tại cộng đồng.

Kết quả ANOVA cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi về nhận định mức độ cần thiết của dịch vụ kết nối và vận động nguồn lực ($F = 3.258, p = 0.042$). Sự khác biệt này gợi ý rằng các nhóm tuổi khác nhau có mức độ phụ thuộc và khả năng tự kết nối nguồn lực khác nhau, trong đó NCT hoặc những nhóm yếu thế hơn có thể nhận định dịch vụ này là cần thiết hơn. Việc thiết kế và triển khai các dịch vụ CTXH cần xem xét yếu tố độ tuổi để đáp ứng hiệu quả nhu cầu đa dạng của NCT tại cộng đồng. Ngược lại, dịch vụ tư vấn, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi ($F = 2.124, p = 0.124$). Điều này cho thấy nhận định về mức độ cần thiết của dịch vụ tư vấn có xu hướng đồng đều, không phụ thuộc nhiều vào độ tuổi. Có thể giải thích rằng tư vấn là nhu cầu phổ quát trong chăm sóc SKTT và được đánh giá cần thiết bởi tất cả các nhóm tuổi.

Qua phân tích kết quả trên cho thấy việc thiết kế và cung ứng dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT nên xem xét đến yếu tố độ tuổi như một biến số phân tầng quan trọng. Đặc biệt, các dịch vụ như can thiệp sớm, truyền thông, và kết nối nguồn lực cần được tùy biến để phù hợp với đặc điểm và nhu cầu của từng nhóm tuổi. Đồng thời, kết quả cũng gợi ý rằng dịch vụ tư vấn là một câu phân nên được duy trì phổ quát, nhằm phục vụ cho mọi đối tượng trong cộng đồng một cách đồng đều.

4.4. Bàn luận và hàm ý chính sách

Qua phân tích thực trạng trên cho thấy, đa phần NCT có nhu cầu cần thiết cao sử dụng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT và đều được đánh giá ở mức cần thiết trở lên với điểm trung bình chung dao động từ 3,83 - 4,16. Những phát hiện này cho thấy NCT không chỉ có nhu cầu cao đối với các dịch vụ hỗ trợ tâm lý mà còn cần đến các dịch vụ có tính hệ thống và kết nối cộng đồng như truyền thông nâng cao nhận thức và vận động nguồn lực. Đặc biệt, vai trò của CTXH trong can thiệp sớm cần được nhấn mạnh, nhất là khi dữ liệu chỉ ra có sự khác biệt đáng kể về cách nhóm dân số đánh giá dịch vụ này. Điều đó gợi mở hướng nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức và nhu cầu sử dụng dịch vụ CTXH, như yếu tố giới, thu nhập, điều kiện sống hay tình trạng SKTT hiện tại của NCT.

Kết quả khảo sát cũng cho thấy nhu cầu sử dụng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT là tương đối cao và có sự đánh giá đồng thuận rõ rệt đối với các loại hình dịch vụ mang tính can thiệp sớm và kết nối hỗ trợ. Đây là một chỉ báo quan trọng, đặt ra yêu cầu cấp thiết không chỉ định hướng đối với các nhà hoạch định chính sách và hệ thống cung ứng dịch vụ xã hội mà còn là cơ sở để thiết kế các chương trình ứng dụng thực tiễn trong góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc SKTT cho NCT.

- Phát triển và mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH tại cấp cơ sở, mô hình tổ chức dịch vụ CTXH cần được triển khai mạnh mẽ tại tuyến xã, phường nơi NCT sinh sống đông đảo. Các trạm y tế xã, hội NCT có thể đóng vai trò là điểm kết nối, lồng ghép dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT vào các hoạt động khám sức khỏe định kỳ, tư vấn gia đình hoặc sinh hoạt chuyên đề tại cộng đồng.

- Đào tạo và bố trí nhân lực CTXH chuyên trách trong lĩnh vực SKTT, cần thiết có chương trình đào tạo bài bản chuyên sâu về CTXH trong chăm sóc SKTT, đặc biệt là các kỹ năng tư vấn, can thiệp khủng hoảng, và hỗ trợ phục hồi chức năng tâm lý – xã hội cho NCT. Việc bố trí cán bộ chuyên trách CTXH trong các trung tâm y tế dự phòng, bệnh viện tuyến cơ sở, hoặc phối hợp với cán Bộ Y tế thôn bản là một hướng đi thực tiễn.

- Tăng cường công tác truyền thông và nâng cao nhận thức cộng đồng dù điểm đánh giá trung bình cao, các dịch vụ truyền thông và tư vấn vẫn chưa đạt được mức độ đồng thuận thống kê rõ rệt. Điều này gợi ý rằng công tác truyền thông hiện nay chưa thực sự chạm đến được những nhóm NCT có mức độ nhận thức thấp, hoặc sống trong môi trường ít tiếp cận thông tin. Cần triển khai các hình thức truyền thông phù hợp với đặc điểm tâm lý, văn hóa, phong tục tập quán của NCT (qua loa truyền thanh, tổ dân phố, nhóm hội đồng niên,...) để nâng cao hiệu quả.

- Phát triển mô hình phối hợp liên ngành dịch vụ chăm sóc SKTT cho NCT không thể tách rời khỏi mối liên hệ liên ngành giữa các lĩnh vực y tế, xã hội, gia đình và cộng đồng. Việc thiết kế mô hình phối hợp giữa nhân viên CTXH – bác sĩ tâm thần – cán Bộ Y tế thôn bản – người thân trong gia đình sẽ tạo ra một cơ chế hỗ trợ liên tục, hiệu quả và mang tính bền vững.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng các dịch vụ CTXH trong chăm sóc SKTT cho NCT là nhu cầu thiết thực và cấp bách, nhận được sự đồng thuận và đánh giá cao từ khách thể nghiên cứu. Đặc biệt, các dịch vụ như can thiệp sớm và kết nối nguồn lực nổi bật với mức độ cần thiết rõ ràng và ý nghĩa thống kê cao. Mặc dù dịch vụ tư vấn và truyền thông cũng được đánh giá cao, song vẫn cần nỗ lực hơn trong việc tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức và cung cấp đa dạng dịch vụ CTXH tại cộng đồng.

Từ những kết quả này, nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng của việc xây dựng một mạng lưới cung cấp dịch vụ CTXH tại cộng đồng đa cấp – liên ngành – thân thiện với NCT. Đồng thời, đặt ra yêu cầu cấp thiết về chính sách, đào tạo nhân lực, và đổi mới phương thức truyền thông phù hợp với điều kiện thực tiễn của Việt Nam. Đây là những nền tảng quan trọng để thực hiện tốt mục tiêu chung của Quyết định số 112/2021/QĐ-TTg đề ra đẩy mạnh phát triển CTXH tại các ngành, các cấp, phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước theo từng giai đoạn; đảm bảo nâng cao nhận thức của toàn xã hội về CTXH; đẩy mạnh

xã hội hóa, nâng cao chất lượng dịch vụ CTXH trên các lĩnh vực, đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ CTXH của người dân, nhằm góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và sức khỏe tinh thần của NCT trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng gia tăng hướng tới mục tiêu phát triển xã hội công bằng và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Thị Huệ, & Trần Thị Quỳnh. (2024). *Đánh giá năng lực nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ người cao tuổi có vấn đề sức khỏe tâm thần tại TP. Hồ Chí Minh*. Kỷ yếu Hội thảo Quốc gia về Công tác xã hội và Sức khỏe tâm thần.
- [2]. Nguyễn Thị Lan. (2019). Vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng. *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn*, 6 (2), 112–119.
- [3]. Bùi Thị Xuân Mai (2014), *Nghề công tác xã hội - Phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ xã hội và nhân viên công tác xã hội*, Nxb Khoa học và Kỹ thuật, tr.17.
- [4]. Nguyen, H. T. (2016). *Social work in mental health care in Vietnam: Current situation and policy recommendations*. *Vietnam Journal of Social Sciences*, 5(3), 44–52.
- [5]. Nguyễn Thị Trang, Lê Văn Tài, & Trần Thị Thu. (2020). Nghiên cứu về trầm cảm ở người cao tuổi tại cộng đồng. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 30 (1), 55–61.
- [6]. Đức Trần (2024), *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ngày càng tăng cao*. Truy cập tại <https://daidoanket.vn>, ngày 5/4/2025.
- [7]. Tổng cục Thống kê, (2021). *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 - Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*, Hà Nội, 2021.
- [8]. Tổng cục Thống kê (2023). *Niên giám thống kê*.
- [9]. Nguyễn Hằng Nguyệt Vân, Phạm Thị Mỹ Dung, & Trần Minh Phương. (2021). *Thách thức trong phát triển dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần tại cộng đồng*. *Tạp chí Y tế Cộng đồng*, (6), 74–79.
- [10]. Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>.
- [11]. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- [12]. Chanitta Soommaht, Songkoon Ratchasima, Buriram, Surin và Khon Kaen (2009), *Developing Model of Health Care Management for the Elderly by Community Participaton in Isan*”.
- [13]. Dean Blevins, Bridget Morton và Rene McGovern (2008), *Evaluating a community – based participatory research project for elderly mental healthcare in rural America*.
- [14]. National Association of Social Workers. (2021). *Social work speaks: NASW policy statements, 2021–2023*. NASW Press.
- [15]. Long Thanh Giang, Viet Nga - Chu, Bich-Thuy Tran (2020), *The Role of Local Government in Protecting the Rights of Older People: The Case of Intergenerational Self-help Clubs in Vietnam*. Vol. 13 No. 3 (2020): *Local Administration Journal*.
- [16]. Ow, R., Weng, A., & Poon, C. (2020). *Mental Health and Social Work*. Springer.
- [17]. Terry Fulmer cùng cộng sự (2021), “Actualizing better health and health care for older adults”, *HEALTH AFFAIRS* 40, NO. 2 (2021): 219–225. Truy cập tại <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2020.01470>
- [18]. World Health Organization (2017), *Mental Health of Older Adults*.

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO DIÊN HỒNG, HÀ NỘI

TS. Mai Tuyết Hạnh¹, NCS. Phạm Hiền Anh², CN. Mai Trường Mạnh³

Tóm tắt: Trong bối cảnh vấn đề già hóa dân số diễn ra nhanh chóng tại Việt Nam, việc đảm bảo chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người cao tuổi (NCT), đặc biệt là sức khỏe tâm thần, đã trở thành một nhiệm vụ cấp thiết và cấp bách. Bài viết này đi sâu phân tích các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKT) của NCT tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, Hà Nội, dựa trên khảo sát thực nghiệm với 105 NCT. Những phát hiện quan trọng cho thấy NCT đặc biệt coi trọng việc duy trì kết nối với gia đình qua những chuyến thăm nom, đồng thời mong muốn nhận được sự tôn trọng, quan tâm chân thành của người thân. Ngoài ra, nhu cầu được hỗ trợ tâm lý chuyên sâu thông qua tham vấn cũng đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT. Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên hệ giữa giới tính, nhóm tuổi và thời gian sống tại trung tâm với một số nhu cầu CSSKT cụ thể. Đáng chú ý, tần suất thăm nom từ phía gia đình vẫn còn hạn chế, chưa đáp ứng đủ mong đợi của NCT. Mặc dù nhân viên công tác xã hội (CTXH) đã có vai trò quan trọng trong việc cung cấp các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng năng lực can thiệp chuyên sâu như tư vấn tâm lý vẫn chưa được phát huy tối đa, dẫn đến còn khoảng cách giữa nhu cầu của người cao tuổi và khả năng đáp ứng của nhân viên CTXH. Từ đó, bài viết đề xuất một số khuyến nghị tập trung vào việc nâng cao năng lực cho nhân viên CTXH cũng như thúc đẩy sự phối hợp chặt chẽ giữa các bên liên quan, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT.

Từ khóa: Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần, người cao tuổi, trung tâm dưỡng lão

MENTAL HEALTH CARE NEEDS OF THE ELDERLY AT DIEN HONG NURSING HOME, HANOI

Abstract: Vietnam is facing a rapidly aging population, which has created an urgent demand for comprehensive healthcare for older adults, particularly in the area of mental health care. This paper analyzes older adults' mental health care needs at Dien Hong Nursing Home in Hanoi. The research employed a quantitative method, surveying 105 older adults using questionnaires. The main results indicate that the needs for family connection (visits), respect, and attention are the top priorities for older adults, with the need for specialized psychological support (counseling) also ranking as a key priority. The study also shows that factors such as gender, age group, and length of stay at the center are associated with specific mental health care needs of older adults. Additionally, it highlights that the infrequency of family visits does not meet the visitation needs of older adults. Social workers play an important role in providing mental health care activities for older adults; however, they have yet to fully leverage their role in providing specialized interventions such as psychological counseling. Therefore, there remains a gap between older adults' needs and social workers' capacity to meet those needs. This paper proposes several solutions focusing on enhancing the capacity of social workers and improving the collaboration among relevant stakeholders to enhance the quality of mental health care for older adults.

Keywords: Mental health care needs, nursing home, older adults.

1. GIỚI THIỆU

Già hóa dân số là một xu hướng toàn cầu, Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng này, thậm chí còn được xếp vào nhóm các quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất trên thế giới (UNFPA, 2023). Tại Hà Nội, tỷ lệ NCT đã vượt qua ngưỡng dân số già và số NCT liên tục gia tăng (Tổng cục Thống kê, 2023; Duy Tiến, 2022). Sự thay đổi về cơ cấu dân số này đã đặt ra những

¹ Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn Email: maihanhxxh@gmail.com.

thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là CSSKTT của NCT. Người cao tuổi thường phải đối mặt với nhiều thay đổi lớn về thể chất, tâm lý và xã hội, từ đó làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm và cô đơn, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (WHO, 2017; HAI, 2021). Trong bối cảnh đó, các cơ sở chăm sóc tập trung như trung tâm dưỡng lão ngày càng phát triển, đặc biệt tại các đô thị lớn như Hà Nội, nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc ngày càng tăng của NCT (Sở LĐ TB và XH Hà Nội, 2023). Tuy nhiên, việc đảm bảo CSSKTT một cách hiệu quả và phù hợp với nhu cầu thực tế của NCT trong các cơ sở này vẫn là một bài toán phức tạp. Các nghiên cứu trước đây, bao gồm nghiên cứu tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng (Mai Tuyết Hạnh và cộng sự, 2025), đã cho thấy những nỗ lực ban đầu cũng như những hạn chế nhất định trong các hoạt động CSSKTT.

Để xây dựng các dịch vụ can thiệp CSSKTT hiệu quả và lấy NCT làm trung tâm, việc hiểu rõ và đánh giá một cách hệ thống các nhu cầu cụ thể từ góc nhìn của NCT là bước đi tiên quyết. Bài viết này, tập trung vào việc xác định và phân tích một số nhu cầu CSSKTT ưu tiên của NCT đang sinh sống tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, Hà Nội. Phạm vi nghiên cứu tập trung vào các khía cạnh nhu cầu tâm lý-xã hội cơ bản như nhu cầu được quan tâm, tôn trọng, kết nối gia đình, chia sẻ cảm xúc và hỗ trợ tham vấn tâm lý. Đồng thời, bài viết cũng tìm hiểu vai trò của các tác nhân chính như gia đình và nhân viên (đặc biệt là nhân viên công tác xã hội - NVCTXH) trong việc đáp ứng các nhu cầu ưu tiên của NCT, từ đó đề xuất các hàm ý chính sách và thực hành CTXH phù hợp.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Tổng quan các công trình nghiên cứu liên quan

Nhu cầu CSSKTT của NCT trong bối cảnh già hóa dân số đã trở thành một chủ đề quan trọng trong lĩnh vực khoa học xã hội và sức khỏe.

Một số nghiên cứu trên thế giới nhấn mạnh sự cần thiết của dịch vụ CSSKTT tại các cơ sở chăm sóc dài hạn (Bradley E. Karlin & Margaret P. Norris, 2005). Các nhu cầu phổ biến của NCT là hỗ trợ y tế và phục hồi chức năng (Nitamadhab Kar, 2015), duy trì hoạt động thể chất và tinh thần (Jamie S. McPhee et al., 2016), tham gia xã hội (Li et al., 2019), giải quyết các vấn đề SKTT cụ thể (Blazer & Steffens, 2009). Tuy nhiên, việc đáp ứng nhu cầu của NCT còn gặp thách thức do thiếu nhân lực được đào tạo chuyên sâu (WHO, 2017; D'Souza et al., 2016).

Các nghiên cứu trong nước đã chỉ ra sự đa dạng của các nhu cầu của NCT, đặc biệt là nhu cầu được quan tâm, chia sẻ và hòa nhập cộng đồng (Trần Thị Vân Anh, 2008; Lê Ngọc Lân, 2011). Ngoài ra, các công trình nghiên cứu về thực trạng và các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Việt Nam và Hà Nội đã được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả cũng như đề xuất các giải pháp phù hợp (Mai Tuyết Hạnh, 2016, 2017). Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của NCT tại các viện dưỡng lão còn nhấn mạnh vai trò của gia đình và mức độ đáp ứng các nhu cầu chưa thực sự đầy đủ, còn nhiều hạn chế (Vu Dung et al., 2020; Mai Tuyết Hạnh, 2025). Đồng thời, vai trò của nhân viên công tác xã hội (CTXH) trong các cơ sở trợ giúp xã hội cũng ngày càng nhận được sự quan tâm, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc và hỗ trợ người cao tuổi (Nguyễn Văn Hiếu, 2022; Nguyễn Thị Liên, 2023).

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về thực trạng chăm sóc SK nói chung và CSSKTT nói riêng của NCT tại các cơ sở chăm sóc tập trung, tuy nhiên vẫn còn thiếu các đánh giá chi tiết về thứ bậc ưu tiên và đặc điểm các nhu cầu CSSKTT của NCT. Bài viết này hướng tới bổ sung khoảng trống đó bằng cách phân tích định lượng và định tính về nhu cầu của NCT trên các khía cạnh về tâm lý-xã hội (quan tâm, tôn trọng, kết nối, tham vấn...) trong CSSKTT cũng như đánh giá vai trò của các bên liên quan, đặc biệt là NVCTXH trong việc đáp ứng các nhu cầu này của NCT.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến thực trạng chăm sóc sức khỏe nói chung và CSSKTT của NCT nói riêng tại các cơ sở chăm sóc tập trung, nhưng vẫn còn thiếu các phân tích chi tiết về thứ tự ưu tiên và đặc điểm của các nhu cầu CSSKTT của họ. Bài viết này nhằm lấp đầy khoảng trống đó qua các số liệu phân tích định lượng và định tính về các nhu cầu của NCT, tập trung vào các khía cạnh tâm lý-xã hội như sự quan tâm, tôn trọng, kết nối cộng đồng, và tham vấn tâm lý. Đồng thời, nghiên cứu cũng đánh giá vai trò của các bên liên quan, đặc biệt là NVCTXH, trong việc đáp ứng các nhu cầu này, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT.

2.2. Cơ sở lý thuyết và khái niệm có liên quan

Lý thuyết hệ thống xem xét người cao tuổi (NCT) trong mối quan hệ tương tác với các hệ thống xung quanh như gia đình, nhân viên chăm sóc, trung tâm dưỡng lão và xã hội, nhấn mạnh ảnh hưởng đa chiều đối với các nhu cầu CSSKTT (Bertalanffy, 1968). Theo lý thuyết này, NCT không thể tách rời khỏi các mối quan hệ tương tác phức tạp trong các hệ thống liên quan—gồm cấp độ vĩ mô (mối quan hệ trực tiếp với nhân viên chăm sóc), cấp độ trung mô (việc phối hợp giữa trung tâm và gia đình) và cấp độ vĩ mô (chính sách an sinh xã hội). Nhu cầu CSSKTT của NCT tại TTDL Diên Hồng chịu ảnh hưởng trực tiếp bởi chất lượng hoạt động và sự tương tác phù hợp trong các hệ thống này. Do đó, việc đánh giá nhu cầu và thực hiện các can thiệp của NVCTXH cần dựa trên một cái nhìn hệ thống toàn diện, xem xét các yếu tố tương tác đa chiều trong từng bối cảnh cụ thể của NCT (Bronfenbrenner, 1979; Hepworth et al., 2017).

Lý thuyết nhu cầu của Maslow được sử dụng để phân loại và phân tích tầm quan trọng

của các nhu cầu tâm lý-xã hội bậc cao (thuộc về, được tôn trọng) của NCT tại trung tâm. Lý thuyết này cung cấp một khung phân cấp các nhu cầu của con người, từ nhu cầu cơ bản đến các nhu cầu bậc cao (Maslow, 1943). Đối với NCT tại trung tâm dưỡng lão, sau khi các nhu cầu sinh lý và an toàn cơ bản được đáp ứng, các nhu cầu tâm lý-xã hội sẽ được hướng tới như nhu cầu yêu thương và thuộc về (cảm giác được kết nối, quan tâm từ gia đình, bạn bè, nhân viên); nhu cầu được tôn trọng (cảm thấy có giá trị, được lắng nghe, tự chủ); và nhu cầu tự thể hiện (tham gia hoạt động ý nghĩa, phát huy tiềm năng) (Rowles & Bernard, 2013). Lý thuyết nhu cầu được sử dụng trong bài viết này để phân loại và phân tích tầm quan trọng của các nhu cầu CSSKTT khác nhau của NCT tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng.

Quan điểm lấy NCT làm trung tâm phải xuất phát từ mong muốn và ưu tiên của chính họ trong việc đánh giá nhu cầu và xây dựng các can thiệp, đồng thời nhấn mạnh vào tôn trọng quyền tự quyết, kinh nghiệm và năng lực của từng cá nhân (Carl Rogers, 1951). Trong chăm sóc NCT, việc đánh giá nhu cầu và lập kế hoạch can thiệp phải bắt nguồn từ chính mong muốn,

ưu tiên và hoàn cảnh cụ thể của từng NCT, xem họ như những đối tác tích cực trong quá trình chăm sóc (Edvardsson et al., 2010; Brooker & Latham, 2016). Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò là người hỗ trợ, tạo điều kiện để người cao tuổi tham gia và chia sẻ trong quá trình CSSKTT của chính mình.

Trong nghiên cứu này, NCT được hiểu là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên, theo Điều 2, Luật Người cao tuổi Việt Nam (Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, 2009). Ngoài ra, giai đoạn tuổi già cũng gắn liền với những biến đổi sinh học, tâm lý và xã hội đặc thù, bao gồm nguy cơ suy giảm sức khỏe và thay đổi vai trò xã hội (Atchley & Barusch, 2004; Nguyễn Thị Kim Hoa, 2012)

Sức khỏe tâm thần (SKTT) theo định nghĩa của tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là một trạng thái khỏe mạnh mà trong đó mỗi cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối phó với những căng thẳng thông thường của cuộc sống, làm việc hiệu quả và có đóng góp cho cộng đồng (WHO, 2022). SKTT không chỉ là sự vắng mặt của rối loạn tâm thần mà còn bao gồm cảm giác hạnh phúc, tự chủ và kết nối xã hội (Herrman et al., 2005; Tuấn và cộng sự, 2020).

Chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) bao gồm một loạt các hoạt động nhằm thúc đẩy sức khỏe tâm thần, phòng ngừa rối loạn tâm thần, cung cấp điều trị và phục hồi chức năng (WHO, 2013). Trong bối cảnh nghiên cứu tại trung tâm dưỡng lão, CSSKTT nhấn mạnh các biện pháp hỗ trợ tâm lý-xã hội, tạo môi trường sống tích cực, khuyến khích tương tác xã hội và duy trì chất lượng cuộc sống tinh thần cho NCT (Chính phủ, 2024).

Nhu cầu CSSKTT là những yêu cầu, mong muốn được NCT bày tỏ liên quan đến việc nhận được hỗ trợ cần thiết để duy trì hoặc cải thiện trạng thái tâm lý, cảm xúc và hòa nhập xã hội, khoảng cách giữa tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại của một cá nhân hoặc nhóm và tình trạng mong muốn có thể đạt được thông qua các can thiệp hoặc hỗ trợ (Gunnell et al., 2004; dựa trên Bradshaw's taxonomy of need). Trong nghiên cứu này, nhu cầu CSSKTT được hiểu là những yêu cầu, mong muốn của NCT liên quan đến việc được nhận hỗ trợ cần thiết để duy trì hoặc cải thiện trạng thái tâm lý, cảm xúc và hòa nhập xã hội của họ.

Nhu cầu CSSKTT là những đòi hỏi và mong muốn của NCT về việc nhận được các hình thức hỗ trợ cần thiết nhằm duy trì hoặc nâng cao trạng thái tâm lý, cảm xúc và khả năng hòa nhập xã hội. Khoảng cách giữa tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại của cá nhân hoặc nhóm và mong muốn đạt được có thể được thu hẹp nhờ các can thiệp hoặc hỗ trợ phù hợp (Gunnell et al., 2004; dựa trên hệ thống phân loại nhu cầu của Bradshaw). Trong nghiên cứu này, các nhu cầu CSSKTT của NCT liên quan đến việc họ mong muốn nhận được sự hỗ trợ để duy trì hoặc cải thiện các khía cạnh tâm lý, cảm xúc và hòa nhập xã hội.

Công tác xã hội (CTXH) trong CSSKTT cho người cao tuổi là lĩnh vực thực hành chuyên nghiệp, áp dụng các nguyên tắc, giá trị, kiến thức và kỹ năng CTXH để hỗ trợ cho NCT và gia đình đối phó với các thách thức về SKTT nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống. Vai trò cụ thể của CTXH bao gồm đánh giá tâm lý-xã hội toàn diện, tham vấn cá nhân, gia đình và nhóm, kết nối nguồn lực, biện hộ và phát triển các chương trình hỗ trợ tại cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc (National Association of Social Workers [NASW], 2016; Youdin, 2016).

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này sử dụng phương pháp tiếp cận hỗn hợp, kết hợp phương pháp định tính và định lượng nhằm đánh giá một cách toàn diện nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) của người cao tuổi (NCT) và vai trò của các bên liên quan tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng cho phần định lượng, kết hợp với nghiên cứu trường hợp (case study) để làm sâu sắc các phát hiện thông qua dữ liệu định tính.

Đối tượng và Mẫu nghiên cứu:

Nghiên cứu định lượng: Khảo sát bằng bảng hỏi cấu trúc được thực hiện trên 105 NCT đang sinh sống nội trú dài ngày tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng. Mẫu được lựa chọn theo phương pháp thuận tiện, với các tiêu chí bao gồm: NCT từ 60 tuổi trở lên, đồng ý tham gia, còn minh mẫn và có khả năng giao tiếp để trả lời bảng hỏi.

Nghiên cứu định tính: Tiến hành 14 phỏng vấn sâu, bao gồm: 7 NCT (được lựa chọn có chủ đích dựa trên sự đa dạng về độ tuổi, giới tính và tình trạng sức khỏe tâm thần sơ bộ), 2 điều dưỡng viên, 3 nhân viên công tác xã hội (NVCTXH), và 2 nhân viên phục hồi chức năng đang làm việc tại trung tâm. Tiêu chí chọn nhân viên là những người có kinh nghiệm làm việc trực tiếp với NCT và đồng ý chia sẻ thông tin.

Công cụ thu thập dữ liệu:

Bảng hỏi khảo sát bao gồm các phần chính: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm chung của NCT (tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thời gian ở trung tâm, tình trạng sức khỏe tự đánh giá...). Nhu cầu CSSKTT: Sử dụng một danh mục các nhu cầu tâm lý-xã hội tiềm năng (ví dụ: nhu cầu được quan tâm, tôn trọng, kết nối gia đình, chia sẻ cảm xúc, tham vấn tâm lý, kích lệ/động viên). Đánh giá về vai trò và hoạt động của gia đình, NVCTXH trong việc đáp ứng các nhu cầu CSSKTT.

Hướng dẫn phỏng vấn sâu: Các câu hỏi mở được thiết kế để khám phá sâu hơn trải nghiệm, cảm xúc, mong muốn của NCT về CSSKTT; cũng như quan điểm, thực tế công việc của nhân viên trong việc hỗ trợ NCT.

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS (phiên bản

26.0). Các kỹ thuật phân tích chính bao gồm thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm) để xác định các nhu cầu CSSKTT phổ biến và mô tả đặc điểm mẫu nghiên cứu¹⁹. Kiểm định Chi-bình phương (Chi-square) và Kiểm định T-test cho mẫu độc lập (Independent Samples T-Test) được sử dụng để khám phá mối liên hệ giữa đặc điểm nhân khẩu học (giới tính, nhóm tuổi, thời gian ở trung tâm) và các nhu cầu CSSKTT cụ thể. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0.05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức, đảm bảo tính tự nguyện, ẩn danh và bảo mật thông tin cho người tham gia.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm người cao tuổi tham gia khảo sát

Nghiên cứu được thực hiện với 105 người cao tuổi (NCT) đang sống nội trú dài ngày tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng. Cơ cấu mẫu khảo sát như sau:

Bảng 4.1. Đặc điểm mẫu khảo sát (N= 105,%)

Đặc điểm	Tiêu chí	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	41	39.0
	Nữ	64	61.0
Nơi cư trú	Thành thị	71	67.6
	Nông thôn	34	32.4
Độ tuổi	60 - 69 tuổi	32	30.5
	70 - 79 tuổi	45	42.9
	80 - 89 tuổi	26	24.8
	Trên 90 tuổi	2	1.9
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	87	82.9
	Ly hôn/ly thân	5	4.8
	Độc thân	5	4.8
	Góa	8	7.6
Số năm sống tại trung tâm	Dưới 1 năm	29	27.6
	Từ 1 - 3 năm	51	48.6
	Từ 3 - 5 năm	23	21.9
	Trên 5 năm	2	1.9
Tổng số		105	100

Nguồn: Số liệu khảo sát của nghiên cứu

4.2. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi

Để hiểu rõ hơn về những mong muốn và yêu cầu về chăm sóc SKTT của NCT đang sinh sống tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, bài viết tập trung vào việc xác định mức độ phổ biến của từng nhu cầu cụ thể, đồng thời khám phá các yếu tố cá nhân như giới tính, tuổi tác và thời gian cư trú có mối liên hệ như thế nào đến các nhu cầu của NCT.

Bảng 4.2. Nhu cầu CSSKTT của NCT (N=105)

Loại nhu cầu	Số lượng NCT (N)	Tỷ lệ (%)
Nhu cầu được người nhà tới thăm	75	71.4
Nhu cầu được tôn trọng	63	60.0
Nhu cầu được quan tâm	54	51.4
Nhu cầu tham vấn tâm lý	45	42.9
Nhu cầu chia sẻ vui/buồn	40	38.1
Nhu cầu khích lệ/động viên	27	25.7

Nguồn: Số liệu khảo sát của nghiên cứu

Bảng 4.2 cho thấy một bức tranh đa dạng về nhu cầu CSSKTT của NCT tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng. Nhu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất là được người nhà tới thăm (71.4%) đã khẳng định tầm quan trọng của kết nối gia đình đối với NCT. Tiếp theo là nhu cầu được tôn trọng (60.0%) và nhu cầu được quan tâm (51.4%) đã phản ánh mong muốn được nhìn nhận giá trị bản thân và nhận được sự chăm sóc tình cảm của NCT. Đặc biệt, nhu cầu tham vấn tâm lý được 42.9% NCT lựa chọn đã cho thấy NCT có mong muốn nhận được sự hỗ trợ chuyên sâu về mặt tâm lý. Các nhu cầu về giao tiếp cảm xúc như chia sẻ vui buồn (38.1%) và khích lệ/động viên (25.7%) có tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn thể hiện mong muốn được thấu hiểu và nâng đỡ tinh thần của NCT.

Đặc điểm cá nhân của NCT có mối liên hệ với và nhu cầu CSSKTT. Kiểm định Chi-bình phương được sử dụng để xem xét mối liên hệ giữa giới tính, nhóm tuổi, thời gian sống tại trung tâm với từng loại nhu cầu CSSKTT cụ thể. Kết quả cho thấy một số mối liên hệ có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa đặc điểm cá nhân và nhu cầu CSSKTT.

Có sự khác biệt đáng kể trong nhu cầu chia sẻ vui/buồn giữa nam và nữ ($\chi^2(1) = 9.244, p = 0.002$). Cụ thể, nam giới (56.1%) có nhu cầu này cao hơn rõ rệt so với nữ giới (26.6%). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính đối với các nhu cầu còn lại ($p > 0.05$).

Bảng 4.3. Nhu cầu tham vấn tâm lý, kích lệ động viên theo nhóm tuổi (N=105)

Nhóm tuổi	Số lượng NCT (N)	Có nhu cầu tham vấn (%)	Có nhu cầu kích lệ/động viên (%)
60 - 69	32	50.0	18.8%
70 - 79	45	51.1	31.1%
80 - 89	26	19.2	19.2%

Nguồn: Số liệu khảo sát của nghiên cứu

Nhóm tuổi có liên quan đến nhu cầu tham vấn tâm lý ($\chi^2(3) = 7.886, p = 0.048$) và nhu cầu kích lệ/động viên ($\chi^2(3) = 7.849, p = 0.049$). Đối với nhu cầu tham vấn, NCT ở nhóm 60- 69 tuổi (50.0%) và 70-79 tuổi (51.1%) cần tham vấn tâm lý cao hơn đáng kể so với nhóm 80- 89 tuổi (19.2%). Đối với nhu cầu kích lệ/động viên, nhóm 70-79 tuổi có tỷ lệ cao nhất (31.1%).

Bảng 4.4. Nhu cầu thăm nom theo số năm sống tại trung tâm (N=105)

Thời gian ở TT	Số lượng NCT (N)	Có nhu cầu thăm nom (%)	Không có nhu cầu thăm nom (%)	Tổng (%)
< 1 năm	29	58.6	41.4	100
1-3 năm	51	72.5	27.5	100
3-5 năm	23	82.6	17.4	100
> 5 năm	2	100.0	0.0	100

Nguồn: Số liệu khảo sát của nghiên cứu

Thời gian cư trú tại trung tâm cũng có mối liên hệ thuận với nhu cầu được người nhà tới thăm ($\chi^2(3) = 11.815, p = 0.008$). Cụ thể, NCT sống ở trung tâm càng lâu năm thì càng có nhu cầu được người nhà thăm nom. Các nhu cầu còn lại không cho thấy mối liên hệ ý nghĩa với thời gian sống tại trung tâm.

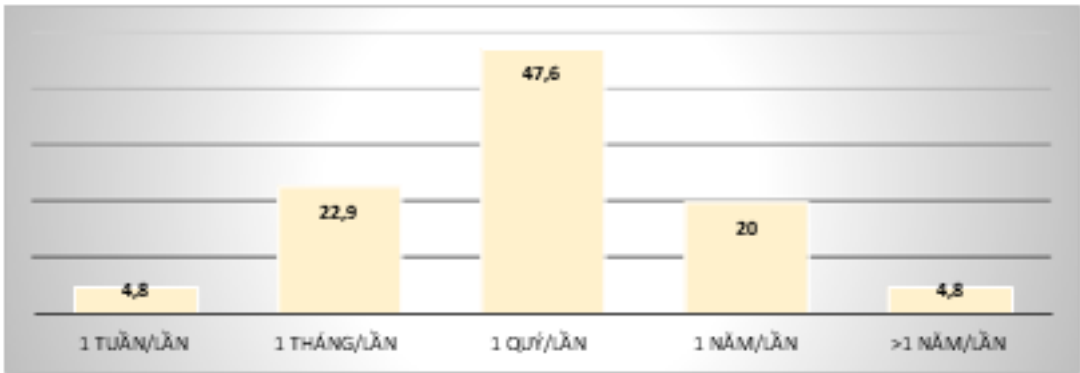
Có thể thấy, nhu cầu CSSKTT của NCT tại trung tâm Diên Hồng rất đa dạng, trong đó nhu cầu kết nối gia đình, được tôn trọng và quan tâm là những ưu tiên hàng đầu của NCT. Đáng chú ý, một tỷ lệ đáng kể NCT bày tỏ mong muốn được nhận hỗ trợ tham vấn tâm lý chuyên nghiệp. Kết quả kiểm định Chi-bình phương đã khẳng định rằng các yếu tố cá nhân như giới tính, nhóm tuổi và thời gian sống tại trung tâm có mối liên hệ với một số nhu cầu CSSKTT như nhu cầu chia sẻ cảm xúc, tham vấn tâm lý, kích lệ/động viên và được người nhà tới thăm. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét đặc điểm cá nhân khi xây dựng các chương trình can thiệp và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT tại các cơ sở chăm sóc tập trung.

4.3. Vai trò của các bên có liên quan đến việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi

4.3.1. Vai trò của gia đình đối với việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc SKTT của NCT

Mức độ gia đình thường xuyên đến thăm có thể ảnh hưởng trực tiếp đến cảm nhận được quan tâm và kết nối của NCT.

Biểu đồ 4.1. Tần suất gia đình đến thăm NCT (%)



Nguồn: Số liệu khảo sát của nghiên cứu

Kết quả khảo sát cho thấy tần suất thăm nom phổ biến nhất là 1 quý/lần (47.6%). Chỉ có một tỷ lệ nhỏ NCT (4.8%) được gia đình thăm hàng tuần. Gần 1/4 NCT (24.8%) được gia đình đến thăm 1 năm/lần hoặc thưa hơn. Điều này tạo ra một sự tương phản lớn với nhu cầu được người nhà thăm nom rất cao (71.4%) đã được xác định ở Mục 4.2.

Tần suất gia đình đến thăm là một trong những yếu tố quan trọng tác động tới SKTT của NCT tại trung tâm, đa phần NCT khi vào trung tâm sẽ vui vẻ, lạc quan khi được gia đình quan tâm và thường xuyên thăm nom, ngược lại khi gia đình ít quan tâm thì rất ảnh hưởng tới SKTT của NCT

“Viện dưỡng lão vẫn là một cái xã hội thu nhỏ, nó vẫn có những người rất được gia đình, con cái chăm sóc và quan tâm thường xuyên vào thăm thì những cụ đấy rất yêu đời, vui tươi, những cụ hoàn cảnh gia đình không có con cái, cháu gửi vào hoặc là vì gia đình chủ yếu là con gái không có điều kiện chăm sóc bố mẹ hoặc là bận công việc cũng ít vào thăm. Có sự đối lập giữa một cụ, nhiều người vào thăm và một cụ thì gần như là cả năm được một lần, hoặc là vài năm mới được một lần thì cái yếu tố đấy cũng là khiến người cao tuổi thấy hạnh phúc hoặc là thấy tủi thân”

(PVS. 26 tuổi. Nữ. NVCTXH)

“Khi buồn thì bà cũng gọi về nhà xong rồi nói chuyện với cháu với con, mà con bà thì cũng thường xuyên vào đây đưa bà đi chơi, nhà bên Long Biên nên sang đây đi ô tô đưa mẹ đi chơi. Thỉnh thoảng đi chơi 2 3 ngày gì đó, như bữa đi chơi ở Thanh Hóa, Nghệ An”

(PVS. 82 tuổi. Nữ. NCT)

Sự thiếu quan tâm, hỏi han của gia đình cũng khiến NCT buồn bã, chán nản.

“Từ lúc đưa bà vào đây có thấy ai quan tâm, hỏi han gì, có tới thăm bà đâu, mong ngóng mãi mà không thấy ai vào”

(PVS. NCT. 82 tuổi. Nữ)

“Quan tâm thì có gọi là quan tâm, nhưng mà gọi nói chuyện qua điện thoại thôi, lúc buồn thì gọi cho con gái nói chuyện bảo vào thăm mẹ mà mãi có thấy vào đâu. Nên là cũng khó nhà thì xa xôi đi đi lại lại bất tiện lắm”

(PVS. 85 tuổi. Nữ. NCT)

Kiểm định T-test cho mẫu độc lập được thực hiện để so sánh đánh giá về mức độ ảnh hưởng của gia đình (điểm càng thấp ảnh hưởng càng lớn) giữa nhóm NCT có và không có nhu cầu được người nhà tới thăm. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đánh giá ảnh hưởng chung của gia đình ($p = 0.736$) hay ảnh hưởng của việc gia đình quan tâm hỏi han ($p = 0.604$). Tuy nhiên, đối với yếu tố ảnh hưởng của việc người nhà vào thăm nom, có xu hướng tiệm cận mức ý nghĩa thống kê ($p = 0.086$), gợi ý rằng nhóm NCT có nhu cầu được thăm (Mean = 1.65) có xu hướng đánh giá việc thăm nom quan trọng hơn so với nhóm không có nhu cầu (Mean = 1.97).

Nhu cầu kết nối gia đình của NCT là rất lớn nhưng tần suất thăm nom thực tế còn hạn chế, đã tạo ra khoảng cách giữa mong muốn và thực tế. NCT rất quan tâm đến việc gia đình đến thăm nom. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường kết nối và phối hợp giữa trung tâm và gia đình.

4.3.2. Vai trò nhân viên CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Việc đáp ứng các nhu cầu CSSKTT của NCT không chỉ phụ thuộc vào gia đình mà còn dựa rất nhiều vào đội ngũ nhân viên tại trung tâm, đó là nhân viên công tác xã hội (NVCTXH)

Đánh giá về sự quan tâm của NV CTXH khi NCT gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần cho thấy chỉ hơn một phần ba NCT (36.2%) cảm thấy được quan tâm đáng kể. Đánh giá chung về việc NV CTXH phát huy vai trò trong CSSKTT cũng ở mức trung bình (Mean = 2.74), chỉ 36.2% đánh giá là tốt/rất tốt.

Hoạt động hỗ trợ CSSKTT từ NV CTXH được NCT ghi nhận nhiều nhất là “Tâm sự, trò chuyện” (84.8%). Tuy nhiên, các hoạt động can thiệp cốt lõi của CTXH trong sức khỏe tâm thần lại rất hạn chế, chỉ 34.3% xác nhận NV CTXH giúp “Giải quyết các khó khăn gặp phải” và chỉ 21.9% nhận được “Tham vấn/trị liệu tâm lý”. Tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với nhu cầu tham vấn (42.9%) mà NCT có nhu cầu.

“Ở trung tâm tôi cũng được tư vấn khi gặp khó khăn muốn chia sẻ, tuy nhiên cũng không thường xuyên và tác dụng không như mong muốn, do có ít nhân viên và chưa có hỗ trợ được vì thiếu trình độ chuyên môn, còn trẻ quá...”

(PVS. 69 tuổi. Nữ. NCT)

Nhận định về vai trò của NVCTXH trong hoạt động CSSK cho NCT, các nhân viên trung tâm cho rằng nguồn nhân lực NVCTXH còn thiếu vì thế cũng không thể tránh khỏi những hạn chế.

“Thật ra thì cho đến thời điểm hiện tại Diên Hồng là đơn vị có bộ phận công tác xã hội gọi là bộ phận tham vấn tâm lý. Tuy nhiên, Diên Hồng cũng không đầu tư quá nhiều cho nó. Hiện tại đang có 3 nhân viên công tác xã hội, không đáp ứng được nhu cầu của người cao tuổi”

(PVS. 26 tuổi. Nữ. NVPHCN)

“Nhân viên công tác xã hội là người lên kế hoạch cho các hoạt động đây, còn điều dưỡng viên thì là người phối hợp thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần bên cạnh chuyên môn chủ yếu của điều dưỡng là hỗ trợ các cụ trong sinh hoạt hàng ngày”

(PVS. 26 tuổi. Nữ. NVCTXH)

Nhân viên CTXH, mặc dù là người trò chuyện chính nhưng lại chưa thể hiện rõ vai trò chuyên môn trong việc cung cấp các can thiệp tâm lý-xã hội cần thiết như tham vấn hay giải quyết vấn đề một cách có hệ thống.

Khoảng cách giữa nhu cầu tham vấn cao và tỷ lệ NCT được NV CTXH đáp ứng thấp là một hạn chế lớn. Điều này cho thấy sự cần thiết phải tăng cường năng lực và định vị lại vai trò của NV CTXH như một nhà thực hành chuyên nghiệp trong lĩnh vực CSSKTT tại các cơ sở dưỡng lão.

5. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng cung cấp thực trạng nhu cầu CSSKTT của NCT và khả năng đáp ứng các nhu cầu này từ các bên liên quan, đặc biệt là từ góc độ CTXH.

5.1. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần đa dạng của người cao tuổi và khoảng cách trong đáp ứng nhu cầu

Một trong những phát hiện nổi bật nhất của nghiên cứu là nhu cầu kết nối với gia đình thông qua việc thăm nom chiếm tỷ lệ cao nhất (71.4%). Điều này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của mối các mối quan hệ tình cảm và sự công nhận giá trị bản thân đối với NCT theo Tháp nhu cầu của Maslow (1943). Trong môi trường chăm sóc tập trung, gia đình vẫn là một mắt xích không thể thiếu trong hệ thống hỗ trợ cho NCT như một số nghiên cứu tại Việt Nam đã đề cập (Vu Dung et al., 2020; Trần Thị Vân Anh, 2008). Tuy nhiên, tần suất thăm nom thực tế còn hạn chế đã tạo ra một khoảng cách đáng kể giữa mong muốn và thực tại, tiềm ẩn nguy cơ gia tăng cảm giác cô đơn và bị lãng quên ở NCT, một vấn đề đã được nhiều nghiên cứu quốc tế chỉ ra (Holt-Lunstad et al., 2010; Dahlberg et al., 2022). Không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (T-test, $p > 0,05$) giữa nhận thức về tầm quan trọng và nhu cầu được thăm nom của người cao tuổi, tuy nhiên dữ liệu thu được đã đề cập đến ý nghĩa của mối liên hệ này trong thực tế. Từ góc độ lý thuyết hệ thống, sự tương tác yếu giữa hệ thống gia đình và NCT trong môi trường trung tâm dưỡng lão là một điểm cần cải thiện trong tương lai.

Bên cạnh đó, nhu cầu được tham vấn tâm lý chuyên sâu được 42.9% NCT bày tỏ nhưng lại được đáp ứng rất hạn chế từ NV CTXH (chỉ 21.9% NCT ghi nhận được nhận dịch vụ này). Khoảng cách này phản ánh một thách thức lớn trong việc cung cấp các dịch vụ CSSKTT chuyên biệt tại các cơ sở dưỡng lão. Điều này có thể xuất phát từ nhiều yếu tố hệ thống: sự

thiếu hụt nhân lực CTXH được đào tạo bài bản về tâm lý lão khoa (phù hợp với cảnh báo của WHO, 2017; D'Souza et al., 2016), nhận thức chưa đầy đủ của bản thân trung tâm về tầm quan trọng của dịch vụ này, hoặc do các rào cản từ chính sách vĩ mô chưa tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai các dịch vụ tham vấn tâm lý trong cơ sở chăm sóc NCT. Ngoài ra, khối lượng công việc quá tải khiến NV CTXH không có đủ thời gian cho can thiệp sâu, hoặc vai trò của NV CTXH tại trung tâm chưa được định vị rõ ràng theo hướng can thiệp lâm sàng mà chủ yếu dừng lại ở tổ chức hoạt động, thăm hỏi chung. Thực tế này đi ngược lại quan điểm lấy NCT làm trung tâm, vốn đòi hỏi việc cung cấp các hỗ trợ phù hợp với nhu cầu cá nhân, bao gồm cả nhu cầu tham vấn khi cần thiết.

5.2. Sự tương tác giữa gia đình và trung tâm

Từ góc độ Lý thuyết Hệ thống (Bertalanffy, 1968; Bronfenbrenner, 1979), SKTT của NCT tại trung tâm dưỡng lão là kết quả của sự tương tác phức tạp giữa nhiều hệ thống: cá nhân NCT, gia đình, nhân viên chăm sóc (NVCTXH), trung tâm dưỡng lão, chính sách xã hội và hệ thống y tế trong đó tương tác quan trọng nhất là sự tương tác giữa gia đình và trung tâm.

Nghiên cứu cho thấy sự tương tác yếu giữa gia đình và trung tâm trong việc đáp ứng nhu cầu thăm nom của NCT. Tần suất thăm nom thấp không chỉ ảnh hưởng đến NCT mà còn có thể làm giảm hiệu quả của các nỗ lực chăm sóc từ phía trung tâm. Cần có sự phối hợp chặt chẽ hơn, ví dụ, trung tâm có thể chủ động tạo điều kiện, khuyến khích và cung cấp thông tin thường xuyên cho gia đình để thúc đẩy sự tham gia của họ. Ngược lại, gia đình cũng cần nhận thức rõ hơn về vai trò không thể thay thế của mình trong việc duy trì đời sống tinh thần cho người thân.

5.3. Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT

Kết quả nghiên cứu đã làm nổi bật vai trò quan trọng nhưng còn nhiều hạn chế của NVCTXH tại Trung tâm Diên Hồng. Mặc dù được NCT ghi nhận là người thường xuyên “tâm sự, trò chuyện” (84.8%), nhưng các hoạt động can thiệp cốt lõi của CTXH trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần như “giải quyết các khó khăn gặp phải” (34.3%) và đặc biệt là “tham vấn/trị liệu tâm lý” (21.9%) lại được thực hiện rất ít. Điều này dẫn đến một khoảng cách lớn so với nhu cầu thực tế của NCT (nhu cầu tham vấn tâm lý lên đến 42.9%).

Việc NVCTXH chưa phát huy hết vai trò chuyên môn có thể bắt nguồn từ chính sách nhân sự của trung tâm (số lượng, yêu cầu chuyên môn) hoặc từ các chính sách vĩ mô chưa có quy định cụ thể và các tiêu chuẩn rõ ràng cho vai trò của CTXH trong các cơ sở chăm sóc NCT. Để NVCTXH thực sự trở thành “nhà thực hành lâm sàng” trong lĩnh vực SKTT, cần có sự đầu tư vào đào tạo, tuyển dụng và tạo cơ chế làm việc phù hợp từ cấp độ tổ chức đến cấp độ chính sách quốc gia.

5.4. Cá nhân hóa dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Phát hiện về sự khác biệt trong nhu cầu CSSKTT theo giới tính (nam giới cần chia sẻ hơn), tuổi tác (nhóm trẻ hơn cần tham vấn hơn), và thời gian ở trung tâm (nhóm mới cần vui chơi, nhóm ở lâu hơn cần thăm nom) một lần nữa nhấn mạnh yêu cầu cấp thiết về việc cá nhân hóa dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung cho NCT. Không thể áp dụng một mô hình CSSKTT duy

nhất cho tất cả NCT. Nhân viên CTXH với kỹ năng đánh giá và lập kế hoạch can thiệp cá nhân cần đóng vai trò then chốt trong việc nhận diện và đáp ứng sự đa dạng này.

6. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

6.1. Kết luận

Nghiên cứu này đã cung cấp bằng chứng thực nghiệm về các nhu cầu CSSKTT của NCT tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bên cạnh các nhu cầu cơ bản, NCT có những nhu cầu tâm lý-xã hội rất lớn, đặc biệt là nhu cầu được kết nối với gia đình qua việc thăm nom, nhu cầu được tôn trọng và quan tâm. Đáng chú ý, nhu cầu được tham vấn tâm lý được NCT quan tâm đáng kể nhưng lại là một trong những nhu cầu ít được đáp ứng nhất, đặc biệt là từ phía nhân viên CTXH. Có sự khác biệt về nhu cầu giữa các nhóm NCT theo giới tính, độ tuổi và thời gian cư trú, đòi hỏi các can thiệp cần được cá nhân hóa. Vai trò của gia đình trong việc đáp ứng nhu cầu thăm nom còn hạn chế. Vai trò của NV CTXH trong việc cung cấp các can thiệp CSSKTT chuyên sâu còn mờ nhạt và chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế, dù họ là những người thường xuyên trò chuyện với NCT. Cần có những thay đổi mang tính hệ thống để thu hẹp khoảng cách giữa nhu cầu và dịch vụ CSSKTT tại các cơ sở chăm sóc NCT tập trung.

Các kết quả nghiên cứu có thể bị hạn chế về tính khái quát, do quy mô và đặc điểm của trung tâm dưỡng lão Diên Hồng có thể không phản ánh đầy đủ các đặc trưng của các loại hình cơ sở dưỡng lão khác, từ đó ảnh hưởng đến khả năng áp dụng rộng rãi các kết luận của nghiên cứu cho các loại hình cơ sở khác.

6.2. Khuyến nghị

Dựa trên các kết quả khảo sát và phân tích trên, nghiên cứu đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao vai trò của CTXH trong việc cải thiện chất lượng CSSKTT cho người cao tuổi (NCT) tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng cũng như các cơ sở tương tự.

Đối với các trung tâm dưỡng lão và cơ sở chăm sóc NCT, cần thực hiện đánh giá nhu cầu CSSKTT định kỳ bằng các công cụ sàng lọc và đánh giá phù hợp với điều kiện Việt Nam. Việc này giúp xác định rõ đặc điểm, nhu cầu cá nhân của từng NCT, từ đó xây dựng các kế hoạch chăm sóc phù hợp và cá nhân hóa hơn. Đồng thời, cần chủ động thúc đẩy hoạt động thăm nom thường xuyên của gia đình, phối hợp tổ chức với ngày hội gia đình nhằm tăng cường sự tham gia, gắn kết của người thân trong quá trình chăm sóc NCT. Thêm vào đó, việc xây dựng văn hóa tổ chức lấy NCT làm trung tâm, tôn trọng quyền tự quyết và phẩm giá của họ trong hoạt động chăm sóc là yêu cầu then chốt nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc toàn diện.

Về phía đội ngũ nhân viên, cần thiết lập hoặc tăng cường các dịch vụ tham vấn tâm lý chuyên nghiệp, dễ tiếp cận cho NCT có nhu cầu, có thể do NV CTXH thực hiện hoặc mời các chuyên gia bên ngoài. Đồng thời, đề xuất nâng cao năng lực đội ngũ công tác xã hội thông qua tuyển dụng đủ số lượng NV có trình độ chuyên môn về lão khoa và công tác xã hội, cũng như tổ chức các chương trình đào tạo, tập huấn định kỳ về đánh giá tâm lý-xã hội, kỹ năng tham vấn cá nhân và nhóm, kỹ năng xử lý các vấn đề SKTT phổ biến ở NCT. Cần xây dựng các quy

trình làm việc rõ ràng, xác định vai trò trách nhiệm của NV CTXH trong việc cung cấp các can thiệp tâm lý-xã hội chuyên sâu, phối hợp chặt chẽ với các bộ phận, dịch vụ liên quan.

Về công tác thực hành, NV CTXH cần chủ động vận dụng các phương pháp hệ thống để đánh giá rõ ràng, chính xác nhu cầu SKTT của từng NCT. Bên cạnh đó, cần nâng cao vai trò biện hộ, bảo vệ quyền lợi và phẩm giá của NCT, đặc biệt là những người gặp khó khăn trong việc thể hiện mong muốn và nhu cầu.

Đối với các cơ sở đào tạo về công tác xã hội, cần tăng cường và cập nhật nội dung chương trình giảng dạy liên quan đến lão khoa và các vấn đề SKTT thường gặp ở NCT. Điều này giúp đào tạo ra nguồn nhân lực đủ năng lực để thực hiện các hoạt động đánh giá, can thiệp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc.

Trong khuôn khổ chính sách, đề xuất xây dựng và ban hành các hướng dẫn hoặc tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc SKTT trong các cơ sở dưỡng lão, xác định rõ vai trò và yêu cầu về năng lực của nhân viên công tác xã hội. Ngoài ra, cần có các chính sách đầu tư phát triển nguồn nhân lực chuyên sâu về lão khoa và SKTT, nhằm đáp ứng tốt hơn các yêu cầu thực tiễn trong chăm sóc sức khỏe nói chung cho NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2024). Quyết định số 89/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt *Chiến lược quốc gia bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2021-2030 tầm nhìn đến năm 2045*. <https://vanban.chinhphu.vn/?pageid=27160&docid=209569>
2. Duy Tiến. (2022, 10 tháng 7). *Ngày dân số thế giới 11-7, Hà Nội tận dụng cơ cấu dân số vàng thích ứng với già hoá*. Báo An Ninh Thủ Đô. <https://www.anninhthudo.vn/ngay-dan-so-the-gioi-11-7-ha-noi-tan-dung-co-cau-dan-so-vang-thich-ung-voi-gia-hoa-post510208.antd>
3. Hạnh, M. T. (2016). Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi Việt Nam trong giai đoạn hiện nay. Trong *Kỷ yếu hội thảo Chăm sóc sức khỏe - Những vấn đề xã hội học và công tác xã hội* (tr. 188-202). Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
4. Hạnh, M. T. (2017). *Dịch vụ xã hội trợ giúp cho người cao tuổi Hà Nội hiện nay*. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Hạnh, M. T. và cộng sự (2025) *Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại trung tâm dưỡng lão tư nhân ở Hà Nội (nghiên cứu trường hợp trung tâm dưỡng lão Diên Hồng)*. Kỷ yếu hội thảo Khoa học Quốc tế: Công tác xã hội phát triển con người tích cực: Lý thuyết và thực tiễn. Tập 1, trang 542-556, 2025. NXB Đà Nẵng.
6. Hiếu, N. V. (2022). *Dịch vụ công tác xã hội đối với người cao tuổi tại các cơ sở trợ giúp xã hội hiện nay*. Luận án Tiến sĩ, Học viện Khoa học xã hội.
7. Hoa, N. T. K. (2012). *Công tác xã hội với Người cao tuổi*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
8. Lân, L. N. (2011). Một số cơ sở thực tiễn cần quan tâm trong xây dựng, điều chỉnh chính sách chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam. *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, 21(5), 3 – 17. Liên, N. T. (2023). *Dịch vụ trợ giúp xã hội trong các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại Hà Nội*. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội].
9. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. (2009). *Luật Người cao tuổi*. Luật số 39/2009/QH12.
10. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội Hà Nội. (2023). *Báo cáo Kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2023 và kế hoạch thực hiện công tác NCT năm 2024*. Sở LĐTBXH Hà Nội.

11. Tổng cục Thống kê. (2023, 29 tháng 12). *Thông cáo báo chí về tình hình kinh tế - xã hội quý IV và năm 2023*. <https://www.gso.gov.vn/du-lieu-va-so-lieu-thong-ke/2023/12/thong-cao-bao-chi-ve-tinh-hinh-kinh-te-xa-hoi-quy-iv-va-nam-2023/>
12. Tuấn, N. V., Hà, L. T. T., Hahn, E., & Tâm, T. T. M. (2020). *Giáo trình Điều dưỡng Sức khỏe Tâm thần*. Nhà xuất bản Y học.
13. Vân Anh, T. T. (2008). Người cao tuổi và gia đình. *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, 18(2), 15-27.

Tiếng Anh

14. Atchley, R. C., & Barusch, A. S. (2004). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology* (10th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.
15. Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
16. Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2009). The effects of successful and unsuccessful aging on mental health. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 719-728. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181b1f115>.
17. Bradley E. Karlin và Margaret P. Norris (2005), “Public Mental Health Care Utilization by Older Adults”. DOI: 10.1007/s10488-005-2770-3
18. Bradshaw, J. (1972). The concept of social need. *New Society*, 19(496), 640-643. (Nguồn cho khái niệm nhu cầu)
19. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
20. Brooker, D., & Latham, I. (2016). *Person-centred dementia care: Making services better* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.
21. D’Souza, A., Forsyth, K., McCourt, A., & Higgins, I. (2016). Understanding the challenges faced by care staff in meeting the mental health needs of older people in residential aged care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-0>
22. Dung, V., Lan, N. T. M., Trang, V. T., Cu, T. X., Thien, L. M., Thu, N. S., Man, P. D., Long, D. M., Ngo, P. T., & Nguyet, L. M. (2020). Quality of life of older adults in nursing homes in Vietnam. *Health Psychology Open*, 7(2), 2055102920963610. <https://doi.org/10.1177/2055102920963610>
23. Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2010). Person-centred care of people with severe Alzheimer’s disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 9(11), 1157-1161. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70150-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70150-5)
24. Gunnell, D., Magnusson, P. K., & Rasmussen, F. (2004). Low intelligence test scores in adolescence and risk of suicide: cohort study. *BMJ*, 329(7474), 1098. <https://doi.org/10.1136/bmj.38238.600185.BE>. HelpAge International [HAI]. (2021). *Nâng cao sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi*.
25. HelpAge Việt Nam. <https://helpagevietnam.org/bai-viet/2021/nang-cao-suc-khoe-tam-than-o-nguoi-cao-tuoi/>
26. Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., & Strom-Gottfried, K. (2017). *Direct social work practice: Theory and skills* (10th ed.). Cengage Learning. ISBN: 978-1305871042.
27. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). Promoting mental health. *The Lancet*, 365(9472), 1657–1659. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66526-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66526-1)
28. Karlin, B. E., & Norris, M. P. (2005). Public mental health care utilization by older adults. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 32(4), 371-387. <https://doi.org/10.1007/s10488-005-2770-3>

29. Kar, N. (2015). Care needs of older persons. *Journal of Geriatric Care and Research*, 2(1), 1–2. (Truy cập tại: https://www.researchgate.net/publication/283804614_Care_needs_of_older_persons)
30. Lee, Y., & Kim, S. (2020) “Assessing social support needs of elderly in urban Korea” (DOI: 10.1080/01634372.2020.1726734)
31. Li, Y., Zhang, X., Zhao, J., & Wang, H. (2019). Association between social participation, physical activity, and mental health among older adults in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1263- 1268. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.05.011>
32. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370– 396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
33. McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>.
34. Nitamadhab Kar (2015), “Care needs of Older Persons”, Journal Geriatric Care and Research Vol 2 (1), Summary, pp.1-2.
35. National Association of Social Workers [NASW]. (2016). *NASW standards for social work practice in health care settings*. NASW
36. Press. <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=fFkLexQGkXQ%3d&portalid=0>
37. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
38. Rowles, G. D., & Bernard, M. (Eds.). (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826108003
39. United Nations Population Fund [UNFPA]. (2023). *Già hoá Dân số*. UNFPA Việt Nam.
40. Nam. <https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a-d%C3%A2n-s%E1%BB%91>
41. Qiang Wang (2012), “The needs of older people in later life”, Specialisation in International Social Work, Hong Kong, pp.21-38.
42. World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.
43. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/89966>
44. World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
45. Youdin, R. (2016). *Social work practice with older adults: An active aging perspective*.
46. Oxford University Press. ISBN: 978-0190240892

MỘT SỐ VAI TRÒ CỦA NHÂN VIÊN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO DIỄN HỒNG, HÀ NỘI

ThS. Nguyễn Thị Huệ¹, TS. Nguyễn Thị Liên²

Tóm tắt: Các nhân viên công tác xã hội không chỉ giúp đỡ bệnh nhân mà còn tạo ra nguồn tài chính cho bệnh viện (Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh, 2024). Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi. Nhân viên công tác xã hội là những chuyên gia có sự hiểu biết, kiến thức và kỹ năng sâu sắc để hiểu được các giai đoạn cuộc đời của con người trong toàn bộ tuổi thọ. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu làm sáng tỏ việc thực vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại trung tâm dưỡng lão tại Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên công tác xã hội và những người thực hiện công việc như nhân viên công tác xã hội trong các trung tâm dưỡng lão đã thực hiện và nhận được đánh giá cao khi thực hiện các vai trò như vai trò giáo dục, vai trò tham vấn, vai trò kết nối/ trung gian với mục đích chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi.

Từ khóa: người cao tuổi, vai trò nhân viên công tác xã hội, giáo dục, kết nối, tham vấn, sức khỏe tâm thần.

SOME ROLES OF SOCIAL WORKERS IN MENTAL HEALTH CARE FOR THE ELDERLY AT DIEN HONG NURSING CENTER, HANOI

Abstract: Social workers not only assist patients but also generate financial resources for hospitals (Dang Kim Khanh Ly & Bui Thanh Minh, 2024). Social workers play a crucial role in mental health care, enhancing the quality of life for older adults. They are professionals with deep understanding, knowledge, and skills to comprehend the different life stages throughout a person's lifespan. This study aims to clarify the roles of social workers in mental health care for older adults at an Elderly Care Center in Hanoi. The research findings indicate that social workers and individuals performing similar roles in elderly care centers have successfully fulfilled and received high evaluations for their roles in education, counseling, and connection/intermediation to support the mental health care of older adults.

Keywords: connection, counseling, older adults, education, mental health, roles of social workers.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nhiều quốc gia, công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đã phát triển hơn một thế kỷ, tập trung vào hỗ trợ toàn diện cho người cao tuổi với các mô hình can thiệp đa dạng (Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh, 2024). Công tác xã hội đóng một vai trò quan trọng trong việc tác động đến kết quả sức khỏe tâm thần của người cao tuổi bằng cách giải quyết các khía cạnh khác nhau của sức khỏe, giúp xây dựng sự tham gia của cộng đồng, tăng cường sự gắn kết của xã hội, từ đó cải thiện sức khỏe tâm thần và cung cấp hỗ trợ (Dell et al., 2020; Diyali, 2021; Nassrin Dafaalla El Hag Yousif, et al., 2023; Wang et al., 2023; Wenyi, 2021; Westhuizen, 2023) disintegration of joint family system and a shift from the community based society to individualized society. Therefore, the badly hit population is the most vulnerable population like

¹ Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội, nguyenthihue1310@gmail.com

² Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội, email: lienctxh1080@gmail.com

elderly, due to receding of conventionally existing care and support in the family situation. These sections of the population face many physical and psycho-social and emotional health challenges which need to be identified and acknowledged. India accounts for about 6.6% of the Mental and neurological disorders among the elderly of the total disability (DALYs: Disability adjusted life years). Cách tiếp cận quản lý trường hợp có thể cải thiện hiệu quả và khả năng tiếp cận các dịch vụ và sự tham gia của người cao tuổi vào việc phát triển chương trình sẽ thúc đẩy sự gắn kết và hỗ trợ xã hội (Ho Margaret Kay et al., 2022). Những hoạt động này nhằm mục đích nâng cao hạnh phúc người lớn tuổi thông qua các nỗ lực hợp tác giữa các nhân viên y tế và nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc xã hội, giải quyết cả nhu cầu sức khỏe thể chất và tinh thần.

Nhân viên công tác xã hội là những chuyên gia có sự hiểu biết, kiến thức và kỹ năng sâu sắc để hiểu được các giai đoạn cuộc đời của con người trong toàn bộ tuổi thọ. Do đó, với các chiến lược đa ngành, đa chiều, nhân viên công tác xã hội tập trung vào các biện pháp điều trị phòng ngừa, thúc đẩy, bảo vệ cho hành trình sống tổng thể và toàn diện trong giai đoạn vàng của cuộc đời (Diyali, 2021). Nhân viên công tác xã hội can thiệp bằng cách tập trung vào việc tối ưu hóa chất lượng cuộc sống của người cao tuổi, dựa trên các phương pháp, kỹ thuật và công cụ của nghề chẳng hạn như chỉ số Barthel, thang đo Lawton và Brody và bài kiểm tra trí tuệ nhỏ (Gema Beatriz Intriago-Molina & Ligia Estela Loo-Lino, 2021). Sự hợp tác hiệu quả giữa các chuyên gia y tế và chăm sóc xã hội là rất quan trọng để giải quyết các thách thức chăm sóc lão khoa, cải thiện khả năng tiếp cận và nâng cao kết quả sức khỏe tổng thể (Võ Mẫn Thị Huệ et al., 2024). Việc tích hợp chăm sóc sức khỏe thể chất và hành vi thậm chí còn cần thiết hơn hiện nay để nâng cao sức khỏe ở những người cao tuổi mắc chứng tâm thần phân liệt, lưỡng cực và rối loạn trầm cảm nặng (Dell et al., 2020).

Tại Việt Nam, công tác xã hội trong bệnh viện đã phát triển mạnh mẽ trong 10 năm qua, với các chức năng hỗ trợ và hợp tác nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế với sự cần thiết phải nâng cao nguồn nhân lực (Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh, 2024; Nguyễn Thị Hoài An, 2024). Các nhân viên công tác xã hội không chỉ giúp đỡ bệnh nhân mà còn tạo ra nguồn tài chính cho bệnh viện (Đặng Kim Khánh Ly & Bùi Thanh Minh, 2024). Mặc dù có tiến bộ, những thách thức vẫn còn trong việc thực hiện các hoạt động công tác xã hội do thiếu hướng dẫn chi tiết và đào tạo (Nguyễn Thị Thái Lan et al., 2024). Tóm lại, trong khi ngày càng có sự công nhận về tầm quan trọng của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, cả trên toàn cầu và tại Việt Nam, những thách thức đang diễn ra trong việc thực hiện và hợp tác cần được giải quyết để tối ưu hóa việc chăm sóc như việc thiếu nguồn lực và sự phối hợp giữa các dịch vụ (Nguyễn Thị Thái Lan et al., 2024).

Ngày 21 tháng 12 năm 2021, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Quyết định số 2156/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2021-2030. Theo đó, chủ đề Chương trình đề ra các phần cụ thể cho từng giai đoạn, với các nhiệm vụ, giải pháp cụ thể. Một trong những nhiệm vụ của Đề án là nâng cao năng lực cho đội ngũ công chức, viên chức và cộng tác viên làm công tác trợ giúp người cao tuổi. Theo đó, nhiệm vụ đến năm 2030

có đào tạo, bồi dưỡng nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ trợ giúp xã hội, phục hồi chức năng; đào tạo kỹ năng chuyên sâu về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho 10.000 cán bộ, công chức, viên chức, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội (bình quân 1.000 người/ năm); tập huấn cho cán bộ, nhân viên, cộng tác viên và gia đình người cao tuổi về kỹ năng, phương pháp chăm sóc và phục hồi chức năng cho người cao tuổi; thiết kế các video dạy các kỹ năng cho gia đình, người cao tuổi để chăm sóc và phục hồi chức năng cho người cao tuổi tại cộng đồng. Qua đây, chúng ta thấy được tầm quan trọng của vấn đề nguồn nhân lực trong công tác chăm sóc, trợ giúp người cao tuổi nói chung, đặc biệt ở khía cạnh chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi nói riêng.

Công việc của nhân viên xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi hiện nay rất quan trọng cả trên thế giới và tại Việt Nam. Nhân viên xã hội đóng vai trò là người quản lý ca, điều phối viên chăm sóc và cung cấp dịch vụ trực tiếp, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi có vấn đề về sức khỏe tâm thần (Kyeong-A Yoon, 2019; Rebeca Adámez & Andrés Correa, 2016). Tại Việt Nam, mặc dù hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần còn thiếu sót, các ngôi chùa Phật giáo đã trở thành nguồn hỗ trợ hiệu quả cho người cao tuổi (Nguyễn Ngọc Hường, 2016). Hơn nữa, mạng lưới chuyên nghiệp quốc tế đang nỗ lực cải thiện kỹ năng của nhân viên xã hội thông qua hợp tác của nhiều ngành, nhằm tối ưu hóa chăm sóc cho người cao tuổi gặp khó khăn về sức khỏe tâm thần (Gabriela Kelemen, et al., 2019). Tóm lại, nhân viên xã hội là một phần không thể thiếu trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, đặc biệt trong bối cảnh người già hóa dân số ngày càng gia tăng.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sức khỏe tâm thần và công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người cao tuổi. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Tuy nhiên, những nghiên cứu này đều chủ yếu tập trung ở khía cạnh tình trạng bệnh lý, nhu cầu chăm sóc sức khỏe về mặt y tế nói chung của người cao tuổi cũng như tập trung ở những đề tài có quy mô nhỏ. Khía cạnh nghiên cứu công tác xã hội và vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi ở Việt Nam còn là đề tài bỏ ngỏ cần được quan tâm nghiên cứu vì vấn đề này được xác định là yếu tố quan trọng. Từ những khía cạnh trên, vấn đề *vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, thành phố Hà Nội* được lựa chọn nghiên cứu.

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, thành phố Hà Nội.

Phạm vi nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ 1/2024 đến 11/2024 tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng. Về phạm vi nội dung, nghiên cứu tập trung nghiên cứu vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, trong đó tập trung làm sáng tỏ ba vai trò: vai trò giáo dục, vai trò tham vấn, vai trò kết nối/ trung gian.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu triển khai với 03 phương pháp nghiên cứu chính, đó là phương pháp nghiên cứu tài liệu, phương pháp khảo sát bảng hỏi và phương pháp phỏng vấn sâu.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp khảo sát bảng hỏi

Phương pháp khảo sát được thực hiện nhằm đánh giá về việc triển khai thực hiện vai trò tham vấn của nhân viên công tác xã hội tại Trung tâm Dưỡng lão trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi. Nghiên cứu sẽ tiến hành khảo sát với nhóm người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng có đủ sức khỏe và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Căn cứ vào báo cáo tình hình số lượng người cao tuổi tại 7 cơ sở của Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng ở thời điểm nghiên cứu là 388 người cao tuổi, kết hợp với công thức xác định cỡ mẫu khi biết quy mô tổng thể (Yamane Taro, 1967) (sai số ± 0.05), đề tài xác định cỡ mẫu cần khảo sát là 196 người cao tuổi.

2.2. Phương pháp thống kê toán học

Kết quả thu được từ phỏng vấn định lượng bằng bảng hỏi định lượng được xử lý bằng phần mềm SPSS 23 for Windows.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lý luận vai trò tham vấn của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Nhân viên công tác xã hội (social worker) được Hiệp hội các nhà công tác xã hội chuyên nghiệp Quốc tế- IASW định nghĩa: “Nhân viên công tác xã hội là người được đào tạo và trang bị các kiến thức và kỹ năng trong công tác xã hội, họ có nhiệm vụ: trợ kiến thức và kỹ năng sách xã hội. (Định nghĩ về CBXH theo Hiệp Hội CTXH) người làm cho các tổ chức có trách nhiệm đối với giúp các đối tượng nâng cao khả năng giải quyết và đối phó với vấn đề trong cuộc sống; tạo cơ hội để các đối tượng tiếp cận được nguồn lực cần thiết; thúc đẩy sự tương tác giữa các cá nhân, giữa cá nhân với môi trường tạo ảnh hưởng tới chính sách xã hội, các cơ quan, tổ chức vì lợi ích của cá nhân, gia đình, nhóm và cộng đồng thông qua hoạt động nghiên cứu và hoạt động thực tiễn”.

Hiện nay vẫn chưa có khái niệm chính xác về vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Có thể rút ra khái niệm vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi là những vai trò nhân viên công tác xã hội như sau: Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là *việc nhân viên công tác xã hội thực hiện các vai trò nhằm làm thỏa mãn các nhu cầu về sức khỏe tâm thần, để đảm bảo một cuộc sống thật sự thoải mái cho người cao tuổi. Qua đó giúp người cao tuổi đạt được niềm tin vào giá trị bản thân, vào phẩm chất và giá trị của người khác từ đó tạo dựng, duy trì và phát triển thỏa đáng các mối quan hệ. Có nhiều vai trò nhân viên công tác xã hội thực hiện trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi như vai trò kết nối- trung gian, vai trò tham vấn, vai trò giáo dục...*

Với quy mô của nghiên cứu, nhóm nghiên cứu lựa chọn ba vai trò điển hình của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, đó là vai trò kết nối- trung gian, vai trò tham vấn, vai trò giáo dục. Trong đó, nhóm nghiên cứu thao tác hóa mỗi vai trò với các hoạt động cụ thể như sau:

(1) Vai trò kết nối - trung gian: Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò kết nối - trung gian thông qua một số các hoạt động như kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần; chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần; kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần; chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần; kết nối với gia đình/ người thân người cao tuổi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

(2) Vai trò giáo dục: Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò giáo dục thông qua một số các hoạt động như giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần; hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần; hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần.

(3) Vai trò tham vấn: Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò tham vấn thông qua một số các hoạt động như tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể; thăm hỏi, động viên tinh thần; tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần; hoạt động tham vấn tâm lý; tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần; tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

3.2. Thực trạng thực hiện một số vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng

Để thấy rõ thực trạng thực hiện các hoạt động của vai trò tham vấn, nhóm nghiên cứu thực hiện thao tác hóa các vai trò của nhân viên công tác xã hội thành các hoạt động cụ thể trong thực tiễn, sau đó hỏi người cao tuổi có được thụ hưởng các hoạt động này tại trung tâm không, mức độ hài lòng của người cao tuổi đến đâu. Điều này giúp người cao tuổi dễ dàng hình dung và trả lời câu hỏi trong phiếu khảo sát, tránh sự mơ hồ của người cao tuổi với các khái niệm chuyên môn.

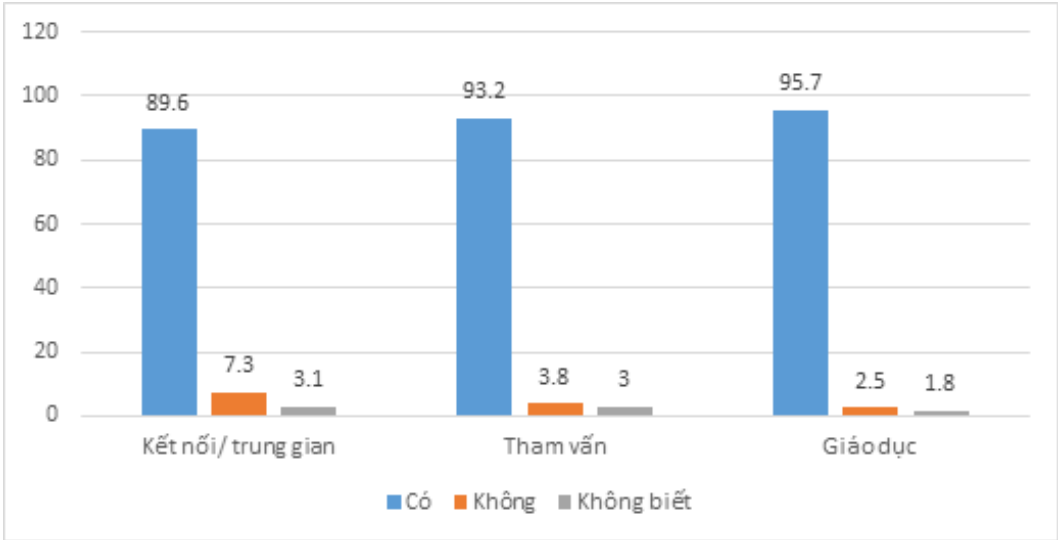
Nhìn vào biểu đồ, 89,6% người khảo sát cho rằng nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò kết nối/ trung gian. Chỉ 7,3% cho rằng vai trò này không được thực hiện, và 3,1% không có ý kiến vì không biết. Điều này cho thấy nhân viên CTXH đóng vai trò quan trọng trong việc kết nối người cao tuổi với gia đình, dịch vụ y tế và cộng đồng, giúp họ giảm cảm giác cô đơn.

Bên cạnh đó, có đến 93,2% người khảo sát khẳng định nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò tham vấn. Chỉ 3,8% cho rằng không có hoạt động tham vấn và 3% không biết và không có ý kiến. Điều này cho thấy tham vấn là một trong những nhiệm vụ chính của nhân viên công tác xã hội, giúp người cao tuổi ổn định tinh thần, giải quyết các vấn đề tâm lý và thích nghi với môi trường sống, qua đó nâng cao sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại trung tâm.

Hơn nữa, tỷ lệ người đánh giá nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò giáo dục cao nhất, đạt 95,7%. Chỉ 2,5% cho rằng không có hoạt động giáo dục và 1,8% không có ý kiến. Điều này phản ánh rằng các hoạt động giáo dục về sức khỏe tâm thần, kỹ năng sống và các chương trình nâng cao nhận thức là một phần không thể thiếu trong công tác chăm sóc người cao tuổi tại trung tâm.

Biểu 1: Nhân viên công tác xã hội trung tâm dưỡng lão Diên Hồng thực hiện các vai trò trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi

Đơn vị: %



Nguồn: Kết quả khảo sát thực tế của nhóm nghiên cứu, 2024

Như vậy, sự có mặt của nhân viên công tác xã hội với các hoạt động thực hiện các vai trò đã có ý nghĩa tích cực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại cơ sở Diên Hồng. Dựa trên các số liệu khảo sát, có thể khẳng định rằng nhân viên công tác xã hội tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng đang thực hiện ba vai trò chính: kết nối/trung gian, tham vấn và giáo dục. Trong đó, vai trò giáo dục có mức độ thực hiện cao nhất (95,7%), tiếp theo là tham vấn (93,2%) và kết nối/ trung gian (89,6%). Điều này cho thấy rằng công tác xã hội tại trung tâm không chỉ dừng lại ở việc hỗ trợ cá nhân mà còn đóng góp vào việc nâng cao chất lượng sống và sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

3.2.1. Tần suất triển khai một số vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng

Bảng 1: Tần suất triển khai hoạt động các vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng (N=196)

	Mức độ thường xuyên				
	Chưa từng được hỗ trợ % (n)	Hiếm khi được hỗ trợ % (n)	Thỉnh thoảng được hỗ trợ % (n)	Thường xuyên được hỗ trợ % (n)	Rất thường xuyên được hỗ trợ % (n)
Các hoạt động kết nối					
Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần	3.1 (6)	14.3 (28)	23 (45)	36.7 (72)	23 (45)
Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần	7.7 (15)	32.7 (64)	15.3 (30)	27.6 (54)	16.8 (33)
Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	3.1 (6)	3.1 (6)	23.5 (46)	27.6 (54)	42.9 (84)

Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	7.7 (15)	32.7 (64)	15.3 (30)	27.6 (54)	16.8 (33)
Kết nối với gia đình/ người thân người cao tuổi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	2.6 (5)	5.6 (11)	4.1 (8)	49.5 (97)	38.3 (75)
Các hoạt động tham vấn					
Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể	0 (0)	5.1 (10)	4.6 (9)	0 (0)	90.3 (177)
Thăm hỏi, động viên tinh thần	0 (0)	0 (0)	3.1 (6)	9.2 (18)	87.8 (172)
Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần	0 (0)	0 (0)	23.5 (46)	29.1 (93)	47.4 (93)
Tham vấn tâm lý	3.1 (6)	0 (0)	3.1 (6)	21.4 (42)	72.4 (142)
Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần	7.7 (15)	18.4 (36)	26.5 (52)	29.1 (57)	18.4 (36)
Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	3.1 (6)	11.2 (22)	16.8 (33)	39.8 (78)	29.1 (57)
Các hoạt động giáo dục					
Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần	0 (0)	0 (0)	9.2 (18)	38.8 (76)	52 (102)
Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần	4.6 (9)	21.9 (43)	29.1 (57)	15.3 (30)	29.1 (57)
Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	8.2 (16)	7.7 (15)	29.1 (57)	23 (45)	32.1 (63)

Nhìn chung, nhân viên công tác xã hội đã triển khai và thực hiện các vai trò với mức độ tần suất tương đối thường xuyên.

Thứ nhất, nhân viên công tác xã hội giữ vai trò quan trọng trong việc kết nối người cao tuổi với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Trước hết, hoạt động kết nối tới đơn vị khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần được triển khai với tần suất cao. Có đến 59.7% người cao tuổi cho biết họ thường xuyên hoặc rất thường xuyên nhận được sự hỗ trợ này, cho thấy đây là một hoạt động được thực hiện khá hiệu quả. Tuy nhiên, hoạt động chuyển tuyến khám sàng lọc lại chưa được thực hiện đồng bộ, khi có đến 32.7% người cao tuổi phản hồi rằng họ chỉ hiếm khi được hỗ trợ. Điều này có thể cho thấy một số khó khăn trong việc kết nối hoặc thực hiện quy trình chuyển tuyến.

Bên cạnh đó, vai trò kết nối tới các đơn vị điều trị và phục hồi chức năng được đánh giá cao với 42.9% người cao tuổi nhận hỗ trợ rất thường xuyên. Đây là một dấu hiệu tích cực, cho thấy nhân viên công tác xã hội đã có sự chủ động trong hỗ trợ điều trị. Hoạt động kết nối với gia đình và người thân cũng được triển khai mạnh mẽ, khi có đến 87.8% người cao tuổi phản hồi rằng họ thường xuyên hoặc rất thường xuyên nhận được hỗ trợ trong việc duy trì kết nối với người thân. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc duy trì quan hệ xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

Thứ hai, nhân viên công tác xã hội thể hiện rõ vai trò tham vấn của mình, đặc biệt trong việc hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi.

Một trong những hoạt động có tần suất cao nhất là tạo điều kiện cho người cao tuổi giao lưu, chia sẻ trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể với tỷ lệ 90.3% phản hồi rằng họ nhận được sự hỗ trợ rất thường xuyên. Điều này cho thấy nhân viên công tác xã hội đã tạo ra nhiều cơ hội để người cao tuổi có thể giao lưu, tăng cường tương tác xã hội, giúp họ duy trì tinh thần lạc quan.

Bên cạnh đó, hoạt động thăm hỏi, động viên tinh thần cũng đạt tỷ lệ rất cao, với 87.8% người cao tuổi phản hồi rằng họ thường xuyên hoặc rất thường xuyên nhận được sự quan tâm này. Tham vấn tâm lý cũng là một hoạt động quan trọng với 72.4% người cao tuổi nhận hỗ trợ rất thường xuyên, cho thấy đây là một hoạt động có tần suất triển khai tương đối tốt.

Ngoài ra, tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần cũng được triển khai khá tốt, với 76.5% người cao tuổi cho biết họ nhận được sự hỗ trợ thường xuyên hoặc rất thường xuyên. Tuy nhiên, trong nhóm hoạt động tham vấn, tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần có mức độ triển khai chưa đồng đều. Có 18.4% người cao tuổi phản hồi rằng họ hiếm khi được nhận hỗ trợ này, cho thấy vẫn còn một số hạn chế trong việc cung cấp thông tin về quy trình thăm khám.

Thứ ba, hoạt động giáo dục và tuyên truyền về sức khỏe tâm thần cũng được triển khai mạnh mẽ, nhưng vẫn còn một số điểm cần cải thiện.

Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần đạt tỷ lệ triển khai cao, với 52% người cao tuổi phản hồi rằng họ nhận hỗ trợ rất thường xuyên và 38.8% phản hồi rằng họ nhận hỗ trợ thường xuyên. Điều này cho thấy nhân viên công tác xã hội đã thực hiện tốt nhiệm vụ truyền thông và nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần.

Tuy nhiên, hoạt động hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần lại có mức độ hỗ trợ chưa thực sự đồng đều. Trong khi 29.1% người cao tuổi nhận được sự hỗ trợ rất thường xuyên, thì 21.9% phản hồi rằng họ hiếm khi nhận được hướng dẫn này. Điều này cho thấy sự phân bố hoạt động chưa đồng đều, có thể do hạn chế về nhân lực hoặc quy trình hướng dẫn chưa được chuẩn hóa.

Tương tự, hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần cũng có sự chênh lệch, với 32.1% người cao tuổi nhận hỗ trợ rất thường xuyên, trong khi vẫn còn một tỷ lệ nhất định chưa nhận được hướng dẫn một cách thường xuyên. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc cải thiện quy trình hỗ trợ nhằm đảm bảo tất cả người cao tuổi đều có cơ hội tiếp cận thông tin một cách thuận lợi.

Như vậy, nhân viên công tác xã hội tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng đã triển khai các hoạt động tham vấn với tần suất cao, đặc biệt là trong hỗ trợ tinh thần, giao lưu xã hội và thăm hỏi. Các hoạt động kết nối cũng đạt hiệu quả tương đối tốt, mặc dù công tác chuyển tuyến vẫn còn một số hạn chế. Hoạt động giáo dục đã được triển khai mạnh, nhưng vẫn cần cải thiện tính đồng đều trong hướng dẫn thủ tục. Điều này cho thấy nhân viên công tác xã hội đã có vai trò

quan trọng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, nhưng cần có sự điều chỉnh để tối ưu hóa hơn nữa hiệu quả hoạt động.

3.2.2. Mức độ hài lòng với một số vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng

Bảng 2: Mức độ hài lòng với các vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng (N=196)

	Mức độ hài lòng				
	Không hài lòng % (n)	Bình thường % (n)	Hài lòng % (n)	Rất hài lòng % (n)	Không trả lời % (n)
Các hoạt động kết nối					
Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần	8.2 (16)	29.1 (57)	35.2 (69)	24.5 (48)	3.1 (6)
Chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán vấn đề về sức khỏe tâm thần	13.8 (27)	34.2 (67)	23 (45)	21.4 (42)	7.7 (15)
Kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	3.1 (6)	26,5 (52)	21.4 (42)	45.9 (90)	3.1 (6)
Chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	12.2 (24)	26.0 (51)	35.2 (69)	13.8 (27)	12.8 (25)
Kết nối với gia đình/ người thân người cao tuổi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	5.1 (10)	6.6 (13)	33.2 (65)	23.0 (45)	32.1 (63)
Các hoạt động tham vấn					
Tạo điều kiện để tham gia giao lưu, cùng chia sẻ với những người xung quanh trong các hoạt động hội, nhóm, tập thể	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (196)	0 (0)
Thăm hỏi, động viên tinh thần	0 (0)	3.1 (6)	0 (0)	96,9 (190)	0 (0)
Tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần	14.3 (28)	23.0 (45)	10.7 (21)	52.0 (102)	0 (0)
Tham vấn tâm lý	0 (0)	4.6 (9)	7.7 (15)	84.7 (166)	3.1 (6)
Tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán, sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần	20.4 (40)	38.3 (75)	15.3 (30)	18.4 (36)	7.7 (15)
Tư vấn thông tin về điều trị & phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần	10.7 (21)	23.5 (46)	35.2 (69)	27.6 (54)	3.1 (6)
Các hoạt động giáo dục					
Giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần	3.1 (6)	12.8 (25)	24,5 (48)	59.7 (117)	0 (0)
Hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần	11.2 (22)	33.7 (66)	27.6 (54)	23.0 (45)	0 (0)
Hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng sức khỏe tâm thần	12.2 (24)	27.6 (54)	16.8 (33)	35.2 (69)	0 (0)

Nhìn chung, nhân viên công tác xã hội tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng đã thực hiện tốt vai trò của mình trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, đặc biệt trong việc tạo môi trường giao lưu và hỗ trợ tinh thần.

Thứ nhất, nhân viên công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc kết nối người cao tuổi với các dịch vụ y tế và nguồn lực hỗ trợ.

Hoạt động kết nối tới các địa chỉ, nguồn lực để khám sàng lọc, chẩn đoán vấn đề sức khỏe tâm thần nhận được mức độ hài lòng khá cao, với 59.7% người cao tuổi phản hồi hài lòng hoặc rất hài lòng. Tuy nhiên, vẫn có 8.2% người cao tuổi không hài lòng, cho thấy một số khó khăn trong quá trình kết nối dịch vụ.

Hoạt động chuyển tuyến cho khám sàng lọc và chẩn đoán có mức độ hài lòng thấp hơn, với 34.2% phản hồi ở mức bình thường và 13.8% không hài lòng. Điều này có thể phản ánh những thách thức trong việc tổ chức và thực hiện chuyển tuyến.

Trong khi đó, kết nối tới các địa chỉ điều trị và phục hồi chức năng được đánh giá rất cao với 45.9% người cao tuổi rất hài lòng. Điều này cho thấy nhân viên công tác xã hội đã làm tốt nhiệm vụ hỗ trợ tiếp cận các dịch vụ điều trị. Tuy nhiên, chuyển tuyến cho điều trị và phục hồi chức năng lại có tỷ lệ không hài lòng khá cao (12.2%), đồng thời 12.8% người không trả lời, cho thấy có thể tồn tại một số hạn chế trong quy trình chuyển tuyến.

Hoạt động kết nối với gia đình/người thân có một điểm đáng lưu ý khi 32.1% người cao tuổi không trả lời khảo sát, điều này có thể phản ánh sự thiếu tương tác giữa nhân viên công tác xã hội và gia đình người cao tuổi hoặc khó khăn trong quá trình đánh giá hiệu quả kết nối.

Thứ hai, nhân viên công tác xã hội có đóng góp lớn trong các hoạt động tham vấn, đặc biệt là hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi.

Hoạt động tạo điều kiện giao lưu và chia sẻ đạt mức độ hài lòng tuyệt đối với 100% người cao tuổi rất hài lòng. Đây là một tín hiệu tích cực, cho thấy nhân viên công tác xã hội đã tạo ra một môi trường hỗ trợ tinh thần hiệu quả.

Hoạt động thăm hỏi, động viên tinh thần cũng có mức độ hài lòng rất cao với 96.9% người cao tuổi phản hồi rất hài lòng. Đây là một yếu tố quan trọng giúp duy trì sức khỏe tâm thần tích cực ở người cao tuổi.

Tuy nhiên, tư vấn thông tin về phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần lại có mức độ không hài lòng đáng kể (14.3%), đồng thời chỉ 52% người cao tuổi rất hài lòng. Điều này cho thấy vẫn cần cải thiện khả năng cung cấp thông tin về phòng ngừa.

Đối với tham vấn tâm lý, mức độ hài lòng khá cao với 84.7% người cao tuổi rất hài lòng, nhưng vẫn có 4.6% phản hồi ở mức bình thường. Điều này có thể do sự khác biệt trong nhu cầu và mức độ tiếp nhận tham vấn tâm lý của từng cá nhân.

Hoạt động tư vấn thông tin về thăm khám để chẩn đoán có mức độ hài lòng thấp hơn, với 20.4% không hài lòng và 38.3% phản hồi ở mức bình thường. Điều này cho thấy cần cải thiện chất lượng và tính hiệu quả của các tư vấn liên quan đến quy trình chẩn đoán.

Thứ ba, nhân viên công tác xã hội cũng đóng vai trò quan trọng trong giáo dục và hướng dẫn người cao tuổi về sức khỏe tâm thần.

Hoạt động giáo dục, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần có mức độ hài lòng rất cao, với 59.7% người cao tuổi rất hài lòng và 24.5% hài lòng. Điều này phản ánh sự hiệu quả trong công tác truyền thông và nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần.

Tuy nhiên, hướng dẫn thủ tục thăm khám để sàng lọc và chẩn đoán có mức độ hài lòng thấp hơn, với 11.2% không hài lòng và 33.7% phản hồi ở mức bình thường. Điều này có thể do quy trình hướng dẫn chưa rõ ràng hoặc chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thông tin của người cao tuổi.

Tương tự, hướng dẫn thủ tục điều trị và phục hồi chức năng cũng có mức độ hài lòng chưa cao, với 12.2% không hài lòng và 27.6% phản hồi ở mức bình thường. Điều này cho thấy cần cải thiện sự hỗ trợ trong việc hướng dẫn thủ tục điều trị.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên công tác xã hội tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng đã thực hiện tốt vai trò của mình trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi, đặc biệt trong việc tạo môi trường giao lưu và hỗ trợ tinh thần. Các hoạt động kết nối và giáo dục cũng có hiệu quả nhất định, nhưng vẫn cần cải thiện trong các hoạt động chuyển tuyến, tư vấn thông tin về quy trình thăm khám và hướng dẫn thủ tục điều trị. Việc tối ưu hóa các hoạt động này sẽ giúp nâng cao hơn nữa mức độ hài lòng của người cao tuổi với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

4. BÀN LUẬN

Dựa trên dữ liệu từ hai bảng số liệu, có thể thấy rằng nhân viên công tác xã hội tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng đã triển khai nhiều hoạt động khác nhau nhằm hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Mức độ thường xuyên triển khai các hoạt động cho thấy phần lớn các vai trò của nhân viên công tác xã hội được thực hiện với tần suất cao, đặc biệt là trong các hoạt động tham vấn và kết nối. Tuy nhiên, mức độ hài lòng của người cao tuổi đối với những hoạt động này có sự khác biệt đáng kể, phản ánh hiệu quả và những điểm cần cải thiện trong thực tế triển khai.

4.1. Vai trò kết nối/ trung gian

Hoạt động kết nối với các địa chỉ khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sức khỏe tâm thần có tần suất triển khai khá cao. Đặc biệt, **42.9%** người cao tuổi cho biết họ rất thường xuyên nhận được sự hỗ trợ trong việc kết nối với địa chỉ điều trị và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, mức độ hài lòng với hoạt động này lại có sự phân tán, với **45.9%** người cao tuổi cảm thấy rất hài lòng nhưng cũng có **26.5%** chỉ đánh giá mức độ bình thường. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt trong trải nghiệm của người cao tuổi khi tiếp cận dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Trong khi đó, **hoạt động chuyển tuyến** chưa đạt mức độ hài lòng cao, khi **13.8% - 20.4%** số người được khảo sát bày tỏ sự không hài lòng. Mặc dù tần suất triển khai hoạt động này không thấp, nhưng mức độ hài lòng không cao có thể xuất phát từ những khó khăn trong quá trình chuyển tuyến, bao gồm các thủ tục phức tạp hoặc thời gian chờ đợi kéo dài.

4.2. Vai trò tham vấn

Các hoạt động tham vấn của nhân viên công tác xã hội được đánh giá rất tích cực, đặc biệt là thăm hỏi, động viên tinh thần và tạo điều kiện giao lưu xã hội, khi gần như toàn bộ người cao tuổi (96.9% - 100%) đánh giá rất hài lòng. Điều này cho thấy đây là những hoạt động được thực hiện hiệu quả, giúp người cao tuổi có môi trường hỗ trợ tinh thần và duy trì mối quan hệ xã hội.

Tuy nhiên, tư vấn thông tin về thăm khám chẩn đoán, điều trị lại có mức độ hài lòng chưa đồng đều. Có 20.4% người cao tuổi không hài lòng về tư vấn thông tin chẩn đoán và 10.7% không hài lòng về tư vấn điều trị. Điều này có thể phản ánh việc thông tin cung cấp chưa đầy đủ hoặc khó tiếp cận đối với một số người cao tuổi.

4.3. Vai trò giáo dục

Hoạt động giáo dục và tuyên truyền về sức khỏe tâm thần được triển khai tốt, với **52%** người cao tuổi phản hồi rằng họ nhận hỗ trợ rất thường xuyên. Mức độ hài lòng với hoạt động này cũng rất cao, với **59.7%** đánh giá rất hài lòng. Điều này cho thấy nhân viên công tác xã hội đã có sự đầu tư vào công tác truyền thông và nâng cao nhận thức cho người cao tuổi.

Tuy nhiên, một số hoạt động hướng dẫn thủ tục y tế lại có mức độ hài lòng chưa thực sự cao. **33.7%** người cao tuổi chỉ đánh giá mức độ bình thường đối với hướng dẫn thủ tục thăm khám, trong khi **12.2%** không hài lòng về hướng dẫn thủ tục điều trị. Điều này cho thấy có thể vẫn tồn tại một số khó khăn trong việc hỗ trợ người cao tuổi tiếp cận các quy trình hành chính liên quan đến y tế.

5. KẾT LUẬN

Như vậy, có thể thấy vai trò tham vấn được thực hiện rất hiệu quả, đặc biệt trong việc thăm hỏi, động viên tinh thần và tạo môi trường giao lưu xã hội cho người cao tuổi. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tâm thần tích cực cho người cao tuổi tại trung tâm.

Bên cạnh đó, vai trò kết nối/ trung gian có sự phân hóa, với một số hoạt động như kết nối điều trị đạt mức độ hài lòng cao, trong khi hoạt động chuyển tuyến gặp một số khó khăn khiến mức độ hài lòng chưa cao.

Hơn nữa, vai trò giáo dục có hiệu quả tích cực, nhưng vẫn cần cải thiện trong việc hướng dẫn thủ tục y tế để đảm bảo tất cả người cao tuổi có thể tiếp cận thông tin một cách dễ dàng.

Nhìn chung, nhân viên công tác xã hội tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng đã có những đóng góp đáng kể trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Tuy nhiên, vẫn cần tiếp tục cải thiện một số mặt để nâng cao mức độ hài lòng, đặc biệt trong việc cung cấp thông tin và hỗ trợ hành chính y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Kim Khánh Ly, & Bùi Thanh Minh. (2024). A qualitative study on the structure, functions and roles of social work in some public hospitals in Vietnam | Multidisciplinary Science Journal. *Multidisciplinary Science Journal*, 6(12). <https://malque.pub/ojs/index.php/msj/article/view/3256>
2. Dell, N. A., Sasaki, N., Stewart, M., Murphy, A. M., & Klier, M. (2020). Service Needs of Older Adults with Serious Mental Illness. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 659–661. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1765064>

3. Diyali D. C. (2021). Mental Health Problems Among Elderly In India: A Social Work Study And Its Intervention. *Journal of Medical Pharmaceutical*, MAY-JUNE 2021(VOLUME-10 ISSUE-3 MAY-JUNE 2021), Article VOLUME-10 ISSUE-3 MAY-JUNE 2021. <https://doi.org/10.22270/jmpas.V10I3.1180>
4. Gabriela Kelemen, Mihaela Gravrila-Ardelean, Cécile Hanon, Simon Vasseur-Bacle, Jocelyn Deloyer, Christine Maes, Nicolas Hustinx, Marguerite Moraitou, Emmanouil Tzanakis, Isabelle Tournier, & Isabelle Ernens. (2019). Inclusion and diversity in social work. Necessary directions for the development of social networks for elderly people with mental health problems. Arpa project. *Journal Plus Education*, 23, 157–163.
5. Gema Beatriz Intriago-Molina, & Ligia Estela Loo-Lino. (2021). *Intervención del trabajador social en el bienestar socioemocional de los adultos mayores | RSocialium*. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.2.924>
6. Ho Margaret Kay, Chan, E. H. Y., & Chan, V. H. Y. (2022). Supporting community development for mental health in the ageing population of Hong Kong. *Aging and Health Research*, 2(1), 100056. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2022.100056>
7. Kyeong-A Yoon. (2019). Integrated Care Setting for the Elderly and the Roles of Social Workers. *Journal of the Korea Contents Association*, 19(3), 441–456. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2019.19.03.441>
8. Nassrin Dafaalla El Hag Yousif, Enaam Youssef, & Maha Aboraya. (2023). Role of Social Work in Responding To Urgent Social Needs for Senior Citizens -Field Study. *Information Sciences Letters*, 12(1), 261–267. <https://doi.org/10.18576/isl/120121>
9. Nguyễn Ngọc Hương. (2016). Mental Health Care for Elderly People at Formal Mental Health Systems and Buddhist Temples in Vietnam: Making a Case for Mindful Elder Care in Vietnam. *Ageing International*, 41(4), 394–413. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9263-5>
10. Nguyễn Thị Hoài An. (2024). Current State of Practitioners Delivering Social Work Services in Provincial Hospitals in Vietnam. *International Journal of Religion*, 5(11), Article 11. <https://doi.org/10.61707/tmrxx24>
11. Nguyễn Thị Thái Lan, Richard Hugman, & Trần Thị Hương Giang. (2024). Social work education in Vietnam: The development, challenges and ongoing effort to indigenization in the past two decades. *Social Work Education*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/02615479.2024.2360056>
12. Rebeca Adámez, & Andrés Correa. (2016). *The Role of Social Work in Psychogeriatrics*. SciSpace - Paper. <https://typeset.io/papers/the-role-of-social-work-in-psychogeriatrics-3qnutbjgis>
13. Võ Mẫn Thị Huệ, Nakamura, K., Seino, K., Moncatar, T. J. R. T., Han, T. D. T., Siongeo, K. L. L., Tashiro, Y., & Van Vo, T. (2024). Can collaboration among health and social care workers play a role in addressing geriatric care challenges? A qualitative case study in Central Vietnam. *International Health*, 16(4), 387–398. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad082>
14. Wang, Y., Ma, H., & Zheng, L. (2023). Do Child Characteristics Matter to Mitigate the Widowhood Effect on the Elderly's Mental Health? Evidence from China. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(5), 673–686. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.026394>
15. Wenyi, L. (2021). Involvement of Social Workers in the Community Service Provision System for the Older People in Urban China. *Australian Social Work*, 74(4), 448–463. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1782447>
16. Westhuizen, M. van der. (2023). The Importance of Social Workers in Communities: A Global Perspective. *Journal of Community Psychosocial Research*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.36386/jcpr.v1i1.360>

HOẠT ĐỘNG THAM VẤN CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ THÁI GIANG - THÁI THUY - THÁI BÌNH

Lê Thị Thuỷ¹, Vũ Thị Lan Anh²

Tóm tắt: Thực tế người cao tuổi thường gặp một số vấn đề về tâm thần như trầm cảm, lo âu, mất trí nhớ hay sa sút trí tuệ. Họ có nhu cầu được tham vấn, tâm sự, chia sẻ những cảm xúc, suy nghĩ của bản thân để giải tỏa những căng thẳng, mệt mỏi hay những khó khăn mà họ gặp phải trong cuộc sống. Tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là một quá trình nhân viên tham vấn cùng người cao tuổi phân tích các vấn đề mà người cao tuổi gặp phải, hỗ trợ người cao tuổi giải quyết các vấn đề tâm lý đó, đồng thời lắng nghe và trò chuyện với người cao tuổi. Khi NCT được lắng nghe, chia sẻ, họ sẽ kể được kết những tâm tư của mình, từ đó họ có thể thoát khỏi sự cô đơn, khép mình. Bài viết này đề cập đến hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại xã Thái Giang - Thái Thụy - Thái Bình. Điều này thể hiện ở đội ngũ thực hiện tham vấn, nội dung và hình thức tham vấn cũng như đánh giá hiệu quả của hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Qua đây, đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi.

Từ khóa: Người cao tuổi; Sức khỏe tâm thần; Chăm sóc sức khỏe tâm thần; Tham vấn; Tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần

MENTAL HEALTH CARE COUNSELING ACTIVITIES FOR THE ELDERLY IN THAI GIANG COMMUNE - THAI THUY - THAI BINH

Abstract: In fact, the elderly often encounter some mental problems such as depression, anxiety, memory loss or dementia. They need to be consulted, confided in, and sharing their feelings and thoughts to relieve stress, fatigue or difficulties they encounter in life. Mental health care consultation for the elderly is a process in which the counselor and the elderly analyze the problems that the elderly encounter, support the elderly to solve those psychological problems, and at the same time listen and talk with the elderly. When the elderly are listened to and shared, they will be able to tell their thoughts, from which they can escape loneliness and isolation. This article discusses mental health care activities for the elderly in Thai Giang commune - Thai Thuy - Thai Binh. This is reflected in the team implementing the counseling, the content and form of consultation as well as the evaluation of the effectiveness of mental health care consultation activities for the elderly. Hereby, some solutions are proposed to improve the effectiveness of mental health care consultation activities for the elderly.

Keywords: Elderly; Mental health; Mental health care; Consultation; Mental health care consultation

1. GIỚI THIỆU

Trên thế giới vấn đề già hoá dân số được đánh giá là một trong những biến đổi xã hội quan trọng nhất của thế kỷ 21, có tác động đến hầu hết các lĩnh vực xã hội như thị trường lao động và tài chính, nhu cầu về hàng hóa và dịch vụ, nhà ở, giao thông và bảo trợ xã hội, cũng như cấu trúc gia đình và quan hệ giữa các thế hệ. Số liệu công bố của Liên hợp quốc (UN, 2020) báo cáo trong năm 2019, ước tính có khoảng 962 triệu người từ 60 tuổi trở lên trên thế giới, chiếm 13% dân số toàn cầu. Dân số từ 60 tuổi trở lên đang tăng trưởng với tốc độ khoảng 3%

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: thuyexp123456@gmail.com

² Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: vuthilananh2025@gmail.com

mỗi năm. Cứ mỗi giây, có hai người tổ chức sinh nhật tròn 60 tuổi, trung bình một năm có gần 58 triệu người tròn 60 tuổi. Hiện tại, châu Âu có tỷ lệ dân số từ 60 tuổi trở lên cao nhất (25%). Số lượng người cao tuổi trên thế giới được dự đoán là 1,4 tỷ vào năm 2030 và 2,1 tỷ vào năm 2050, và có thể tăng lên 3,1 tỷ trong năm 2100. Số người từ 80 tuổi trở lên được dự kiến tăng gấp ba lần vào năm 2050, từ 137 triệu người năm 2017 lên 425 triệu vào năm 2050. Đến năm 2100, dự kiến sẽ tăng lên 909 triệu người, gấp gần 7 lần so với hiện nay. Theo đánh giá xu hướng hiện nay tỷ lệ gia tăng dân số từ 60 tuổi trở lên đang nhanh hơn tất cả các nhóm tuổi trẻ hơn. (UN, 2020)

Việt Nam đang được xếp vào nhóm nước có tốc độ già hóa dân số nhanh trên thế giới. Theo đánh giá của Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA), dân số Việt Nam đang già hóa với tốc độ nhanh nhất thế giới. Nếu như ở Pháp việc chuyển từ dân số vàng sang dân số già mất 115 năm, Thụy Điển mất 70 năm còn Việt Nam sẽ chỉ mất 15-20 năm. Theo Quỹ dân số Liên hợp quốc (2016), năm 2011, người cao tuổi của Việt Nam là 10% đánh dấu Việt Nam chính thức bắt đầu giai đoạn “già hóa dân số”.

Ở Việt Nam, trong thời gian gần đây, công tác xã hội được xem là một lĩnh vực quan trọng trong việc tăng cường an sinh xã hội và hỗ trợ cho sự phát triển, tăng trưởng nhanh và bền vững. Trong an sinh xã hội, công tác xã hội có vai trò đặc biệt quan trọng. Những hoạt động công tác xã hội đối với người cao tuổi sẽ mang lại những ý nghĩa thực tiễn góp phần giải quyết những vấn đề đã nêu. Trong thời gian qua, Nhà nước và các hội, đoàn thể đã có nhiều hành động nhằm giúp người cao tuổi như: nâng cấp nhà tạm; tổ chức mừng thọ, chúc thọ vào dịp đầu xuân, các hoạt động hưởng ứng Ngày Quốc tế người cao tuổi, xây dựng “CLB ông bà cháu”, tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục, thể thao; câu lạc bộ nghệ thuật, thơ ca, thể dục, dưỡng sinh; tham quan... Những hoạt động trên mới đáp ứng một phần nhu cầu của người cao tuổi. Số đông vẫn chưa được tiếp cận đầy đủ các dịch vụ chăm sóc y tế, thể dục, thể thao, nhất là ở nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa. Công tác xã hội đối với người cao tuổi là cách tiếp cận giúp đỡ cá nhân người cao tuổi vượt qua khó khăn trong việc duy trì cuộc sống sinh hoạt bình thường, hoặc có nguy cơ rơi vào tình trạng khó có thể duy trì trạng thái cân bằng trong gia đình. Công tác xã hội đối với người cao tuổi luôn đặt mục tiêu là tăng cường sức mạnh của cá nhân, cung cấp những dịch vụ công tác xã hội nhằm giải quyết những vấn đề của bản thân đạt hiệu quả; tạo ra những thay đổi cụ thể trong việc thực hiện chức năng của gia đình nhằm giúp người cao tuổi đảm bảo tốt cuộc sống hằng ngày.

Thực tế tại Thái Bình, theo số liệu báo cáo năm 2020 tỉnh Thái Bình hiện có 274.382 NCT, chiếm 12,5% dân số. Thái Giang là 1 xã có vị trí địa lý quan trọng của huyện Thái Thụy, là một xã thuần nông nằm trong vùng đồng bằng Bắc Bộ thuộc huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình, Việt Nam. Xã Thái Giang có dân số năm 2020 là 7.102 người trong đó số lượng người cao tuổi là 568 NCT. Trong những năm gần đây chính quyền, Đảng bộ và nhân dân xã luôn dành sự quan tâm, cố gắng chăm lo mọi mặt đời sống vật chất cũng như tinh thần đối với người cao tuổi. Do vậy, đời sống của người cao tuổi của tỉnh đã phần nào được cải thiện. Tuy nhiên với điều kiện kinh tế, xã hội còn nhiều khó khăn nên việc chăm sóc, giúp đỡ mới chỉ có thể đáp ứng được những nhu cầu thiết yếu của họ mà chưa thể đáp ứng những nhu cầu đa dạng khác,

cũng như chưa thể giải quyết tốt những vấn đề mang tính chất cá nhân, nhóm đối tượng đặc thù như nhóm đối tượng là NCT. Vì thế, cần thực hiện những dịch vụ của công tác xã hội với những phương pháp đặc thù của công tác xã hội nhằm hỗ trợ, nâng cao đời sống vật chất và tinh thần cho người cao tuổi trên mọi phương diện. Bên cạnh đó, ngành CTXH là một ngành khoa học mới, vẫn đang trong quá trình hoàn thiện và phát triển tại Việt Nam nó giúp những người yếu thế xử lý vấn đề bằng chính nội lực của họ.

Bài viết “Hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi tại xã Thái Giang - Thái Thụy - Thái Bình” nhằm tìm hiểu thực trạng công tác tham vấn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi thể hiện ở nội dung, hình thức và mức độ thường xuyên người cao tuổi được tham vấn. Qua đó, đánh giá hiệu quả của hoạt động tham vấn và đề xuất một số biện pháp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần với người cao tuổi.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Một số khái niệm

- Tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Tác giả Vi Nguyễn Duy Minh (n.d) – chuyên viên từ Viện Tâm lý và Sức khỏe tinh thần SnS – mô tả thực tiễn chăm sóc tinh thần cho người già như “dành thời gian lắng nghe và chia sẻ với họ để giảm cảm giác cô đơn, trầm cảm.

Trang Công Thông tin Bộ Y tế cũng nhấn mạnh rằng người cao tuổi “sở hữu tâm lý dễ tự ti, tủi thân” do cảm giác làm phiền con cháu, và chăm sóc bao gồm hỗ trợ trò chuyện, lắng nghe, cảm thông để giúp họ cởi mở hơn về nội tâm

Từ một số khái niệm của các tác giả trên, chúng tôi tổng hợp lại khái niệm sau: Tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi là một quá trình Nhân viên tham vấn cùng người cao tuổi phân tích các vấn đề mà người cao tuổi gặp phải, hỗ trợ người cao tuổi giải quyết các vấn đề tâm lý đó, đồng thời lắng nghe và trò chuyện với người cao tuổi. Khi NCT được lắng nghe, chia sẻ, họ sẽ kể được kết những tâm tư của mình, từ đó họ có thể thoát khỏi sự cô đơn, khép mình.

Tiến trình tham vấn

Tác giả Bùi Thị Xuân Mai (2008) cho rằng: Tiến trình tham vấn là một chuỗi các hoạt động tương tác giữa nhà tham vấn và thân chủ, trong đó nhà tham vấn vận dụng kiến thức, kỹ năng chuyên môn cùng với các giá trị đạo đức nghề nghiệp nhằm hỗ trợ thân chủ – người đang gặp khó khăn – trong việc nhận diện và giải quyết vấn đề của họ. Như vậy, theo khái niệm này thì tiến trình trợ giúp người cao tuổi là một chuỗi các hoạt động tương tác giữa nhân viên xã hội với người cao tuổi để cùng họ giải quyết vấn đề. Trong quá trình này, nhân viên xã hội dùng chính các quan điểm giá trị, kiến thức, kinh nghiệm, kỹ năng của mình để tham gia vào việc giải quyết các vấn đề của đối tượng và với hỗ trợ đó, đối tượng cũng huy động hết khả năng, sức lực của mình để giải quyết những khó khăn đang mắc phải. Như vậy, tiến trình trợ giúp người cao tuổi là hoạt động mà trong đó bao gồm các bước chính như: Tiếp cận người

cao tuổi, xác định vấn đề, thu thập dữ liệu, chuẩn đoán, lên kế hoạch trợ giúp, trợ giúp, đánh giá. Các bước này có thể nối tiếp nhau- nghĩa là kết thúc bước này thì mới được chuyển sang bước khác, song cũng có thể đan xen giữa các bước dựa trên kết quả của hoạt động đánh giá.

Tiến trình tham vấn cho người cao tuổi: Tiếp cận, can thiệp và lượng giá

Trong bối cảnh già hóa dân số diễn ra nhanh chóng tại Việt Nam, việc hỗ trợ người cao tuổi (NCT) thông qua quy trình tham vấn và can thiệp xã hội trở thành một yêu cầu cấp thiết. Tiến trình này thường được triển khai theo các giai đoạn mang tính hệ thống, đòi hỏi nhân viên tham vấn (NVTV) không chỉ có kiến thức chuyên môn mà còn vận dụng linh hoạt kỹ năng nghề nghiệp trong từng bước.

Giai đoạn khởi đầu: Tiếp cận người cao tuổi

Tiếp cận là bước đầu tiên trong tiến trình trợ giúp, có thể khởi phát từ nhu cầu tự thân của người cao tuổi khi họ tìm đến Nhân viên tham vấn, hoặc ngược lại, Nhân viên tham vấn tiếp cận người cao tuổi trong phạm vi trách nhiệm nghề nghiệp. Mỗi quan hệ ban đầu này giữ vai trò nền tảng cho toàn bộ quá trình sau đó. Khi người cao tuổi cảm thấy được tôn trọng, đồng cảm và đón nhận trong tiếp xúc ban đầu, họ sẽ cởi mở hơn trong việc chia sẻ vấn đề, qua đó tạo điều kiện thuận lợi cho các can thiệp tiếp theo.

Giai đoạn xác định vấn đề: Thu thập thông tin và thẩm định tình huống

Sau khi xây dựng được sự tin cậy ban đầu, Nhân viên tham vấn tiến hành thu thập thông tin nhằm xác định rõ những khó khăn cốt lõi mà người cao tuổi đang gặp phải. Việc thu thập dữ liệu không chỉ giới hạn ở lời kể của chính người cao tuổi, mà còn cần mở rộng qua người thân, hồ sơ chuyên môn và các nguồn thông tin bổ trợ khác. Đây là một quá trình phân tích – thẩm định có chiều sâu, giúp Nhân viên tham vấn hiểu rõ hoàn cảnh, nguyên nhân, yếu tố tác động và mức độ nghiêm trọng của vấn đề. Việc nhận diện đúng bản chất khó khăn sẽ giúp định hướng đúng mục tiêu và kế hoạch trợ giúp.

Giai đoạn chẩn đoán: Phân tích và đánh giá năng lực ứng phó

Dựa trên các thông tin đã thu thập, Nhân viên tham vấn thực hiện việc chẩn đoán và phân tích tình huống để nhận diện những nguyên nhân chủ yếu gây nên khó khăn tâm lý – xã hội của người cao tuổi. Trong giai đoạn này, việc đánh giá năng lực cá nhân của đối tượng – bao gồm khả năng thích ứng, các nguồn lực sẵn có, thái độ hợp tác – là cơ sở quan trọng để xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp. Đây không đơn thuần là bước nhận diện, mà còn là quá trình lượng hóa năng lực ứng phó với khó khăn trong bối cảnh cụ thể của từng cá nhân.

Giai đoạn xây dựng kế hoạch và lựa chọn phương thức can thiệp

Kế hoạch trợ giúp cần được thiết kế dựa trên mục tiêu rõ ràng và có tính khả thi. Mục tiêu đó không chỉ phản ánh nhu cầu của người cao tuổi mà còn phải được chính họ đồng thuận sau khi được trao đổi kỹ càng. Khi xác định nội dung hành động, Nhân viên tham vấn cần lưu ý đến yếu tố môi trường văn hóa, cấu trúc cộng đồng, cũng như vai trò của các bên liên quan trong gia đình và cơ sở cung cấp dịch vụ. Việc xây dựng kế hoạch không chỉ là một bản lộ trình tác nghiệp mà còn là công cụ để đánh giá tiến độ và mức độ hiệu quả của toàn bộ quá trình can thiệp.

Giai đoạn thực hiện: Tác nghiệp tham vấn và hỗ trợ tâm lý – xã hội

Thực hiện can thiệp là quá trình Nhân viên tham vấn *cùng người cao tuổi phối hợp để từng bước đạt được các mục tiêu đã đề ra. Tùy theo đặc điểm từng trường hợp*, Nhân viên tham vấn *có thể triển khai các hoạt động như cung cấp dịch vụ, tham vấn cá nhân, hoặc huy động nguồn lực hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng. Đặc biệt, tham vấn tâm lý cho người cao tuổi không chỉ là hình thức trao đổi, mà còn là cơ hội để họ tự khám phá lại giá trị bản thân, nâng cao khả năng thích ứng và giảm thiểu cảm giác cô lập. Sự thành công của giai đoạn này phụ thuộc đáng kể vào mức độ hợp tác, sự sẵn sàng thay đổi và các nguồn lực sẵn có của người cao tuổi.*

Giai đoạn lượng giá và kết thúc quy trình can thiệp

Lượng giá là bước then chốt nhằm xác định hiệu quả thực tế của quá trình trợ giúp. Không chỉ được thực hiện vào thời điểm cuối cùng, lượng giá còn diễn ra định kỳ, để điều chỉnh hoặc bổ sung kịp thời các phương pháp trợ giúp. Việc kết thúc tiến trình can thiệp có thể được xem là đạt yêu cầu khi vấn đề của người cao tuổi đã được giải quyết ổn thỏa hoặc khi vai trò của Nhân viên tham vấn không còn thiết yếu. Tuy nhiên, quyết định kết thúc phải đi kèm với sự chuẩn bị tâm lý cho đối tượng, giúp họ duy trì được sự ổn định sau can thiệp.

Yêu cầu về kỹ năng chuyên môn trong hỗ trợ người cao tuổi

Trong suốt quá trình tác nghiệp, Nhân viên tham vấn cần vận dụng linh hoạt các kỹ năng nghề nghiệp như quan sát, lắng nghe tích cực, xử lý sự im lặng, thể hiện sự thấu cảm, diễn giải, Tóm tắt nội dung, đặt câu hỏi có định hướng, tự bộc lộ có kiểm soát và cung cấp thông tin chính xác. Ngoài ra, tác giả Lê Thị Thủy (2023) cho rằng: nhân viên tham vấn “cần vận dụng kỹ năng làm việc nhóm liên ngành trong hỗ trợ người cao tuổi như vận dụng tri thức, hiểu biết về các bên liên quan, các cơ quan, đối tác để cùng nhau hỗ trợ người cao tuổi khắc phục và giải quyết vấn đề trên ngay cả vấn đề ma chay nếu xảy ra”. Những kỹ năng này không chỉ hỗ trợ Nhân viên tham vấn trong việc hiểu sâu sắc đối tượng mà còn tạo dựng mối quan hệ trị liệu tích cực, từ đó nâng cao hiệu quả của toàn bộ tiến trình trợ giúp.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu nhằm tổng quan các nội dung về lý luận và lý thuyết liên quan tới chủ đề nghiên cứu. Cụ thể đề tài sẽ nghiên cứu những văn bản pháp luật, chính sách, quy định về hoạt động công tác xã hội với người cao tuổi. Ngoài ra đề tài cũng tìm hiểu các nghiên cứu liên quan về công tác xã hội với người cao tuổi đồng thời nghiên cứu chương trình đào tạo, các đề cương bài giảng và những tài liệu liên quan tới chủ đề nghiên cứu.

3.2. Phương pháp khảo sát bảng hỏi

Bài viết tiến hành khảo sát bảng hỏi khảo sát người cao tuổi tại xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình nhằm thu thập các thông tin liên quan đến vấn đề nghiên cứu. Hình thức điều tra, khảo sát bằng bảng hỏi trực tiếp đối với người cao tuổi tại Xã Thái Giang - Thái Thụy - Thái Bình. Thiết kế bảng hỏi với 3 mức độ trả lời dựa trên thang đo Likert: “Thang đo Likert 3 mức độ được chia thành 3 khoảng điểm trung bình: 1,00–1,66 là không tham gia thường xuyên; 1,67–2,33 là thỉnh thoảng tham gia; và 2,34–3,00 là thường xuyên tham gia.

Mẫu ngẫu nhiên: số lượng mẫu (168).

Khái quát về mẫu khảo sát: Theo số liệu báo cáo năm 2020 tỉnh Thái Bình hiện có 274.382 NCT, chiếm 12,5% dân số. Thái Giang là 1 xã có vị trí địa lý quan trọng của huyện Thái Thụy, là một xã thuần nông nằm trong vùng Đồng bằng Bắc Bộ thuộc huyện Thái Thụy, tỉnh Thái Bình, Việt Nam. Xã Thái Giang có dân số năm 2020 là 7.102 người trong đó số lượng người cao tuổi là 568.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Bài viết tiến hành phỏng vấn sâu một số người cao tuổi nhằm tìm hiểu tình hình thực hiện tham vấn. (10 người cao tuổi)

3.4. Phương pháp xử lý số liệu

Bài viết sử dụng một số công thức toán học và phần mềm SPSS nhằm xử lý số liệu về kết quả khảo sát (tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình...)

4. HOẠT ĐỘNG THAM VẤN CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ THÁI GIANG, HUYỆN THÁI THUY, TỈNH THÁI BÌNH

Nhìn chung, tham vấn về chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi chưa thực hiện chuyên nghiệp, hầu hết tại xã vẫn chỉ thực hiện theo hoạt động tư vấn, giáo dục hoặc chia sẻ tâm tư, tình cảm của cán bộ Xã, Phường và cán bộ Hội. Gần 20 năm gắn bó với công tác tại địa phương, thì có hơn nửa thời gian chị P. K. Q, 56 tuổi gắn bó với người cao tuổi. Theo chị Q, khi chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ngoài việc phải nắm vững bệnh tình của từng cụ thì người điều dưỡng phải thường xuyên theo dõi những thay đổi về tâm, sinh lý để điều trị và can thiệp y tế khi cần thiết. “Nếu như chưa nắm bắt được tâm lý của các cụ thì làm việc cũng gặp nhiều khó khăn. Người điều dưỡng phải có cách tiếp cận để nắm được tâm tư, nguyện vọng của các cụ, nếu như giải tỏa được tâm tư của các cụ thì việc chăm sóc cũng dễ dàng hơn” (*Phỏng vấn cán bộ Hội NCT tại Xã Thái Giang*)

Đội ngũ thực hiện hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Qua bảng số liệu 1 ta thấy hầu như tại Cơ sở dịch vụ tư vấn/tham vấn được cung cấp bởi các chuyên gia và cán bộ Hội, cán bộ xã, phường/thôn/xóm, số NCT trả lời chiếm tỷ lệ 52,99%. Riêng đối với nhân viên xã hội và nhân viên tư vấn/tham vấn thì không nhiều, số NCT lựa chọn, chiếm tỷ lệ 10,71%. Điều này cho thấy tại đại phương, nhân viên CTXH thực hiện các hoạt động CTXH còn hạn chế. Các hoạt động công tác xã hội chưa xuất hiện nhiều, chỉ lác đác vài thôn/xóm có hình ảnh về nhân viên công tác xã hội, còn lại đa phần là cán bộ Hội, cán bộ thôn/xóm.

Nội dung và hình thức thực hiện hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi

Kết quả khảo sát về hình thức tham vấn chăm sóc sức khỏe tinh thần được thể hiện ở số liệu bảng1 dưới đây:

Bảng 1. Hình thức tham vấn chăm sóc sức khoẻ tinh thần cho NCT (N=168)

STT	Các loại hoạt động CTXH	Các mức độ thường xuyên thực hiện						ĐTB	Thứ bậc
		Rất thường xuyên		Thường xuyên		Không thường xuyên			
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	$\bar{X}$	TB
1	Hoạt động tham vấn cá nhân	21	12,51	60	35,71	87	51,78	1,60	3
2	Hoạt động tham vấn gia đình	30	17,87	68	40,47	70	41,66	1,76	2
3	Hoạt động tham vấn nhóm, sinh hoạt nhóm	34	29,23	67	39,88	67	39,88	1,80	1
Điểm chung bình chung								1,72	

Kết quả khảo sát ở bảng số liệu trên cho ta thấy: Hầu hết NCT tại Cơ sở đều cho rằng hoạt động tham vấn được tổ chức thường xuyên điểm trung bình tương đối thấp = 1,72 vẫn có nhiều NCT lựa chọn ở mức không thường xuyên, tỷ lệ dao động từ 39,88 đến 51,78%. Trong đó, hoạt động “tham vấn cá nhân” có điểm trung bình = 1,60 xếp thứ bậc 3, “hoạt động tham vấn gia đình” điểm trung bình = 1,76, xếp thứ bậc 2. “hoạt động tham vấn nhóm, sinh hoạt nhóm” xếp thứ bậc 1. Khảo sát về hình thức tham vấn còn được thể hiện qua hình thức trực tiếp, số NCT lựa chọn chiếm tỷ lệ 57,14% và gián tiếp , số NCT lựa chọn chiếm tỷ lệ 42,86%. Thế nhưng khi phỏng vấn sâu, chỉ có một số thôn/xóm là có hoạt động tham vấn và hầu hết người thực hiện là cán bộ Hội NCT, cán bộ phụ nữ thôn/xóm, hầu như là chưa có hoạt động tham vấn chăm sóc sức khoẻ tinh thần được thực hiện bởi Nhân viên công tác xã hội. Đa số NCT đều hiểu tham vấn là việc cán bộ Hội NCT đến nhà thăm hỏi và trao đổi chuyện trò, chứ họ không hiểu đó là hoạt động chuyên môn, đòi hỏi sự tương tác trong một quá trình để thay đổi được cảm xúc, suy nghĩ của NCT. Phỏng vấn sâu bà B.T.K.N 70 tuổi, thôn Đoài, bà nói: *“Tham vấn ah,(cười), àh, cán bộ vẫn đến đây chơi và mời tham gia tập múa, hát, tập dân vũ, nhưng tôi chả đi được, thỉnh thoảng con cháu cho đi thôi, mình bây giờ già rồi, không đi xe được mà đi bộ cũng xa lắm, muốn đi lắm, nhưng không đi được cô ạ”*.

*** Mức độ thường xuyên được tham vấn về nội dung chăm sóc sức khoẻ tinh thần của NCT**

Qua bảng số liệu 2 cho ta thấy: Đa phần NCT đã từng tiếp cận sử dụng dịch vụ tham vấn cá nhân, nhóm và gia đình tỷ lệ dao động từ 35,86% đến 53,80%, riêng có dịch vụ “*tham vấn gia đình*” NCT ít sử dụng, chỉ có 36 ý kiến lựa chọn đã sử dụng, chiếm tỷ lệ 9.78%, Đây là dịch vụ tham vấn rất quan trọng có sự gắn kết giữa NCT và gia đình người thân của NCT. Cơ sở cũng như sự hỗ trợ của các thành viên trong gia đình có NCT để giúp họ thoát khỏi tình trạng buồn chán, rối nhiễu tâm trí. Nhưng hầu như NCT chưa biết đến và chưa sử dụng, vì vậy đây là cơ sở để địa bàn cần triển khai dịch vụ “*Tham vấn gia đình*” cho NCT sẽ hiệu quả hơn trong quá trình chăm sóc sức khoẻ tinh thần.

Bảng 2. Mức độ thường xuyên tham gia các nội dung tham vấn của NCT. (Kết quả khảo sát)

STT	Nội dung tham vấn	Mức độ thường xuyên tham gia nội dung tham vấn			Ý nghĩa thống kê. Sig	Cr. Alpha
		Tổng (N=168)				
		Điểm TB	Thứ bậc	Độ lệch chuẩn (Std.)		
1	Tư vấn/tham vấn giải quyết vấn đề sức khỏe thể chất	1,04	12	0,882	0,156	0,878
2	Tư vấn/tham vấn các vấn đề sức khỏe tinh thần	1,15	9	0,824	0,000	0,877
3	Tư vấn/tham vấn can thiệp khủng hoảng tâm lý	1,22	3,5	0,888	0,006	0,777
4	Tham vấn giải quyết các vấn đề mâu thuẫn trong các mối quan hệ với con và thành viên tron gia đình	1,33	1	0,923	0,001	0,879
5	Tư vấn/tham vấn lựa chọn giải pháp tối ưu	1,20	6,5	0,880	0,035	0,877
6	Tư vấn/tham vấn hỗ trợ về việc xây dựng kế hoạch thực hiện giải quyết vấn đề	1,10	11	0,868	0,270	0,877
7	Tư vấn/tham vấn về xác định mục tiêu ưu tiên (SMART) cần giải quyết trước	1,22	3,5	0,947	0,150	0,880
8	Tham vấn các chiến lược đối phó với căng thẳng, buồn chán, mệt mỏi,cô đơn	1,14	10	0,838	0,010	0,876
9	Tư vấn/tham vấn về cách đối phó với những yếu tố cám dỗ, lôi kéo từ nhóm người lạ, buôn bán hàng đa cấp	1,20	6,5	0,874	0,001	0,677
10	Tư vấn/tham vấn quản lý tình trạng lo lắng	1,24	2	0,929	0,001	0,878
11	Tư vấn/tham vấn về quản lý nóng giận	1,21	5	0,919	0,006	0,878
12	Tư vấn/tham vấn về quản lý thời gian, thiết lập cuộc sống ổn định, lành mạnh, sống vui, sống khỏe	1,19	8	0,841	0,0,18	0,877
	Điểm trung bình chung	1,18		Độ tin cậy		0,879

Qua bảng số liệu trên ta thấy, hầu hết NCT đã tiếp cận được với các nội dung của hoạt động tham vấn cá nhân, nhóm và gia đình ở cả bốn mức độ khác nhau: “Rất thường xuyên” và “Thường xuyên”; “Thỉnh thoảng” và “Không thường xuyên” có điểm trung bình chung =1,18 là ở mức thấp. “Thang đo Likert 3 mức độ được chia thành 3 khoảng điểm trung bình: 1,00–1,66 là hiếm khi tham gia; 1,67–2,33 là thỉnh thoảng tham gia; và 2,34–3,00 là thường xuyên tham gia. Kết quả phân tích cho thấy đa số các nội dung tham vấn đều được người tham gia đánh giá ở mức thấp (trung bình từ 1,04 đến 1,33), phản ánh tần suất tham gia các nội dung còn hạn chế.” Như vậy, có thể thấy, NCT đã biết đến các loại hình hoạt động tham vấn với NCT nhưng số NCT sử dụng ở mức “Thỉnh thoảng” và “Không thường xuyên” còn nhiều. Điều này cho thấy địa phương đã mạnh nha ***có các hoạt động tham vấn này nhưng không thường xuyên và chưa thu hút được NCT tham gia***, chưa được thực hiện bởi đội ngũ nhân viên công tác xã hội. Đây là kết quả mà xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình cần tổ chức các hình thức và loại hình hoạt động cải thiện cách thức, phương pháp cũng như tần suất thực hiện tham vấn để NCT có cơ hội tiếp cận và được tham gia ở mức thường xuyên hơn. ***Độ lệch chuẩn phản ánh mức độ phân tán của dữ liệu so với giá trị trung bình. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình mức độ tham gia dao động từ 1,04 đến 1,33, với độ lệch chuẩn từ 0,824 đến 0,947, không quá cao, cho thấy mức độ nhất quán tương đối trong việc tham gia các nội dung tham vấn.*** Trong đó, có 9/12 nội dung có giá trị Sig. < 0,05; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mức độ tham gia giữa các nhóm. Cronbach’s Alpha chung: 0,879 là Rất tốt (theo chuẩn Nunnally, Cr.Alpha > 0,7 là chấp nhận được; Cr.Alpha > 0,8 là tốt).

Đánh giá hiệu quả của hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tinh thần cho NCT tại Xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình

Với 5 mức độ trả lời “Rất hiệu quả”, “Hiệu quả”, “Bình thường” “Ít hiệu quả” và “Không hiệu quả” cho câu hỏi “Theo anh/chị đánh giá thì các dịch vụ dưới đây có hiệu quả ở mức độ nào? Kết quả khảo sát NCT cho thấy: Đa phần NCT ở Xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình đánh giá hoạt động tham vấn “hiệu quả” chiếm tỷ lệ 21,42% và “ít hiệu quả”, chiếm tỷ lệ 55,95%, điểm trung bình là Mean (M) = 1,04, xếp thứ 2 so với 5 loại hình dịch vụ được hỏi, chỉ số Sig = 0,001 < 0,05 , có ý nghĩa thống kê, Cr. Alpha chung bằng 0,742 **đảm bảo** thang đo khảo sát là chấp nhận được.

Bảng 3. Đánh giá hiệu quả của hoạt động công tác xã hội với NCT. (kết quả khảo sát, 2023)

STT	Các hoạt động	Mức độ hiệu quả của các hoạt động			Ý nghĩa thống kê (Sig)	Độ tin cậy của thang đo(Cr. Alpha)
		Tổng (N=168)				
		Điểm trung bình	Thứ bậc	Độ lệch chuẩn (Std.)		
1	Hoạt động giáo dục – Truyền thông nâng cao nhận thức cho NCT	1,02	3	0,632	0,000	0,639
2	Hoạt động hỗ trợ vận động, kết nối nguồn lực	1,15	1	0,716	0,001	0,651
3	Hoạt động tư vấn/tham vấn	1,04	2	0,684	0,001	0,684
	Điểm trung bình chung	1,07		Độ tin cậy		0,742

Kết quả phỏng vấn sâu Ông B.Đ.K, 76 tuổi, ông cho rằng: “*Tham vấn là quan trọng lắm, chúng tôi đều muốn vui khỏe, sống thọ, nhưng thật tình mà nói thì tôi cũng đang băn khoăn không hiểu lắm là tham vấn là gì, có phải là mấy cán bộ Hội vấn đến nhà vận động đi tập văn nghệ và đi họp đó không, thỉnh thoảng thôn gọi loa to lắm*”. Hay bà B.L.H, 86 tuổi cũng cho biết: “*tôi chẳng biết đến ai là nhân viên công tác xã hội hay như cô nói là nhà tham vấn đó, chẳng có đâu, làm gì có, chỉ có mấy cán bộ trên huyện cũng thỉnh thoảng về nói về khám bệnh, bảo hiểm y tế, chứ nhiều khi buồn lắm, chẳng biết nói chuyện hay tâm sự với ai, mà nhà tôi, 5 giờ đến 6 giờ chiều ăn cơm tối, xong là đi ngủ thôi, nhà có hai mẹ con đều là người già rồi cô ạ, thằng con trai chẳng lấy vợ, ở với mẹ đến già đấy*”.

Như vậy, qua kết quả phỏng vấn sâu và khảo sát tại địa bàn xã Thái Giang, Thái Thụy Thái Bình cho thấy hoạt động tham vấn chăm sóc sức khỏe tinh thần là rất hạn chế, thậm chí không có đội ngũ cán bộ làm công tác này, mà người thực hiện chủ yếu là cán bộ hội NCT, hội phụ nữ, chưa có hoạt động tham vấn. NCT chưa hiểu biết và chưa được tham gia hoạt động này nhiều mặc dù họ có nhiều tâm tư tình cảm muốn được giải bày, chia sẻ. Đây cũng là căn cứ đề xuất giải pháp phát triển và cung cấp các hoạt động công tác xã hội tại Xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

Nhìn chung, hoạt động tham vấn cho người cao tuổi tại xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình đã manh nha được thực hiện. Tuy nhiên NCT đã biết đến các loại hình hoạt động tham vấn với NCT nhưng số NCT sử dụng ở mức “Thỉnh thoảng” và “Không thường xuyên” còn nhiều. Điều này cho thấy địa phương đã có manh nha các hoạt động tham vấn này nhưng

không thường xuyên và chưa thu hút được NCT tham gia và chưa được thực hiện bởi đội ngũ nhân viên công tác xã hội. Hơn nữa, việc đánh giá hoạt động tham vấn ở đây cũng còn thấp, chưa cao. ***Đây là kết quả mà xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình cần tổ chức các hình thức và loại hình hoạt động cải thiện cách thức, phương pháp cũng như tần suất thực hiện tham vấn để NCT có cơ hội tiếp cận và được tham gia ở mức thường xuyên hơn.*** Bài viết mô tả bức tranh chung về hoạt động tham vấn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần với NCT thể hiện qua nội dung, hình thức thực hiện hoạt động tham vấn với NCT cũng như đội ngũ làm nghề. Kết quả khảo sát cho thấy hầu hết NCT tại địa bàn nghiên cứu còn chưa được tiếp cận và tham gia các hoạt động tham vấn thường xuyên, còn ở mức hạn chế, hoặc chưa được tiếp cận. Cán bộ thực hiện hoạt động tham vấn còn chưa chuyên nghiệp, chủ yếu vẫn là cán bộ Hội, cán bộ xã, Phường/Thôn/Xóm. Điều này là do nhiều yếu tố tác động cả về phía bản thân NCT, điều kiện hoàn cảnh của NCT và đội ngũ nhân viên công tác xã hội. Bài viết đã thể hiện rõ hệ thống lý luận về tham vấn với NCT và phân tích thực trạng hoạt động tham vấn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT trên địa bàn xã Thái Giang, Thái Thụy, Thái Bình.

5.2. Kiến nghị

5.2.1. Hoàn thiện chính sách và cơ chế chăm sóc người cao tuổi tại địa phương

Cần tiếp tục triển khai có hiệu quả Kết luận số 58-KL/TW (Ban Bí thư Trung ương Đảng, 2023) về tổ chức và hoạt động của Hội Người cao tuổi (NCT) Việt Nam, nhằm củng cố vai trò của tổ chức Hội các cấp trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng tăng. Xã Thái Giang cần thực hiện nghiêm túc Kế hoạch số 50/KH-UBND của UBND tỉnh Thái Bình (2021) về chăm sóc sức khỏe NCT đến năm 2030, bảo đảm thích ứng với già hóa dân số và thực hiện Chiến lược Dân số Việt Nam.

Đồng thời, các cấp chính quyền cần cụ thể hóa, lồng ghép và đảm bảo nguồn lực cho việc triển khai đồng bộ các chính sách hiện hành, bao gồm Chương trình hành động quốc gia về NCT (2021–2030), Chương trình chăm sóc sức khỏe NCT và Quyết định số 112/QĐ-TTg (Thủ tướng Chính phủ, 2021) về phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021–2030.

5.2.2. Tăng cường truyền thông và nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT

Hoạt động truyền thông tại địa phương cần được tổ chức thường xuyên, hướng đến nâng cao nhận thức của NCT về chăm sóc sức khỏe tinh thần. Trọng tâm bao gồm: nhận diện sớm các vấn đề tâm lý, xây dựng lối sống cân bằng, rèn luyện thể chất – tinh thần, và áp dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý.

Bên cạnh đó, cần tăng cường truyền thông về vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc NCT, nâng cao nhận thức của cộng đồng và chính quyền các cấp về chính sách liên quan đến già hóa dân số. Truyền thông thay đổi hành vi cần chú trọng vào thúc đẩy sự tham gia của các tổ chức, đoàn thể và gia đình trong chăm sóc và phát huy vai trò của NCT.

5.2.3. Nâng cao năng lực đội ngũ nhân viên tham vấn và công tác xã hội

Cần triển khai thường xuyên các chương trình tập huấn, hội thảo và đào tạo bồi dưỡng nhằm nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ tham vấn, nhân viên xã hội tại địa phương.

Đặc biệt, cần phát triển nguồn nhân lực thông qua hợp tác quốc tế về đào tạo, khuyến khích giảng viên, nhà nghiên cứu và cán bộ công tác xã hội tham gia chương trình học tập, nghiên cứu trong và ngoài nước. Bởi Công tác xã hội là hoạt động chuyên nghiệp quan trọng, Bùi Thị Mai Đông và cộng sự (2017) đã khẳng định: “Công tác xã hội có thể hiểu là một nghề, một hoạt động chuyên nghiệp nhằm trợ giúp các cá nhân, gia đình và cộng đồng nâng cao năng lực đáp ứng nhu cầu và tăng cường chức năng xã hội, đồng thời thúc đẩy môi trường xã hội về chính sách, nguồn lực và dịch vụ nhằm giúp cá nhân, gia đình và cộng đồng giải quyết và phòng ngừa các vấn đề xã hội góp phần đảm bảo an sinh xã hội. Công tác xã hội với người cao tuổi là một bộ phận quan trọng của công tác xã hội.”

Việc kết hợp nguồn hỗ trợ từ ngân sách nhà nước và huy động xã hội hóa là cần thiết để xây dựng đội ngũ chuyên nghiệp trong lĩnh vực tham vấn cho NCT, đặc biệt trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đồng thời, cần tăng cường phối hợp giữa nhân viên xã hội, chính quyền địa phương, gia đình và cộng đồng trong quá trình cung cấp dịch vụ tham vấn.

5.2.4. Phát huy vai trò của Hội Người cao tuổi

Hội NCT các cấp cần tiếp tục đổi mới nội dung hoạt động, nâng cao chất lượng tổ chức, thực hiện tốt chức năng đại diện quyền lợi của hội viên. Cần mở rộng các hình thức tập hợp hội viên, duy trì và sử dụng hiệu quả Quỹ Chăm sóc và phát huy vai trò NCT theo đúng quy định pháp luật.

Khuyến nghị nhân rộng các mô hình hoạt động hiệu quả như Câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau, phong trào “Tuổi cao – Giương sáng” và các hình thức sinh hoạt phù hợp với điều kiện địa phương. Các hình thức biểu dương, khen thưởng điển hình tiên tiến cần được chú trọng nhằm tạo động lực cho hội viên tham gia tích cực vào các hoạt động xã hội (Hội Người cao tuổi Việt Nam, 2023).

5.2.5. Thúc đẩy phối hợp liên ngành và xã hội hóa công tác chăm sóc NCT

Chính quyền các cấp cần ban hành các văn bản hướng dẫn, đảm bảo nguồn lực để tổ chức Hội NCT hoạt động hiệu quả. Mặt trận Tổ quốc và các tổ chức chính trị – xã hội cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phản biện xã hội và giám sát việc thực hiện Luật NCT và các chương trình hành động liên quan.

Đồng thời, cần khuyến khích sự tham gia của các tổ chức, doanh nghiệp và cá nhân trong việc hỗ trợ xây dựng hệ thống dịch vụ chăm sóc NCT tại cộng đồng. Các giải pháp này sẽ góp phần đảm bảo cho NCT được sống khỏe mạnh, có ích, hạnh phúc trong gia đình và xã hội (Trương Xuân Cừ, 2023).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Ban Bí thư Trung ương Đảng. (2023). *Kết luận số 58-KL/TW về tổ chức và hoạt động của Hội Người cao tuổi Việt Nam*.
2. Bộ Y tế. (n.d.). Chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người cao tuổi. Cổng thông tin Bộ Y tế. Truy cập ngày ..., từ <https://moh.gov.vn/.../cham-soc-suc-khoe-tinh-than-cho-nguoi-cao-tuoi>

3. Trương, Xuân Cừ. (2023). Tăng cường xã hội hóa trong chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi. *Diễn đàn Người cao tuổi*, số tháng 6, tr.4–6.
4. Bùi Thị Mai Đông (2017). Công tác xã hội với người cao tuổi. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. (Dùng cho hệ đại học, Học viện Phụ nữ Việt Nam)
5. Hội Người cao tuổi Việt Nam. (2023). *Báo cáo tổng kết hoạt động Hội năm 2023 và phương hướng năm 2024*.
6. Bùi Thị Xuân Mai (2008). Tham vấn. Nxb. Lao động - Xã hội.
7. Lê Thị Thuý. (2022). Kỹ năng làm việc nhóm liên ngành trong công tác xã hội. Đại học lao động xã hội. (Tài liệu lưu hành nội bộ)
8. PV (2021). Thái Bình: Nêu cao tinh thần “Tuổi cao, gương sáng”. 03:47 PM 23/10/2021. Tạp chí Lao động và xã hội.
9. Thu Trang (2021). Thái Giang nỗ lực về đích nông thôn mới nâng cao). Website <https://thaibinhhtv.vn/news>
10. Thủ tướng Chính phủ. (2021). *Quyết định số 112/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021–2030*.
11. Tổng cục Thống kê (2022)
12. UBND tỉnh Thái Bình. (2021). *Kế hoạch số 50/KH-UBND về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030*.
13. Vi Nguyễn Duy Minh. (n.d.). Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi. Safe and Sound. Truy cập ngày ..., từ <https://sns.org.vn/cham-soc-suc-khoe-tam-than-cho-nguoi-cao-tuoi>
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). **World Population Ageing 2020 Highlights** (ST/ESA/SER.A/451). United Nations. <https://doi.org/10.18356/451f52be-en>
15. UNFPA Viet Nam. (2016, June 15). Rapid population ageing in Viet Nam: Challenges and Opportunities. UNFPA Viet Nam. Retrieved from <https://vietnam.unfpa.org>
16. VietnamPlus. (2013, November 3). Vietnam faces rapid population aging. VietnamPlus. Retrieved from <https://en.vietnamplus.vn>

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU CỦA HỌC SINH LỚP 9 TRƯỜNG THCS THANH VINH, THỊ XÃ PHÚ THỌ, TỈNH PHÚ THỌ TRƯỚC KỲ THI CHUYỂN CẤP

Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Hồ Thị Xuân Thanh², Hà Ngọc Khánh³

Tóm tắt: Nghiên cứu mô tả về mức độ căng thẳng, lo âu một số yếu tố ảnh hưởng ở các em học sinh lớp 9 trường THCS Thanh Vinh, TX Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ. Sử dụng thang đánh giá rối loạn lo âu của Zung. Kết quả cho thấy 12.4% các em chưa từng gặp căng thẳng, lo âu, 37.1% đã từng gặp 30.9% gặp tương đối nhiều và rất nhiều là ở mức 19.6%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ căng thẳng, lo âu của các em chủ yếu xuất phát từ Gia đình, nhà trường, bạn bè thậm chí là chính bản thân các em. Bên cạnh đó còn những yếu tố khác cũng ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của các em. Từ đó đặt ra một số yêu cầu từ phía gia đình nhà trường và phụ huynh phải có những giải pháp để khắc phục kịp thời và giảm thiểu tình trạng căng thẳng lo âu ở các em học sinh lớp 9 trước kỳ thi chuyển cấp.

Từ khóa: căng thẳng, lo âu, học sinh lớp 9, trường THCS Thanh Vinh, giải pháp khắc phục

THE CURRENT SITUATION OF ANXIETY DISORDERS AMONG 9TH GRADE STUDENTS AT THANH VINH SECONDARY SCHOOL, PHU THO TOWN, PHU THO PROVINCE, PRIOR TO THE TRANSITION EXAM

Abstract: A descriptive study on the level of stress, anxiety, and some influencing factors among 9th-grade students at Thanh Vinh Secondary School, Phu Tho Town, Phu Tho Province. The Zung Self-Rating Anxiety Scale was used for assessment. The results showed that 12.4% of the students had never experienced stress or anxiety, 37.1% had experienced it, 30.9% experienced a moderate amount, and 19.6% experienced a high level of stress and anxiety. Several factors affecting the students' stress and anxiety levels mainly stem from family, school, friends, and even the students themselves. In addition, other factors also significantly impact their mental state. These findings highlight the need for timely interventions and solutions from families, schools, and parents to help reduce and manage stress and anxiety among 9th-grade students as they prepare for their high school entrance exams

Keywords: Stress, anxiety, 9th-grade students, Thanh Vinh Secondary School, Solutions or remedial measures

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là một rối loạn tâm thần phổ biến trên thế giới, có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, giới tính và tầng lớp xã hội. Rối loạn này từ lâu đã được xem là một vấn đề đáng lo ngại, đặc biệt là trong lứa tuổi học sinh, nhất là học sinh lớp 9 cấp Trung học Cơ sở (THCS), khi các em phải đối diện với kỳ thi chuyển cấp – một trong những kỳ thi quan trọng của cuộc đời học sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 301 triệu người bị ảnh hưởng bởi rối loạn lo âu vào năm 2019, và con số này có xu hướng gia tăng do tác động của các yếu tố xã hội, kinh tế và môi trường (World Health Organization, 2022). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mức độ phổ biến và ảnh hưởng của rối loạn lo âu như Choi, K. W và cộng sự (2020), Nguyễn Đức Khánh và cộng sự (2021), ThS. BSNT Vũ Thị Mỹ Hạnh & TS.BS Đỗ Minh Loan (2023), và gần đây nhất là nghiên cứu của Cai, J và cộng sự (2025).

¹ Giảng viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động – Xã hội.

² Giảng viên Khoa Lý luận chính trị và giáo dục đại cương, Trường Đại học Lao động – Xã hội.

³ Sinh viên lớp D19TL01, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động – Xã hội

Tại Việt Nam, rối loạn lo âu đang là một vấn đề sức khỏe tâm thần đáng lo ngại trong lứa tuổi học sinh THCS. Trong đó, học sinh khối lớp 9 có tỷ lệ rối loạn trầm cảm và stress cao nhất so với các khối khác. Nguy cơ trầm cảm ở học sinh lớp cuối cấp (lớp 8 và 9) cao gấp 1,73 lần so với khối đầu cấp (lớp 6 và 7).

Rối loạn lo âu từ lâu đã được xem là vấn đề phổ biến đáng lo ngại trong lứa tuổi học sinh đặc biệt là học sinh lớp 9 cấp THCS khi mà các em phải đối diện với kỳ thi chuyển cấp - một trong những kỳ thi quan trọng của cuộc đời học sinh. Tuy nhiên hiện nay chưa có nghiên cứu nào mang tính chất chuyên sâu về thực trạng rối loạn lo âu trước kỳ thi chuyển cấp tại các tỉnh vùng Trung du miền núi phía Bắc. Đặc biệt ở địa bàn trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ. Chính vì thế, chúng tôi quyết định lựa chọn đề tài “Thực trạng rối loạn lo âu của học sinh lớp trường THCS Thanh Vinh – Thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ trước kỳ thi chuyển cấp” để có cái nhìn toàn diện hơn về vấn đề rối loạn lo âu và chăm sóc sức khỏe tâm thần của các em, trên cơ sở đó giúp các nhà quản lý đề xuất các biện pháp hỗ trợ học sinh lớp 9 nói riêng và học sinh nói chung trên toàn địa bàn Phú Thọ.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Tổng quan nghiên cứu

2.1.1. Tại nước ngoài

Thuật ngữ “lo âu” từ lâu đã thu hút sự quan tâm của nhiều nhà nghiên cứu. Nghiên cứu của Frank-Briggs và Alikor (2010) tại Nigeria ghi nhận 10,28% học sinh trung học mắc lo âu, chủ yếu là lo âu tổng quát, thường đi kèm với trầm cảm và suy giảm học lực. Nghiên cứu của Tassin và cộng sự (2014) cũng cho thấy rối loạn lo âu – đặc biệt là sợ xã hội và lo âu tổng quát – phổ biến ở tuổi vị thành niên, ảnh hưởng tiêu cực đến học tập và phát triển xã hội. Các tác giả nhấn mạnh vai trò của đánh giá sớm và can thiệp đa phương pháp, đặc biệt là liệu pháp hành vi nhận thức. Một số nghiên cứu gần đây tiếp tục khẳng định tính cấp thiết của vấn đề này. Nghiên cứu của Alkhateeb (2023) ghi nhận tỷ lệ rối loạn lo âu cao ở học sinh các nước Ả Rập, với các biểu hiện như lo âu ám ảnh cưỡng chế, sợ hãi và rối loạn cơ thể hóa, cho thấy nhu cầu can thiệp sớm để bảo vệ sức khỏe tâm lý và kết quả học tập. Gần đây nhất, nghiên cứu của Dickson và cộng sự (2024) cho thấy lo âu có thể làm suy giảm chức năng trong gia đình, học tập và xã hội. Đặc biệt, hiện nay khi mà việc chăm sóc sức khỏe tâm thần ngày càng được chú trọng thì “rối loạn lo âu” ở học sinh lại càng là đề tài hấp dẫn ở cả các nước Châu Á, Châu Âu, Châu Mỹ. Nghiên cứu tổng hợp tại Trung Quốc ghi nhận tỉ lệ rối loạn lo âu ở học sinh là 4.7% với tỉ lệ mắc cao hơn ở nữ giới (Li,X et al.,2024). Một nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ cũng chỉ ra nỗi lo lắng về bài kiểm tra ngày càng tăng ở trẻ nhỏ: Phản ứng lo lắng của học sinh tiểu học đối với bài kiểm tra có tính rủi ro cao (Segool, N.K et al.,2013). Ở Tây Ba Nha nghiên cứu của González-Brignardello và cộng sự (2021) cũng chỉ ra sự liên hệ giữa lo lắng và kiệt sức xuất hiện ở các em học sinh trước kỳ thi tuyển sinh đại học.

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng cho rằng lo âu ở mức độ nhẹ có thể mang lại lợi ích, chẳng hạn như kích thích nhận thức, cải thiện học tập và nâng cao chất lượng sống. Như vậy, lo âu có thể mang tính hai mặt – tích cực hoặc tiêu cực – tùy thuộc vào cường độ và khả năng

kiểm soát của cá nhân. Khi vượt ngưỡng, lo âu trở thành yếu tố gây hại cả về tâm lý lẫn sinh lý, và do đó cần được nhận diện và can thiệp kịp thời.

2.1.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ rối loạn lo âu cao ở học sinh, sinh viên. Lê Thị Hoàng Liễu và cộng sự (2024) cho thấy mức độ lo âu nặng, rất nặng có thể dẫn đến kiểm soát hành vi kém và biến chứng tim mạch. Nghiên cứu của Nguyễn Văn An và cộng sự (2023) lại phát hiện 66,3% học sinh lớp 9 có mức lo âu vừa, khoảng 6% ở mức nặng và rất nặng. Theo Trường Cao đẳng Sư phạm Lạng Sơn (2024), PGS.TS Trần Thành Nam (Trường ĐH Giáo dục, ĐHQGHN) cho rằng những nguyên nhân lo âu phổ biến nhất ở học sinh là mối quan hệ với giáo viên, áp lực kiểm tra và kỳ vọng của người khác. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ học sinh, sinh viên mắc hoặc có nguy cơ mắc rối loạn lo âu ở mức 25,1% và 35,7%, nguyên nhân chủ yếu đến từ áp lực học tập và xã hội. Tuy nhiên, nghiên cứu về lo âu ở học sinh THCS – nhóm tuổi dễ bị tổn thương tâm lý nhưng còn thiếu kỹ năng ứng phó – vẫn còn hạn chế. Do đó, việc nghiên cứu kỹ hơn nhóm đối tượng này là cần thiết nhằm hiểu rõ mức độ lo âu trong môi trường học đường hiện nay.

2.2. Một số khái niệm liên quan

Rối loạn lo âu: Có rất nhiều quan điểm khác nhau về khái niệm này. Theo các nhà khoa học tại Học viện Quân y, rối loạn lo âu được định nghĩa là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân rõ ràng, mang tính chủ quan của người bệnh và không thể giải thích bằng một rối loạn tâm thần khác hay một bệnh cơ thể. Đây là một dạng rối loạn mà bệnh nhân không thể tự kiểm soát, có biểu hiện vững chắc, mạn tính, lan tỏa và đôi khi xảy ra dưới dạng kịch phát (Bộ môn Tâm lý học, 2014). PGS.TS. Nguyễn Thị Hương và cộng sự (2022) cho rằng rối loạn lo âu là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân rõ ràng, do chủ quan của thân chủ và cũng không thể lý giải bằng một rối loạn tâm thần hay bệnh cơ thể khác. Từ các khía cạnh trên, có thể rút ra rằng rối loạn lo âu là một rối loạn tâm lý đặc trưng bởi sự lo sợ, căng thẳng quá mức không có nguyên nhân rõ ràng, kéo dài và có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tâm thần và thể chất của người bệnh. Đây là một tình trạng không thể tự điều chỉnh và đòi hỏi sự can thiệp chuyên môn từ các phương pháp trị liệu tâm lý và y học.

Học sinh lớp 9: Theo Bộ Giáo dục và Đào tạo (2018), Học sinh lớp 9 là người học đang theo học năm học cuối cấp của bậc Trung học cơ sở (THCS), thuộc hệ thống giáo dục phổ thông, có độ tuổi trung bình từ 14 đến 15 tuổi, chuẩn bị chuyển tiếp lên Trung học phổ thông hoặc các chương trình giáo dục nghề nghiệp. Tác giả Nguyễn Thị Mai Lan (2021) lại cho rằng học sinh lớp 9 là thanh thiếu niên đang ở giai đoạn giữa của tuổi dậy thì, có sự phát triển nhanh về thể chất, cảm xúc và nhận thức. Đây là thời kỳ khủng hoảng phát triển, học sinh bắt đầu định hình bản sắc cá nhân và định hướng tương lai học tập. Trong phạm vi bài viết, chúng tôi thống nhất sử dụng khái niệm của Bộ giáo dục và Đào tạo.

2.3. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể nghiên cứu trong đề tài là học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh. Với mẫu nghiên cứu là 97 em học sinh lớp 9 (52 nam, 45 nữ) trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

STT	Đặc điểm		N	%
1	Giới tính	Nam	52	53.6
		Nữ	45	46.4
2	Học lực	Giỏi	57	58.8
		Khá	31	32
		Trung bình	9	9.3
3	Nguyên vọng	Trường chuyên	37	38.1
		Trường cấp 3 thị xã	52	53.6
		Trường nghề bổ túc	8	8.2

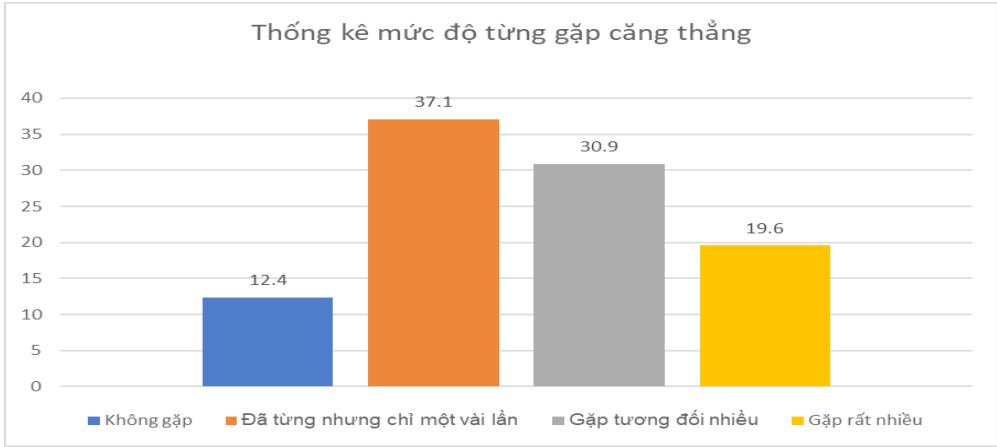
2.3.2. Phương pháp nghiên cứu

- + Phương pháp nghiên cứu tài liệu, văn bản: Thu thập tài liệu từ những nghiên cứu, các tạp chí trong và ngoài nước về thực trạng rối loạn lo âu
- + Phương pháp phỏng vấn sâu: Sử dụng để bổ sung cho kết quả điều tra từ bảng hỏi.
- + Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu thông qua điều tra bảng hỏi. Thang đo gồm 4 mức độ phản hồi: 1 = Hiếm hoặc không bao giờ, 2 = đôi khi, 3 Thường xuyên, 4 = Hầu hết hoặc luôn luôn. Các mức độ đánh giá được tính như sau: 1-1.75:Không có; 1.75-2.5: Đôi khi gặp; 2.6-3.25: Phần lớn thời gian; 3.26-4: Hầu hết hoặc tất cả thời gian.
- + Phương pháp xử lý số liệu bằng phần mềm toán học: Mã hoá số liệu đã được liên kết với trang tính Excel xuất sang SPSS dán nhãn và tiến hành chạy số liệu để tìm hiểu ĐTB, DLC và so sánh sự khác biệt T – Test, ANOVA.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá chung về thực trạng rối loạn lo âu của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các em học sinh lớp 9 ở đây đều đã từng gặp hoặc gặp căng thẳng lo âu tương đối nhiều. Trong đó, có 12.4% các em chưa từng gặp căng thẳng, lo âu trong học tập; 37.1% đã từng gặp nhưng chỉ một vài lần; 30.9% các em gặp căng thẳng lo âu ở 2 mức tương đối nhiều, rất nhiều là ở mức 19.6%. Chúng tôi nhận thấy đó là một con số tương đối cao đáng quan ngại đối với vấn đề sức khỏe tâm thần của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ.



Biểu đồ 1. Mức độ từng gặp căng thẳng của học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

3.2. Thực trạng rối loạn lo âu của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

Để tìm hiểu về thực trạng lo âu của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ, chúng tôi đã tiến hành khảo sát và kết quả được cụ thể tại bảng dưới đây.

Bảng 2: Thực trạng mức độ căng thẳng của học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

STT	Mệnh đề	Tổng thể		Mức độ (%)			
		ĐTB	ĐLC	1	2	3	4
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn thường lệ	2.1	0.8	23.7	50.5	19.6	6.2
2	Tôi cảm thấy sợ vô cớ	2.1	0.87	26.8	45.4	20.6	7.2
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ	2.1	0.94	29.9	39.2	21.6	9.3
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh	1.81	0.92	46.4	32	15.5	6.2
5	Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt và không có điều gì xấu sẽ xảy ra	2.4	0.95	19.6	36.1	30.9	13.4
6	Tay và chân tôi lắc lư, run lên	1.79	0.96	50.5	26.8	15.5	7.2
7	Tôi đang khó chịu vì đau đầu, đau cổ, đau lưng.	2.22	0.97	27.8	33	28.9	10.3
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi.	2.19	0.88	23.7	41.2	27.8	7.2
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên một cách dễ dàng	2.4	1.01	18.6	36.1	25.8	19.6
10	Tôi cảm thấy tim mình đập nhanh	2.15	0.93	27.8	38.1	24.7	9.3
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt	1.99	0.91	35.1	37.1	21.6	6.2
12	Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế	1.71	0.88	53.6	24.7	18.6	3.1
13	Tôi có thể thở ra, hít vào một cách dễ dàng	2.69	1.04	15.5	27.8	28.9	27.8
14	Tôi cảm thấy tê buốt, như có kiến bò ở đầu ngón tay, ngón chân	1.86	0.95	45.4	30.9	16.5	7.2
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng.	1.89	0.91	43.3	28.9	23.7	4.1
16	Tôi luôn cần phải đi đại	2.02	1.08	43.3	24.7	18.6	13.4
17	Bàn tay tôi thường khô và ấm	2.1	0.97	33	33	24.7	9.3
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ	1.95	0.97	40.2	34	16.5	9.3
19	Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt	2.64	1.01	15.5	28.9	32	23.7
20	Tôi thường có ác mộng	1.9	0.91	40.2	36.1	17.5	6.2

Ghi chú: 1= Không có; 2= Đôi khi; 3= Phần lớn thời gian; 4= Hầu hết hoặc tất cả thời gian

Kết quả khảo sát cho thấy, hầu hết các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ đều có các biểu hiện rối loạn lo âu ở các mức độ khác nhau, trong đó có 18/20 biểu hiện ở mức đôi khi gặp (1.75<ĐTB<2.5) và có 2/20 biểu hiện ở mức phần lớn thời

gian ($2.6 < \text{ĐTB} < 3.25$). Trong đó đứng nhất là biểu hiện “Tôi có thể hít vào một cách dễ dàng” với $\text{ĐTB} = 2.69$; đứng thứ hai là “Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt” với $\text{ĐTB} = 2.64$.

Biểu hiện đứng thứ nhất là “Tôi có thể hít vào một cách dễ dàng” với 28.9% rơi vào ở mức “phần lớn thời gian” Biểu hiện đứng thứ hai là “ Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt” với 28.9 % ở mức “đôi khi”. Ba biểu hiện xếp ở mức thấp nhất là: “Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế”, “ Tay chân tôi lắc lư run lên” và “Tôi cảm thấy bị ngã và vỡ ra từng mảnh”.

Điều đó chứng tỏ các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ dù đều đã từng gặp lo âu nhưng đa số các em đều có thể vượt qua một cách dễ dàng. Em học sinh H chia sẻ: “*đôi khi em có lo lắng trước một số kỳ thi quan trọng nhưng chỉ cần hít thở sâu, ngồi yên một lúc em sẽ bình tĩnh lại*”. Qua đó nhận thấy, căng thẳng, lo âu có xảy ra nhưng không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt của các em. Các em vẫn có thể sinh hoạt bình thường thậm chí chất lượng giấc ngủ của các em vẫn được đảm bảo ở mức tốt.

Với học sinh lớp 9, khi mà các em sắp phải đối mặt với kỳ thi chuyển cấp đầy áp lực, cam go thì việc xuất hiện những biểu hiện trên gây ảnh hưởng vô cùng lớn đến quá trình học tập, thi cử của các em. Thậm chí một vài học sinh đã từng bộc bạch: “ *Khi bước vào phòng thi em cảm thấy cả người run bần bật tay đổ mồ, căng thẳng, tim đập nhanh thậm chí là tay tự nhiên mềm ra run đến mức phải mất một lúc mới có thể cầm bút làm được bài*”.

Như vậy, có thể thấy, học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh trước kỳ thi tốt nghiệp thường gặp các biểu hiện rối loạn lo âu ở các mức độ khác nhau. Việc tìm hiểu về mức độ của các biểu hiện giúp chúng tôi nhận biết thực trạng, tìm kiếm nguyên nhân dẫn đến tình trạng này và đề xuất một số biện pháp hỗ trợ nhằm giảm thiểu tác động tiêu cực đến kết quả học tập cũng như sức khỏe tâm lý của học sinh. Chính vì thế, các cán bộ quản lý nhà trường cần có những giải pháp nhằm điều chỉnh thực trạng này, đặc biệt là các biểu hiện thể hiện mức độ rối loạn lo âu học tập để nhằm cải thiện, nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh lớp 9 trong nhà trường.

3.3. So sánh mức độ lo âu của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ với một số biến độc lập

Cụ thể hơn khi so sánh mức độ lo âu của các em học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ với một số biến độc lập chúng tôi nhận thấy:

Bảng 3: So sánh mức độ lo âu của học sinh lớp 9 trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ với một số biến độc lập

Các biến độc lập		p	ĐTB
Giới tính	Nam	0.88	2.11
	Nữ		2.09
Học lực	Giỏi	0.00	2.08
	Khá		2.03
	Trung bình		2.81
Nguyện vọng thi chuyển cấp	Trường chuyên	0.002	2.07
	Trường cấp 3 thị xã		2.02
	Trường nghề		2.80

Trung bình mức độ căng thẳng của học sinh nam cao hơn nữ do số lượng nam nhiều hơn (nam: 52, nữ: 45). Kiểm định Levene’s Test cho thấy phương sai không cân bằng ($P = 0.88 >$

0.05), nên dù mức độ căng thẳng của nam cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê. Do đó, mức độ căng thẳng giữa học sinh nam và nữ lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh là tương đương.

Về nguyện vọng: Học sinh có học lực khác nhau sẽ có nguyện vọng chuyển cấp khác nhau. Không có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ căng thẳng giữa học sinh trường chuyên và cấp ba thị xã, nhưng có sự khác biệt giữa học sinh đăng ký trường nghề và hai nhóm trên ($P = 0.02$; $P > 0.05$). Học sinh chọn trường nghề căng thẳng nhất; học sinh trường chuyên và cấp ba thị xã có mức căng thẳng tương đương. Điều này do học sinh chọn trường nghề thường học lực trung bình, hoàn cảnh khó khăn, phải sớm lo sinh kế nên đối mặt nhiều áp lực hơn.

3.4. Thời điểm, nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu ở học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

Bảng 4: Thống kê thời điểm, nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu ở học sinh lớp 9 Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ

Thời điểm gặp căng thẳng, lo âu (%)				Xuất phát từ (%)			
Kiểm tra miệng	Kiểm tra 15 Phút	Kiểm tra giữa kỳ	Kiểm tra cuối kỳ	Gia đình	Nhà trường	Bạn bè	Báo đài, thông tin đại chúng tác động ảnh hưởng đến bản thân các em
32	14.4	6.2	47.4	23.7	38.1	26.8	11.3

Đi sâu phân tích cụ thể hơn chúng tôi nhận thấy phần lớn thời gian có tỉ lệ các em gặp căng thẳng, lo âu nhiều nhất là kiểm tra cuối kỳ chiếm tới 47.4% cao hơn 41.2%, gấp 7.6 lần so với kiểm tra giữa kỳ, gấp 3.3 lần so với kiểm tra 15 phút. Xếp thứ hai là kiểm tra miệng với 32% lớn hơn kiểm tra 15 phút là 17.6% và gấp 5.2 lần so với kiểm tra giữa kỳ. Nguyên nhân dẫn đến sự chênh lệch số liệu như trên có thể do thời điểm kiểm tra 15 phút hoặc kiểm tra giữa kỳ các em vẫn đang trong tâm thế vừa bước vào năm học mới vẫn còn nhiều thời gian để học tập và cải thiện điểm số nên các em có xu hướng xem nhẹ và thờ ơ với những bài kiểm tra này, nuông chiều bản thân theo những sở thích cá nhân như: xem phim, nghe nhạc, đọc truyện, chơi game... dẫn đến số liệu thống kê mức độ căng thẳng của các em ở giai đoạn này không cao. Trong khi đó thời điểm kiểm tra miệng hoặc kiểm tra cuối các em phải đối diện trực tiếp với sự kiểm tra kiến thức từ giáo viên và áp lực sự chuyển giao kết thúc các năm học, điểm tổng kết các môn học, danh hiệu học sinh giỏi, học sinh xuất sắc, sự kỳ vọng của thầy cô gia đình và xã hội...Làm cho tâm lý các em bắt đầu nảy sinh và gia tăng mức độ căng thẳng rối loạn lo âu.

Sự căng thẳng của các em xuất phát chủ yếu từ nhà trường khi chiếm tới 38.1% lớn hơn 11.3 % so với căng thẳng, lo âu đến từ bạn bè đồng trang lứa, gấp 1.6 lần từ gia đình, cao hơn 27.1% so với báo đài-thông tin đại chúng ảnh hưởng lên các em. Bởi khi đến trường thầy cô là người trực tiếp chỉ dạy các em, có những tương tác xã hội trực tiếp và những yêu cầu cũng như mục tiêu cần đặt ra trong học tập rõ ràng, cụ thể, nghiêm khắc hơn cũng như có sự sát sao hơn là những đối tượng như: Gia đình, bạn bè, báo đài, xã hội và chính bản thân các em. Điều này vô hình chung đã tạo ra sự tâm thế lo lắng, căng thẳng cho các em khi đến trường dẫn đến mức độ căng thẳng đến từ nhà trường của các em chiếm tỉ lệ cao nhất.

Từ những phân tích trên có thể thấy, thời điểm và môi trường học tập đóng vai trò then chốt trong việc hình thành và gia tăng mức độ căng thẳng, lo âu ở học sinh. Đặc biệt, áp lực từ

nhà trường với các bài kiểm tra mang tính quyết định cùng sự kỳ vọng cao đã trở thành nguồn gây stress lớn nhất đối với các em. Việc thấu hiểu tâm lý học sinh trong từng giai đoạn kiểm tra là điều cần thiết để có giải pháp hỗ trợ kịp thời. Nhà trường, gia đình và xã hội cần chung tay xây dựng môi trường học tập an toàn, thân thiện và giảm áp lực không cần thiết. Nhờ đó, các em có thể phát triển toàn diện cả về học lực lẫn sức khỏe tinh thần.

4. KẾT LUẬN

Số liệu thống kê trên là hồi chuông cảnh tỉnh đối với gia đình, nhà trường và bản thân các em học sinh, bởi tình trạng căng thẳng, lo âu kéo dài có thể dẫn đến nhiều hệ lụy nghiêm trọng về sức khỏe tinh thần và thể chất như: trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, rối loạn hoảng sợ, cao huyết áp, bệnh tim mạch, thậm chí là đột quỵ... Các nguyên nhân gây lo âu bắt nguồn từ nhiều phía: gia đình, nhà trường, bạn bè, cũng như tác động từ các phương tiện truyền thông đại chúng. Do đó, nhà trường cần chú trọng xây dựng và triển khai các giải pháp phù hợp nhằm giảm thiểu áp lực. Đặc biệt là áp lực về thành tích. Việc thiết kế chương trình học tập hợp lý, phân bổ thời gian phù hợp sẽ góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh lớp 9 tại Trường THCS Thanh Vinh, thị xã Phú Thọ, tỉnh Phú Thọ. Bên cạnh đó, cũng cần sự chung tay hỗ trợ của các chuyên viên tâm lý, nhân viên công tác xã hội trong việc tham vấn, hỗ trợ tâm lý trực tiếp cho học sinh, làm cầu nối giữa học sinh, gia đình và nhà trường. Nhằm tạo ra mạng lưới hỗ trợ toàn diện cho học sinh, hỗ trợ phụ huynh hiểu rõ hơn về nhu cầu phát triển tâm lý của con, cải thiện kỹ năng làm cha mẹ và tham gia giáo dục con cái.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế nhất định như phạm vi khảo sát chỉ tập trung vào học sinh lớp 9 và chủ yếu sử dụng ba phương pháp: bảng hỏi, phỏng vấn sâu, và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê. Điều này khiến kết quả chưa thực sự đại diện và chuyên sâu. Do đó, các hướng nghiên cứu tiếp theo nên mở rộng đối tượng khảo sát, đa dạng hóa phương pháp nghiên cứu để nâng cao tính toàn diện và độ tin cậy của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm thần. (2014). *Giáo trình Tâm thần học*. Nhà xuất bản Quân Y.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2018). *Thông tư số 32/2018/TT-BGDĐT: Ban hành chương trình giáo dục phổ thông*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
3. Nguyễn Thị Mai Lan. (2021). Tâm lý học lứa tuổi học sinh trung học cơ sở. *Tạp chí Tâm lý học xã hội*, 36(5), 25–32.
4. Lê Thị Hoàng Liễu, Lê Văn Gắt, Nguyễn Thành Đức, & Phạm Văn Hậu. (2024). Thực trạng rối loạn lo âu trên bệnh nhân đái tháo đường, tăng huyết áp, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện huyện Bình Chánh. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*, (31).
5. Lê Thị Thanh Hoa, Trần Thị Hồng Nhung, & Nguyễn Thị Hương. (2023). Khảo sát rối loạn lo âu xã hội ở sinh viên năm nhất Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và Đào tạo Y học, Đại học Y – Dược Thái Nguyên*.
6. Nguyễn Đình Khánh, Lê Minh Tuấn, & Ngô Anh Vinh. (2023). Thực trạng rối loạn trầm cảm ở học sinh trung học cơ sở tại thành phố Hà Nội năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 526(1A), 158–163.
7. Nguyễn Thị Diệu Hương, Trần Hữu Trường, & Đặng Tuấn Tuấn. (2022). Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress ở học sinh trung học phổ thông thành phố Huế năm học 2020–2021. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 32(3), 85–92.

8. Nguyễn Văn An, Trần Thị Bình, & Lê Văn Cường. (2023). *Nghiên cứu về căng thẳng và lo âu ở học sinh lớp 9 quận Hải Châu, Đà Nẵng*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
9. Phan Thị Mai Hương (Chủ biên). (2007). *Cách ứng phó của trẻ vị thành niên với hoàn cảnh khó khăn* (tr. 42–138). Nhà xuất bản Khoa học Xã hội.
10. Trần Thành Nam, PGS.TS. (2024). *Nghiên cứu rối loạn lo âu ở học sinh THPT Hà Nội*. Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội.
11. Trường Cao đẳng Sư phạm Lạng Sơn. (2024). *Báo cáo nghiên cứu về rối loạn lo âu học đường*.
12. Vũ Thị Mỹ Hạnh, ThS. BSNT., & Đỗ Minh Loan, TS. BS. (2023). *Rối loạn lo âu ở trẻ em và vị thành niên*. Bệnh viện Nhi Trung Ương.
13. AM. (2024, August 6). Thu nhập bình quân đầu người Hà Nội tăng 40% sau 10 năm, chi phí đắt đỏ nhất cả nước. *VietnamBiz*.
14. World Health Organization. (1992). *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (PLBQT – 10F) về các rối loạn tâm thần và hành vi: Mô tả lâm sàng và các nguyên tắc chỉ đạo chuẩn đoán*. NXB Y học.
15. Alkhateeb, A. M. (2023). Burden and risk factors of anxiety disorders among Arabic pediatric population: A systematic review. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(2), em455.
16. Cai, J., Wang, L., Zhang, W., Chen, M., & Liu, Y. (2025). Socioeconomic status, individual behaviors and risk of anxiety disorders: A Mendelian randomization study. *Journal of Affective Disorders*, 368(1), 33–40.
17. Choi, K. W., Stein, M. B., Nishimi, R. Y., Ge, T., Coleman, J. R. I., Chen, C. Y., ... & Smoller, J. W. (2020). Anxious personality: A heritable risk factor for diverse psychiatric disorders. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 193–202.
18. Dickson, S. J., Oar, E. L., Kangas, M., Johnco, C. J., Lavell, C. H., Seaton, A. H., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2024). A systematic review and meta-analysis of impairment and quality of life in children and adolescents with anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27, 342–356.
19. Frank-Briggs, A. I., & Alikor, E. A. D. (2010). Anxiety disorder amongst secondary school children in an urban city in Nigeria. *International Journal of Biomedical Science*, 6(3), 246–251.
20. Ginsburg, G. S., Becker-Haimes, E. M., Keeton, C. P., Kendall, P. C., Iyengar, S., Sakolsky, D., Albano, A. M., Piacentini, J., Compton, S. N., Peris, T., Birmaher, B., Rynn, M. A., March, J., & Walkup, J. T. (2013). Results from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Extended Long-term Study (CAMELS): Primary anxiety outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(5), 519–530.
21. Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2014). Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina*, 26(Suppl 1), 27–30.
22. Li, X., Wang, Y., & Zhang, Y. (2024). Prevalence and comorbidity of anxiety disorder in school-attending children and adolescents in China: A nationwide epidemiological survey. *Frontiers in Psychiatry*.
23. González-Brignardello, M., & Díaz, D. (2021). Sự lo lắng của nhà nước và sự kiệt sức trong học tập liên quan đến các kỳ thi tuyển sinh đại học trong Đại dịch COVID-19 ở Tây Ban Nha. *Frontiers in Psychology*.
24. Segool, N. K., Carlson, J. S., Goforth, A. N., Von Der Embse, N., & Barterian, J. A. (2013). Sự lo lắng về bài kiểm tra tăng cao ở trẻ nhỏ: Phản ứng lo lắng của học sinh tiểu học đối với bài kiểm tra có rủi ro cao. *Tâm lý học trong trường học*, 50(5), 489–499.

VAI TRÒ CỦA HỖ TRỢ XÃ HỘI TRONG VIỆC CẢI THIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

TS. Đỗ Mạnh Tuấn¹

Tóm tắt: Các nghiên cứu hiện tại ở Việt Nam cho thấy tình trạng rối loạn tâm thần đang có xu hướng gia tăng, trong khi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn còn nhiều hạn chế. Bài viết này nhằm phân tích vai trò của hỗ trợ xã hội trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần, cũng như làm rõ vai trò của nhân viên công tác xã hội trong việc cung cấp hỗ trợ xã hội dựa trên một số bài học kinh nghiệm từ một số quốc gia khác. Bài viết cũng gợi ý một số hoạt động thực hành công tác xã hội nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Bài viết sử dụng các nghiên cứu đã được công bố liên quan đến chủ đề để phân tích và đánh giá. Kết quả cho thấy hỗ trợ xã hội góp phần vào việc cải thiện sức khỏe tâm thần; nhân viên công tác xã hội đóng vai trò kép, vừa là nhà cung cấp hỗ trợ xã hội, vừa là cầu nối giúp khách hàng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc phù hợp. Thực hành của nhân viên công tác xã hội cần gắn với chiến lược củng cố và phát triển các hỗ trợ xã hội tại cộng đồng nhằm gia tăng hiệu quả can thiệp đối với vấn đề sức khỏe tâm thần của khách hàng.

Từ khóa: công tác xã hội, hỗ trợ xã hội, sức khỏe tâm thần.

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT IN IMPROVING MENTAL HEALTH

Abstract: Current studies in Vietnam show that the prevalence of mental disorders is on the rise, while mental health care services remain limited. This article aims to analyze the role of social support in improving mental health, as well as clarify the role of social workers in providing social support based on lessons learned from other countries. It also suggests several practical activities for social work to enhance the effectiveness of mental health care interventions in the community. The article uses published studies related to the topic to analyze and evaluate. The results indicate that social support contributes to improving mental health; social workers play dual roles both as providers of social support and as facilitators connecting clients with appropriate care services. The practice of social workers is suggested to align with strategies to strengthen and develop social support in the community to enhance the effectiveness of interventions addressing clients' mental health issues.

Keywords: social work, social support, mental health.

1. GIỚI THIỆU

Sức khỏe tâm thần đang trở thành một vấn đề đáng quan tâm tại Việt Nam hiện nay. Theo Bộ Y tế, khoảng 14 đến 15 triệu người mắc các rối loạn tâm thần, chiếm tỷ lệ đáng kể trong tổng dân số cho thấy mức độ nghiêm trọng của tình trạng này (Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, 2023; Xuân Mai, 2023). Mặc dù nhu cầu điều trị tăng cao, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế. Hiện nay, cả nước chỉ có 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu, không đủ để đáp ứng nhu cầu điều trị của hàng triệu người dân (Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, 2023). WHO cũng đã hỗ trợ Việt Nam phát triển mô hình lồng ghép sức khỏe tâm thần vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu (WHO tại Việt Nam, 2025). Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần của ngành Y tế tại Việt Nam đang gặp nhiều rào cản như thiếu nhân lực chuyên môn (Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, 2015), hạn chế về cơ sở vật chất, dịch vụ chăm

¹ Trường Đại học Thủ Dầu Một, Email: tuandm@tdmu.edu.vn

sóc với chỉ 9,1% bệnh viện tuyến quận, huyện có dịch vụ điều trị nội trú (Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế, 2023), Chính sách trợ giúp xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam cho thấy vẫn còn nhiều bất cập trong việc hỗ trợ người bệnh, đặc biệt là nhóm yếu thế (Nguyễn Văn Hồi, 2017). Trong “*Báo cáo Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam năm 2022*” chỉ ra 21,7% vị thành niên gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng trước khảo sát, trong đó 3,3% đáp ứng tiêu chí chẩn đoán rối loạn tâm thần, 18,6% vị thành niên có triệu chứng lo âu, tiếp theo là trầm cảm (4,3%) và chỉ có 8,4% vị thành niên gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần đã tiếp cận dịch vụ hỗ trợ hoặc tư vấn trong năm trước khảo sát (Viện Xã hội học, Đại học Queensland, và Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins, 2022). Năm 2023, Bộ Y tế công bố “*Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030*” đã chỉ ra những tồn tại trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam với nhiều thách thức và khoảng trống trong hệ thống như công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần còn nhiều hạn chế, chưa có Luật Sức khỏe tâm thần, nhân lực chuyên môn thiếu và chưa được phân bổ hợp lý, số giường bệnh tâm thần thấp, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chủ yếu dựa vào thuốc, nhận thức của cộng đồng còn thấp và kỳ thị vẫn tồn tại, thiếu chính sách và tài chính dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Bộ Y tế, 2023). Điều này cho thấy xu hướng tất yếu của việc tích hợp các dịch vụ công tác xã hội, tham vấn tâm lý vào trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn tới là tất yếu, cần làm ngay. Trong “*Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030*” Bộ Y tế cũng xác định rõ một số mục tiêu đề án là cần tăng cường hợp tác liên ngành để nâng cao sức khỏe tâm thần, phát triển nguồn nhân lực chuyên sâu, bao gồm bác sĩ chuyên khoa, nhân viên tâm lý lâm sàng và công tác xã hội để góp phần củng cố và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần đến năm 2030 (Bộ Y tế, 2023).

Trên thế giới từ những năm 1970, hai tác giả Cohen và Cassel (1976) đã đề xuất chủ đề nghiên cứu về hỗ trợ xã hội và những ảnh hưởng của nó đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần (Cohen và nnk, 1976). Đã có nhiều nghiên cứu trong gần 50 năm qua về chủ đề hỗ trợ xã hội chỉ ra các hỗ trợ xã hội có tác động mạnh mẽ đến sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong việc giảm căng thẳng, lo âu và trầm cảm (Cohen và nnk, 1985; Taylor, 2011; Hefner và nnk, 2009; Grey và nnk, 2018; Li và nnk, 2023; Acoba, 2024).

Từ thực tiễn trên, trong bài viết này sẽ hướng đến phân tích vai trò của hỗ trợ xã hội trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần, cũng như làm rõ vai trò của nhân viên công tác xã hội trong việc cung cấp hỗ trợ xã hội dựa trên một số bài học kinh nghiệm từ một số quốc gia khác, từ đó gợi ý một số hoạt động thực hành công tác xã hội nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng dựa vào đội ngũ người làm công tác xã hội.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Khái niệm hỗ trợ xã hội

Thuật ngữ Hỗ trợ xã hội (Social Support) được ghi nhận bắt đầu phổ biến trong các nghiên cứu lý luận về hỗ trợ xã hội từ những năm 1970 đến những năm 1990 là kết quả của những nghiên cứu về lý thuyết căng thẳng (Jacob, 2015). Một cách khái quát Cohen và Wills (1985)

cho rằng “*Hỗ trợ xã hội được định nghĩa là các nguồn lực do người khác cung cấp.*” (Cohen và nnk, 1985). Trong một nỗ lực tổng hợp các quan điểm định nghĩa về hỗ trợ xã hội Taylor (2011) cho rằng ‘Hỗ trợ xã hội’ có thể được định nghĩa là sự nhận thức hoặc trải nghiệm của một cá nhân được quan tâm, đánh giá cao và có thể dựa vào những cá nhân khác trong mạng lưới xã hội của mình để nhận được sự giúp đỡ về thông tin, tình cảm, vật chất có thể đến từ người thân, bạn bè, đồng nghiệp, thậm chí thú cưng (Taylor, 2011).

Ngày nay, thuật ngữ hỗ trợ xã hội đã được ghi nhận chính thức trong hệ thống từ điển chuyên ngành sức khỏe tâm thần như trong Từ điển của Hiệp hội Tâm lý Hòa Kỳ (APA): “*Hỗ trợ xã hội là hoạt động cung cấp sự trợ giúp hoặc an ủi dành cho người khác, điển hình là giúp họ đối phó với các yếu tố gây ra những căng thẳng về sinh lý, tâm lý và xã hội. Sự hỗ trợ có thể phát sinh từ bất kỳ mối quan hệ nào giữa các cá nhân trong mạng lưới xã hội của một cá nhân, nó liên quan đến các thành viên gia đình, bạn bè, hàng xóm, tổ chức tôn giáo, đồng nghiệp, những người chăm sóc hoặc các nhóm hỗ trợ. Nó có thể được thực hiện bằng hình thức trợ giúp thiết thực (ví dụ: giúp làm việc nhà, đưa ra lời khuyên), các hỗ trợ hữu hình có thể bao gồm việc hỗ trợ tài chính hoặc các hỗ trợ vật chất trực tiếp khác và các hỗ trợ về tinh thần cho phép cá nhân cảm thấy họ được tôn trọng, chấp nhận và thấu hiểu*” (The American Psychological Association, không có năm).

Theo Cohen và Wills (1985), các hỗ trợ xã hội có thể hoạt động theo hai cơ chế chính: mô hình tác động trực tiếp, giúp duy trì trạng thái tâm lý ổn định bất kể có tồn tại các căng thẳng hay không, và mô hình đệm, giúp giảm thiểu tác động tiêu cực khi căng thẳng xảy ra (Cohen và nnk, 1985).

Như vậy, có thể thấy hỗ trợ xã hội là một yếu tố then chốt có vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tâm thần lành mạnh, giúp cá nhân cảm thấy ít cô đơn hơn, tăng khả năng đối phó với căng thẳng và giảm nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần.

2.2. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo WHO (2022), sức khỏe tâm thần (Mental health) là trạng thái tinh thần lành mạnh, giúp con người đối phó với căng thẳng, nhận thức được khả năng của bản thân, học tập và làm việc hiệu quả, cũng như đóng góp cho cộng đồng. Nó không chỉ đơn thuần là sự vắng mặt của rối loạn tâm thần mà còn là một phần thiết yếu của sức khỏe tổng thể (WHO, 2022). Trong định nghĩa này, WHO nhấn mạnh tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần khi nó ảnh hưởng đến khả năng đối phó với căng thẳng, làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng của con người.

Các yếu tố quyết định sức khỏe tâm thần bao gồm yếu tố cá nhân (kỹ năng cảm xúc, di truyền), yếu tố xã hội (bạo lực, nghèo đói) và yếu tố môi trường (khủng hoảng khí hậu, dịch bệnh) (WHO, 2022).

Các yếu tố như giáo dục có chất lượng, môi trường sống an toàn và sự gắn kết cộng đồng có thể giúp tăng cường sức khỏe tâm thần, góp phần tạo ra sự bảo vệ sức khỏe tâm thần (SKTT) của con người (WHO, 2022).

2.3. Lý thuyết hỗ trợ xã hội

Các lý thuyết hỗ trợ xã hội (Social support theory) và mô hình hỗ trợ xã hội đã trở nên phổ biến trong các nghiên cứu học thuật chuyên sâu trong nhiều lĩnh vực như sức khỏe, tâm lý học, xã hội học và các ngành dịch vụ con người ở những thập niên 1980 và 1990. Theo Leahy-Warren (2014) lý thuyết hỗ trợ xã hội được coi là một lý thuyết tầm trung, các quan điểm của lý thuyết này tập trung xem xét các mối quan hệ xã hội và sự tương tác trong các mối quan hệ đó. Hỗ trợ xã hội thường được sử dụng theo nghĩa rộng, thường đề cập đến bất kỳ quá trình nào mà qua đó các mối quan hệ xã hội có thể góp phần vào việc nâng cao sức khỏe và phúc lợi (Leahy-Warren, 2014).

Chủ đề hỗ trợ xã hội bắt đầu được nghiên cứu rộng rãi từ những năm 1970, với những đóng góp quan trọng của Sheldon Cohen và John Cassel. Cassel (1976) là một trong những người đầu tiên đề xuất rằng hỗ trợ xã hội có thể đóng vai trò bảo vệ sức khỏe bằng cách giảm tác động của các căng thẳng. Sau đó, Cohen và Wills (1985) đề xuất Mô hình đệm (Buffering Model) và Mô hình tác động trực tiếp (Main Effect Model) giúp lý giải cách hỗ trợ xã hội ảnh hưởng đến SKTT (dẫn lại từ McLean và nnk, 2023).

John Cassel (1976) là một trong những người đầu tiên đề xuất ý tưởng hỗ trợ xã hội có thể bảo vệ sức khỏe bằng cách giảm tác động của stress. Ông cho rằng môi trường xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh phản ứng sinh lý đối với stress; những người có mạng lưới hỗ trợ xã hội mạnh mẽ, gắn kết với cộng đồng ít có nguy cơ mắc bệnh hơn so với những người bị cô lập; và hỗ trợ xã hội có thể giúp giảm nguy cơ mắc các bệnh mãn tính và phục hồi tốt hơn sau bệnh tật (Cassel, 1976). Sheldon Cohen (1985) đã đề xuất lý thuyết hỗ trợ xã hội với hai mô hình chính để xem xét về các ảnh hưởng của hỗ trợ xã hội với cuộc sống con người, đó là Mô hình tác động trực tiếp và Mô hình đệm (Cohen và nnk, 1985; Lakey và nnk, 2000):

Các mô hình lý thuyết về hỗ trợ xã hội

Theo Cohen & Wills (1985), hỗ trợ xã hội tác động đến SKTT qua hai mô hình chính (Taylor, 2011):

- Mô hình tác động trực tiếp: hỗ trợ xã hội luôn có tác động tích cực, giúp cá nhân duy trì trạng thái tâm lý ổn định, giảm nguy cơ mắc trầm cảm và lo âu.

- Mô hình đệm: hỗ trợ xã hội hoạt động như một lá chắn giúp cá nhân đối mặt với căng thẳng hiệu quả hơn. Nó giúp giảm nhận thức về stress và cải thiện khả năng điều chỉnh cảm xúc.

Các loại hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội không chỉ là sự hiện diện của các mối quan hệ mà còn được phân loại dựa trên hình thức hỗ trợ, nó có thể bao gồm 4 loại hình như sau (Liu và nnk, 2016):

- Hỗ trợ công cụ: chẳng hạn như cung cấp hỗ trợ tài chính, hỗ trợ về điều kiện sống;
- Hỗ trợ thông tin: chẳng hạn như cung cấp thông tin và tư vấn về các vấn đề gia đình và việc làm;
- Hỗ trợ tinh thần: chẳng hạn như lắng nghe, đồng cảm và thể hiện sự hiểu biết về thân chủ;
- Hỗ trợ đồng hành xã hội: chẳng hạn như tham gia vào các tương tác xã hội và các hoạt động để vui chơi và thư giãn.

Tác động của hỗ trợ xã hội đến sức khỏe tâm thần

Một số kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng hỗ trợ xã hội có thể làm giảm mức độ căng thẳng bằng cách điều chỉnh phản ứng sinh lý (cortisol, nhịp tim) (Hefner và nnk, 2009); tăng khả năng phục hồi tâm lý, giúp cá nhân đối phó với khó khăn một cách tích cực hơn (Li và nnk, 2023); làm giảm nguy cơ mắc trầm cảm và tăng cường cảm giác tự tin nhờ vào sự kết nối với cộng đồng (Harandi và nnk, 2017). Tuy nhiên, Grey và cộng sự (2018) cũng lưu ý rằng không phải tất cả mọi sự hỗ trợ xã hội đều mang lại lợi ích; mối liên hệ giữa hỗ trợ được nhận và tình trạng SKTT chứa đầy những yếu tố phức tạp, chẳng hạn như hỗ trợ nhận được có lợi ích trong trường hợp này có thể lại không hiệu quả hoặc thậm chí tác động tiêu cực trong các điều kiện khác. Một số bằng chứng cho thấy hỗ trợ có thể mang lại lợi ích nhiều nhất khi nó diễn ra kín đáo và phù hợp với nhu cầu của người nhận hỗ trợ. Ngược lại, sự hỗ trợ nhận được không có ích hoặc không xuất phát từ nhu cầu người nhận có thể khiến họ cảm thấy bị kiểm soát, làm họ nản lòng hoặc thấy bản thân bị hạ thấp lòng tự trọng và tính hiệu quả (Grey và nnk, 2018).

Ứng dụng thực tiễn của lý thuyết hỗ trợ xã hội

- Phát triển chương trình hỗ trợ cộng đồng: Các tổ chức xã hội có thể xây dựng nhóm hỗ trợ để giúp những người gặp khó khăn về SKTT.

- Tích hợp hỗ trợ xã hội vào trị liệu tâm lý: Các chuyên gia tâm lý có thể giúp bệnh nhân tăng cường kết nối xã hội, cải thiện SKTT.

- Chính sách và giáo dục: Chính phủ và trường học cần nâng cao nhận thức về lợi ích của hỗ trợ xã hội để giúp cá nhân chủ động xây dựng mạng lưới hỗ trợ.

- Vận dụng hỗ trợ xã hội trong thực hành CTXH: Các tác giả Streeter và Franklin (1992) cho rằng những người hành nghề được khuyến khích xem hỗ trợ xã hội là một vấn đề đánh giá quan trọng và sử dụng các biện pháp hỗ trợ xã hội tốt nhất hiện có để thực hiện áp dụng vào đánh giá lâm sàng. Theo Streeter và Franklin (1992), CTXH vốn là một nghề nghiệp chuyên môn được thiết lập để trợ giúp mọi người do đó các hỗ trợ chính thức rất quan trọng đối với những người thực hành CTXH vì vậy mà các nguồn hỗ trợ chính thức cần được phát triển bổ sung vào các công cụ đánh giá hỗ trợ xã hội hiện có (Streeter và nnk, 1992). Việc áp dụng các đánh giá về hỗ trợ xã hội trong CTXH có liên quan đến các dịch vụ con người chuyên nghiệp. Nhiệm vụ của CTXH là phải tạo ra các khuôn khổ hỗ trợ xã hội mới phù hợp với cách tiếp cận của nghề nghiệp chứ không chỉ là việc quan tâm đến các hỗ trợ xã hội có từ các mạng lưới xã hội gần gũi, không chính thức của thân chủ là đủ. Với ý nghĩa đó, NVCTXH đóng vai trò như một người hỗ trợ chính thức tham gia trực tiếp vào quá trình hỗ trợ xã hội cho thân chủ như một dịch vụ chuyên môn hóa được thiết lập trong hệ thống phúc lợi xã hội. Công việc hàng ngày của NVCTXH liên quan đến việc đánh giá nhu cầu, điểm mạnh và mong muốn của mọi người, làm việc trực tiếp với các cá nhân và gia đình để giúp họ thay đổi và giải quyết vấn đề, tổ chức hỗ trợ, đưa ra khuyến nghị hoặc giới thiệu đến các dịch vụ và cơ quan khác, đồng thời lưu giữ hồ sơ chi tiết. Các vấn đề mà NVCTXH giải quyết thường bắt nguồn từ bất lợi xã hội hoặc tâm lý, phân biệt đối xử, nghèo đói hoặc tổn thương. NVCTXH nhận ra bức tranh toàn cảnh ảnh hưởng đến cuộc sống của mọi người và làm việc vì một xã hội bình đẳng và công

bằng hơn, nơi nhân quyền được tôn trọng và bảo vệ. NVCTXH có vai trò quan trọng giúp mọi người thực hiện những thay đổi và tiếp cận các quyền của họ với tư cách là con người và công dân. Để làm việc hiệu quả đòi hỏi NVCTXH thường xuyên làm việc với các mạng lưới xã hội, gia đình hoặc cộng đồng, cũng như các cá nhân và giúp phát triển các mối quan hệ hỗ trợ thân chủ có được nguồn lực để giải quyết vấn đề của họ.

Như vậy, có thể thấy lý thuyết hỗ trợ xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc giúp chúng ta hiểu cách các mối quan hệ xã hội ảnh hưởng đến SKTT được phân tích qua các mô hình như Mô hình tác động trực tiếp và Mô hình đệm với ảnh hưởng đáng kể của hỗ trợ xã hội đến việc cải thiện các vấn đề SKTT như căng thẳng, trầm cảm, lo âu và khả năng phục hồi tâm lý.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết này sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính, kết hợp phân tích tài liệu thứ cấp và tổng hợp lý thuyết chuyên ngành, nhằm làm rõ vai trò của hỗ trợ xã hội và nhân viên công tác xã hội trong cải thiện SKTT.

3.1. Phương pháp phân tích tài liệu thứ cấp

Tác giả tiến hành thu thập, chọn lọc và phân tích có hệ thống các tài liệu học thuật trong và ngoài nước, bao gồm:

- Các bài báo khoa học công bố trên các tạp chí có phản biện
- Tài liệu chính sách của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)
- Sách chuyên khảo, luận văn, báo cáo nghiên cứu thực nghiệm
- Các nguồn dữ liệu định lượng từ các nghiên cứu có mẫu khảo sát cụ thể

Các tài liệu được chọn lọc trên tiêu chí: mức độ liên quan trực tiếp đến chủ đề hỗ trợ xã hội và SKTT; tính cập nhật (ưu tiên từ năm 2009 – 2024); và độ tin cậy trong giới học thuật.

3.2. Phương pháp phân tích nội dung lý thuyết

Bài viết sử dụng phương pháp phân tích nội dung định tính để:

- Hệ thống hóa các khái niệm cốt lõi như “hỗ trợ xã hội”, “sức khỏe tâm thần”, “mô hình tác động trực tiếp” và “mô hình đệm”.
- Diễn giải các cơ chế ảnh hưởng của hỗ trợ xã hội đến SKTT theo các khung lý thuyết của Cohen & Wills (1985), Taylor (2011), Harandi et al. (2017).
- Tổng hợp vai trò của nhân viên công tác xã hội thông qua phân tích các chiến lược thực hành từ các mô hình quốc tế.

3.3. Cách tiếp cận phân tích suy luận logic

Dựa vào nền tảng lý luận và minh chứng nghiên cứu, bài viết tiến hành suy luận và kết nối giữa lý thuyết hỗ trợ xã hội với các vai trò thực tiễn của NVCTXH trong chăm sóc SKTT ở bối cảnh Việt Nam. Từ đó, bài viết đề xuất một số định hướng và can thiệp phù hợp với hệ thống dịch vụ xã hội hiện tại.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Vai trò của hỗ trợ xã hội đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần

Hỗ trợ xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tâm thần và giảm tác động của căng thẳng. Theo nghiên cứu của Cohen và Wills (1985), hỗ trợ xã hội có thể hoạt động theo hai cơ chế chính (Cohen và nnk, 1985):

Trong Mô hình tác động trực tiếp: Hỗ trợ xã hội giúp duy trì trạng thái tâm thần ổn định, giảm nguy cơ mắc rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo âu. Mô hình này cho rằng hỗ trợ xã hội có lợi cho SKTT một cách tổng thể, bất kể cá nhân có đang trải qua căng thẳng hay không.

Trong Mô hình đệm: Hỗ trợ xã hội đóng vai trò như một lá chắn bảo vệ cá nhân khỏi ảnh hưởng tiêu cực khi căng thẳng xảy ra. Mô hình đệm tập trung vào việc hỗ trợ cá nhân đối phó với các tình huống căng thẳng cụ thể xảy ra. Hỗ trợ xã hội trong mô hình này đóng vai trò như một lá chắn giúp cá nhân đối mặt với những áp lực trong cuộc sống.

Nhìn chung, mô hình tác động trực tiếp nhấn mạnh giá trị của việc có một mạng lưới hỗ trợ mạnh ngay cả khi không gặp căng thẳng, trong khi mô hình đệm tập trung vào việc giúp cá nhân điều chỉnh cảm xúc và phản ứng khi gặp stress.

Bảng 1: Ảnh hưởng của hỗ trợ xã hội đến sức khỏe thể chất và tinh thần trong các giả thuyết của Mô hình tác động trực tiếp và Mô hình đệm (Cohen và nnk, 1985)

Đặc điểm	Mô hình tác động trực tiếp	Mô hình đệm
Thời điểm hiệu quả	Hỗ trợ xã hội luôn có lợi cho sức khỏe, bất kể có stress hay không.	Hỗ trợ xã hội chỉ phát huy hiệu quả khi cá nhân gặp stress hoặc biến cố đáng kể.
Cơ chế hoạt động	Tăng cường cảm giác được kết nối và gắn bó xã hội. Cung cấp vai trò xã hội ổn định, tích cực. Từ đó giúp duy trì trạng thái tâm lý ổn định	Thay đổi cách cá nhân đánh giá đe dọa từ sự kiện stress. Tăng cường năng lực đối phó hoặc làm dịu phản ứng với stress. Từ đó giảm tác động tiêu cực của stress.
Ảnh hưởng hành vi	Khuyến khích thói quen lành mạnh như tập thể dục, ăn uống điều độ, giảm nguy cơ hành vi tiêu cực.	Giúp cải thiện khả năng đối phó với stress, giảm khả năng cá nhân phản ứng tiêu cực khi stress xảy ra (uống rượu, lo âu, rối loạn tâm lý,...)

Điểm lại các nghiên cứu ở một số quốc gia trên thế giới trong những năm qua cho thấy ảnh hưởng tích cực của hỗ trợ xã hội đến vấn đề SKTT, chẳng hạn như nghiên cứu của Cohen và Wills (1985) chỉ ra một mạng lưới hỗ trợ xã hội mạnh mẽ có thể giúp ngăn chặn hoặc làm giảm phản ứng stress bằng cách thay đổi cách cá nhân đánh giá tình huống, tăng cường khả năng đối phó, ổn định hệ thần kinh và nội tiết tố, giúp hệ miễn dịch hoạt động hiệu quả hơn, hỗ trợ xã hội cũng có thể giúp giảm phản ứng cảm xúc quá mức, từ đó giảm nguy cơ tổn thương thể chất hoặc tinh thần (Cohen và nnk, 1985).

Nghiên cứu của Taylor (2011) chỉ ra rằng hỗ trợ xã hội không chỉ giúp giảm stress mà còn có tác động tích cực đến SKTT, bao gồm cả việc giảm nguy cơ trầm cảm. Taylor (2011) nhấn mạnh hỗ trợ xã hội giúp cá nhân cảm thấy được yêu thương, được đánh giá cao và là một phần của mạng lưới hỗ trợ lẫn nhau. Những cảm nhận này tăng cường lòng tự trọng và cảm giác gắn kết xã hội, từ đó giảm cảm giác cô lập và bất lực – hai yếu tố nguy cơ chính dẫn đến trầm cảm. Taylor

cũng chỉ ra các nghiên cứu cho thấy chỉ cần cảm nhận rằng hỗ trợ luôn sẵn có (dù không cần sử dụng thực tế) cũng đã đủ để giảm phản ứng sinh lý với stress và cải thiện SKTT (Taylor, 2011).

Hai tác giả Hefner và Eisenberg (2009) đã nghiên cứu một mẫu lớn, ngẫu nhiên gồm 1.378 sinh viên đại học tại một trường công lập lớn nhằm đánh giá mối quan hệ giữa SKTT và hỗ trợ xã hội, kết quả cho thấy sinh viên có chất lượng hỗ trợ xã hội thấp (rơi vào nhóm sinh viên quốc tế và sinh viên có hoàn cảnh kinh tế khó khăn) có nguy cơ mắc các vấn đề SKTT cao hơn, đặc biệt là tỷ lệ mắc trầm cảm cao gấp 6 lần so với sinh viên có hỗ trợ xã hội chất lượng cao (Hefner và nnk, 2009).

Nghiên cứu của Li và cộng sự (2023) với một mẫu 4.242 người trưởng thành được thực hiện đồng thời thông qua công cụ khảo sát trực tuyến (Survalyzer) tại 13 quốc gia bị ảnh hưởng bởi đại dịch COVID-19 đã cho thấy hỗ trợ xã hội có tác động mạnh mẽ đến sức khỏe tâm thần, đặc biệt là thông qua kéo giảm sự cô đơn và giúp cải thiện suy nghĩ tiêu cực về bản thân. Nam giới có xu hướng hưởng lợi nhiều hơn từ hỗ trợ xã hội, trong khi nữ giới cần các yếu tố hỗ trợ khác để cải thiện SKTT (Li và nnk, 2023).

Hay như trong nghiên cứu gần đây tại Philippin của Acoba (2024) đối với một mẫu 426 người Philippin trưởng thành chỉ ra hỗ trợ xã hội có tác động tích cực đến SKTT, đặc biệt thông qua cơ chế giảm căng thẳng nhận thức. Mức độ tác động phụ thuộc vào nguồn hỗ trợ, trong đó gia đình và những người quan trọng có ảnh hưởng mạnh nhất. Để tối ưu hóa tác động của hỗ trợ xã hội cần có các chương trình can thiệp phù hợp, nhấn mạnh vai trò của mạng lưới gia đình và quan hệ cá nhân thân quen trong việc bảo vệ SKTT (Acoba, 2024).

Tóm lại, từ các nghiên cứu điển hình ở trên đã chỉ ra rằng hỗ trợ xã hội như một lá chắn tâm lý hiệu quả. Tập hợp các nghiên cứu này đã làm sáng rõ vai trò then chốt của hỗ trợ xã hội như một yếu tố bảo vệ vững chắc cho SKTT. Không chỉ là một nguồn lực đối phó, hỗ trợ xã hội còn góp phần điều chỉnh cách cá nhân cảm nhận và trải nghiệm stress, từ đó làm mềm hóa tác động sinh học và tâm lý của nó. Nghiên cứu của Cohen & Wills (1985) đã đặt nền móng cho lập luận này, cho thấy cơ chế can thiệp của hỗ trợ xã hội không nằm ở việc loại bỏ hoàn cảnh khó khăn, mà ở việc làm thay đổi cách con người cảm nhận và nghĩ về khó khăn đó. Một điểm nổi bật là nghiên cứu của Taylor (2011) đã mở rộng phạm vi hiểu biết về hiệu quả của hỗ trợ xã hội khi cho thấy ngay cả cảm nhận rằng có ai đó sẵn sàng giúp đỡ cũng đủ để điều chỉnh phản ứng sinh lý và cảm xúc. Dữ liệu từ Hefner và Eisenberg (2009) cho thấy những nhóm có hoàn cảnh yếu thế, như sinh viên quốc tế hoặc có khó khăn tài chính, thường bị gạt ra bên lề của mạng lưới hỗ trợ và cái giá phải trả là nguy cơ trầm cảm cao gấp nhiều lần. Điều này cho thấy hỗ trợ xã hội không hoàn toàn là vấn đề cá nhân, mà còn phản ánh sự bất công trong cơ hội tiếp cận các tài nguyên tinh thần – một hình thức bất bình đẳng tiềm ẩn và ít được nhìn nhận. Từ bức tranh tổng thể này, để xây dựng một cộng đồng khỏe mạnh về tinh thần, không thể chỉ nhấn mạnh vào can thiệp cá nhân, mà cần thiết lập những cấu trúc xã hội hỗ trợ lẫn nhau – nơi mỗi người cảm thấy được thấy, được nghe và có giá trị. Vai trò của chính sách xã hội, dịch vụ xã hội và mạng lưới NVCTXH trong việc thúc đẩy các hỗ trợ là cực kỳ then chốt.

4.2. Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong cung cấp các hỗ trợ xã hội trợ giúp khách hàng giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần

Như đã phân tích ở trên, NVCTXH đóng vai trò quan trọng trong việc sử dụng hỗ trợ xã hội để giúp khách hàng cải thiện SKTT, bằng cách kết nối họ với các nguồn lực hỗ trợ, cung cấp hướng dẫn và tạo điều kiện để họ xây dựng mối quan hệ xã hội tích cực. Sau đây là một số vai trò cụ thể có thể có:

Đánh giá nhu cầu hỗ trợ xã hội của khách hàng: NVCTXH xác định mức độ hỗ trợ xã hội mà khách hàng đang có và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến SKTT của khách hàng. Theo Cohen và Wills (1985), hỗ trợ xã hội có thể giúp giảm căng thẳng bằng mô hình tác động trực tiếp và mô hình đệm, tùy thuộc vào hoàn cảnh của khách hàng (Cohen và nnk, 1985). Đánh giá hỗ trợ xã hội không chỉ là chỉ ra mối quan hệ mà còn là quá trình phân tích bản chất, chất lượng và tác động tâm lý của các kết nối xã hội hiện tại của khách hàng. Phân tích bối cảnh cá nhân là chìa khóa trong đánh giá nhu cầu hỗ trợ của khách hàng, NVCTXH cần xác định khách hàng đang nằm trong trạng thái bình thường hay khủng hoảng để áp dụng mô hình phù hợp. Hơn nữa, yếu tố văn hóa, giới tính, đặc điểm nhân khẩu học cũng ảnh hưởng đến cách cá nhân cảm nhận và tiếp nhận hỗ trợ xã hội – điều này đòi hỏi NVCTXH phải có độ nhạy cảm liên văn hóa và kỹ năng giao tiếp thích ứng cao. Hỗ trợ xã hội không thể áp đặt từ bên ngoài, mà cần được xây dựng một cách phù hợp với nhu cầu và giá trị của chính khách hàng. Do đó, quá trình đánh giá cần song hành với việc khuyến khích khách hàng tự nhận diện các nguồn lực có sẵn và thúc đẩy họ chủ động kết nối lại hoặc củng cố các mối quan hệ quan trọng.

Kết nối khách hàng với các nguồn lực hỗ trợ xã hội: Một nhiệm vụ quan trọng của NVCTXH là giúp khách hàng tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ xã hội. Họ có thể giới thiệu khách hàng đến các nhóm hỗ trợ, câu lạc bộ cộng đồng, hoặc dịch vụ tư vấn tâm lý (Taylor, 2011). Hướng dẫn cách tận dụng hỗ trợ cảm xúc, thông tin và công cụ từ gia đình và bạn bè (Acoba, 2024). Vai trò của NVCTXH trong kết nối khách hàng với các nguồn lực hỗ trợ xã hội không nên chỉ dừng lại ở việc cung cấp thông tin. Đó là quá trình xây dựng cầu nối giúp khách hàng tái thiết lập các mối quan hệ, cảm nhận được sự thuộc về, từ đó phục hồi năng lực nội tại và tăng cường sức đề kháng tâm lý. Việc này đặc biệt cần thiết với những khách hàng đang trải qua khủng hoảng, hoặc có nguy cơ bị cô lập xã hội. Acoba (2024) đã nhấn mạnh vai trò thiết yếu của gia đình và những người quan trọng trong hỗ trợ SKTT. NVCTXH cần giúp khách hàng nhận diện và phục hồi các kết nối đã mất, tăng cường sự hiện diện của họ trong đời sống hàng ngày của khách hàng, thay vì chỉ tập trung vào các nguồn lực chuyên môn hóa như bác sĩ hay nhà trị liệu. Hơn cả việc kết nối tạm thời, NVCTXH cần giúp khách hàng học cách tự tìm kiếm và duy trì các mối quan hệ hỗ trợ trong tương lai – đây mới là sự trao quyền thực sự. Việc này đòi hỏi lồng ghép các hoạt động như huấn luyện kỹ năng xã hội, điều chỉnh kỳ vọng, và can thiệp trị liệu nếu cần thiết.

Tham gia hỗ trợ cảm xúc và tư vấn tâm lý: NVCTXH trực tiếp cung cấp sự hỗ trợ cảm xúc, giúp khách hàng cảm thấy được lắng nghe và thấu hiểu, giảm nguy cơ trầm cảm (Li và nnk, 2023), học cách điều chỉnh cảm xúc và phản ứng với căng thẳng, giúp giảm mức độ

hormone cortisol (Hefner và nnk, 2009). Trong vai trò cung cấp hỗ trợ tình cảm và tư vấn tâm lý, NVCTXH không chỉ đơn giản là người lắng nghe mà còn là người giúp khách hàng định hình lại trải nghiệm cảm xúc, từ đó phục hồi khả năng tự điều chỉnh nội tâm. Hành động lắng nghe chủ động đi kèm với sự hiện diện toàn diện chính là nền tảng của quá trình đồng cảm hóa – thứ giúp khách hàng cảm thấy thực sự được nhìn nhận và trân trọng. Một trong những thách thức lớn của NVCTXH là giữ vững sự chuyên nghiệp mà không làm mất đi tính con người. Khách hàng cần một chuyên gia, nhưng đồng thời cũng cần một người bạn đáng tin. Việc cung cấp hỗ trợ tình cảm vì thế sẽ giữ cho mối quan hệ trợ giúp bền vững và hiệu quả hơn.

Tham gia thúc đẩy khả năng xây dựng mối quan hệ xã hội: Theo nghiên cứu của Harandi và cộng sự (2017), chất lượng của hỗ trợ xã hội quan trọng hơn số lượng. NVCTXH giúp khách hàng xây dựng kỹ năng giao tiếp để duy trì các mối quan hệ tích cực. Tăng cường sự kết nối xã hội, đặc biệt với các nhóm dễ bị cô lập (Harandi và nnk, 2017). Đối với NVCTXH, mục tiêu không phải là giúp khách hàng giao tiếp nhiều hơn, mà là giúp họ xây dựng các mối liên hệ an toàn, tin cậy và mang lại cảm giác thuộc về. NVCTXH đóng vai trò như người hướng dẫn, giúp khách hàng phát triển khả năng biểu đạt cảm xúc, thiết lập ranh giới lành mạnh, và xử lý xung đột một cách không đối đầu. Việc này không chỉ giúp cải thiện mối quan hệ hiện tại mà còn trang bị cho khách hàng năng lực hình thành những kết nối mới – một kỹ năng quan trọng trong quá trình phục hồi tâm lý. Việc kết nối khách hàng với các nhóm đồng đẳng, câu lạc bộ cộng đồng hay nhóm hỗ trợ không chỉ mang tính chức năng, mà còn là nơi tái kiến tạo hình ảnh bản thân khách hàng. NVCTXH cần kiên nhẫn đồng hành, bởi việc xây dựng lại niềm tin xã hội – nhất là sau chấn thương tâm lý hoặc bị loại trừ xã hội – là một hành trình cần thời gian, thử nghiệm và hỗ trợ lặp lại. Quan hệ xã hội không thể gượng ép, mà cần được nuôi dưỡng từ sự an toàn và xác thực.

Can thiệp khủng hoảng và bảo vệ khách hàng: NVCTXH hỗ trợ khách hàng trong tình huống khủng hoảng, bao gồm việc cung cấp hỗ trợ tâm lý khẩn cấp cho nạn nhân của bạo lực hoặc khủng hoảng cá nhân (Taylor, 2011). Hướng dẫn tìm kiếm sự hỗ trợ từ dịch vụ y tế, pháp luật, hoặc tổ chức xã hội (Li và nnk, 2023). Trong những thời điểm con người trở nên dễ bị tổn thương nhất như bị bạo lực, mất người thân, hay đối mặt với biến cố nghiêm trọng, sự có mặt kịp thời của NVCTXH có thể tạo ra sự khác biệt giữa sụp đổ và phục hồi. Không chỉ đơn thuần là hỗ trợ tâm lý, vai trò của họ còn bao gồm trấn an cảm xúc cấp tính, duy trì an toàn tức thì và khởi động mạng lưới trợ giúp liên ngành. Trong tình huống khủng hoảng, NVCTXH không thể đơn độc tác chiến mà cần hướng dẫn khách hàng tiếp cận đồng thời nhiều hệ thống hỗ trợ như dịch vụ y tế, dịch vụ pháp lý, trợ giúp xã hội. Trong khủng hoảng, khách hàng thường rơi vào trạng thái tê liệt tâm lý hoặc mất phương hướng do đó NVCTXH không chỉ giúp khách hàng vượt qua cảm xúc cấp tính, mà còn gìn giữ năng lực tự chủ của họ – bằng cách tôn trọng lựa chọn, cung cấp thông tin đầy đủ, và củng cố lòng tin vào bản thân. Can thiệp khủng hoảng không dừng lại ở việc giải quyết tình huống, mà còn là sự khẳng định quyền được sống an toàn, được hỗ trợ và được chữa lành. Đây chính là giá trị nhân văn cốt lõi làm nên bản sắc của nghề công tác xã hội.

Áp dụng mô hình hỗ trợ xã hội trong trị liệu tâm lý: NVCTXH có thể áp dụng Mô hình tác động trực tiếp để giúp khách hàng xây dựng mạng lưới hỗ trợ ổn định góp phần duy trì

SKTT lành mạnh (Cohen và nnk, 1985) và áp dụng Mô hình đệm để giúp khách hàng giảm tác động tiêu cực của căng thẳng nhờ sự hỗ trợ từ môi trường xung quanh (Taylor, 2011). Việc ứng dụng Mô hình tác động trực tiếp và Mô hình đệm vào thực hành công tác xã hội lâm sàng giúp NVCTXH cụ thể hóa các mục tiêu trị liệu trong bối cảnh thực tế của khách hàng. Những mô hình này không chỉ là công cụ phân tích mà còn là công cụ định hướng quá trình can thiệp tâm lý – xã hội, đặc biệt trong bối cảnh đa dạng hóa đặc điểm nhân khẩu học và văn hóa của khách hàng hiện nay. Không phải khách hàng nào cũng hưởng lợi như nhau từ hỗ trợ xã hội. Việc lựa chọn mô hình áp dụng cần dựa trên đặc điểm tâm lý – xã hội, mức độ stress, giai đoạn trị liệu, và cả khả năng khách hàng tiếp cận được các nguồn lực bên ngoài. Có khách hàng cần mạng lưới bền vững (mô hình tác động trực tiếp), nhưng cũng có người đang trong khủng hoảng cần được chống đỡ tạm thời (mô hình đệm).

Tóm lại, từ những phân tích trên có thể khẳng định NVCTXH giữ vai trò quan trọng trong việc vận dụng và thúc đẩy các hình thức hỗ trợ xã hội nhằm tăng cường SKTT cho khách hàng. Thông qua các chức năng then chốt như đánh giá nhu cầu hỗ trợ, kết nối nguồn lực, cung cấp hỗ trợ cảm xúc, can thiệp khủng hoảng, huấn luyện kỹ năng xã hội và vận dụng các mô hình trị liệu phù hợp, NVCTXH trở thành nhân tố trung gian giúp khách hàng vượt qua khủng hoảng, phục hồi năng lực nội tại và duy trì sự ổn định tâm lý lâu dài. Vai trò của các NVCTXH không chỉ dừng lại ở việc can thiệp cá nhân, mà còn mang tính hệ thống, góp phần thúc đẩy hòa nhập xã hội và công bằng trong tiếp cận dịch vụ. Trong bối cảnh các vấn đề SKTT ngày càng trở nên phổ biến và phức tạp, việc nâng cao năng lực cho NVCTXH, cùng với cơ chế phối hợp liên ngành và chính sách hỗ trợ toàn diện, là điều kiện tiên quyết để đảm bảo mọi cá nhân, đặc biệt là những nhóm dễ bị tổn thương, đều có cơ hội được hỗ trợ, chữa lành và cải thiện chất lượng cuộc sống.

4.3. Một số gợi ý đối với thực hành công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần khi vận dụng quan điểm hỗ trợ xã hội

Từ kết quả phân tích về vai trò của hỗ trợ xã hội đối với chăm sóc SKTT và vai trò của NVCTXH trong lĩnh vực này có thể thấy rằng NVCTXH đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ SKTT cho khách hàng thông qua việc áp dụng lý luận về hỗ trợ xã hội, can thiệp chuyên môn và các chương trình cộng đồng. Tùy vào nhu cầu của khách hàng, NVCTXH có thể điều chỉnh cách tiếp cận để tối ưu hiệu quả hỗ trợ.

Bảng 2: Gợi ý đối với thực hành công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần khi vận dụng quan điểm tiếp cận hỗ trợ xã hội

Khả năng ứng dụng	Gợi ý đối với thực hành công tác xã hội
Ứng dụng lý thuyết hỗ trợ xã hội trong các hoạt động trợ giúp của công tác xã hội	Tăng cường hỗ trợ cảm xúc: NVCTXH có thể giúp khách hàng tiếp cận mạng lưới hỗ trợ từ gia đình, bạn bè hoặc nhóm cộng đồng để giảm cảm giác cô đơn, cải thiện tinh thần. Cung cấp hỗ trợ thông tin: NVCTXH có thể đóng vai trò kết nối khách hàng với nguồn thông tin cần thiết về SKTT, cách đối phó với căng thẳng và các dịch vụ hỗ trợ. Hỗ trợ công cụ: Điều phối các chương trình hỗ trợ tài chính hoặc dịch vụ xã hội giúp khách hàng vượt qua khó khăn về mặt kinh tế, từ đó giảm thiểu áp lực tâm lý.

Vận dụng mô hình hỗ trợ xã hội vào chăm sóc sức khỏe tâm thần	Mô hình tác động trực tiếp: Nhấn mạnh việc xây dựng mạng lưới hỗ trợ ổn định, giúp khách hàng duy trì tâm lý tích cực ngay cả khi không gặp căng thẳng. Mô hình đệm: Giúp khách hàng giảm tác động tiêu cực của căng thẳng, bằng cách hướng dẫn họ tìm kiếm sự hỗ trợ phù hợp khi gặp khó khăn.
Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần	NVCTXH có thể đảm nhận nhiều nhiệm vụ: Đánh giá nhu cầu: Xác định mức độ hỗ trợ xã hội mà khách hàng đang có và đề xuất hướng can thiệp phù hợp. Kết nối nguồn lực: Giúp khách hàng tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ như nhóm trị liệu, tư vấn tâm lý. Hỗ trợ cảm xúc: Trực tiếp lắng nghe, đồng viên khách hàng, giúp họ tăng khả năng hồi phục tâm lý. Can thiệp khủng hoảng: Hỗ trợ khách hàng trong các tình huống khủng hoảng như mất mát, trầm cảm, sang chấn tâm lý.
Phát triển chương trình hỗ trợ cộng đồng	Tổ chức nhóm hỗ trợ tâm lý: Thành lập cộng đồng chia sẻ, nơi khách hàng có thể kết nối với những người có trải nghiệm tương tự. Xây dựng chính sách xã hội: Đề xuất các chính sách nhằm nâng cao nhận thức cộng đồng về vai trò của hỗ trợ xã hội đối với SKTT. Hợp tác với chuyên gia: Liên kết với các nhà tâm lý học để cung cấp chương trình trị liệu dựa trên mô hình hỗ trợ xã hội.

5. KẾT LUẬN

Hỗ trợ xã hội đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần, giúp cá nhân giảm căng thẳng, tăng khả năng thích ứng và duy trì trạng thái tinh thần lành mạnh. Các nghiên cứu tại một số nước đã cho thấy tác động mạnh mẽ của hỗ trợ xã hội đối với sức khỏe tâm thần, từ việc giảm nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo âu, đến việc cải thiện lòng tự trọng và khả năng phục hồi tâm lý. Hai mô hình tác động trực tiếp và mô hình đệm của Cohen và Wills (1985) đã làm rõ cơ chế hoạt động của hỗ trợ xã hội trong việc bảo vệ cá nhân trước những ảnh hưởng tiêu cực của sự kiện căng thẳng.

Nhân viên công tác xã hội giữ vai trò trung tâm trong việc cung cấp và duy trì mạng lưới hỗ trợ xã hội, đảm bảo sự kết nối giữa cá nhân với các dịch vụ chăm sóc phù hợp. Kinh nghiệm từ một số quốc gia cho thấy việc lồng ghép hỗ trợ xã hội vào các hoạt động can thiệp sức khỏe tâm thần đã mang lại hiệu quả đáng kể. Các chương trình như nhóm trị liệu cộng đồng, hỗ trợ đồng đẳng, và mô hình hợp tác liên ngành giúp mở rộng phạm vi tiếp cận và tối ưu hóa hiệu quả của dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Để nâng cao hiệu quả can thiệp tại cộng đồng, công tác xã hội cần phát triển các hoạt động thực hành như tổ chức nhóm hỗ trợ tâm lý, tăng cường tư vấn và hướng dẫn tâm lý, xây dựng các chương trình đào tạo về kỹ năng ứng phó với căng thẳng, và hợp tác với hệ thống y tế nhằm tích hợp các dịch vụ chăm sóc toàn diện. Việc thúc đẩy nhận thức cộng đồng về vai trò của hỗ trợ xã hội đối với sức khỏe tâm thần cũng là một chiến lược quan trọng, giúp giảm kỳ thị và tăng cường sự hỗ trợ xã hội một cách bền vững.

Nhân viên công tác xã hội không chỉ đóng vai trò hỗ trợ trực tiếp cho người gặp vấn đề về tâm lý, mà còn góp phần xây dựng một cộng đồng có khả năng tự hỗ trợ lẫn nhau, hướng đến một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, bền vững và dựa vào nội lực cộng đồng./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acoba. E.F (2024) Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Front. Psychol.* 15:1330720. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1330720.
2. Bộ Y tế (2023). Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030. Bộ Y tế. Hà Nội.
3. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
4. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
5. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế (2023). Việt Nam có khoảng 14 triệu người rối loạn tâm thần. <https://moh.gov.vn>. Truy cập ngày 10/4/2025 từ: https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/viet-nam-co-khoang-14-trieu-nguoi-roi-loan-tam-than?inheritRedirect=false.
6. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế (2015). Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng: Còn nhiều khó khăn. <https://moh.gov.vn>. Truy cập ngày 10/4/2025 từ: https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/cham-soc-suc-khoe-tam-than-cong-onh-con-nhieu-kho-khan?inheritRedirect=false#:~:text=M%E1%BB%99t%20ng%E1%BB%A9u%20c%E1%BB%A7a%20Vi%E1%BB%87n%20T%C3%A2m%20l%E1%BB%8Dc,s%E1%BB%A9c%20kh%E1%BB%8Fe%20t%C3%A2m%20th%E1%BA%A7n%20m%E1%BB%99t%20c%E1%BB%A1ch%20r%E1%BB%87t.
7. Grey K, et al (2018). *Social Support*. <<https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199828340/obo-9780199828340-0204.xml>> DOI: 10.1093/obo/9780199828340-0204.
8. Harandi TF, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*. 2017 Sep 25;9(9):5212-5222. doi: 10.19082/5212. PMID: 29038699; PMCID: PMC5633215.
9. Hefner J, Eisenberg D. Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009 Oct;79(4):491-9. doi: 10.1037/a0016918. PMID: 20099940.
10. Jacob, Mikayla. (2015). *A Metatheoretical analysis of social support theory in application to Military post traumatic stress disorder*. Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Arlington in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Social Work. the University of Texas at Arlington. USA.
11. Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29–52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
12. Leahy-Warren, P. (2014). Social support theory. In J. J. Fitzpatrick & G. McCarthy (Eds.), *Theories guiding nursing research and practice: Making nursing knowledge development explicit* (pp. 85–101). Springer Publishing Company.
13. Li, G., et al. (2023). Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Ment Health* 2023; 26:1–7. doi:10.1136/bmjment-2023-300802.
14. Liu, M., Wu, L., & Chen, L (2016). Migrant Women's Social Support in a Metropolis of China. *Affilia*, 31(4), 479–490. <https://doi.org/10.1177/0886109916657135>
15. McLean, L., Gaul, D. & Penco, R. (2023). Perceived Social Support and Stress: a Study of 1st Year Students in Ireland. *Int J Ment Health Addiction* 21, 2101–2121. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00710-z>.
16. Nguyễn Văn Hồi (2017). *Chính sách trợ giúp xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam* (Luận án Tiến sĩ). Trường Đại học Kinh tế quốc dân. Hà Nội.

17. The American Psychological Association. “Social Support”. APA Dictionary of Psychology.
18. Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). “Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners”. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81–98. <https://doi.org/10.1177/104973159200200107>.
19. Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 28–44.
20. Viện Xã hội học, Đại học Queensland, và Trường Y tế Công cộng Bloomberg Đại học Johns Hopkins. 2022. Điều tra Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên Việt Nam: Báo cáo Kết quả chủ yếu. Hà Nội, Việt Nam: Viện Xã hội học.
21. Xuân Mai (2023). Gần 15 triệu người Việt mắc rối loạn tâm thần, làm sao nhận biết sớm?. <https://tuoitre.vn>. Truy cập ngày 10/4/2025 từ: <https://tuoitre.vn/gan-15-trieu-nguoi-viet-mac-roi-loan-tam-than-lam-sao-nhan-biet-som-20230821104225765.htm>.
22. WHO (2022). “Mental health”. www.who.int. Retried: 5/21/2015 from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
23. WHO (2025). “Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam”. www.who.int. Retried: 5/21/2015 from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/mental-health>.

THỰC TRẠNG KHÓ KHĂN TÂM LÝ CỦA CHA MẸ CÓ CON RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Đặng Thị Hoài Thương², Hoàng Thị Yến Nhi³

Tóm tắt: Nghiên cứu này tập trung mô tả thực trạng khó khăn tâm lý mà cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) tại Hà Nội đang gặp phải. Dữ liệu được thu thập từ 58 phụ huynh tại các trung tâm giáo dục chuyên biệt và bệnh viện tâm thần trên địa bàn thành phố. Kết quả chỉ ra rằng cha mẹ đối diện với các biểu hiện khó khăn tâm lý ở mức độ từ trung bình đến cao, tập trung vào ba nhóm chính: thiếu kỹ năng chăm sóc, giải tỏa cảm xúc và đối mặt với kỳ thị xã hội. Các khó khăn này không chỉ biểu hiện ở trạng thái lo âu, mệt mỏi kéo dài mà còn ảnh hưởng đến tương tác xã hội và sự tự tin của phụ huynh. Bài viết nhằm nhận diện rõ mức độ và tính chất của những khó khăn này để cung cấp cơ sở thực tiễn cho các nghiên cứu sâu hơn trong tương lai.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, cha mẹ, khó khăn tâm lý, thực trạng, Hà Nội.

THE PSYCHOLOGICAL DIFFICULTIES OF PARENTS WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN HANOI

Abstract: This study focuses on describing the current psychological difficulties faced by parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Hanoi. Data were collected from 58 parents at specialized educational centers and psychiatric hospitals in the city. The findings indicate that parents experience moderate to high levels of psychological challenges, concentrated in three main areas: lack of caregiving skills, emotional exhaustion, and social stigma. These difficulties are not only reflected in prolonged anxiety and fatigue but also negatively impact social interactions and parental self-confidence. This article aims to identify the extent and nature of these challenges to provide a practical foundation for future in-depth research.

Keywords: autism spectrum disorder, parents, psychological difficulties, Hanoi, current situation.

1. MỞ ĐẦU

Rối loạn phổ tự kỷ là một dạng rối loạn phát triển thần kinh phức tạp, đặc trưng bởi những khiếm khuyết rõ rệt trong giao tiếp xã hội, hành vi lặp lại và các kiểu hành động không điển hình (Bệnh viện Nhi Trung ương, 2021). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2022), rối loạn phổ tự kỷ là một nhóm đa dạng các tình trạng phát triển, thường xuất hiện sớm trong những năm đầu đời và kéo dài suốt cuộc sống. Trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ thường gặp khó khăn trong tương tác xã hội, điều tiết cảm xúc và thích nghi với môi trường sống (MSD Manual, 2022). Những đặc điểm này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống của chính trẻ mà còn tạo ra áp lực tâm lý lớn đối với cha mẹ – những người đóng vai trò trung tâm trong quá trình chăm sóc và can thiệp.

Nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước đã chỉ ra rằng cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỷ thường phải đối mặt với những khó khăn tâm lý đáng kể như lo âu, trầm cảm, căng thẳng

¹ Giảng viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động – Xã hội

² Sinh viên lớp D19TL01, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động – Xã hội

³ Sinh viên lớp D19TL02, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động – Xã hội

mẫn tính và cảm giác bị cô lập xã hội (Benson, 2010; Bonis, 2016; Demšar & Bakracevic, 2023; Nguyễn Thị Thanh Huyền, 2024). Áp lực trong việc quản lý hành vi của trẻ, thiếu hụt kiến thức chuyên môn, và sự hạn chế của các dịch vụ hỗ trợ can thiệp khiến nhiều phụ huynh rơi vào trạng thái kiệt sức, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần, thể chất và chất lượng chăm sóc con cái (Lazarus & Folkman, 1991). Đặc biệt tại các đô thị lớn như Hà Nội – nơi có mật độ dân số cao, tốc độ đô thị hóa nhanh và hệ thống hỗ trợ chuyên biệt còn hạn chế – các gia đình có con tự kỉ đang phải đối diện với nhiều thách thức đặc thù trong môi trường sống, giáo dục và tiếp cận dịch vụ y tế.

Trong bối cảnh đó, việc nghiên cứu thực trạng khó khăn tâm lý của cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỉ trên địa bàn Hà Nội là hết sức cần thiết. Không chỉ giúp nhận diện những vấn đề mà phụ huynh đang đối mặt, nghiên cứu còn cung cấp cơ sở thực tiễn quan trọng cho việc xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý phù hợp, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho cả gia đình và thúc đẩy sự phát triển toàn diện của trẻ tự kỉ.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Một số khái niệm cơ bản

2.1.1. Rối loạn phổ tự kỉ

Có rất nhiều quan điểm khác nhau về khái niệm này. Theo DSM-IV (Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần IV), “Tự kỉ là biểu hiện của sự phát triển bất thường hay khiếm khuyết rõ rệt trong ba lĩnh vực: tương tác xã hội, giao tiếp và biểu hiện các hành vi hoặc mối quan tâm mang tính rập khuôn, lặp lại hoặc giới hạn (APA, 2000). Đến năm 2013, bản cập nhật DSM-IV đã thống nhất các dạng rối loạn trước đó thành một chẩn đoán duy nhất là Rối loạn phổ tự kỉ. Sự thay đổi này phản ánh nhận thức mới về tính liên tục trong biểu hiện của các triệu chứng, từ nhẹ đến nặng. Theo DSM-IV, rối loạn phổ tự kỉ là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi khó khăn kéo dài trong tương tác xã hội và giao tiếp, cùng với các hành vi hoặc sở thích bị thu hẹp và lặp lại (American Psychiatric Publishing, 2016). Căn nguyên của rối loạn phổ tự kỉ được cho là bắt nguồn từ những rối loạn trong chức năng thần kinh trung ương, làm ảnh hưởng đến quá trình phát triển hành vi, ngôn ngữ và khả năng thích nghi của người mắc phải.

Tương tự, ICD-11 do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2019) công bố cũng xác định rối loạn phổ tự kỉ dựa trên hai tiêu chí chính: (1) các khó khăn trong tương tác và giao tiếp xã hội, và (2) các hành vi, sở thích lặp đi lặp lại hoặc hạn chế.

Theo Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, “Rối loạn phổ tự kỉ (Autism Spectrum Disorder – ASD) là một rối loạn phát triển thần kinh đặc trưng bởi sự khiếm khuyết trong tương tác và giao tiếp xã hội, cũng như có các hành vi định hình lặp lại và chức năng cuộc sống bị hạn chế.” Và cũng theo Tạp chí Y học Việt Nam (2024), “Rối loạn phổ tự kỉ là một loại rối loạn phát triển tâm thần đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng xã hội và những hành vi bị hạn chế hoặc lặp lại, gây ảnh hưởng đến cá nhân, gia đình, xã hội và tồn tại tài nguyên cộng đồng.”

Nhìn chung, rối loạn phổ tự kỉ là một dạng rối loạn phát triển thần kinh khởi phát sớm, đặc trưng bởi sự suy giảm kéo dài trong khả năng tương tác xã hội và giao tiếp, đi kèm với những

hành vi, sở thích mang tính lặp lại hoặc hạn chế. Những biểu hiện của rối loạn phổ tự kỉ tồn tại ở nhiều mức độ khác nhau, tạo nên một phổ rộng từ nhẹ đến nặng, ảnh hưởng đến chức năng học tập, hành vi thích nghi và chất lượng cuộc sống của cá nhân. Rối loạn này có căn nguyên từ sự bất thường trong hoạt động của hệ thần kinh trung ương và thường cần can thiệp đa ngành để hỗ trợ sự phát triển toàn diện cho người mắc.

2.1.2. Khó khăn tâm lý

Trong khuôn khổ phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khó khăn tâm lý được hiểu là những trở ngại liên quan đến chức năng tinh thần, sự tham gia vào các hoạt động xã hội, và khả năng thích ứng của cá nhân trong bối cảnh cuộc sống hàng ngày. Cụ thể, khó khăn tâm lý bao gồm các biểu hiện như suy giảm chức năng tâm thần, hạn chế trong các hoạt động cá nhân và sự tham gia xã hội (chẳng hạn như trong công việc, quan hệ gia đình, giải trí), gây ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng sống và khả năng hòa nhập của cá nhân (Kamenov, Cabello, Coenen, & Ayuso-Mateos, 2014). Cách tiếp cận này cho thấy khó khăn tâm lý không chỉ đơn thuần là các triệu chứng lâm sàng mà còn là những ảnh hưởng thực tiễn đến chức năng sống của con người, từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và can thiệp toàn diện cả về mặt y học lẫn xã hội.

Tương tự, “Khó khăn tâm lý là sự thiếu hụt, không toàn vẹn về phẩm chất tâm lý thể hiện ở sự hạn chế về mặt nhận thức, thái độ, cảm xúc và hành vi, làm cản trở hoạt động học tập, nghiên cứu và phát triển cá nhân.” (Lê Minh, 2022, tr.10)

Như vậy, có nhiều các khái niệm khác nhau đến từ các nhà khoa học trong và ngoài nước, tuy nhiên, họ đều nhất trí rằng, khó khăn tâm lý là sự thiếu hụt, không toàn vẹn phẩm chất tâm lý, thể hiện sự hạn chế trong các hoạt động cá nhân và ảnh hưởng đến các hoạt động sống của con người.

2.1.3. Cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ

Cha mẹ là những người đóng vai trò then chốt trong quá trình chăm sóc, giáo dục và can thiệp cho trẻ RLPTK. Khác với các nhóm trẻ phát triển bình thường, việc nuôi dạy trẻ tự kỷ đòi hỏi sự kiên trì, kỹ năng chuyên biệt và nguồn lực tinh thần – vật chất lớn hơn rất nhiều (Nguyễn Thị Trâm Anh & Nguyễn Bá Phú, 2023). Điều này khiến cha mẹ dễ rơi vào trạng thái mệt mỏi, căng thẳng kéo dài, đặc biệt nếu không có sự đồng hành từ gia đình mở rộng hoặc xã hội. Vì vậy, cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ là người trực tiếp sinh thành, chăm sóc, nuôi dạy con là những đứa trẻ mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ.

2.1.4. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ

Trên cơ sở tổng hợp các khái niệm trên, chúng tôi cho rằng, khó khăn tâm lý của cha mẹ có con mắc Rối loạn phổ tự kỉ (ASD) được hiểu là tập hợp những áp lực, thách thức về mặt cảm xúc, nhận thức và hành vi mà phụ huynh phải đối mặt trong quá trình chăm sóc, giáo dục và đồng hành cùng con. Những khó khăn này thường biểu hiện qua mức độ căng thẳng cao, lo âu kéo dài, các triệu chứng trầm cảm, cảm giác bất lực hoặc tội lỗi, xuất phát từ gánh nặng chăm sóc lâu dài, khó khăn trong quản lý hành vi của trẻ, thiếu sự hỗ trợ xã hội, kỳ thị từ cộng đồng

và sự hạn chế về kiến thức cũng như kỹ năng chuyên biệt. Khó khăn tâm lý ở cha mẹ không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ mà còn tác động đáng kể đến hiệu quả can thiệp và sự phát triển toàn diện của trẻ.

Mức độ khó khăn tâm lý của cha mẹ thường tỷ lệ thuận với mức độ rối loạn của trẻ, thời gian chăm sóc kéo dài, và sự thiếu hụt hỗ trợ từ bên ngoài. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu gần đây (Nguyễn Thị Thanh Huyền, 2024; Nguyễn Thị Mỹ An & Trần Minh Dũng, 2021) khẳng định rằng tình trạng thiếu thông tin, tư vấn sau chẩn đoán và hệ thống dịch vụ chưa đồng bộ chính là yếu tố làm trầm trọng hóa áp lực tâm lý của phụ huynh.

2.2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

Khách thể được tiến hành khảo sát trên một mẫu nghiên cứu bao gồm 58 cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong đó có 37 phụ huynh ở trung tâm giáo dục đặc biệt Joybell Kids và 21 phụ huynh ở Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

STT	Biến		N	%
1	Giới tính	Nam	21	36.2
		Nữ	37	63.8
2	Tuổi	Dưới 3 tuổi	20	34.5
		Trên 3 tuổi	38	65.5
3	Mức độ bệnh theo chuẩn đoán	Tự kỉ rất nhẹ	35	34.5
		Tự kỉ nhẹ	23	65.5
		Tự kỉ nặng	0	0
TỔNG THỂ		58	100	

- Phương pháp nghiên cứu chính trong đề tài là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Thu thập dữ liệu định lượng thông qua bảng hỏi khảo sát được thiết kế gồm các phần: thông tin nhân khẩu học, khó khăn tâm lý của phụ huynh, nhu cầu tham vấn tâm lý, mức độ tiếp cận dịch vụ và các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ tham vấn tâm lý. Các mục được đánh giá theo thang đo Likert 4 mức độ: 1 = “Không gặp khó khăn”, 2 = “Gặp một chút khó khăn”, 3 = “Gặp khá nhiều khó khăn”, 4 = “Gặp rất nhiều khó khăn”. Sau khi phân tích, các mức độ được tính như sau: 1 – 1,75: Không gặp khó khăn; 1,76 – 2,50: Gặp một chút khó khăn; 2,51 – 3,2: Gặp khá nhiều khó khăn; 3,21 – 4,0: Gặp rất nhiều khó khăn. Kết quả phân tích độ tin cậy cho thấy các thang đo có hệ số Cronbach’s Alpha dao động từ 0,708 đến 0,838 – cho thấy các thang đo có độ tin cậy ở mức từ khá đến cao và có thể sử dụng được trong nghiên cứu. Các dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 để tính toán giá trị trung bình (ĐTB), độ lệch chuẩn (ĐLC), tần suất và phần trăm nhằm mô tả đặc điểm mẫu cũng như mức độ khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ.

- Phương pháp phỏng vấn sâu: Sử dụng để bổ sung cho kết quả điều tra từ bảng hỏi.

2.3. Kết quả nghiên cứu

2.3.1. Đánh giá chung về khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ

Để tìm hiểu các nhóm khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ, chúng tôi sử dụng bảng hỏi để điều tra và kết quả thu được cụ thể tại bảng dưới đây.

Bảng 1 . Thực trạng khó khăn tâm lý của cha mẹ có con RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

STT	Khó khăn tâm lý	ĐTB	ĐLC	Mức độ (%)				Thứ bậc
				1	2	3	4	
1	Giải tỏa cảm xúc tiêu cực	2.31	0.72	37.5	17.7	20.7	24.2	2
2	Đối xử bình đẳng, tránh kì thị	2.04	0.63	49.7	16.9	13.2	20.1	3
3	Thiếu kĩ năng chăm sóc TTK	2.36	0.72	36.9	15.2	23.1	24.8	1
ĐTB chung		2.24	0.69	41.4	16.6	19	23	

Ghi chú: 1= Không gặp khó khăn; 2= Gặp một chút khó khăn; 3= Gặp nhiều khó khăn; 4= Gặp rất nhiều khó khăn

Kết quả khảo sát cho thấy, cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ gặp nhiều khó khăn tâm lý ở các mức độ khác nhau. Có tới 42% cha mẹ đánh giá mình “gặp khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn nói chung. Trong đó, khó khăn được đánh giá cao nhất là thiếu kĩ năng chăm sóc trẻ (ĐTB = 2,36), riêng nhóm kỹ năng chăm sóc có tới 47,4% phụ huynh chọn mức “3” và “4”, cho thấy đây là nhóm cần được hỗ trợ ưu tiên. Tiếp đến là khó khăn trong giải tỏa cảm xúc tiêu cực (ĐTB = 2,31). Nhóm khó khăn có mức thấp nhất là đối xử bình đẳng, tránh kì thị (ĐTB = 2,04). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của McStay et al. (2014) và Weiss et al. (2013), khẳng định rằng phụ huynh trẻ tự kỉ thường đối diện với căng thẳng cao và cần được hỗ trợ cả về mặt tâm lý lẫn kỹ năng chăm sóc.

2.3.2. Đánh giá các biểu hiện khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ

2.3.2.1. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong việc giải tỏa cảm xúc tiêu cực

Kết quả khảo sát trong Bảng 2 cho thấy: Nhìn chung, các biểu hiện về khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ về giải tỏa cảm xúc tiêu cực được đánh giá ở mức trung bình với ĐTB chung đạt 2,32. Trong đó, được cha mẹ đánh giá khó khăn nhất là “Lo lắng, sợ hãi khi có con rối loạn phổ tự kỉ” (ĐTB=2,43; ĐLC=1,23) và ít khó khăn nhất là “Bầu không khí luôn căng thẳng trong gia đình” (ĐTB=2,10; ĐLC=1,19).

Bảng 2 . Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong giải tỏa cảm xúc tiêu cực

STT	Khó khăn tâm lý	ĐTB	ĐLC	Mức độ (%)				Thứ bậc
				1	2	3	4	
1	Lo lắng, sợ hãi khi có con rối loạn phổ tự kỉ	2.43	1.23	36.2	10.3	27.6	25.9	1
2	Bế tắc trong công việc chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ	2.38	1.17	32.8	19	25.9	22.4	2
3	Lo lắng về tương lai trẻ rối loạn phổ tự kỉ	2.34	1.24	37.9	15.5	20.7	25.9	3
4	Bầu không khí luôn căng thẳng trong gia đình	2.10	1.19	43.1	25.9	8.6	22.4	4
ĐTB chung		2.32	0.72					

Ghi chú: 1= Không gặp khó khăn; 2= Gặp một chút khó khăn; 3= Gặp nhiều khó khăn; 4= Gặp rất nhiều khó khăn

Biểu hiện “Lo lắng, sợ hãi khi có con rối loạn phổ tự kỉ” là khó khăn được đánh giá cao nhất, có tới 53,5% phụ huynh lựa chọn mức “Gặp khá nhiều” hoặc “Gặp rất nhiều khó khăn”. Điều này cho thấy đây là một trong những khó khăn nổi bật nhất mà phụ huynh phải đối diện trong hành trình nuôi dạy con đặc biệt. Tiếp theo, hai biểu hiện “Bế tắc trong công việc chăm

sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ” và “Lo lắng về tương lai của trẻ” cũng đạt mức trung bình tương đối cao, với hơn 48% phụ huynh cho biết họ gặp “khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn. Điều này phản ánh cảm giác bất lực, hoang mang trong quá trình chăm sóc và hoạch định tương lai cho trẻ là áp lực thường trực của nhiều gia đình. Một phụ huynh đơn thân M (có con RLPTK nhẹ, trên 3 tuổi) cũng chia sẻ: “Tôi sợ sau này khi vợ chồng tôi già đi, ai sẽ chăm sóc cho con? Cháu không biết tự vệ, không thể nói, làm sao sống một mình?”. Tương tự, theo nghiên cứu của Estes et al. (2013) cho thấy rằng khoảng 50% phụ huynh có con RLPTK trong độ tuổi mẫu giáo tại Mỹ gặp các triệu chứng trầm cảm mức độ nhẹ đến trung bình, phần lớn bắt nguồn từ cảm giác mất kiểm soát và lo sợ về tương lai của con.

Ngược lại, biểu hiện “Bầu không khí luôn căng thẳng trong gia đình” lại có ĐTB thấp nhất là 2,10, cho thấy mức độ khó khăn được đánh giá thấp hơn so với các biểu hiện còn lại, nhưng vẫn có gần 1/3 số phụ huynh gặp nhiều khó khăn. Có 34,8% phụ huynh cho biết vẫn “gặp khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn ở biểu hiện này cho thấy sự căng thẳng trong gia đình vẫn tồn tại ở một bộ phận không nhỏ. Điều này có thể phản ánh hai khả năng: hoặc nhiều phụ huynh đã tìm được cơ chế điều chỉnh cảm xúc và quản lý căng thẳng trong gia đình; hoặc do đặc thù văn hóa khiến họ không dễ dàng thừa nhận tình trạng này một cách công khai.

Về mặt thống kê, ba biểu hiện đầu tiên có giá trị $p < 0,05$, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mức độ khó khăn giữa các nhóm đối tượng khảo sát. Riêng biểu hiện “bầu không khí luôn căng thẳng” có $p = 0,078$, không đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê, cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm ở biểu hiện này chưa rõ ràng. Giá trị p chung là 0,052, tiệm cận ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p \approx 0,05$), điều này củng cố nhận định rằng nhìn chung, cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỉ có xu hướng gặp khó khăn giải tỏa cảm xúc ở mức độ từ trung bình đến cao – một thực trạng đáng lưu tâm trong công tác hỗ trợ tâm lý gia đình hiện nay.

2.3.2.2. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong việc đòi hỏi đối xử bình đẳng, tránh kì thị

Kết quả khảo sát trong Bảng 3 cho thấy: Nhìn chung, cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ có khó khăn trong việc đòi hỏi đối xử công bằng, tránh kì thị ở mức độ tương đối thấp (gặp một chút khó khăn). Mặc dù ĐTB thấp, nhưng khi gộp lại các biểu hiện thì có tới gần 60% cha mẹ có ít nhất một biểu hiện gặp khó khăn nghiêm trọng trong nhóm này. Xét về các biểu hiện, có thể thấy, cha mẹ gặp khó khăn nhất là “Lúng túng trước những tình huống khó khăn” (ĐTB= 2,15; ĐLC= 1,17), thứ hai là “Dễ tổn thương bởi câu nói của người khác” (ĐTB=2,10; ĐLC= 1,25) và thấp nhất là “Chỉ giao tiếp với cha mẹ hoặc người thân các gia đình cùng cảnh ngộ” (ĐTB=1,93; ĐLC= 1,21).

Bảng 3. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong đối xử bình đẳng, tránh kì thị

STT	Khó khăn tâm lý	ĐTB	ĐLC	Mức độ (%)				Thứ bậc
				1	2	3	4	
1	Tự ti, mặc cảm khi có người nhắc đến con	1.95	1.14	50	22.4	10.3	17.3	5
2	Hay cáu gắt, bất đồng quan điểm với mọi người	2.03	1.18	48.3	19	13.8	19	4
3	Dễ tổn thương bởi câu nói của người khác	2.10	1.25	48.3	17.2	10.3	24.1	2
4	Né tránh những chỗ đông người	2.05	1.26	51.7	15.5	8.6	24.1	3
5	Chỉ giao tiếp với cha mẹ hoặc người thân các gia đình cùng cảnh ngộ	1.93	1.21	56.9	12.1	12.1	19	6
6	Lúng túng trước tình huống khó khăn	2.15	1.17	43.1	15.5	24.1	17.2	1
ĐTB chung		2.04	0.63					

Ghi chú: 1= Không gặp khó khăn; 2= Gặp một chút khó khăn; 3= Gặp nhiều khó khăn; 4= Gặp rất nhiều khó khăn

“Lúng túng trước tình huống khó khăn” là biểu hiện khó khăn nổi bật nhất với ĐTB cao nhất (2,15) và có tới 24,1% phụ huynh cho biết họ gặp khá nhiều khó khăn trong vấn đề này. Biểu hiện này phản ánh cảm giác thiếu tự tin và lo lắng khi đối diện với các tình huống xã hội phức tạp hoặc bất ngờ. Điều này phần nào cho thấy cơ chế phòng vệ thường gặp ở cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ – những người dễ rơi vào trạng thái bị động, căng thẳng và sợ bị đánh giá tiêu cực từ bên ngoài. Phỏng vấn sâu phụ huynh Y (có con RLPTK nhẹ, dưới 3 tuổi) chia sẻ: “Mỗi lần đưa con đi khám hay ra ngoài chơi, tôi luôn cảm thấy có ánh mắt soi mói từ người khác. Họ không nói gì, nhưng cái nhìn đó khiến tôi như bị kết tội vì có một đứa con khác biệt.”

Tương tự, hai biểu hiện “Dễ tổn thương bởi câu nói của người khác” (ĐTB = 2,10) và “Né tránh những chỗ đông người” (ĐTB = 2,05) cũng có mức điểm cao, với tỷ lệ cha mẹ đánh giá là “gặp khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn lần lượt là 34,4% và 32,7%. Những số liệu này phản ánh rõ sự nhạy cảm cao độ của phụ huynh trong môi trường xã hội, cho thấy ảnh hưởng của kỳ thị xã hội không chỉ tồn tại ở khía cạnh khách quan mà còn xâm nhập sâu sắc vào đời sống cảm xúc và hành vi. Một số phụ huynh chia sẻ rằng họ từ chối đưa con tham gia các sự kiện đông người như đi chơi công viên, tham dự lễ hội hay đến trường học, vì sợ con bị thương hại hoặc bản thân bị soi mói.

Ở chiều ngược lại, biểu hiện “Chỉ giao tiếp với cha mẹ hoặc người thân trong gia đình cùng cảnh ngộ” có ĐTB thấp nhất (1,93), với 56,9% phụ huynh cho biết họ “không gặp khó khăn gì” ở biểu hiện này. Đây là một chỉ báo tích cực, cho thấy rằng trong bối cảnh bị kỳ thị xã hội, nhiều cha mẹ vẫn giữ được các mối quan hệ thân mật và tìm được sự đồng cảm trong cộng đồng có con giống mình. Tuy nhiên, điều này cũng đặt ra vấn đề cần suy ngẫm: nếu cha mẹ chỉ duy trì giao tiếp trong một “vòng tròn khép kín”, họ có thể bị giới hạn trong khả năng kết nối với những nguồn lực xã hội rộng lớn hơn, từ đó ảnh hưởng đến cơ hội hỗ trợ toàn diện cho cả gia đình và trẻ.

2.3.2.3. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong việc thiếu kĩ năng chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Nhìn chung, cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ gặp khó khăn trong việc thiếu kĩ năng chăm sóc con ở mức độ gặp nhiều khó khăn, tuy nhiên, có sự khác biệt ở các biểu hiện. Cụ thể, biểu

hiện mà cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ gặp khó khăn nhất là “Thiếu kĩ năng, kiến thức dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong học tập” (ĐTB= 2,48; ĐLC= 1,23), thứ hai là “Thiếu kĩ năng cơ bản để chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ” (ĐTB=2,46; ĐLC= 1,22) và thấp nhất là “Thiếu kĩ năng kiểm soát cảm xúc” (ĐTB= 2,19; ĐLC= 1,19). Kết quả cụ thể tại bảng dưới đây.

Bảng 4. Khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trong việc thiếu kĩ năng chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ

STT	Khó khăn tâm lý	ĐTB	ĐLC	Mức độ (%)				Thứ bậc
				1	2	3	4	
1	Thiếu kĩ năng cơ bản để chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ	2.46	1.22	34.5	10.3	29.3	25.9	2
2	Thiếu kĩ năng, kiến thức dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong học tập	2.48	1.23	32.8	15.5	22.4	29.3	1
3	Thiếu kĩ năng kiểm soát cảm xúc	2.19	1.19	43.1	13.8	24.1	19	5
4	Thiếu kĩ năng giao tiếp với trẻ rối loạn phổ tự kỉ	2.38	1.25	36.2	19	15.5	29.3	3
5	Chưa hiểu đúng khả năng và yêu cầu đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ	2.27	1.18	37.9	17.2	24.1	20.7	4
ĐTB chung		2.36	0.72					

Ghi chú: 1= Không gặp khó khăn; 2= Gặp một chút khó khăn; 3= Gặp nhiều khó khăn; 4= Gặp rất nhiều khó khăn

“Thiếu kĩ năng, kiến thức dạy trẻ TK học tập” là biểu hiện được đánh giá gặp khó khăn nhất với tổng gần 45% phụ huynh cho biết gặp “khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn. Điều này phản ánh rõ ràng sự lúng túng của phụ huynh trong việc đồng hành cùng con trong các hoạt động học tập – vốn là quá trình đòi hỏi kiến thức chuyên môn, sự kiên nhẫn và chiến lược giáo dục đặc thù. Theo Mai Thị Ngọc và Nguyễn Hữu Lâm (2023), nhiều cha mẹ chia sẻ rằng họ “không biết bắt đầu từ đâu” và thường xuyên cảm thấy thất vọng vì không thấy sự tiến bộ rõ rệt của con. Sự thất vọng lặp đi lặp lại này không chỉ tạo ra cảm xúc tiêu cực trong quá trình chăm sóc mà còn dần bào mòn niềm tin của cha mẹ vào khả năng cải thiện của trẻ – một yếu tố có thể gây tổn hại lâu dài đến mối quan hệ cha mẹ – con cái.

Biểu hiện “Thiếu kĩ năng cơ bản để chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ” cũng được đánh giá với ĐTB cao thứ hai (2.46), cho thấy nhiều phụ huynh còn thiếu kiến thức nền tảng về chăm sóc thể chất, vận động và các nhu cầu đặc biệt của trẻ. Có tới 55.2% phụ huynh cho biết họ gặp “khá nhiều” hoặc “rất nhiều” khó khăn trong vấn đề này. Điều này đặc biệt phổ biến ở các phụ huynh không có điều kiện tiếp cận với chuyên gia y tế hoặc các lớp học tiền can thiệp. Họ thường chỉ biết đến vấn đề của con khi đã ở giai đoạn nặng và bị động trong việc chăm sóc từ đầu. Thực trạng này được lý giải bởi Trương Thị Nguyệt Minh (2022) khi cho rằng: “Phần lớn cha mẹ không được trang bị kỹ năng trước khi con được chẩn đoán, trong khi hệ thống hỗ trợ kỹ thuật và tư vấn sau chẩn đoán còn thiếu đồng bộ”. Việc “vào cuộc muộn” khiến cha mẹ không chỉ chậm thích ứng mà còn dễ bị choáng ngợp trước khối lượng thông tin và nhiệm vụ phải thực hiện, từ chăm sóc dinh dưỡng, theo dõi hành vi, đến phối hợp với nhà trường hoặc bác sĩ trị liệu.

Hai biểu hiện đầu có tỷ lệ vượt mức 50% phụ huynh gặp khó khăn ở mức cao, cho thấy sự bất lực về chuyên môn giáo dục, chăm sóc là vấn đề cấp thiết. Tiếp đó, có hơn 40% cha mẹ không kiểm soát được cảm xúc của mình khi chăm con, dễ rơi vào vòng xoáy tiêu cực.

Biểu hiện “Thiếu kĩ năng giao tiếp với trẻ TK” (ĐTB = 2.38) và “Thiếu kĩ năng kiểm soát cảm xúc” (ĐTB = 2.19) cho thấy cha mẹ cũng gặp trở ngại không nhỏ trong việc duy

trì sự ổn định về mặt cảm xúc cá nhân cũng như thiết lập tương tác tích cực với con. Một phụ huynh A (có con RLPTK rất nhẹ, dưới 3 tuổi) cũng chia sẻ: *“Có lúc tôi thấy mệt mỏi tới mức chỉ muốn hét lên hoặc bỏ đi đâu đó vài ngày. Nhưng nghĩ tới con, tôi lại kìm nén. Tôi không biết làm sao để giữ bình tĩnh khi con cứ khóc thét mà mình thì không thể hiểu được lý do”*. Giao tiếp hiệu quả không chỉ đòi hỏi hiểu biết về ngôn ngữ của trẻ (bao gồm cả giao tiếp phi ngôn ngữ), mà còn phụ thuộc vào sự kiên nhẫn và khả năng thích nghi với trạng thái tâm lý thất thường của trẻ. Trên thực tế, khi việc giao tiếp không diễn ra suôn sẻ – ví dụ trẻ không phản hồi, từ chối hợp tác, hoặc có hành vi kích động – nhiều phụ huynh dễ cảm thấy bất lực và chuyển sang phản ứng tiêu cực như la mắng, phớt lờ hoặc bỏ cuộc. Nguyễn Thị Mỹ An và Trần Minh Dũng (2021) cho rằng: *“Giao tiếp thất bại thường khiến phụ huynh nản lòng, từ đó sinh ra hành vi né tránh hoặc cáu giận – tạo thành vòng xoáy tiêu cực kéo dài. Khi cảm xúc tiêu cực không được kiểm soát, điều này không chỉ ảnh hưởng đến hiệu quả tương tác với trẻ mà còn làm tăng nguy cơ mâu thuẫn trong gia đình, giảm sự gắn kết giữa các thành viên*.

Như vậy, có thể nhận thấy, cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ gặp rất nhiều khó khăn tâm lý với các biểu hiện khác nhau và mức độ khác nhau, trong đó, khó khăn tâm lý lớn nhất đến từ việc thiếu kĩ năng chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ và thấp nhất là nhóm khó khăn tâm lý về đòi hỏi công bằng, tránh kì thị.

3. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ trên địa bàn Hà Nội là cần thiết trong bối cảnh vấn đề sức khỏe tâm thần trong gia đình có trẻ đặc biệt đang ngày càng được quan tâm. Kết quả khảo sát cho thấy, cha mẹ gặp nhiều nhất là nhóm khó khăn về thiếu kỹ năng chăm sóc trẻ, tiếp đến là nhóm khó khăn trong việc giải tỏa cảm xúc tiêu cực, và thấp hơn là nhóm khó khăn liên quan đến sự kỳ thị xã hội và nhu cầu được đối xử công bằng. Các biểu hiện như *“lúng túng trước những tình huống khó khăn”*, *“thiếu kỹ năng, kiến thức dạy trẻ trong học tập”* là những khó khăn nổi bật, cho thấy cha mẹ không chỉ thiếu công cụ chuyên môn mà còn gặp áp lực tâm lý trong quá trình chăm sóc con.

Kết quả nghiên cứu không chỉ giúp các cơ sở giáo dục chuyên biệt và cơ quan chức năng nhận diện rõ hơn những vấn đề tâm lý mà cha mẹ trẻ tự kỉ đang đối mặt, từ đó có thể xây dựng các chương trình hỗ trợ phù hợp, mà còn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ một cách toàn diện. Đồng thời, nghiên cứu cũng có ý nghĩa thực tiễn trong việc thiết kế chính sách hỗ trợ phụ huynh trong các trung tâm can thiệp, bệnh viện tâm thần, và các mô hình giáo dục hòa nhập hiện nay.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như phạm vi khảo sát chỉ thực hiện với 58 phụ huynh tại một số trung tâm và bệnh viện trên địa bàn Hà Nội, chủ yếu sử dụng bảng hỏi và phỏng vấn sâu, chưa phản ánh đầy đủ đa dạng hoàn cảnh của các gia đình có con rối loạn phổ tự kỉ. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo nên mở rộng quy mô khảo sát, kết hợp thêm các phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính khác để nâng cao độ tin cậy và tính khái quát cho kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Publishing. (2016). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: APA.
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 217–228.
4. Bệnh viện Nhi Trung ương. (2021). Những quan điểm sai lầm về rối loạn phổ tự kỉ cha mẹ cần biết.
5. Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1. (n.d.). Rối loạn phổ tự kỉ – ASD.
6. Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153–163.
7. Demšar, J., & Bakracevic, V. (2023). Psychological strain in parents of autistic children: A meta-analysis. *European Journal of Psychology*, 58(1), 112–127.
8. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
9. Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2013). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(3), 377–387.
10. Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2013). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(3), 377–387.
11. Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Laynez-Rubio, C., et al. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 631.
12. Kamenov, K., Cabello, M., Coenen, M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Psychological distress and functioning: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 66.
13. Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P. S., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2582–2593.
14. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing.
15. Lê Minh. (2022). Khó khăn tâm lý của sinh viên trong học tập và các biện pháp hỗ trợ tại Trường Đại học Đà Lạt [Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Đà Lạt]. Thư viện số Trường Đại học Đà Lạt.
16. Lê Thị Phương Nga. (2018). *Đưa con trở lại thiên đường*. Hà Nội: Nhà xuất bản Phụ nữ.
17. Mai Thị Ngọc, & Nguyễn Hữu Lâm. (2023). Những khó khăn trong việc dạy trẻ tự kỉ tại nhà. *Tạp chí Khoa học Giáo dục*, 24(6), 29–35.
18. McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2014). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*, 18(5), 502–510.
19. MSD Manual. (2022). Rối loạn phổ tự kỉ. *MSD Manual Professional Edition*.
20. Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6, 938–947.
21. Nguyễn Thị Mỹ An, & Trần Minh Dũng. (2021). Giao tiếp trong gia đình có trẻ rối loạn phổ tự kỉ. *Tạp chí Tâm lý học Thực tiễn*, 66, 18–24.

22. Nguyễn Thị Thanh Huyền. (2024). Tác động tâm lý đối với cha mẹ trẻ tự kỉ tại các đô thị. *Tạp chí Tâm lý học Việt Nam*, 02(67), 23–31.
23. Nguyễn Thị Thanh Huyền. (2024). Thực trạng khó khăn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỉ tại Việt Nam. *Tạp chí Giáo dục*, số đặc biệt 4.
24. Nguyễn Thị Thanh Vân, & Trần Thị Kim Oanh. (2022). Khó khăn cảm xúc của cha mẹ có con phát triển chậm. *Tạp chí Tâm lý học và Giáo dục*, 3, 45–51.
25. Nguyễn Thị Trâm Anh, & Nguyễn Bá Phú. (2023). Hỗ trợ tâm lý cho cha mẹ trẻ đặc biệt. *Tạp chí Giáo dục*, 23(24), 41–45.
26. Smith, T., & Short, A. (2022). Needs affordance as a key factor in likelihood of problematic social media use: Validation, latent profile analysis and comparison of TikTok and Facebook problematic use measures. *Addictive Behaviors*, 129.
27. Tạp chí Y học Việt Nam. (n.d.). Kết quả can thiệp rối loạn phổ tự kỉ nặng ở trẻ từ 18 đến 60 tháng tuổi.
28. Trương Thị Nguyệt Minh. (2022). Thực trạng hỗ trợ phụ huynh trẻ tự kỉ sau chẩn đoán. *Tạp chí Công tác xã hội và Phát triển cộng đồng*, 71(4), 41–47.
29. Tổ chức Y tế Thế giới [World Health Organization – WHO]. (2019). *ICD-11 – International Classification of Diseases 11th Revision*. Geneva: WHO.
30. Tổ chức Y tế Thế giới [World Health Organization – WHO]. (2022). *Autism spectrum disorders*.
31. Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunskey, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 16(3), 261–274.
32. Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunskey, Y. (2013). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 17(6), 625–636.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CĂNG THẲNG, LO ÂU CỦA HỌC SINH KHỐI 9 TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TRÊN ĐỊA BÀN TP. HỒ CHÍ MINH

Trần Thị Năm¹, Nguyễn Hà Hiếu Hạnh²

Tóm tắt: Năm học cuối cấp trung học cơ sở là giai đoạn học sinh phải đối mặt với nhiều áp lực từ việc học tập, thi cử cũng như định hướng nghề nghiệp trong tương lai. Nghiên cứu này nhằm khảo sát thực trạng căng thẳng, lo âu ở học sinh khối 9 tại một số trường trung học cơ sở trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh, từ đó đề xuất các biện pháp hỗ trợ phù hợp. Phương pháp nghiên cứu định lượng kết hợp định tính được sử dụng thông qua bảng hỏi và phỏng vấn sâu với học sinh và giáo viên. Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh khối 9 trải qua mức độ căng thẳng và lo âu trung bình đến cao là đáng kể, chủ yếu liên quan đến áp lực học tập, kỳ vọng từ gia đình và sự cạnh tranh trong kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10. Từ các kết quả thu được, nhóm nghiên cứu kiến nghị nhà trường, phụ huynh và các cơ quan giáo dục tăng cường phối hợp trong việc hỗ trợ tâm lý, nâng cao nhận thức và kỹ năng ứng phó với stress cho học sinh, góp phần tạo môi trường học đường lành mạnh và phát triển toàn diện.

Từ khóa: Căng thẳng, lo âu, học sinh lớp 9, thực trạng

AN INVESTIGATION INTO STRESS AND ANXIETY AMONG 9TH-GRADE STUDENTS IN SELECTED SECONDARY SCHOOLS IN HO CHI MINH CITY

Abstract: The final year of lower secondary school is a critical period during which students face considerable pressure from academic demands, examinations, and future career orientation. This study aims to investigate the current status of stress and anxiety among 9th-grade students at several lower secondary schools in Ho Chi Minh City, and to propose appropriate support measures. A mixed-method approach, combining quantitative surveys and in-depth interviews with students and teachers, was employed. The results indicate that a significant proportion of 9th-grade students experience moderate to high levels of stress and anxiety, mainly stemming from academic pressure, family expectations, and competition in the entrance exams for high school. Based on these findings, the research team recommends that schools, parents, and educational authorities strengthen their collaboration in providing psychological support, raising awareness, and equipping students with effective stress-coping skills, thereby contributing to a healthy and holistic school environment.

Keywords: Stress, anxiety, 9th-grade students, current situation

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn hiện nay, giáo dục Việt Nam đang trải qua nhiều chuyển biến mạnh mẽ về nội dung, phương pháp giảng dạy và đánh giá học sinh nhằm đáp ứng yêu cầu đổi mới toàn diện. Bên cạnh những thành tựu tích cực, học sinh – đặc biệt là ở cấp trung học cơ sở – đang đối mặt với nhiều áp lực từ hệ thống thi cử, khối lượng kiến thức ngày càng cao, và sự kỳ vọng từ gia đình, nhà trường cũng như xã hội. Những yếu tố này tác động không nhỏ đến sức khỏe tâm thần của học sinh, dẫn đến các biểu hiện căng thẳng, lo âu, thậm chí trầm cảm nếu không được phát hiện và hỗ trợ kịp thời [1].

¹ Giảng viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tranthinamk37@gmail.com

² Giáo viên Trung tâm Kỹ năng sống Giá Trị Việt

Học sinh khối 9 là nhóm học sinh đặc thù khi phải đối diện với kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10 – một bước ngoặt quan trọng trong hành trình học tập. Việc chọn trường, chọn lớp chuyên, đồng thời đáp ứng kỳ vọng từ phụ huynh và áp lực cạnh tranh học lực với bạn bè đã tạo nên một môi trường dễ phát sinh lo âu, căng thẳng ở lứa tuổi này [2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã chỉ ra rằng học sinh trong độ tuổi vị thành niên là nhóm có nguy cơ cao gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần nếu không được hỗ trợ phù hợp [3].

Đặc biệt tại các thành phố lớn như TP. Hồ Chí Minh – nơi có mật độ dân số cao, tốc độ phát triển nhanh và môi trường học tập cạnh tranh – tình trạng stress và lo âu học đường ở học sinh đang ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực chứng về tình trạng này trong phạm vi học sinh khối 9 vẫn còn hạn chế, đặc biệt là nghiên cứu kết hợp giữa định lượng và định tính nhằm phản ánh một cách toàn diện nguyên nhân, biểu hiện và nhu cầu hỗ trợ của học sinh.

Vì vậy, việc nghiên cứu thực trạng căng thẳng, lo âu của học sinh khối 9 tại một số trường trung học cơ sở trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh là cần thiết, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các biện pháp can thiệp phù hợp, đồng thời góp phần nâng cao chất lượng giáo dục toàn diện, trong đó có giáo dục sức khỏe tâm thần học đường.

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU/CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Căng thẳng và lo âu là hai trạng thái tâm lý phổ biến ở lứa tuổi học đường, đặc biệt trong giai đoạn chuyển tiếp như lớp 9 – khi học sinh đối mặt với kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10, định hướng tương lai học tập, cũng như áp lực từ gia đình và nhà trường. Căng thẳng (stress) được hiểu là phản ứng tâm – sinh lý của cơ thể trước những đòi hỏi vượt quá khả năng thích nghi, ứng phó của cá nhân. Theo Lazarus và Folkman (1984), căng thẳng xuất hiện khi cá nhân đánh giá rằng tình huống đang diễn ra vượt quá nguồn lực hiện có của họ và đe dọa đến sự ổn định về thể chất hoặc tinh thần [6]. Trong môi trường học đường, các yếu tố như bài kiểm tra, thi cử, lượng kiến thức lớn, thời gian học dày đặc, kỳ vọng điểm số cao... chính là những nguồn gây căng thẳng đáng kể.

Lo âu (anxiety) là một trạng thái cảm xúc tiêu cực, biểu hiện bằng sự lo lắng, hồi hộp và dự cảm không lành về tương lai. Lo âu học đường thường gắn liền với việc sợ thất bại, sợ bị đánh giá thấp hoặc không đạt kỳ vọng, từ đó gây ra những triệu chứng cả về mặt tâm lý (mất tập trung, bồn chồn, tự ti) lẫn sinh lý (đau đầu, tim đập nhanh, mất ngủ) [7]. Spielberger (1980) phân biệt rõ giữa lo âu trạng thái (state anxiety) – phản ứng tạm thời trước một tình huống cụ thể như kiểm tra – và lo âu đặc điểm (trait anxiety) – xu hướng ổn định lâu dài ở cá nhân hay cảm thấy lo lắng trước nhiều tình huống [8].

Từ góc độ phát triển tâm lý, học sinh lớp 9 thuộc giai đoạn tuổi vị thành niên – thời kỳ có nhiều thay đổi mạnh mẽ về thể chất, cảm xúc và nhận thức. Đây là lứa tuổi dễ bị tổn thương trước những tác động từ môi trường, đồng thời chưa có đủ kỹ năng và kinh nghiệm để tự điều chỉnh cảm xúc hiệu quả [1]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng học sinh trong giai đoạn này nếu không được hỗ trợ đúng lúc có thể dễ rơi vào trạng thái căng thẳng và lo âu kéo dài, ảnh hưởng đến kết quả học tập và phát triển tâm lý xã hội [3][4].

Tại Việt Nam, mặc dù vấn đề sức khỏe tâm thần học đường đã được quan tâm nhiều hơn trong những năm gần đây, song việc phát hiện và can thiệp đối với tình trạng căng thẳng, lo âu ở học sinh trung học cơ sở – đặc biệt khối 9 – vẫn chưa được thực hiện một cách hệ thống và sâu rộng. Theo Hoàng Thị Thu Hằng (2021), học sinh bậc Trung học cơ sở (THCS) gặp nhiều khó khăn trong việc bộc lộ và chia sẻ cảm xúc, dẫn đến việc giáo viên và phụ huynh thường không nhận biết được những dấu hiệu lo âu ở các em [5]. Bên cạnh đó, các chương trình tư vấn học đường hiện nay vẫn còn thiếu nhân lực chuyên môn và chưa được triển khai đồng đều ở các trường, đặc biệt là các trường công lập đông học sinh [9].

Trong bối cảnh học sinh lớp 9 đang phải chịu nhiều áp lực học tập và định hướng tương lai, việc tham khảo các mô hình can thiệp phòng ngừa lo âu học đường trên thế giới là cần thiết nhằm xây dựng những chương trình phù hợp với đặc điểm tâm lý và văn hóa học sinh Việt Nam. Một số mô hình hiệu quả đã được triển khai rộng rãi ở các quốc gia có nền giáo dục tiên tiến, có thể kể đến như sau:

MTSS là mô hình phổ biến tại Hoa Kỳ và nhiều nước phát triển, được thiết kế để hỗ trợ toàn diện cả về học tập lẫn sức khỏe tâm thần học đường, bao gồm ba tầng hỗ trợ chính:

- Tầng 1 (Phòng ngừa phổ quát): Tất cả học sinh đều được tiếp cận các chương trình giáo dục kỹ năng sống, quản lý cảm xúc, tăng cường khả năng phục hồi tâm lý (resilience). Mục tiêu là phòng ngừa lo âu và căng thẳng từ gốc thông qua xây dựng môi trường học đường tích cực.
- Tầng 2 (Can thiệp mục tiêu): Dành cho học sinh có nguy cơ cao, thể hiện các dấu hiệu ban đầu của lo âu như tránh né kiểm tra, mất ngủ, giảm kết quả học tập. Các em sẽ được tham gia nhóm can thiệp nhỏ, với sự hướng dẫn của giáo viên được đào tạo hoặc chuyên gia tư vấn.
- Tầng 3 (Can thiệp chuyên sâu): Đối tượng là những học sinh có biểu hiện lo âu nghiêm trọng, được hỗ trợ bởi nhà tâm lý học học đường, chuyên viên tư vấn hoặc bác sĩ tâm thần khi cần. [10]

Tại Mỹ và Hàn Quốc, nhân viên công tác xã hội học đường (NVCTXH) đóng vai trò cầu nối giữa học sinh – nhà trường – gia đình và cộng đồng. Nhiệm vụ chính gồm:

- Phát hiện các vấn đề tâm lý – xã hội của học sinh qua quan sát, trò chuyện và hợp tác với giáo viên.
- Tổ chức các hoạt động phòng ngừa: buổi nói chuyện chuyên đề, kỹ năng quản lý căng thẳng, diễn đàn chia sẻ cảm xúc.
- Phối hợp với phụ huynh và chuyên gia để đưa ra can thiệp phù hợp với từng trường hợp.
- Cung cấp tư vấn cá nhân hoặc theo nhóm cho học sinh đang gặp khó khăn tâm lý. [11]

Tại Úc và Canada, việc xây dựng môi trường học tích cực đi kèm với các chương trình can thiệp dựa trên liệu pháp nhận thức – hành vi (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) được chứng minh hiệu quả trong phòng ngừa và điều trị lo âu học đường. Các hoạt động can thiệp bao gồm:

- Dạy học sinh nhận diện suy nghĩ tiêu cực và thay thế bằng suy nghĩ tích cực, phù hợp với thực tế.

- Huấn luyện kỹ năng giải quyết vấn đề, thư giãn, kiểm soát cảm xúc.
- Tổ chức nhóm hỗ trợ học sinh theo các chủ đề như: lo âu thi cử, khó khăn trong giao tiếp, áp lực kỳ vọng,...[12]

Tổng hợp các nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy rằng việc nhận diện sớm và đánh giá đúng thực trạng căng thẳng, lo âu của học sinh lớp 9 là vô cùng quan trọng. Nó không chỉ giúp các em có cơ hội được hỗ trợ kịp thời mà còn góp phần xây dựng môi trường học tập lành mạnh, an toàn và phát triển toàn diện. Cơ sở lý thuyết này sẽ là nền tảng để nhóm nghiên cứu thiết kế công cụ khảo sát, phân tích dữ liệu và đưa ra các khuyến nghị thực tiễn phù hợp với bối cảnh giáo dục tại TP. Hồ Chí Minh.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng kết hợp giữa định lượng và định tính nhằm đảm bảo tính toàn diện trong việc khảo sát, phân tích và lý giải thực trạng căng thẳng, lo âu của học sinh khối 9. Phương pháp định lượng giúp thu thập dữ liệu với quy mô rộng và phân tích thống kê, trong khi phương pháp định tính cho phép khai thác sâu hơn về cảm xúc, trải nghiệm và bối cảnh của hiện tượng. Dữ liệu định lượng được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS và phỏng vấn sâu từ **10 -15 học sinh lớp 9** (được chọn từ mẫu định lượng có điểm DASS cao hoặc có biểu hiện tiêu biểu), **5 giáo viên chủ nhiệm hoặc giáo viên tâm lý học đường** tại các trường được khảo sát. Câu hỏi phỏng vấn xoay quanh các chủ đề: cảm nhận về áp lực học tập, nguồn gốc gây căng thẳng, cách đối mặt, vai trò của người lớn trong việc hỗ trợ tâm lý và đề xuất giải pháp.

Tiêu chí lựa chọn học sinh phỏng vấn sâu:

- Có điểm DASS (Depression – Anxiety – Stress Scales) cao, đặc biệt ở thang lo âu (Anxiety Scale), vượt ngưỡng trung bình theo thang đo chuẩn.
- Có biểu hiện hành vi/ cảm xúc tiêu biểu liên quan đến căng thẳng, lo âu như: hay khóc, mất ngủ, trầm lặng, lo lắng quá mức khi thi cử hoặc bị phê bình (do giáo viên chủ nhiệm xác nhận).
- Đồng ý tham gia và có sự đồng thuận của phụ huynh (đối với học sinh dưới 16 tuổi).

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc tính của người tham gia khảo sát

Dữ liệu khảo sát được thu thập từ học sinh thuộc ba trường trung học cơ sở trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, bao gồm: Trường Trần Phú, Trường Lý Thường Kiệt và Trường An Lạc. Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh từ mỗi trường tham gia khảo sát là tương đương nhau, mỗi trường chiếm 33,3% tổng số mẫu (trong đó có 50% là học sinh nam và 50% là học sinh nữ). Điều này cho thấy mẫu khảo sát có sự cân đối về giới tính, đảm bảo tính đại diện cho cả hai nhóm giới trong phân tích dữ liệu và đối chiếu kết quả. Qua đó, phản ánh sự phân bố đồng đều về mặt địa lý và môi trường học tập trong quá trình lựa chọn mẫu, góp phần đảm bảo tính khách quan và đại diện của nghiên cứu đối với các đặc điểm đặc trưng của học sinh lớp 9 tại các khu vực khác nhau trong thành phố.

4.2. Người đang sống cùng học sinh

Bảng 1: Người đang sống cùng

Người đang sống cùng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sống cùng ba mẹ	434	96.4
Sống cùng ông bà	6	1.3
Sống cùng ba hoặc mẹ	10	2.3
Sống một mình	0	0

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Kết quả khảo sát về tình hình người đang sống cùng của học sinh lớp 9 cho thấy đa số các em đang sống trong môi trường gia đình có sự hiện diện của cha mẹ. Cụ thể, có 434 học sinh (chiếm 96,4%) sống cùng ba mẹ, có 6 em (tương ứng 1,3%) sống cùng ông bà và có 10 em (ứng với 2,3%) sống cùng với ba hoặc mẹ. Không có học sinh nào báo cáo sống một mình (0%).

Tỷ lệ học sinh sống cùng ba mẹ cao phản ánh đặc điểm phổ biến của cấu trúc gia đình tại Việt Nam, nơi mô hình gia đình hạt nhân vẫn chiếm ưu thế và cha mẹ đóng vai trò trung tâm trong việc chăm sóc, giáo dục con cái. Đây có thể được xem là yếu tố bảo vệ (protective factor) về mặt tâm lý đối với học sinh, bởi sự hiện diện của cha mẹ thường gắn liền với sự hỗ trợ về mặt tinh thần, quản lý học tập và can thiệp kịp thời khi các em gặp khó khăn.

Ngược lại, nhóm học sinh sống với ông bà – tuy chiếm tỷ lệ thấp – có thể đối mặt với nguy cơ thiếu hụt sự hỗ trợ phù hợp trong học tập và phát triển tâm lý nếu người chăm sóc không có đủ điều kiện hoặc kỹ năng tương tác phù hợp với lứa tuổi vị thành niên.

Việc không có học sinh nào sống một mình cũng phản ánh thực tế văn hóa xã hội Việt Nam, nơi học sinh phổ thông hiếm khi tách khỏi gia đình. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng dù sống cùng cha mẹ, học sinh vẫn có thể trải nghiệm căng thẳng và lo âu nếu môi trường gia đình thiếu sự quan tâm tích cực, hoặc đặt ra kỳ vọng quá cao. Do đó, sự hiện diện về mặt vật lý của cha mẹ cần đi kèm với chất lượng tương tác và hỗ trợ cảm xúc thực chất để phát huy vai trò tích cực trong việc phòng ngừa các vấn đề tâm lý học đường.

4.3. Học lực của người tham gia khảo sát

Bảng 2: Học lực của người tham gia khảo sát

Học lực của người tham gia khảo sát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giỏi	123	27.3
Khá	240	53.3
Trung bình	85	18.9
Yếu	2	0.4

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Kết quả khảo sát về học lực của học sinh lớp 9 tham gia nghiên cứu cho thấy phần lớn các em có học lực ở mức khá và giỏi. Cụ thể, có 240 học sinh đạt học lực khá (chiếm 53,3%) và 123 học sinh đạt học lực giỏi (27,3%). Như vậy, gần 81% học sinh được khảo sát nằm trong

nhóm học lực từ khá trở lên. Trong khi đó, có 85 học sinh (18,9%) có học lực trung bình và chỉ 2 học sinh (0,4%) có học lực yếu.

Tỷ lệ cao của học sinh khá giỏi cho thấy nhóm đối tượng khảo sát phần lớn đang duy trì được kết quả học tập tích cực. Tuy nhiên, đây cũng có thể là nhóm đối tượng dễ chịu áp lực từ kỳ vọng thành tích, sự cạnh tranh trong kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10, cũng như sự kỳ vọng từ gia đình và nhà trường. Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng những học sinh có học lực cao đôi khi phải đối mặt với mức độ căng thẳng lớn hơn do sợ thất bại hoặc không đạt kỳ vọng (Lazarus & Folkman, 1984) [1].

Mặt khác, nhóm học sinh trung bình và yếu – mặc dù chiếm tỷ lệ nhỏ hơn – có nguy cơ trải qua lo âu học đường do cảm giác tự ti, thiếu động lực học tập hoặc áp lực cải thiện thành tích. Đối với nhóm này, yếu tố tâm lý có thể ảnh hưởng ngược lại đến khả năng học tập, tạo nên vòng luẩn quẩn giữa lo âu và kết quả học tập kém (Putwain, 2007) [2].

“Em hiện tại đang đặt mục tiêu vào trường chuyên ở Thành phố Hồ Chí Minh” (Phỏng vấn sâu 1, Học sinh, Nữ, THCS Trần Phú, Quận 10)

“Dù học lực của em hiện tại là Khá nhưng em cũng đang nỗ lực để đậu vào trường công vì em không muốn ba mẹ tốn nhiều tiền cho em học trường tư” (Phỏng vấn sâu 2, Học sinh, Nam, THCS Lý Thường Kiệt, Quận Tân Bình)

Nhìn chung, học lực là một yếu tố liên quan mật thiết đến trạng thái tâm lý của học sinh. Do đó, trong các chương trình hỗ trợ sức khỏe tinh thần học đường, cần lưu ý đến đặc điểm học lực của từng nhóm để có biện pháp can thiệp phù hợp, cả về động viên học tập lẫn giảm áp lực tâm lý.

4.4. Thực trạng căng thẳng, lo âu của học sinh khối 9 của 3 trường

Bảng 3: Thực trạng căng thẳng, lo âu của học sinh khối 9 của 3 trường

Trường	Số học sinh lớp 9	Số học sinh căng thẳng, lo âu	Tỷ lệ (%)
An Lạc	150	60	40
Lý Thường Kiệt	150	45	30
Trần Phú	150	75	50
Tổng cộng	450	180	40

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Bảng số liệu cho thấy trong tổng số 450 học sinh lớp 9 được khảo sát tại ba trường trung học cơ sở trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh, có 180 học sinh (chiếm 40%) có biểu hiện căng thẳng, lo âu ở các mức độ khác nhau. Tuy nhiên, tỷ lệ này có sự khác biệt đáng kể giữa các trường.

Cụ thể, Trường THCS Trần Phú ghi nhận tỷ lệ học sinh căng thẳng, lo âu cao nhất, với 75 học sinh (chiếm 50%). Đây là mức đáng lưu ý và gợi ý rằng học sinh tại trường này có thể đang phải chịu áp lực lớn hơn so với hai trường còn lại. Trong khi đó, Trường THCS An Lạc có 60 học sinh gặp vấn đề căng thẳng, lo âu (chiếm 40%), bằng với tỷ lệ trung bình chung toàn mẫu khảo sát. Tỷ lệ thấp nhất được ghi nhận tại Trường THCS Lý Thường Kiệt với 45 học sinh (30%) gặp căng thẳng, lo âu.

Sự khác biệt về tỷ lệ căng thẳng giữa các trường có thể đến từ nhiều yếu tố như môi trường học tập, mức độ kỳ vọng học tập từ giáo viên và phụ huynh, điều kiện cơ sở vật chất, chương trình học hoặc đặc điểm tâm lý học sinh theo khu vực. Ví dụ, nếu Trường Trần Phú đặt trọng tâm quá cao vào thành tích hoặc có môi trường học cạnh tranh gay gắt, điều đó có thể làm gia tăng áp lực tâm lý cho học sinh.

“Mỗi ngày em học từ sáng đến tối, ngoài giờ học ở trường còn học thêm Toán, Văn, Anh. Ba mẹ kỳ vọng em phải vào trường chuyên nên lúc nào em cũng thấy áp lực, nhất là khi điểm thi không như mong muốn.” (Phỏng vấn sâu 3, Học sinh, Nữ, lớp 9A1, Trường THCS Trần Phú)

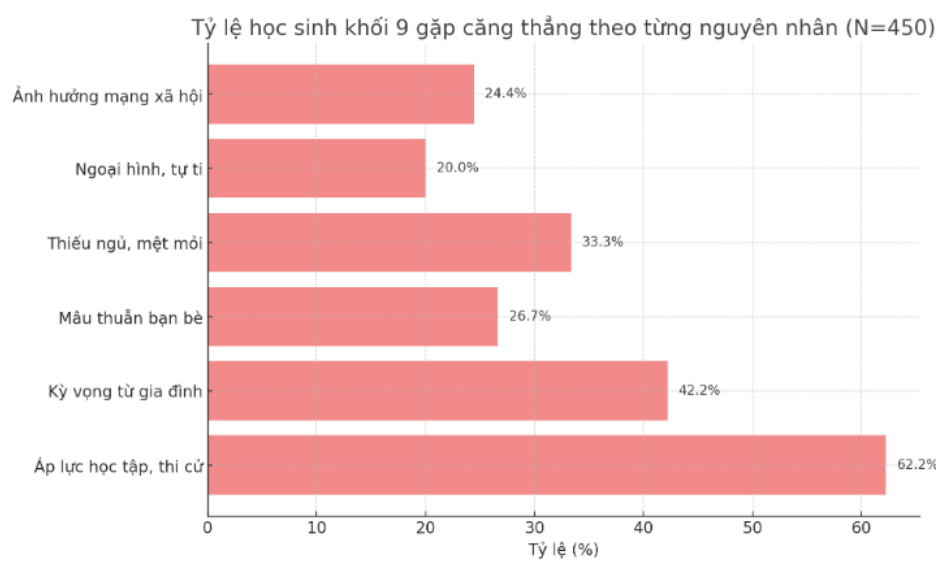
“Tôi nhận thấy nhiều em học sinh của mình đang chịu áp lực rất lớn, nhất là những em học khá giỏi. Có em đã bật khóc ngay trong lớp vì không chịu nổi kỳ vọng của gia đình.” (Phỏng vấn sâu 4, Giáo viên chủ nhiệm lớp 9, Nữ, Trường THCS Trần Phú)

“Học sinh lớp 9 là đối tượng dễ bị căng thẳng nhất vì đây là năm học có tính bước ngoặt. Tôi đã tiếp nhận nhiều ca có dấu hiệu lo âu quá mức, trong đó có em từng nghĩ đến việc bỏ học hoặc tự làm tổn thương bản thân.” (Phỏng vấn sâu 5, Giáo viên, Nữ, Trường THCS Lý Thường Kiệt)

Kết quả này cho thấy rằng tình trạng căng thẳng, lo âu không phân bố đều giữa các cơ sở giáo dục, và việc xây dựng các chương trình can thiệp cần có tính đến bối cảnh đặc thù của từng trường. Đặc biệt, Trường Trần Phú cần được ưu tiên hỗ trợ về mặt tâm lý học đường, trong khi Trường Lý Thường Kiệt có thể đóng vai trò tham khảo trong việc tìm hiểu các yếu tố bảo vệ giúp giảm mức độ lo âu của học sinh.

4.5. Tỷ lệ học sinh khối 9 gặp căng thẳng theo từng nguyên nhân

Biểu đồ 1: Tỷ lệ học sinh khối 9 gặp căng thẳng theo từng nguyên nhân



(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh lớp 9 là nhóm đối tượng đang chịu áp lực tâm lý đặc biệt lớn trong môi trường học đường, với nhiều nguyên nhân gây căng thẳng cùng lúc, trong đó áp lực học tập và thi cử chiếm tỷ lệ cao nhất (62,2%). Đây là giai đoạn bản lề trong lộ trình học

tập, khi học sinh phải chuẩn bị cho kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10 – một cột mốc quan trọng không chỉ về mặt học thuật mà còn có ý nghĩa lớn đối với tương lai học sinh và kỳ vọng từ phía gia đình.

Áp lực thi cử trong giai đoạn này không đơn thuần là nỗi lo kiến thức hay kỹ năng, mà còn liên quan đến cảm giác sợ thất bại, lo lắng bị so sánh với bạn bè, và nỗi sợ không đạt được chuẩn mực xã hội. Những cảm xúc tiêu cực này kéo dài dễ dẫn đến tình trạng căng thẳng mạn tính, mất ngủ, mệt mỏi và giảm hiệu quả học tập, từ đó tạo nên một vòng luẩn quẩn khó thoát.

Đứng thứ hai trong các nguyên nhân là kỳ vọng từ gia đình (42,2%). Nhiều học sinh phải đối diện với áp lực tâm lý do kỳ vọng quá mức từ cha mẹ, như mong muốn đậu vào trường công lập, đạt điểm cao, hoặc trở thành “niềm tự hào” của gia đình. Khi không đáp ứng được những kỳ vọng này, học sinh dễ rơi vào trạng thái mất tự tin, lo âu kéo dài, thậm chí cảm thấy mình “kém cỏi” hoặc “thất bại”, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển nhân cách và động lực học tập.

Bên cạnh đó, tình trạng thiếu ngủ, mệt mỏi (33,3%) là hệ quả trực tiếp của lịch học dày đặc, đặc biệt là việc học thêm ngoài giờ kéo dài đến đêm khuya, như được thể hiện qua lời chia sẻ:

“Em phải học thêm mỗi ngày đến 9 giờ tối, rồi về làm bài đến 12 giờ. Em rất mệt và chỉ sợ không đậu vào trường công lập.”(Phỏng vấn sâu 6, Học sinh, Lớp 9A3, Nữ, Trường THCS An Lạc)

Thiếu ngủ không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn làm suy giảm khả năng tập trung, ghi nhớ và điều tiết cảm xúc, gia tăng nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm.

Ngoài ra, các yếu tố xã hội như mâu thuẫn bạn bè (26,7%) và ảnh hưởng từ mạng xã hội (24,4%) cũng góp phần gia tăng áp lực tâm lý. Tuổi vị thành niên là giai đoạn nhạy cảm với các mối quan hệ xã hội và hình ảnh bản thân, do đó những xung đột trong giao tiếp hoặc so sánh tiêu cực trên mạng có thể làm tăng cảm giác bất an, tự ti và dễ tổn thương.

Cuối cùng, mặc dù chỉ chiếm 20%, vấn đề về ngoại hình và sự tự ti cũng là một nguyên nhân đáng chú ý. Trong bối cảnh mạng xã hội lan truyền hình mẫu lý tưởng về ngoại hình, học sinh dễ rơi vào trạng thái tự so sánh, không hài lòng với bản thân, từ đó ảnh hưởng đến lòng tự trọng và sức khỏe tâm lý.

Tổng thể, học sinh lớp 9 đang phải đối mặt với một tổ hợp phức tạp các áp lực mang tính học tập, xã hội và cá nhân, trong đó nhiều em chịu tác động từ nhiều nguyên nhân đồng thời. Hệ quả không chỉ dừng lại ở sự mệt mỏi tạm thời, mà còn có thể dẫn đến rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm, hoặc suy giảm khả năng thích ứng, nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời.

4.6. Ảnh hưởng của căng thẳng, lo âu đến học tập và cuộc sống của học sinh

Bảng 4: Ảnh hưởng của căng thẳng, lo âu đến học tập và cuộc sống của học sinh

Ảnh hưởng	Số học sinh chọn	Tỷ lệ (%)
Mất tập trung, giảm khả năng tiếp thu	260	57.8
Hay quên, học trước quên sau	190	42.2
Trầm cảm, thu mình, ngại giao tiếp	160	35.6
Mất ngủ, mệt mỏi, đau đầu thường xuyên	145	32.2
Bỏ bê học tập, trốn học	86	18.9
Có suy nghĩ tiêu cực (tự làm tổn thương)	68	15

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

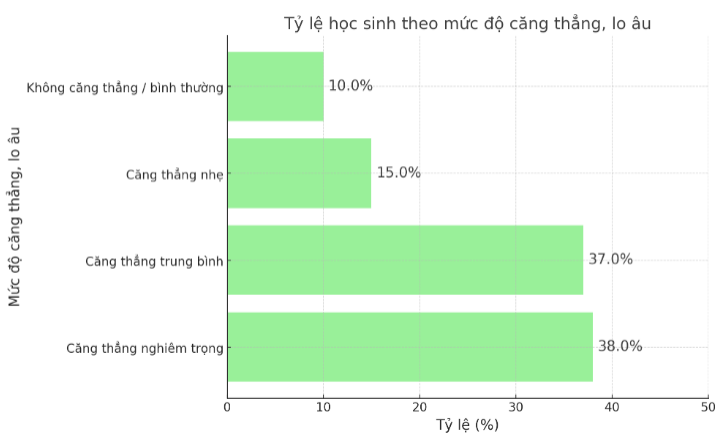
Kết quả nghiên cứu cho thấy căng thẳng ở học sinh khối 9 không chỉ dừng lại ở cảm xúc tức thời mà đã để lại nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần và hành vi học tập của các em. Biểu hiện phổ biến nhất là mất tập trung, giảm khả năng tiếp thu, chiếm tỷ lệ 57.8%, cho thấy ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả học tập. Tiếp theo là tình trạng hay quên, học trước quên sau (42.2%) và các biểu hiện tâm lý như trầm cảm, thu mình, ngại giao tiếp (35.6%) – đây là những dấu hiệu cho thấy các em đang bị tổn thương tâm lý ở mức độ nhất định. Ngoài ra, mất ngủ, mệt mỏi, đau đầu thường xuyên (32.2%) cho thấy căng thẳng kéo dài đã ảnh hưởng đến cả thể chất. Đáng lo ngại là có tới 18.9% học sinh cho biết đã từng bỏ bê học tập hoặc trốn học và 15% có suy nghĩ tiêu cực, thậm chí liên quan đến hành vi tự làm tổn thương bản thân (như: lấy bút đâm vào tay, cào vào tay cho rách da, cắn hết móng tay, nhổ tóc, cắn tay, lấy đầu bút nhọn đâm vào tay...). Những con số này cảnh báo rằng tình trạng căng thẳng nếu không được nhận diện và hỗ trợ kịp thời có thể chuyển biến thành vấn đề tâm lý nghiêm trọng, ảnh hưởng lâu dài đến sự phát triển toàn diện của học sinh.

“Một số trường hợp có biểu hiện trầm cảm nhẹ, thu mình, né tránh bạn bè và thầy cô. Điều đáng lo ngại là học sinh thường giấu cảm xúc thật, đến khi bùng phát thì đã ở mức đáng báo động.” (Phỏng vấn sâu 7, Giáo viên, Nữ, Trường THCS Lý Thường Kiệt)

“Tôi từng tiếp nhận một trường hợp học sinh học giỏi nhưng bị mẹ so sánh liên tục với bạn bè, khiến em luôn cảm thấy mình không đủ tốt. Em ấy từng dùng dao lam rạch tay khi có điểm thấp. Đây là lời cảnh tỉnh cho tất cả chúng ta – cha mẹ, giáo viên, và cả hệ thống giáo dục – về việc quan tâm đúng cách đến sức khỏe tinh thần của học sinh.” (Phỏng vấn sâu 8, Giáo viên kỹ năng sống, Nữ, Trường THCS Trần Phú)

4.7. Mức độ căng thẳng, lo âu của học sinh

Biểu đồ 2: Mức độ căng thẳng, lo âu của học sinh



(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Biểu đồ trên phản ánh thực trạng đáng lo ngại về sức khỏe tâm lý của học sinh khối 9 tại một số trường ở TP. Hồ Chí Minh. Cụ thể, tỷ lệ học sinh rơi vào trạng thái căng thẳng trung bình và nghiêm trọng chiếm đến 75%, trong đó mức nghiêm trọng lên tới 38% — cao nhất trong bốn mức độ. Chỉ 10% học sinh cho biết mình không căng thẳng hoặc ở trạng thái bình

thường. Điều này cho thấy phần lớn học sinh đang chịu đựng áp lực tâm lý nặng nề trong giai đoạn học tập quan trọng, có thể ảnh hưởng đến kết quả học tập, hành vi xã hội và sức khỏe tinh thần. Trước thực trạng này, nhà trường và phụ huynh cần phối hợp chặt chẽ để kịp thời nhận diện, hỗ trợ tâm lý cho học sinh. Đồng thời, việc điều chỉnh chương trình học tập, giảm áp lực thi cử và tăng cường các hoạt động rèn luyện kỹ năng sống, chăm sóc sức khỏe tinh thần cũng là những biện pháp thiết thực nhằm cải thiện tình hình.

“Tôi nhận thấy nhiều học sinh tỏ ra mệt mỏi, ít nói hoặc hay cáu gắt trong lớp, nhất là vào giai đoạn gần thi tuyển sinh lớp 10. Khi hỏi chuyện, nhiều em thừa nhận cảm thấy áp lực vì kỳ vọng của bố mẹ và sợ không đạt kết quả tốt.” (Phỏng vấn sâu 9, Giáo viên chủ nhiệm, Nữ, Trường THCS Lý Thường Kiệt)

“Không phải em nào cũng sẵn sàng chia sẻ. Có em giấu kín cảm xúc, chỉ đến khi học lực sa sút hoặc có hành vi khác thường, chúng tôi mới phát hiện được dấu hiệu bất ổn.” (Phỏng vấn sâu 10, Giáo viên chủ nhiệm, Nữ, THCS An Lạc)

“Em đang muốn qua giai đoạn kinh khủng này thật nhanh. Nhiều bạn của em còn muốn nghỉ học để đi học nghề cho đỡ áp lực”. (Phỏng vấn sâu 11, Học sinh, Nam, Lớp 9A5, Trường THCS An Lạc)

4.8. Phản ứng/cách đối phó với căng thẳng, lo âu

Bảng 5: Phản ứng/cách đối phó với căng thẳng, lo âu

Phản ứng/ Cách đối phó	Số học sinh chọn	Tỷ lệ (%)
Nghe nhạc, giải trí (xem phim, chơi game)	210	46.7
Tâm sự với bạn bè	170	37.8
Tâm sự với người thân (cha mẹ, anh chị)	120	26.7
Giữ trong lòng, im lặng	190	42.2
Khóc, nổi giận, phản ứng cảm xúc mạnh	90	20
Tìm đến giáo viên, chuyên gia tâm lý	30	6.7

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Kết quả nghiên cứu về cách đối phó với căng thẳng, lo âu của học sinh khối 9 tại một số trường ở TP. Hồ Chí Minh cho thấy, biện pháp phổ biến nhất là nghe nhạc, giải trí (xem phim, chơi game), được 210 học sinh lựa chọn, chiếm 46.7%. Điều này phản ánh xu hướng học sinh tìm đến các hình thức giải trí để giảm căng thẳng một cách nhanh chóng và dễ dàng, tuy nhiên đây chỉ là giải pháp tạm thời, không xử lý tận gốc các vấn đề tâm lý. Ngoài ra, một tỷ lệ lớn học sinh cũng lựa chọn chia sẻ với bạn bè (37.8%) hoặc người thân như cha mẹ, anh chị (26.7%), cho thấy vai trò quan trọng của các mối quan hệ xã hội trong việc hỗ trợ tinh thần. Đáng chú ý, có tới 42.2% học sinh chọn cách giữ trong lòng, im lặng – đây là một dấu hiệu đáng lo ngại vì có thể dẫn đến tích tụ cảm xúc tiêu cực. Bên cạnh đó, khóc, nổi giận, phản ứng cảm xúc mạnh như: Tự giam mình vào phòng, đánh đập đồ vật, hét lớn và đập bàn ghế chiếm 20%. Chỉ có 6.7% học sinh tìm đến giáo viên hoặc chuyên gia tâm lý, cho thấy việc tiếp cận hỗ trợ chuyên môn còn rất hạn chế, có thể do rào cản tâm lý, thiếu thông tin hoặc điều kiện tiếp cận chưa thuận lợi. Những kết quả này gợi ý cần có thêm các biện pháp giáo dục cảm xúc, hỗ trợ tâm lý học đường và nâng cao nhận thức cho học sinh về các kênh hỗ trợ sức khỏe tinh thần phù hợp.

“Khi em cảm thấy quá mệt mỏi vì học hành hay áp lực điểm số, em thường nghe nhạc hoặc chơi game để tạm quên đi mọi thứ. Em không muốn nói với ai vì sợ bị đánh giá là yếu đuối.” (Phỏng vấn sâu 12, Học sinh, lớp 9A4, Nam, Trường THCS Trần Phú)

“Nhiều em vẫn còn e ngại khi đến phòng tham vấn. Các em lo lắng bị bạn bè biết hoặc cảm thấy không quen chia sẻ với người lớn lạ mặt.” (Phỏng vấn sâu 13, Giáo viên, Nữ, Trường THCS An Lạc)

5. KẾT LUẬN HOẶC GIẢI PHÁP/KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, có thể thấy rằng căng thẳng và lo âu là hiện tượng phổ biến ở học sinh khối 9, với gần 70% học sinh trải qua các mức độ căng thẳng khác nhau, trong đó có không ít em ở mức trung bình và nghiêm trọng. Học sinh chủ yếu lựa chọn các hình thức giải trí hoặc chia sẻ với bạn bè để đối phó, trong khi tỷ lệ tìm đến sự hỗ trợ chuyên môn từ giáo viên hoặc chuyên gia tâm lý vẫn còn rất thấp. Thực trạng này phản ánh một khoảng trống trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần học đường.

Dựa trên các mô hình quốc tế hiệu quả và phù hợp với điều kiện của Việt Nam, chúng tôi đề xuất triển khai mô hình hỗ trợ tâm lý học đường ba tầng (3-tier intervention model) như sau:

Tầng 1 – Phòng ngừa phổ quát (Universal Prevention): Áp dụng cho toàn bộ học sinh. Các buổi học kỹ năng sống định kỳ, đặc biệt là kỹ năng kiểm soát cảm xúc, kỹ năng giải quyết vấn đề, tư duy tích cực, và giảm stress. Chuyên đề tâm lý học đường, tổ chức dưới dạng workshop hoặc hội thảo tương tác. Xây dựng môi trường học tích cực, thân thiện, giảm áp lực điểm số đơn thuần, tăng trải nghiệm học sinh.

Tầng 2 – Hỗ trợ mục tiêu (Targeted Support): Dành cho học sinh có biểu hiện lo âu, căng thẳng mức độ vừa hoặc thuộc nhóm nguy cơ cao (theo đánh giá từ thang đo DASS, giáo viên chủ nhiệm, hoặc tự khai). Trị liệu nhóm nhỏ (group therapy): hướng dẫn học sinh thực hành các kỹ thuật quản lý căng thẳng, nhận diện và điều chỉnh suy nghĩ tiêu cực. Tham vấn cá nhân ngắn hạn với giáo viên tâm lý hoặc nhân viên công tác xã hội học đường. Theo dõi tiến triển và lập hồ sơ hỗ trợ theo thời gian.

Tầng 3 – Can thiệp chuyên sâu (Intensive Intervention): Dành cho học sinh có biểu hiện lo âu nghiêm trọng, rối loạn cảm xúc rõ rệt. Tham vấn chuyên sâu bởi chuyên viên tâm lý học đường hoặc chuyên gia ngoài trường. Phối hợp với phụ huynh và giới thiệu sang cơ sở y tế chuyên khoa nếu cần. Theo dõi và thiết kế kế hoạch hỗ trợ riêng biệt (individual support plan – ISP).

Trên cơ sở đó, chúng tôi kiến nghị nhà trường cần tăng cường các hoạt động tư vấn học đường, tổ chức các buổi giáo dục kỹ năng sống, kỹ năng kiểm soát cảm xúc và ứng phó với stress cho học sinh. Phụ huynh cần được nâng cao nhận thức về vai trò của gia đình trong việc hỗ trợ tâm lý và tạo điều kiện để con cái được bộc lộ cảm xúc một cách an toàn. Đồng thời, các cơ quan giáo dục cần đẩy mạnh chính sách phát triển dịch vụ tâm lý học đường, bố trí đội ngũ chuyên viên được đào tạo bài bản và tạo hành lang pháp lý để phối hợp giữa nhà trường – gia đình – xã hội. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các bên không chỉ góp phần giảm thiểu căng thẳng mà còn xây dựng một môi trường học đường lành mạnh, nhân văn, tạo nền tảng cho sự phát triển toàn diện của học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Hoa (2020), *Tâm lý học phát triển*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Lê Thị Thanh Bình (2019), “Áp lực học đường và ảnh hưởng đến học sinh cuối cấp THCS”, *Tạp chí Khoa học Giáo dục*, số 14, tr. 45–52.
3. Compas, B.E. et al. (2017), “Stress and Coping Mechanisms in Adolescents”, *Journal of Adolescent Health*, 61(2), pp. 211–217.
4. World Health Organization (2021), *Adolescent mental health*.
5. Hoàng Thị Thu Hằng (2021), “Thực trạng và nhu cầu tư vấn tâm lý học đường ở học sinh THCS”, *Tạp chí Tâm lý học*, số 5, tr. 28–35.
6. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
7. Spielberger, C.D. (1980). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
8. assady, J.C. & Johnson, R.E. (2002). “Cognitive Test Anxiety and Academic Performance”, *Contemporary Educational Psychology*, 27(2), 270–295.
9. Trần Văn Công (2022), “Lo âu và stress ở học sinh Việt Nam: Thực trạng và giải pháp”, *Tạp chí Nghiên cứu Giáo dục*, số 30, tr. 60–68.
10. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
11. Spielberger, C. D. (1980). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. University of South Florida, Human Resources Institute.
12. Hoàng Thị Thu Hằng. (2021). Một số vấn đề về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học cơ sở. *Tạp chí Giáo dục*, (502), 58–62.

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG: GÓC NHÌN TỪ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ths. Nguyễn Thị Lệ Thuỷ¹, TS. Trần Song Giang²,
Ths. Nguyễn Hải Chiêu², Ths. Vũ Ngọc Anh Thu², CN. Nguyễn Thị Lanh

Tóm tắt: Tái hòa nhập cộng đồng hoặc nguy cơ tái nhập viện của người bệnh sau điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai là một thách thức lớn, không chỉ về mặt chuyên môn y tế mà còn đặt ra nhiều vấn đề xã hội, đặc biệt liên quan đến sức khỏe tâm thần của người bệnh. Sau giai đoạn điều trị nội trú, các trường hợp liệt nửa người, liệt tứ chi vẫn đối mặt với những khó khăn nghiêm trọng trong việc tự chăm sóc bản thân, di chuyển, giao tiếp và tham gia các hoạt động xã hội. Những hạn chế về thể chất đi kèm với cảm giác mất tự tin, cô lập, lo âu hoặc trầm cảm khiến người bệnh dễ suy sụp tinh thần nếu không được hỗ trợ kịp thời. Môi trường sống tại cộng đồng thường thiếu các điều kiện hỗ trợ cần thiết như hạ tầng tiếp cận, thiết bị trợ giúp hoặc dịch vụ chăm sóc tại nhà. Trong khi đó, gia đình vốn là chỗ dựa chủ yếu, đôi khi lại chưa được trang bị đầy đủ kiến thức, kỹ năng hoặc không đủ nguồn lực kinh tế để đáp ứng nhu cầu chăm sóc lâu dài. Điều này càng làm tăng nguy cơ người bệnh tái nhập viện do biến chứng về sức khỏe thể chất hoặc các rối loạn tâm lý không được phát hiện và can thiệp đúng lúc. Từ thực tế đó, nhu cầu xây dựng mô hình chăm sóc toàn diện, liên tục, đặc biệt chú trọng đến yếu tố sức khỏe tâm thần là vô cùng cấp thiết. Nhằm nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng và giúp người bệnh thực sự tái hòa nhập cộng đồng một cách bền vững, đội ngũ nhân viên Công tác xã hội – Bệnh viện Bạch Mai đã và đang tích cực triển khai nhiều hoạt động hỗ trợ thiết thực, kết nối giữa bệnh viện, gia đình và cộng đồng, cũng như phát triển mạng lưới hỗ trợ xã hội. Cụ thể, các nhóm nhu cầu hỗ trợ người bệnh được xác định:

(1) Nhu cầu chăm sóc y tế: Người bệnh cần được theo dõi thường xuyên cả về thể chất lẫn tinh thần. Việc đánh giá định kỳ các dấu hiệu trầm cảm, lo âu, rối loạn thích nghi hay sang chấn tâm lý sau chấn thương là rất quan trọng để kịp thời tư vấn, hỗ trợ tâm lý và ngăn ngừa nguy cơ tái nhập viện.

(2) Nhu cầu thích nghi với cuộc sống mới: Với những hạn chế vận động, người bệnh cần được hỗ trợ điều chỉnh môi trường sống phù hợp. Kỹ thuật viên phục hồi chức năng sẽ phối hợp với người bệnh và gia đình để thiết kế không gian sinh hoạt an toàn, thuận tiện, tạo điều kiện duy trì tinh thần tích cực và khuyến khích sự độc lập.

(3) Nhu cầu định hướng nghề nghiệp: Việc được học nghề mới, phù hợp với khả năng thể chất và sở thích cá nhân sau điều trị không chỉ giúp người bệnh có thể tự chủ kinh tế mà còn góp phần khôi phục lòng tự trọng, giảm căng thẳng tâm lý và tăng động lực sống.

(4) Hỗ trợ xã hội và hòa nhập cộng đồng: Cần có sự tham gia của chính quyền địa phương, tổ dân phố và các tổ chức xã hội để người bệnh được tiếp cận các dịch vụ chính hình, dụng cụ trợ giúp và tham gia sinh hoạt cộng đồng, qua đó từng bước lấy lại sự tự tin và cảm giác thuộc về xã hội – yếu tố then chốt trong phục hồi sức khỏe tâm thần.

Từ khoá: Công tác xã hội, tái hòa nhập cộng đồng, phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai, mạng lưới hỗ trợ xã hội.

NEEDS FOR COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE OF PATIENTS AFTER REHABILITATION TREATMENT: PERSPECTIVE FROM SOCIAL WORK ACTIVITIES - BACH MAI HOSPITAL

Abstract: Reintegration into the community or the risk of re-hospitalization of patients after treatment at the Rehabilitation Center - Bach Mai Hospital is a major challenge, not only in terms of medical expertise but also raises many social issues, especially related to the patient's mental health. After the inpatient treatment period, hemiplegia and quadriplegia still face serious difficulties in self-care, mobility, communication

¹ Bệnh viện Bạch Mai, ntl@bachmai.edu.vn

² Bệnh viện Bạch Mai

and participation in social activities. Physical limitations accompanied by feelings of loss of confidence, isolation, anxiety or depression make patients susceptible to mental breakdown if not supported promptly. Community living environments often lack the necessary support facilities such as accessibility infrastructure, assistive devices or home care services. Meanwhile, families, which are the main source of support, are sometimes not fully equipped with the knowledge, skills or financial resources to meet the needs of long-term care. This further increases the risk of re-hospitalization due to physical health complications or psychological disorders that are not detected and intervened in time. From that reality, the need to build a comprehensive, continuous care model, with special attention to mental health factors, is extremely urgent. In order to improve the effectiveness of rehabilitation and help patients truly reintegrate into the community in a sustainable way, the team of Social Workers - Bach Mai Hospital has been actively implementing many practical support activities, connecting the hospital, family and community, as well as developing a social support network. Specifically, the groups of patient support needs are identified:

Medical care needs – especially mental health: Patients need to be monitored regularly for both physical and mental health. Regular assessment of signs of depression, anxiety, adjustment disorders or post-traumatic stress disorder is important to provide timely counseling, psychological support and prevent the risk of re-hospitalization.

Need to adapt to a new life: With limited mobility, patients need support to adjust to a suitable living environment. Rehabilitation technicians will coordinate with patients and their families to design a safe, convenient living space, creating conditions to maintain a positive spirit and encourage independence.

Need for career orientation: Learning a new profession that suits one's physical abilities and personal interests after treatment not only helps patients become financially independent but also helps restore self-esteem, reduce psychological stress and increase motivation to live.

Social support and community integration: The participation of local authorities, residential groups and social organizations is needed so that patients can access orthopedic services, assistive devices and participate in community activities, thereby gradually regaining confidence and a sense of belonging to society - key factors in mental health recovery.

Keywords: Social work, community reintegration, rehabilitation, Bach Mai Hospital, social support network.

1. TỔNG QUAN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Tổng quan nghiên cứu

Theo Hiệp hội CTXH quốc tế 2014 (IFSW): Công tác xã hội là một nghề dựa trên thực tiễn và một chuyên ngành học thuật nhằm thúc đẩy sự thay đổi và phát triển xã hội, sự gắn kết xã hội, trao quyền và giải phóng con người. Nguyên tắc công bằng xã hội, quyền con người, trách nhiệm tập thể và tôn trọng sự đa dạng là trọng tâm của công tác xã hội. Được củng cố bởi các lý thuyết về công tác xã hội, khoa học xã hội, nhân văn và kiến thức bản địa, công tác xã hội thu hút mọi người và các cấu trúc để giải quyết các thách thức trong cuộc sống và nâng cao phúc lợi.

Công tác xã hội trong bệnh viện là các hoạt động hỗ trợ người bệnh, người nhà người bệnh và các nhân viên y tế trong bệnh viện nhằm giải quyết các vấn đề xã hội và tâm lý liên quan đến bệnh tật và quá trình khám, chữa bệnh. Mục đích là hỗ trợ các nhóm đối tượng khắc phục những khó khăn về xã hội để đạt được hiệu quả chăm sóc sức khỏe tốt nhất. Nhân viên Công tác xã hội trong bệnh viện là cầu nối để giải quyết các mâu thuẫn giữa NB và nhân viên y tế, giữa người bệnh và người bệnh, người bệnh và người nhà người bệnh... Công tác xã hội trong bệnh viện có nhiệm vụ bảo vệ quyền được chăm sóc sức khỏe của NB thông qua việc tư vấn các vấn đề xã hội có liên quan cho NB và gia đình của họ trong quá trình điều trị; tìm kiếm các dịch vụ hỗ trợ trên cơ sở tìm hiểu và phân tích các yếu tố xã hội có ảnh hưởng đến sức khỏe của NB; kết nối các dịch vụ hỗ trợ cho từng NB; nghiên cứu cung cấp bằng chứng từ thực tế hoạt động để đề xuất chính sách; hỗ trợ giải tỏa tâm lý cho NB, người nhà và nhân viên y tế...

Theo WHO (World Health Organization, 2013) – *Mental Health Action Plan 2013–2020*: Định hướng chính sách toàn cầu về tích hợp sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế cộng đồng, trong đó công tác xã hội được nhấn mạnh là một thành phần nhân lực thiết yếu. Công tác xã hội với người bệnh phục hồi chức năng là một hoạt động chuyên môn nhằm hỗ trợ người bệnh có suy giảm chức năng về thể chất, tâm thần hoặc trí tuệ thích nghi với hoàn cảnh mới, vượt qua rào cản tâm lý – xã hội, phục hồi khả năng tự chăm sóc, tái hòa nhập cộng đồng và nâng cao chất lượng cuộc sống (*Bộ Y tế – Quyết định số 3819/QĐ-BYT (2017) về việc phê duyệt “Hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng”*). Trong bối cảnh đó, nhu cầu xây dựng mô hình chăm sóc liên tục, tăng cường kết nối giữa bệnh viện – gia đình – cộng đồng trở nên cấp thiết. Đặc biệt, công tác xã hội giữ vai trò trung tâm trong việc điều phối nguồn lực, hỗ trợ tâm lý – xã hội, tư vấn, định hướng nghề nghiệp và kết nối người bệnh với các dịch vụ y tế – xã hội tại địa phương cho người bệnh phục hồi chức năng.

1.2. Phương pháp nghiên cứu

Nhóm tác giả đã sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng và phương pháp nghiên cứu định tính để đánh giá thực trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng của người bệnh sau điều trị phục hồi chức năng.

Phương pháp nghiên cứu định lượng: Việc thu thập dữ liệu có thể đo lường được về nhu cầu của người bệnh và quan điểm của nhân viên công tác xã hội thông qua phiếu khảo sát với câu hỏi đóng (theo thang đo Likert hoặc lựa chọn có sẵn). Khảo sát được thực hiện với 25 người bệnh sau điều trị phục hồi chức năng và 12 nhân viên công tác xã hội tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu định tính: Nhằm khai thác sâu cảm nhận, trải nghiệm cá nhân và khó khăn thực tế của người bệnh và nhân viên công tác xã hội thông qua việc phỏng vấn sâu, quan sát thực tế lâm sàng, ghi nhận thông tin qua trao đổi trực tiếp. Kết hợp hai phương pháp nghiên cứu giúp bổ sung, làm rõ các số liệu định lượng; giúp hiểu được lý do vì sao người bệnh gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần khi tái hòa nhập cộng đồng và vai trò thiết yếu của công tác xã hội.

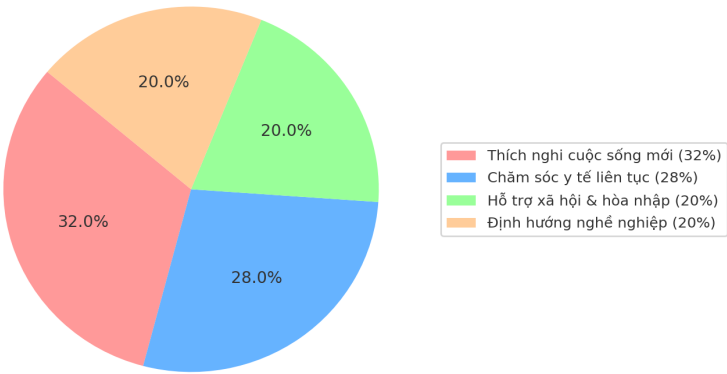
Ngoài ra, trong khuôn khổ nghiên cứu, nhóm tác giả đã tiếp cận sâu một người bệnh cụ thể sau điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện Bạch Mai. Phương pháp này cho phép phân tích toàn diện các khía cạnh liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, từ điều kiện thể chất, tâm lý đến môi trường sống, hệ thống hỗ trợ xã hội và vai trò của nhân viên công tác xã hội.

2. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng của người bệnh sau điều trị phục hồi chức năng

Nhóm tác giả tiến hành phân tích kết quả khảo sát 25 người bệnh sau phục hồi chức năng tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy, nhu cầu hỗ trợ tại cộng đồng rất đa dạng, được thể hiện trong biểu đồ:

Biểu đồ: Khảo sát nhu cầu của người bệnh sau phục hồi chức năng



Kết quả thích nghi cuộc sống mới chiếm 32% cho thấy tác động tâm lý – xã hội sau phục hồi chức năng là vấn đề nổi bật nhất. Người bệnh không chỉ phải đối mặt với những thay đổi về thể chất (giảm khả năng vận động, nói, ghi nhớ...) mà còn gặp khó khăn trong việc tái thiết cuộc sống, vai trò xã hội và sự tự chủ. Đây là biểu hiện rối loạn điều chỉnh sau bệnh lý, có thể dẫn đến trầm cảm, lo âu, mất niềm tin vào bản thân nếu không được hỗ trợ đúng cách. Nó phản ánh lỗ hổng trong chăm sóc tâm lý hậu phục hồi, cũng như thiếu các dịch vụ hỗ trợ xã hội tại cộng đồng sau khi xuất viện. Chăm sóc y tế liên tục chiếm 28%, thể hiện người bệnh vẫn cần được duy trì điều trị y tế lâu dài như dùng thuốc, vật lý trị liệu, hoặc theo dõi các biến chứng. Việc có gần 1/3 người bệnh bày tỏ nhu cầu này cho thấy sự thiếu hụt các dịch vụ y tế cộng đồng và chăm sóc sau xuất viện, thiếu cơ chế chuyển tiếp thông tin và hỗ trợ giữa bệnh viện – cơ sở tuyến dưới – gia đình. Nếu không có sự chăm sóc liên tục, người bệnh dễ tái phát, làm chậm hoặc mất hiệu quả phục hồi. Định hướng nghề nghiệp phù hợp chiếm 20%, một bộ phận không nhỏ người bệnh có mong muốn trở lại lao động, tuy nhiên, họ không biết mình còn khả năng gì, nên chọn nghề gì, học ở đâu, hoặc có ai hỗ trợ không. Điều này phản ánh mong muốn tự lực, khát vọng hòa nhập kinh tế, nhưng đồng thời cũng thể hiện sự thiếu kết nối giữa các dịch vụ y tế – xã hội – giáo dục nghề. Đây là khoảng trống lớn trong hệ thống hiện tại, khi người bệnh sau phục hồi thường không được tư vấn nghề nghiệp hoặc giới thiệu dịch vụ học nghề phù hợp. Hỗ trợ xã hội và hòa nhập cộng đồng 20%, việc 1/5 người bệnh có nhu cầu này cho thấy họ cảm thấy cô lập, bị tách khỏi các hoạt động xã hội hoặc cảm thấy bị kỳ thị. Điều này rất phổ biến trong các nhóm bệnh nhân mắc di chứng sau đột quỵ, chấn thương sọ não, hoặc người khuyết tật. Tình trạng này dễ dẫn đến suy giảm sức khỏe tinh thần, mất động lực hồi phục, hoặc lệ thuộc vào người thân. Phản ánh sự cần thiết của các chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có thành phần hòa nhập xã hội rõ ràng hơn.

2.2. Góc nhìn của nhân viên công tác xã hội về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng của người bệnh sau điều trị phục hồi chức năng

“Rất hiếm người bệnh sau khi ra viện không biết phải làm gì tiếp theo. Họ lúng túng khi quay về cộng đồng, đặc biệt là những người có rối loạn tâm lý sau đột quỵ hoặc khuyết tật mới mắc phải. Gia đình cũng loay hoay vì không ai hướng dẫn cụ thể.” Nhân viên công tác xã hội kinh nghiệm 10 năm làm việc tại Bệnh viện Bạch Mai cho biết đa số người bệnh gặp khó khăn trong việc thích nghi với cuộc sống mới (thể chất suy giảm, phụ thuộc, tâm lý mặc cảm), trong

khi gia đình lại thiếu kỹ năng chăm sóc, phục hồi. Đây là lý do bệnh viện triển khai các chương trình như tập huấn cho người nhà, tư vấn tâm lý, và hướng dẫn tiếp cận dịch vụ tại cộng đồng. Nhân viên công tác xã hội nhận diện rõ cú sốc tâm lý hậu điều trị là rào cản lớn với quá trình tái hòa nhập. Các biểu hiện như rối loạn cảm xúc, lo âu, trầm cảm nhẹ sau chấn thương hoặc mất chức năng thường gặp nhưng chưa được can thiệp chuyên sâu.

a. Nhu cầu chăm sóc y tế liên tục

“Bác sĩ bảo về nhà phải tập hàng ngày, nhưng tôi đâu biết tập thế nào. Ở xã cũng không có ai hướng dẫn...” Bác T., 66 tuổi, sau đột quỵ não. Một số lượng lớn người bệnh phản ánh sự đứt gãy trong tiếp cận dịch vụ y tế sau khi xuất viện. Họ không được hướng dẫn rõ ràng về kế hoạch điều trị tiếp theo, không có nơi để tiếp tục phục hồi chức năng, và không có cán bộ theo dõi quá trình phục hồi. Đặc biệt với những người lớn tuổi, có hoàn cảnh khó khăn hoặc sống xa trung tâm y tế, tình trạng gián đoạn điều trị và không tuân thủ y lệnh diễn ra phổ biến, khiến họ dần mất hy vọng phục hồi. Khó khăn đặt ra, cần phát triển hệ thống điều phối viên công tác xã hội y tế tại cộng đồng, người có thể làm cầu nối giữa bệnh viện, trạm y tế, gia đình và các dịch vụ hỗ trợ khác để đảm bảo quá trình điều trị không bị gián đoạn.

b. Nhu cầu thích nghi với cuộc sống mới

“Tôi vốn là người chủ động trong mọi việc. Giờ đến đi vệ sinh cũng phải có người giúp, tôi thấy như mình không còn là mình nữa...” Chị L., 50 tuổi, liệt 1/2 người trái/ sau phẫu thuật chấn thương sọ não. Phỏng vấn cho thấy, người bệnh sau tổn thương chức năng không chỉ đối mặt với suy giảm thể chất, mà quan trọng hơn là sự đổ vỡ trong nhận thức bản thân. Nhiều người rơi vào trạng thái khủng hoảng khi mất đi vai trò xã hội vốn gắn liền với nghề nghiệp, trách nhiệm trong gia đình hoặc vị trí trong cộng đồng. Họ dễ rơi vào trạng thái tự ti, lo âu, trầm cảm, và phần lớn đều không biết phải bắt đầu lại từ đâu. Thái độ của người thân đôi khi thương cảm thái quá, hoặc ngược lại là mệt mỏi, cũng khiến người bệnh càng khó thích nghi với thực tại mới. Người bệnh thường xuyên lo lắng về nguy cơ tái phát biến chứng (viêm loét, nhiễm trùng, suy giảm thể lực). Họ chia sẻ cảm giác bị bỏ rơi sau khi ra viện do thiếu các kênh theo dõi sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe tâm thần. Nhân viên công tác xã hội cần tiến hành tư vấn cá nhân để giúp người bệnh xây dựng lại bản sắc bản thân, chấp nhận sự thay đổi cơ thể, đồng thời phát triển kỹ năng thích nghi và kiểm soát cảm xúc trong hoàn cảnh mới.

c. Nhu cầu định hướng nghề nghiệp

“Tôi làm thợ xây hơn 18 năm, giờ liệt tay phải rồi thì làm sao nuôi con? Tôi thực sự không biết sống thế nào nữa...” Anh N., 38 tuổi, chấn thương tuỷ sống sau tai nạn lao động. Khả năng mất việc hoặc không thể quay lại nghề cũ là mối lo hàng đầu sau điều trị phục hồi. Phần lớn người bệnh không có cơ hội được tư vấn nghề nghiệp phù hợp với tình trạng mới, chưa từng tiếp cận các chương trình dạy nghề cho người khuyết tật hoặc vay vốn hỗ trợ sinh kế. Tình trạng khủng hoảng kinh tế kéo theo áp lực tinh thần, khiến nhiều người bệnh rơi vào trạng thái buông xuôi, chán nản, cảm thấy vô dụng. Nhân viên công tác xã hội cần phối hợp với trung tâm dạy nghề, hội người khuyết tật, doanh nghiệp xã hội... để thiết kế các chương trình chuyển đổi nghề nghiệp phù hợp, đồng thời hỗ trợ người bệnh xây dựng kế hoạch tài chính cá nhân.

d. Nhu cầu hỗ trợ xã hội và hòa nhập

“Tôi cảm thấy mình không còn thuộc về nơi nào nữa. Bạn bè thì bận rộn, hàng xóm thì chỉ hỏi qua loa rồi thôi...” Anh D., 43 tuổi, cắt bỏ 2/3 chân phải sau tai nạn giao thông. Một vấn đề được đề cập nhiều trong phỏng vấn là cảm giác bị loại ra khỏi đời sống cộng đồng sau khi trở thành người khuyết tật. Một số người bệnh từng là trụ cột kinh tế, người có địa vị trong xã hội, nhưng sau biến cố, họ cảm thấy bị “lãng quên”, không còn là một phần tích cực của xã hội. Hiện tượng tự kỳ thị bản thân, kết hợp với sự thiếu bao dung từ cộng đồng xung quanh, làm gia tăng cảm giác đơn độc, buồn chán và nguy cơ rối loạn sức khỏe tâm thần. Vì vậy, cần xây dựng nhóm hỗ trợ đồng đẳng, tạo không gian để người bệnh chia sẻ, tái kết nối, đồng thời tổ chức các hoạt động cộng đồng (nghệ thuật, thể thao, sinh hoạt nhóm...) để họ cảm thấy mình vẫn có giá trị, vẫn được công nhận.

2.3. Ứng dụng công tác xã hội vào trường hợp điển hình tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai

Thông tin bệnh nhân:

Họ tên: Trần Thị H

Tuổi: 62

Địa chỉ: Đống Đa – Hà Nội

Chẩn đoán: Tai biến mạch máu não – liệt nửa người bên phải

Thời gian điều trị nội trú: 2 tháng tại Trung tâm Phục hồi chức năng

Hoàn cảnh gia đình: Người bệnh sống cùng chồng (66 tuổi, nghỉ hưu, sức khỏe yếu, có tiền sử cao huyết áp). Hai vợ chồng người bệnh không có con cái ở gần, con trai lập gia đình đi làm ăn xa, ít về chăm sóc. Nhà của người bệnh ở tầng 3 khu tập thể cũ không có thang máy, cầu thang dốc, chật hẹp. Thu nhập chính là lương hưu của chồng (~4 triệu đồng/tháng), người bệnh có bảo hiểm y tế tự nguyện. Bà từng làm nghề may tại nhà, là người năng động, nhưng sau tai biến trở nên trầm cảm, ít nói, không hợp tác điều trị.

Nhân viên công tác xã hội chủ động tiếp cận sau khi phát hiện người bệnh có dấu hiệu suy giảm tinh thần. Thiết lập quan hệ qua việc trò chuyện, chia sẻ nhẹ nhàng về cuộc sống, ghi nhận cảm xúc bệnh nhân. Phỏng vấn sâu người bệnh và người nhà để hiểu rõ hoàn cảnh. **Đánh giá nhu cầu** theo 4 nhóm: Chăm sóc y tế (khó tuân thủ điều trị, nguy cơ trầm cảm); Thích nghi cuộc sống mới (nhà ở không phù hợp); Định hướng nghề nghiệp (mất vai trò lao động, cảm giác vô dụng); Hỗ trợ xã hội (chưa tiếp cận dịch vụ công, không có bảo hiểm y tế bảo trợ).

Dùng phiếu khảo sát nhanh về nhu cầu và cảm nhận hậu phục hồi chức năng, phân tích mức độ nguy cơ (tâm lý, tái nhập viện, phụ thuộc). Nhân viên công tác xã hội phối hợp bác sĩ điều trị mời bác sĩ Viện Sức khỏe tâm thần hội chẩn đánh giá tâm lý người bệnh. Gặp chồng người bệnh, hướng dẫn cải tạo nhà vệ sinh, thiết bị hỗ trợ. Liên hệ Ủy ban nhân dân phường để làm hồ sơ công nhận khuyết tật, xin bảo hiểm y tế bảo trợ. Giới thiệu nhóm sản xuất thủ công tại nhà cho người khuyết tật (Trung tâm Dạy nghề Nhân đạo Từ Tâm tại quận Cầu Giấy - Hà Nội, nơi nhiều người bệnh sau điều trị phục hồi chức năng đã được giới thiệu học nghề thủ công tại nhà, góp phần cải thiện tâm lý, nâng cao giá trị bản thân và hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng).

Sau khi người bệnh xuất viện, nhân viên công tác xã hội chủ động giãn ca, theo dõi 2 tuần/lần qua điện thoại. Ghi nhận những tiến bộ của người bệnh: người bệnh hợp tác tập luyện, bắt đầu có cảm xúc tích cực, chủ động tham gia nhóm sinh hoạt cộng đồng tại địa phương. Gia đình chủ động liên hệ để xin thêm hỗ trợ. Và đặc biệt, người bệnh có nguồn thu nhập nhỏ từ việc khâu tay sản phẩm đơn giản tại nhà.

Sau 3 tháng, nhân viên công tác xã hội gọi điện xác nhận: Bệnh nhân vẫn luyện tập hằng ngày; Đã có thẻ bảo hiểm y tế bảo trợ dành cho người khuyết tật; Tham gia câu lạc bộ phụ nữ phường và được giới thiệu học nghề miễn phí; Gia đình hài lòng và đánh giá cao sự can thiệp của bệnh viện.

Trường hợp người bệnh Trần Thị H. minh chứng cho việc ứng dụng toàn diện tiến trình công tác xã hội cá nhân trong bối cảnh bệnh viện và cộng đồng, giúp người bệnh hồi phục thể chất – tâm lý – xã hội. Tái hòa nhập cộng đồng một cách bền vững và nhân văn.

3. ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG SAU ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng sau điều trị phục hồi chức năng, dịch vụ công tác xã hội cần được triển khai một cách bài bản, chuyên sâu và phù hợp với điều kiện thực tế. Cụ thể, nhóm tác giả đề xuất giải pháp:

3.1. Thiết lập hệ thống theo dõi – hỗ trợ sau xuất viện

Ngay từ khi người bệnh chuẩn bị xuất viện, nhân viên công tác xã hội cần thực hiện việc lập hồ sơ, đánh giá nguy cơ tái phát tâm lý và xây dựng kế hoạch theo dõi cá nhân hóa. Kế hoạch này bao gồm việc định kỳ gọi điện đánh giá sức khỏe tinh thần, phát hiện sớm các dấu hiệu lo âu, trầm cảm hoặc căng thẳng kéo dài. Với những người bệnh có nguy cơ cao, việc kết nối với chuyên gia tâm lý hoặc chuyển tuyến đến cơ sở điều trị chuyên sâu cần được thực hiện nhanh chóng. Việc ứng dụng các công cụ đánh giá đơn giản như thang đo hoặc bảng tự theo dõi cảm xúc tại nhà cũng góp phần giúp người bệnh và người chăm sóc chủ động hơn trong việc kiểm soát sức khỏe tâm thần.

3.2. Tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe tinh thần trong cộng đồng

Giáo dục và truyền thông là một trong những nhiệm vụ cốt lõi của công tác xã hội. Sau phục hồi chức năng, nhiều người bệnh và người chăm sóc chưa có đủ nhận thức hoặc kỹ năng để ứng phó với thay đổi tâm lý. Do đó, cần tổ chức các buổi tư vấn nhóm nhỏ tại cộng đồng, tập huấn kỹ năng kiểm soát cảm xúc, giảm căng thẳng, cải thiện giấc ngủ và phục hồi tinh thần. Nhân viên công tác xã hội phối hợp với tổ dân phố, hội phụ nữ, đoàn thanh niên để huy động người tham gia, đồng thời biên soạn tài liệu hướng dẫn trực quan, dễ hiểu nhằm giúp người dân tiếp cận thông tin một cách chủ động và hiệu quả. Việc sử dụng mạng xã hội, Zalo, Facebook cũng có thể được tận dụng để tạo các nhóm hỗ trợ đồng đẳng trực tuyến, nơi người bệnh được chia sẻ, khích lệ tinh thần và cùng nhau vượt qua cảm giác cô lập.

3.3. Hỗ trợ chuyên sâu cho người bệnh có nguy cơ tâm lý cao

Một số người bệnh, đặc biệt là nhóm trẻ mất khả năng vận động đột ngột, người sống đơn thân, hoặc không có nguồn lực hỗ trợ gia đình, có nguy cơ cao rơi vào khủng hoảng tâm lý.

Trong các trường hợp này, cần tiến hành đánh giá chuyên sâu bởi nhân viên công tác xã hội có chuyên môn tâm lý, kết hợp với bác sĩ tâm thần nếu cần thiết. Các hoạt động tư vấn cá nhân (1:1), lập kế hoạch can thiệp cá nhân hóa, hỗ trợ tài chính, thiết bị trợ giúp và theo dõi định kỳ là rất cần thiết. Đồng thời, việc vận động nguồn lực từ các tổ chức từ thiện, nhóm tình nguyện, hội đồng hương cũng là một hướng tiếp cận hiệu quả giúp nâng đỡ tinh thần và vật chất cho người bệnh.

3.4. Kết hợp phục hồi tâm lý với hỗ trợ nghề nghiệp và tái hòa nhập xã hội

Việc hỗ trợ người bệnh phục hồi chức năng không chỉ dừng lại ở việc cải thiện khả năng vận động, mà còn phải mở rộng sang các hoạt động hướng nghiệp, đào tạo kỹ năng và phục hồi vai trò xã hội. Công tác xã hội cần phối hợp với trung tâm dạy nghề, hội người khuyết tật hoặc các doanh nghiệp xã hội để tổ chức các lớp học nghề phù hợp với khả năng thể chất hiện tại của người bệnh như mây tre đan, công nghệ thông tin cơ bản, dịch vụ khách hàng online,... Qua đó, người bệnh không chỉ tìm lại giá trị bản thân mà còn có thể tự chủ một phần tài chính, giảm gánh nặng tâm lý. Đồng thời, việc tổ chức các nhóm tự lực, câu lạc bộ sinh hoạt cộng đồng cũng là nơi người bệnh được tham gia, học hỏi, chia sẻ và từng bước tái kết nối xã hội.

3.5. Xây dựng mô hình điểm công tác xã hội tại y tế cơ sở

Để đảm bảo dịch vụ công tác xã hội chăm sóc sức khỏe tâm thần được duy trì bền vững, cần xây dựng mô hình điểm tại tuyến y tế cơ sở, như trạm y tế xã/phường. Mỗi trạm nên có ít nhất một nhân viên y tế hoặc cán bộ xã hội được đào tạo cơ bản về công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, có thể tiếp nhận, tư vấn và theo dõi người bệnh sau phục hồi chức năng. Quy trình sàng lọc – đánh giá – can thiệp – chuyển tuyến cần được thiết lập rõ ràng, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh tiếp cận dịch vụ khi cần. Đồng thời, việc ghi nhận và đánh giá hiệu quả mô hình thí điểm sẽ là cơ sở quan trọng để nhân rộng ra các địa bàn khác.

4. KẾT LUẬN

Sau quá trình điều trị phục hồi chức năng tại Bệnh viện Bạch Mai, nhiều người bệnh, đặc biệt là những trường hợp bị liệt nửa người, liệt tứ chi, vẫn phải đối mặt với những khó khăn nghiêm trọng không chỉ về mặt thể chất mà còn về mặt tâm lý – xã hội. Thực tế cho thấy, sau khi xuất viện người bệnh thường rơi vào trạng thái mất phương hướng, lo âu, mặc cảm, dễ trầm cảm và có nguy cơ rút lui khỏi các mối quan hệ xã hội, đặc biệt khi khả năng vận động và tự chăm sóc bị suy giảm. Nhu cầu được hỗ trợ về mặt sức khỏe tâm thần là một trong những nhu cầu nổi bật nhưng lại ít được chú ý hoặc chưa có hệ thống dịch vụ phù hợp tại cộng đồng. Thông qua phỏng vấn sâu với các nhân viên công tác xã hội đang làm việc trực tiếp với người bệnh, có thể thấy rằng những yếu tố như sự thiếu chuẩn bị của gia đình, sự gián đoạn giữa điều trị nội trú và chăm sóc sau xuất viện, cũng như thiếu nguồn lực hỗ trợ tại cộng đồng đã khiến nhiều người bệnh không thể duy trì kết quả điều trị. Họ dễ rơi vào tình trạng tái nhập viện, suy giảm chức năng, hoặc rối loạn tâm thần kéo dài. Trong khi đó, các dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở chủ yếu tập trung vào chăm sóc thể chất, chưa có nguồn lực chuyên biệt cho hỗ trợ tâm lý xã hội. Những khoảng trống này khiến quá trình phục hồi sau xuất viện bị gián đoạn, thiếu sự đồng hành và theo dõi lâu dài.

Chính trong bối cảnh đó, công tác xã hội nổi lên như một lực lượng trung gian thiết yếu, có khả năng đánh giá toàn diện các yếu tố xã hội – tâm lý – môi trường ảnh hưởng đến người bệnh, đồng thời kết nối các nguồn lực phù hợp để hỗ trợ phục hồi. Nhân viên công tác xã hội có thể thực hiện vai trò đồng hành cùng người bệnh ngay từ giai đoạn điều trị tại bệnh viện, thông qua việc tư vấn, đánh giá nhu cầu, lập kế hoạch hỗ trợ, phối hợp đa ngành và chuẩn bị cho giai đoạn xuất viện. Sau khi người bệnh trở về cộng đồng, công tác xã hội tiếp tục duy trì hỗ trợ thông qua các hình thức như theo dõi tại nhà, tư vấn từ xa, tổ chức sinh hoạt nhóm hoặc trị liệu cộng đồng, đồng thời kết nối với chính quyền địa phương và các tổ chức xã hội để đảm bảo người bệnh được tiếp cận dịch vụ phù hợp. Đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, công tác xã hội giữ vai trò cầu nối quan trọng giữa hệ thống y tế, gia đình và cộng đồng. Các hoạt động như hướng dẫn kỹ năng thích nghi cuộc sống mới, hỗ trợ sử dụng dụng cụ trợ giúp, tổ chức nhóm đồng đẳng, tư vấn cá nhân, hoặc xây dựng mạng lưới cộng đồng hỗ trợ tinh thần đều là những can thiệp thiết yếu giúp người bệnh tránh cảm giác cô lập, tăng cường cảm giác được công nhận, có ích và tự chủ. Bên cạnh đó, công tác xã hội còn đóng vai trò phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn tâm thần sau điều trị, phối hợp với bác sĩ, chuyên viên tâm lý hoặc trung tâm y tế để can thiệp kịp thời, phòng tránh các hậu quả nghiêm trọng như tự sát, hành vi tiêu cực hay suy kiệt tinh thần.

Từ những phân tích trên, có thể khẳng định rằng chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh phục hồi chức năng không thể tách rời khỏi quá trình hỗ trợ xã hội toàn diện. Công tác xã hội cần trở thành một phần không thể thiếu trong mô hình phục hồi chức năng liên tục, không chỉ giới hạn trong bệnh viện mà mở rộng ra cộng đồng. Việc đầu tư phát triển mạng lưới công tác xã hội tại cộng đồng, đào tạo đội ngũ chuyên môn, thiết lập cơ chế phối hợp liên ngành và tạo điều kiện để người bệnh được tiếp cận dịch vụ chăm sóc tâm thần một cách bền vững sẽ là hướng đi chiến lược để giảm tái nhập viện, nâng cao chất lượng sống và thực sự giúp người bệnh tái hòa nhập xã hội một cách nhân văn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
2. World Health Organization & World Bank. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
3. Bộ Y tế. (2020). *Hướng dẫn thực hành công tác xã hội trong bệnh viện*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
4. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. The Lancet, 392(10157), 1553–1598: Phân tích toàn diện hệ sinh thái chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng; nhấn mạnh sự cần thiết của mô hình liên ngành, trong đó công tác xã hội là trụ cột. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X
5. Nguyễn Thị Lan, & Trần Văn Hùng. (2021). *Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ người bệnh rối loạn tâm thần tại cộng đồng*. Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam, 23(4), 55–64.
6. Nguyễn Hữu Khánh. (2022). *Mô hình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng: Thực tiễn và khuyến nghị tại Việt Nam*. Tạp chí Y học Cộng đồng, 62(2), 77–83.
7. Hiệp hội CTXH quốc tế 2014 (IFSW). *Khái niệm công tác xã hội*.
8. Quyết định số 3819/QĐ-BYT (2017) về việc phê duyệt “*Hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*”.

ỨNG DỤNG CHUYỂN ĐỔI SỐ TRONG TƯ VẤN VÀ HỖ TRỢ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN NGOÀI CỘNG ĐỒNG TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI TÂM THẦN SỐ 2 HÀ NỘI

Phan Quỳnh Thơ¹

Tóm tắt: Bài viết tập trung phân tích thực trạng và đánh giá hiệu quả của ứng dụng chuyển đổi số trong công tác tư vấn và hỗ trợ gia đình người bệnh tâm thần (NBTT) ngoài cộng đồng tại Trung tâm Chăm sóc và Phục hồi chức năng người tâm thần số 2 Hà Nội (TTCS&PHCNNTTso2HN). Nghiên cứu được khảo sát dựa trên 50 phiếu (dành cho thân nhân/người bệnh) và 20 phiếu (dành cho cán bộ đang làm việc tại Trung tâm) nhằm làm rõ hiệu quả của hai hoạt động chuyển đổi số (CĐS) tiêu biểu đang được triển khai: ứng dụng di động tư vấn từ xa và hệ thống quản lý hồ sơ điện tử. Hiệu quả được đánh giá theo ba tiêu chí: mức độ tiếp cận dịch vụ của gia đình, hiệu quả chăm sóc, điều trị và phục hồi cho người bệnh và hiệu suất công việc của cán bộ. Kết quả cho thấy CĐS giúp tăng khả năng tiếp cận dịch vụ, nâng cao hiệu quả chăm sóc, đồng thời giảm tải công việc và tăng hiệu suất làm việc của cán bộ. Tuy nhiên, một số gia đình còn hạn chế trong việc tiếp cận công nghệ và đội ngũ cán bộ cần được đào tạo thêm về kỹ năng số. Nghiên cứu khẳng định vai trò thiết yếu của CĐS trong nâng cao chất lượng chăm sóc tâm thần ngoài cộng đồng, đồng thời đề xuất giải pháp nhằm tối đa hóa hiệu quả ứng dụng công nghệ.

Từ khóa: CĐS, tư vấn từ xa, hồ sơ điện tử, chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKT), gia đình người bệnh.

APPLICATION OF DIGITAL TRANSFORMATION IN COUNSELING AND SUPPORTING FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS IN THE COMMUNITY AT THE CENTER FOR MENTAL HEALTH CARE AND REHABILITATION NO. 2, HANOI

Abstract: This study focuses on analyzing the current situation and evaluating the effectiveness of digital transformation in counseling and supporting families of people with mental illness in the community at the Mental Health Care and Rehabilitation Center No. 2, Hanoi. The study is based on 50 survey responses from patients' family members/patients and 20 from staff working at the Center. It evaluates the impact of two key digital transformation initiatives currently being implemented: mobile-based remote counseling and the electronic health record management system. Effectiveness is assessed through three main criteria: service accessibility for families, the effectiveness of care, treatment, and rehabilitation for patients, and the work efficiency of staff. The results indicate that digital transformation enhances access to services, improves care outcomes, and reduces staff workload while increasing productivity. However, some families still face difficulties with technology access, and staff require further training in digital skills. The study affirms the essential role of digital transformation in improving the quality of community-based mental health care and proposes solutions to maximize the effectiveness of technological applications.

Keywords: digital transformation, remote counseling, electronic medical records, mental health care, patient families.

1. TÍNH CẤP THIẾT

Sức khỏe tâm thần là một trong những vấn đề y tế công cộng đáng báo động trên toàn cầu và tại Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cứ 8 người thì có 1 người mắc một dạng rối loạn tâm thần. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế, khoảng 14,9 dân số (gần 15 triệu người) mắc ít nhất một dạng rối loạn tâm thần. Và tại Hà Nội, với hơn 8 triệu dân, con số này ngày càng gia tăng đã gây nên áp lực lớn đối với hệ thống y tế và các trung tâm bảo trợ xã hội

¹ Trung tâm CS và PHCT NTT số 2 Hà Nội, Email: Phanquynhtho632000@gmail.com

trong nội thành. Đáng chú ý, tình trạng trẻ hóa trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần cũng ngày càng rõ rệt. Theo UNICEF, hơn 13% trẻ em và thanh thiếu niên từ 10-19 tuổi trên toàn cầu đang sống chung với các rối loạn tâm thần. Và con số này tại Việt Nam lên tới 20%, nhưng chỉ 8,4% trẻ em trong số đó được tiếp cận dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cần thiết.

Hiện nay, nhiều quốc gia trên thế giới đã áp dụng thành công các mô hình CSSKTT từ xa. Tuy nhiên, tại Việt Nam, công tác chăm sóc người bệnh vẫn chủ yếu tập trung vào điều trị nội trú, trong khi sự hỗ trợ đối với gia đình người bệnh, người bệnh ngoài cộng đồng – một yếu tố quan trọng giúp ổn định tình trạng sức khỏe tâm thần vẫn còn hạn chế.

Trong bối cảnh cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 và sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ số, việc ứng dụng CDS vào tư vấn và hỗ trợ gia đình NBTT ngoài cộng đồng là một hướng đi tất yếu và cấp thiết. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng tư vấn trực tuyến, tài liệu số hóa, ứng dụng theo dõi sức khỏe tâm thần có thể giúp cải thiện khả năng chăm sóc tại nhà, đồng thời giảm tải cho các cơ sở y tế. Tại TTCS&PHCNNTTso2HN, CDS trong cung cấp dịch vụ tư vấn, hỗ trợ gia đình người bệnh đang được triển khai và có tầm nhìn khả quan.

Vì vậy, đề tài “Ứng dụng chuyển đổi số trong tư vấn và hỗ trợ gia đình NBTT ngoài cộng đồng tại Trung tâm Chăm sóc và PHCH NTT số 2 Hà Nội” có ý nghĩa quan trọng trong việc đề xuất các giải pháp khả thi, phù hợp với điều kiện thực tế, nhằm nâng cao hiệu quả CSSKTT trong cộng đồng. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần tăng cường hỗ trợ gia đình người bệnh, cải thiện chất lượng sống cho người mắc rối loạn tâm thần, giảm tải áp lực cho hệ thống y tế và thúc đẩy quá trình chuyển đổi số trong lĩnh vực CSSKTT tại Việt Nam.

2. KHÁI NIỆM VÀ TỔNG QUAN VỀ CHUYỂN ĐỔI SỐ TRONG TƯ VẤN VÀ HỖ TRỢ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN NGOÀI CỘNG ĐỒNG

2.1. Các khái niệm nghiên cứu

Khái niệm chuyển đổi số (CDS)

Theo Gartner, chuyển đổi số là việc sử dụng các công nghệ số để thay đổi mô hình kinh doanh, tạo ra những cơ hội, doanh thu và giá trị mới. Microsoft cho rằng, CDS là việc tư duy lại cách thức các tổ chức tập hợp mọi người, dữ liệu và quy trình để tạo những giá trị mới. Còn theo quan điểm của FPT, CDS là quá trình thay đổi từ mô hình truyền thống sang doanh nghiệp số bằng cách áp dụng công nghệ mới, như: dữ liệu lớn (Big Data), internet vạn vật (IoT), điện toán đám mây (Cloud)... làm thay đổi phương thức điều hành, lãnh đạo, quy trình làm việc, văn hóa tổ chức.

Theo Cẩm nang CDS của Bộ Thông tin và Truyền thông, CDS là việc sử dụng dữ liệu và công nghệ số để thay đổi tổng thể và toàn diện cách sống, cách làm việc và phương thức sản xuất của cá nhân, tổ chức. Đối với mỗi cá nhân, CDS làm thay đổi cách chúng ta sống, làm việc và giao dịch với nhau. Còn đối với nhà nước, CDS dùng dữ liệu và công nghệ số để thay đổi trải nghiệm người dùng với các dịch vụ do nhà nước cung cấp, thay đổi quy trình nghiệp vụ, thay đổi mô hình và phương thức hoạt động của cơ quan quản lý nhà nước.

Khái niệm bệnh tâm thần

Theo Bộ Y tế Việt Nam, bệnh tâm thần (*hay còn gọi là rối loạn tâm thần*) là những bệnh lý do rối loạn chức năng não bộ, dẫn đến biến đổi bất thường trong các hoạt động tâm lý và sinh lý thông thường. Những biến đổi này có thể ảnh hưởng đến hành vi ứng xử, tác phong, tư duy, chú ý, trí nhớ, trí tuệ và cảm xúc của người bệnh.

Khái niệm gia đình NBTT

Dưới góc độ xã hội học, gia đình là thiết chế xã hội cơ bản, nơi hình thành, duy trì và truyền đạt các giá trị văn hóa, đạo đức và chuẩn mực xã hội. Gia đình thực hiện các chức năng xã hội hóa, tái sản xuất dân số, chăm sóc và bảo vệ thành viên trong gia đình. *Dưới góc độ tâm lý học*, gia đình là môi trường đầu tiên ảnh hưởng đến sự hình thành nhân cách. Các rối loạn tâm lý hoặc hành vi nhiều khi bắt nguồn hoặc liên quan đến các xung đột, tổn thương trong gia đình. *Trong y khoa và nghiên cứu về sức khỏe tâm thần*, gia đình đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm, điều trị, chăm sóc và phục hồi, là nguồn lực hỗ trợ tinh thần và vật chất cho người bệnh tâm thần. Trong các mô hình điều trị hiện đại, như mô hình điều trị phục hồi cộng đồng luôn đề cao sự tham gia tích cực của gia đình. *Dưới góc độ luật pháp*, theo Luật Hôn nhân gia đình, gia đình là đơn vị được pháp luật bảo vệ, với các quy định cụ thể về quyền và nghĩa vụ của các thành viên. Như vậy, ta có thể hiểu *gia đình NBTT* là tập hợp người được pháp luật thừa nhận là gia đình, có trách nhiệm trong việc chăm sóc và bảo vệ người mắc bệnh tâm thần.

Khái niệm tư vấn hỗ trợ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tư vấn hỗ trợ được xem là một quá trình tương tác giữa người tư vấn và người được tư vấn nhằm giúp người đó hiểu rõ hơn về bản thân, đối mặt với các khó khăn tâm lý, xã hội và đưa ra những lựa chọn lành mạnh. Tư vấn hỗ trợ không chỉ tập trung vào điều trị bệnh lý mà còn nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần tổng thể. Theo Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ (APA), tư vấn hỗ trợ là quá trình sử dụng các kỹ năng giao tiếp chuyên môn và tâm lý học để hỗ trợ cá nhân vượt qua những vấn đề trong cuộc sống, từ căng thẳng, lo âu, đến khủng hoảng cá nhân. Mục tiêu là nâng cao năng lực thích ứng, tự nhận thức và sự phát triển cá nhân. Theo UNICEF, tư vấn hỗ trợ là một hoạt động can thiệp tâm lý – xã hội nhằm giúp trẻ em hoặc người lớn khôi phục lại sự ổn định về cảm xúc, thúc đẩy sự phục hồi sau sang chấn hoặc hoàn cảnh khó khăn, và kết nối họ với các dịch vụ cần thiết.

Khái niệm dịch vụ tư vấn và hỗ trợ trong công tác xã hội

Theo Liên Hợp Quốc (UN), dịch vụ tư vấn và hỗ trợ trong công tác xã hội được xem là một phần quan trọng trong hệ thống an sinh xã hội, nhằm cung cấp sự hỗ trợ về tâm lý, xã hội và pháp lý cho các nhóm yếu thế. Theo UN, đây là dịch vụ can thiệp cá nhân hoặc cộng đồng để nâng cao khả năng tự lực, thúc đẩy sự hòa nhập xã hội và đảm bảo quyền con người. Theo Hiệp hội Công tác Xã hội Quốc tế (IFSW), dịch vụ tư vấn và hỗ trợ trong công tác xã hội là dịch vụ chuyên nghiệp dựa trên các giá trị và nguyên tắc của công tác xã hội, hướng tới việc hỗ trợ các cá nhân, gia đình và cộng đồng vượt qua khó khăn xã hội, phục hồi chức năng xã hội, tăng cường phúc lợi và thúc đẩy công bằng xã hội. Như vậy, ta có thể hiểu *dịch vụ tư vấn và hỗ trợ trong công tác xã hội* là một hệ thống các hoạt động chuyên môn, do các nhân viên công tác xã hội và chuyên gia liên ngành thực hiện, nhằm hỗ trợ cá nhân, gia đình và cộng đồng

vượt qua khó khăn về tâm lý, xã hội, pháp lý và kinh tế, từ đó phục hồi chức năng xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống và thúc đẩy sự công bằng, hòa nhập xã hội.

2.2. Tổng quan nghiên cứu

Trong những năm gần đây, CDS đã trở thành xu thế tất yếu trong mọi lĩnh vực của đời sống xã hội, đặc biệt trong lĩnh vực y tế và CSSKTT. Việc ứng dụng công nghệ thông tin và các giải pháp số trong công tác tư vấn, hỗ trợ người bệnh và gia đình họ không chỉ nâng cao hiệu quả quản lý, tiếp cận dịch vụ mà còn góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho NBTT ngoài cộng đồng.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các rối loạn tâm thần đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, gây ra gánh nặng lớn về mặt xã hội và kinh tế. Ở Việt Nam, hệ thống CSSKTT còn nhiều hạn chế về nhân lực, cơ sở vật chất và phương thức tiếp cận. Trong bối cảnh đó, việc tận dụng lợi thế của CDS nhằm đổi mới hoạt động tư vấn và hỗ trợ người bệnh là giải pháp khả thi và cấp thiết.

Các nghiên cứu trên thế giới và trong nước đã chỉ ra rằng công nghệ số giúp nâng cao khả năng kết nối giữa nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội, các chuyên gia và thân nhân người bệnh; hỗ trợ theo dõi, đánh giá sức khỏe tinh thần; đồng thời cung cấp các dịch vụ can thiệp kịp thời thông qua các nền tảng trực tuyến. Tuy nhiên, tại các cơ sở công lập ở Việt Nam như TTCS&PHCNNTTso2HN, việc ứng dụng CDS vẫn đang ở giai đoạn triển khai và có tầm nhìn tích cực.

Đề tài nghiên cứu này được triển khai nhằm đánh giá thực trạng, nhu cầu, và tiềm năng ứng dụng CDS trong công tác tư vấn và hỗ trợ gia đình người bệnh tâm thần. Trên cơ sở đó, đề xuất các giải pháp khả thi góp phần hiện đại hóa hoạt động CSSKTT tại Trung tâm, phù hợp với định hướng CDS quốc gia trong lĩnh vực y tế.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp khảo sát bảng hỏi

Để thu thập các số liệu thực nghiệm phục vụ phân tích thực trạng ứng dụng CDS trong hoạt động tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng, tác giả tiến hành triển khai điều tra bằng bảng hỏi. Phương pháp này cho phép tiếp cận trực tiếp ý kiến, đánh giá và phản hồi từ hai nhóm chủ thể liên quan trực tiếp đến quá trình triển khai dịch vụ, bao gồm: thân nhân, gia đình, người chăm sóc NBTT và đội ngũ cán bộ cung cấp dịch vụ công tác xã hội tại TTCS&PHCNNTTso2HN.

Cụ thể, hai bộ bảng hỏi được thiết kế riêng biệt theo từng nhóm đối tượng khảo sát, tập trung vào các nội dung: mức độ tiếp cận với dịch vụ tư vấn qua nền tảng số, mức độ sử dụng các công cụ công nghệ trong quá trình hỗ trợ NBTT, những khó khăn gặp phải, và hiệu quả cảm nhận được từ quá trình CDS. Các câu hỏi được xây dựng dưới hình thức đóng kết hợp với một số câu mở để ghi nhận ý kiến cá nhân, nhằm đảm bảo thu thập được cả dữ liệu định lượng và thông tin định tính bổ trợ. Tổng số phiếu khảo sát là: 50 phiếu (dành cho thân nhân, người chăm sóc NBTT tại TTCS&PHCNNTTso2HN). Cơ cấu mẫu cụ thể như sau:

- 20 phiếu dành cho thân nhân, người chăm sóc NBTT nghỉ phép về điều trị tại gia.
 - 25 phiếu phát cho thân nhân, gia đình, người chăm sóc có NBTT đã tái hòa nhập cộng đồng trong vòng một năm gần đây.
 - 5 phiếu dành cho thân nhân, gia đình, người chăm sóc NBTT đang điều trị và chăm sóc tại các cơ sở ngoài viện nhưng vẫn trong sự quản lý của Trung tâm.
- 20 phiếu dành cho đội ngũ cán bộ cung cấp dịch vụ công tác xã hội, y tế và phục hồi chức năng tại Trung tâm. Cơ cấu mẫu cụ thể như sau:
- 10 phiếu dành cho hộ lý và điều dưỡng – nhóm nhân sự tiếp xúc thường xuyên với NBTT và gia đình.
 - 5 phiếu dành cho bác sĩ, y sĩ – người trực tiếp chịu trách nhiệm chuyên môn điều trị.
 - 5 phiếu dành cho nhân viên công tác xã hội – lực lượng nòng cốt trong tổ chức dịch vụ tư vấn, hỗ trợ và kết nối cộng đồng.

Việc thiết kế mẫu khảo sát theo cơ cấu trên nhằm đảm bảo tính đại diện và đa dạng hóa góc nhìn, đồng thời tạo điều kiện để so sánh, đối chiếu giữa nhóm thụ hưởng dịch vụ và nhóm cung cấp dịch vụ. Kết quả khảo sát không chỉ phản ánh mức độ tiếp cận thực tế mà còn là cơ sở để đánh giá tính khả thi, hiệu lực và những rào cản hiện hữu trong quá trình ứng dụng CDS vào hoạt động chăm sóc và hỗ trợ NBTT trong bối cảnh cộng đồng hóa.

3.2. Phương pháp phỏng vấn sâu

Để bổ sung chiều sâu cho dữ liệu định lượng thu thập qua bảng hỏi, tác giả triển khai phỏng vấn sâu nhằm khai thác tri thức kinh nghiệm và quan điểm chuyên môn của những cá nhân trực tiếp tham gia quá trình cung ứng hoặc thụ hưởng dịch vụ. Phạm vi phỏng vấn tập trung vào cơ sở TTCS&PHCNNTTso2HN - nơi đang thí điểm các mô hình tư vấn, hỗ trợ bằng nền tảng số cho NBTT tại cộng đồng.

Tổng số 10 cuộc phỏng vấn sâu sẽ được tiến hành, trong đó cơ cấu cụ thể như sau: 3 cuộc phỏng vấn với cán bộ quản lý cấp trung và cấp cao, gồm:

- 01 cán bộ lãnh đạo là giám đốc tại TTCS&PHCNNTTso2HN.
- 02 cán bộ lãnh đạo pà phó giám đốc phụ trách các phòng chuyên môn tại Trung tâm số 2 Hà Nội.

7 cuộc phỏng vấn với cán bộ chuyên môn trực tiếp cung cấp dịch vụ, bao gồm hộ lý, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội và y sĩ, bác sĩ đang làm việc tại hai trung tâm.

Việc sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu cho phép nhà nghiên cứu khám phá những trải nghiệm thực tiễn, nhận thức chủ quan và các góc nhìn đa chiều mà phương pháp điều tra định lượng khó có thể tiếp cận. Qua đó, nghiên cứu có thể làm rõ hơn bản chất các vấn đề như: rào cản trong tiếp cận công nghệ đối với thân nhân NBTT; năng lực triển khai dịch vụ số trong nội bộ đơn vị; tác động của hồ sơ điện tử tới việc theo dõi – điều trị – phối hợp chăm sóc; cũng như những kỳ vọng về tương lai của CDS trong lĩnh vực công tác xã hội chuyên biệt.

3.3. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

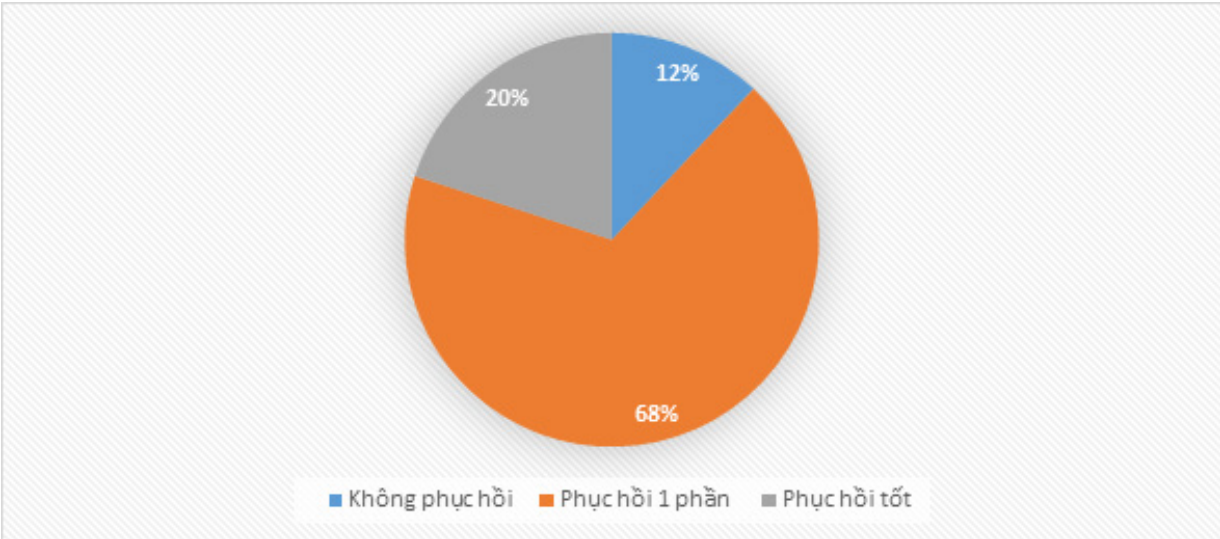
Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, tác giả đã thực hiện nghiên cứu một số tài liệu nội bộ quan trọng của TTCS&PHCNNTTso2HN, bao gồm: Báo cáo kết quả hoạt động công tác năm 2023 và 2024, Báo cáo kết quả thực hiện công tác xã hội của đơn vị năm 2024, cùng với các tài liệu tổng hợp về thực trạng cơ cấu tổ chức bộ máy và việc thực hiện nhiệm vụ chuyên môn tại đơn vị.

Việc phân tích các nguồn tư liệu này không chỉ nhằm mục tiêu mô tả thực trạng hoạt động của Trung tâm, mà còn giúp xác lập bối cảnh triển khai, nhận diện các xu hướng thay đổi theo chiều sâu và luận giải các yếu tố tác động đến quá trình ứng dụng CDS trong công tác tư vấn, hỗ trợ NBTT tại cộng đồng.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VỀ ỨNG DỤNG CDS TRONG TƯ VẤN VÀ HỖ TRỢ NBTT NGOÀI CỘNG ĐỒNG TẠI TTCS&PHCNNTTso2HN

- Hiệu quả của việc ứng dụng CDS trong công tác tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng tại TTCS&PHCNNTTso2HN được đánh giá thông qua ba tiêu chí chính: (1) mức độ tiếp cận dịch vụ của gia đình NBTT, (2) mức độ phục hồi của NBTT, và (3) hiệu quả triển khai công việc của đội ngũ cán bộ nhân viên. Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2025. Kết quả thu được từ nghiên cứu sẽ được mô tả cụ thể ở nội dung phân tích dưới đây:

Hình 1. Mức độ phục hồi của NBTT



Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu

Kết quả khảo sát định lượng cho thấy, đa số thân nhân và gia đình NBTT đánh giá người bệnh có tiến triển phục hồi sau quá trình được hỗ trợ. Cụ thể, 34/50 người trả lời (68%) cho rằng người bệnh có dấu hiệu phục hồi một phần, trong khi chỉ có 6/50 người (12%) đánh giá người bệnh không có tiến triển đáng kể sau hỗ trợ. Kết quả này phản ánh tương đối rõ ràng hiệu quả của mô hình tư vấn – hỗ trợ có ứng dụng CDS, đặc biệt là khi NBTT đã chuyển về sinh sống tại cộng đồng. Như một thân nhân chia sẻ: *“Thằng bé ở nhà không còn la hét, đập phá hay chạy ra ngoài đi lang thang nữa. Nó đã hợp tác uống thuốc cùng tôi”*. Một trường hợp

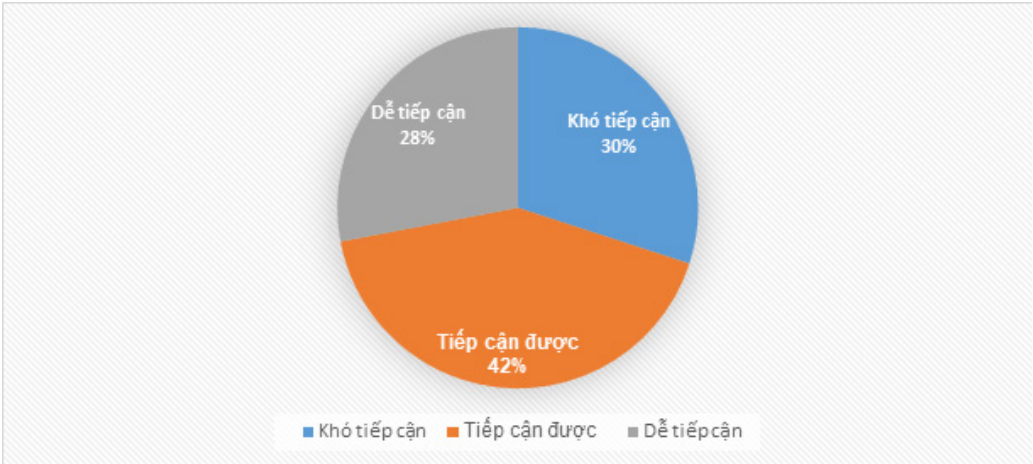
khác cho biết: *“Ngày trước tôi không thể chạm vào con bé, động vào là nó đánh, nó đuổi tôi. Nhưng bây giờ nó đã chấp nhận cho tôi nắm tay, buộc tóc cho nó. Nó cũng tự giác uống thuốc đúng giờ, không còn chống đối như trước đây”*. Những phản hồi trên không chỉ phản ánh sự cải thiện về mặt hành vi và khả năng hợp tác của NBTT, mà còn cho thấy mối quan hệ giữa gia đình và người bệnh đã dần được phục hồi, một yếu tố có ý nghĩa rất lớn đối với người mắc rối loạn tâm thần trong môi trường sống cộng đồng. Nhóm NBTT không có tiến triển phục hồi đa phần là các trường hợp có vấn đề nghiêm trọng về nhận thức hoặc bệnh lý tâm thần nặng, cần thời gian can thiệp kéo dài hơn. Điều này khẳng định rằng bản chất đa dạng và phức tạp của bệnh tâm thần đòi hỏi các mô hình can thiệp phải có tính cá nhân hóa, linh hoạt và đặc biệt là duy trì liên tục trong suốt quá trình sống của NBTT. Thông qua phỏng vấn sâu với cán bộ chuyên môn tại Trung tâm, yếu tố gia đình với tư cách là chỗ dựa tâm lý – xã hội của NBTT được nhấn mạnh như một nhân tố then chốt trong tiến trình phục hồi. Một cán bộ cho biết: *“Có những NBTT khi mới vào Trung tâm trong trạng thái rối loạn nghiêm trọng, mất khả năng giao tiếp. Trong giai đoạn đầu, dù nhận thức kém, họ vẫn thể hiện rõ mong muốn được gặp lại gia đình. Sự hiện diện và kết nối với người thân đóng vai trò rất lớn trong việc tạo động lực phục hồi. Do vậy, duy trì hỗ trợ tại cộng đồng sau khi rời Trung tâm là điều vô cùng quan trọng”*. Bên cạnh yếu tố tâm lý – xã hội, nhóm cán bộ cũng khẳng định rằng hình thức tư vấn và hỗ trợ từ xa đóng vai trò thiết yếu trong thời gian NBTT sống ngoài cộng đồng. Việc ứng dụng công nghệ giúp duy trì liên lạc thường xuyên giữa cán bộ và thân nhân, tránh tình trạng gián đoạn hỗ trợ, đồng thời đảm bảo NBTT vẫn nhận được sự đồng hành chuyên môn ngay cả khi đã trở về môi trường xã hội. Như vậy, có thể thấy việc ứng dụng CDS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng đồng không chỉ là nhu cầu tất yếu trong bối cảnh hiện nay, mà còn là một giải pháp khả thi, hiệu quả, phù hợp với nguyên tắc phục hồi toàn diện lấy NBTT và gia đình làm trung tâm.

Một tiêu chí khác để đánh giá hiệu quả của dịch vụ là mức độ tiếp cận dịch vụ của thân nhân, gia đình NBTT. Tiếp cận, trong trường hợp này, không chỉ đơn thuần là khả năng kết nối với nguồn lực chuyên môn, mà còn bao hàm cả mức độ thân thiện, dễ sử dụng và tính phù hợp của phương thức tư vấn với đặc điểm của người sử dụng dịch vụ. Kết quả khảo sát cho thấy, đa số thân nhân, gia đình NBTT đã có thể tiếp cận hoặc đánh giá tương đối thuận lợi trong quá trình kết nối dịch vụ tư vấn qua nền tảng công nghệ. Cụ thể, 42% số người được hỏi cho biết họ có thể tiếp cận được dịch vụ, và 28% đánh giá việc tiếp cận là “dễ dàng”. Đây là tín hiệu tích cực, phản ánh những nỗ lực của Trung tâm trong việc đơn giản hóa quy trình tư vấn từ xa, hỗ trợ tiếp cận cá nhân hóa qua điện thoại, nền tảng số và hệ thống thông tin y tế điện tử.

Tuy nhiên, đáng chú ý là có tới 30% thân nhân, gia đình NBTT cho rằng việc tiếp cận dịch vụ còn gặp khó khăn, phản ánh một tỷ lệ không nhỏ người dùng tiềm năng bị bỏ lại phía sau trong quá trình CDS. Qua phân tích thông tin tài liệu nhận thấy nguyên nhân chủ yếu đến từ đặc điểm nhân khẩu học của nhóm thân nhân này. Cụ thể, phần lớn họ thuộc nhóm tuổi trung niên hoặc cao tuổi, gặp hạn chế trong tiếp cận công nghệ, ít sử dụng thiết bị thông minh và thiếu kỹ năng thao tác với các nền tảng kỹ thuật số. Bên cạnh đó, một số thân nhân chia sẻ thêm rằng, họ không được hướng dẫn sử dụng và tập huấn thao tác, hoặc không có người hỗ trợ kỹ thuật tại nhà cũng là nguyên nhân khiến họ cảm thấy bị “mất kết nối” với hệ thống tư vấn. Từ

đó, có thể thấy, hiệu quả của CĐS không chỉ phụ thuộc vào hạ tầng kỹ thuật hay năng lực của cán bộ cung cấp dịch vụ, mà còn phụ thuộc lớn vào mức độ sẵn sàng và năng lực công nghệ của người thụ hưởng dịch vụ.

Hình 2. Mức độ tiếp cận dịch vụ của thân nhân, gia đình NBTT

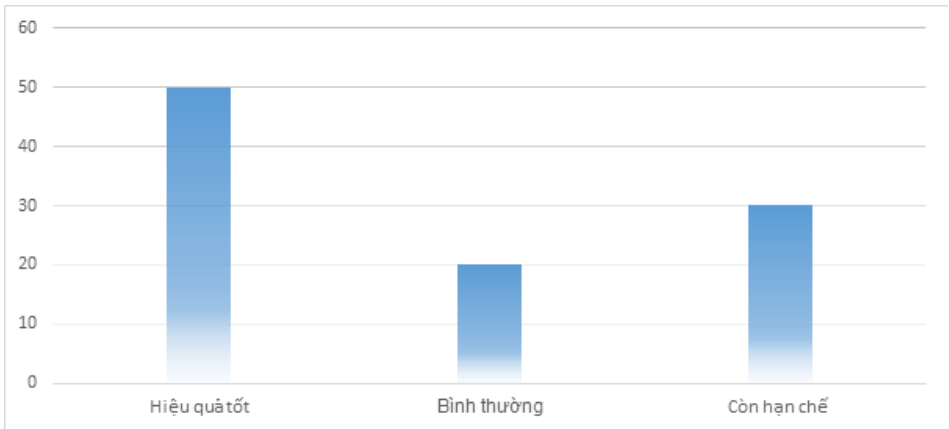


Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu

Tiêu chí cuối cùng trong đánh giá hiệu quả của ứng dụng CĐS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng là hiệu quả triển khai trong công việc của cán bộ chuyên môn. Đây là lực lượng giữ vai trò then chốt trong việc chuyển hóa chính sách, quy trình và công nghệ thành hành động cụ thể, tác động trực tiếp đến chất lượng dịch vụ và kết quả phục hồi của NBTT.

Kết quả khảo sát cho thấy, 50% số cán bộ được hỏi đánh giá việc ứng dụng CĐS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng đồng mang lại hiệu quả tốt. Đây là nhóm cán bộ có sự thích ứng tương đối tốt với công nghệ, đánh giá cao tính hỗ trợ của hệ thống hồ sơ điện tử, phần mềm theo dõi ca bệnh và các nền tảng trao đổi thông tin từ xa. Họ cho rằng, việc số hóa quy trình tư vấn – chăm sóc không chỉ giúp rút ngắn thời gian thao tác, tăng tính chính xác trong theo dõi bệnh sử, mà còn tạo điều kiện kết nối thuận lợi với thân nhân NBTT trong quá trình phối hợp chăm sóc.

Hình 3. Hiệu quả trong triển khai công việc của cán bộ nhân viên.



Nguồn: Kết quả khảo sát của nghiên cứu

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của công tác xã hội (CTXH) tại Việt Nam, phạm vi can thiệp của nghề đã mở rộng với nhiều nhóm đối tượng trong đó có NBTT và thân nhân, gia đình của họ. Tuy nhiên, bên cạnh các kết quả tích cực, hiệu quả triển khai các dịch vụ CTXH, đặc biệt là các dịch vụ có ứng dụng công nghệ số, vẫn đang đặt ra nhiều vấn đề cần tiếp tục bàn luận và phân tích sâu. Cụ thể, theo kết quả khảo sát cho thấy, ngay cả đội ngũ cán bộ trực tiếp cung cấp dịch vụ cũng chưa đánh giá cao hiệu quả công việc của bản thân trong lĩnh vực ứng dụng CDS vào tư vấn – hỗ trợ NBTT tại cộng đồng. Tỷ lệ cán bộ cho rằng họ gặp khó khăn hoặc chỉ đạt mức hiệu quả trung bình vẫn chiếm tỷ trọng đáng kể. Điều này phản ánh không chỉ những thách thức kỹ thuật, mà còn gợi mở những vấn đề căn bản hơn liên quan đến năng lực chuyên môn, đào tạo nghề và cơ chế chính sách. Một nguyên nhân sâu xa có thể bắt nguồn từ bối cảnh hình thành và phát triển nghề CTXH tại Việt Nam. Thực hiện Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg về phát triển nghề công tác xã hội, nhiều cán bộ CTXH tại các cơ sở bảo trợ xã hội, trong đó có Trung tâm chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần số 2 Hà Nội, đã được điều chuyển từ các vị trí khác nhau, không qua đào tạo bài bản chuyên ngành CTXH. Điều này dẫn đến thực trạng thiếu hụt năng lực chuyên môn sâu, đặc biệt là trong các lĩnh vực chuyên biệt như sức khỏe tâm thần, tư vấn trị liệu và ứng dụng công nghệ trong hỗ trợ xã hội. Chính vì vậy, khi CDS được triển khai như một xu hướng tất yếu trong cung cấp dịch vụ xã hội, không ít cán bộ rơi vào tình trạng vừa thiếu kiến thức chuyên ngành, vừa chưa được trang bị kỹ năng công nghệ số, dẫn tới hiệu quả thực hiện công việc không đạt như kỳ vọng. Bên cạnh đó, hệ thống hỗ trợ chuyên môn, tài liệu nghiệp vụ, và nền tảng công nghệ phục vụ cho hoạt động tư vấn – hỗ trợ còn phân tán, thiếu đồng bộ và chưa được chuẩn hóa theo năng lực nghề CTXH. Sự thiếu vắng những hành lang pháp lý và kỹ thuật đủ mạnh đã trở thành rào cản kìm hãm chế năng lực triển khai của cán bộ, vừa khiến hoạt động ứng dụng CDS chưa thể phát huy tối đa tiềm năng trong thực tiễn.

5. BÀN LUẬN, ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP VÀ KẾT LUẬN

5.1. Bàn luận về hiệu quả ứng dụng CDS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng

Từ các kết quả khảo sát có thể nhận định rằng việc ứng dụng CDS trong hoạt động tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng bước đầu đã mang lại những hiệu quả tích cực, nhất là trong việc duy trì kết nối, hỗ trợ liên tục và cá nhân hóa dịch vụ chăm sóc. Tuy nhiên, hiệu quả này vẫn chưa đồng đều, và còn tồn tại những khoảng trống đáng lưu ý. Trên cơ sở phân tích các báo cáo chuyên môn, văn bản pháp lý hiện hành và các ý kiến chuyên sâu từ thực tiễn, nghiên cứu nhận diện hai nhóm nhân tố có ảnh hưởng sâu sắc đến hiệu quả ứng dụng CDS trong lĩnh vực này, bao gồm: (1) *Khung chính sách và hành lang pháp lý điều tiết hoạt động công tác xã hội với NBTT tại cộng đồng* và (2) *Năng lực chuyên môn và kỹ năng công nghệ của đội ngũ cán bộ thực thi*.

- Về khung chính sách và hành lang pháp lý điều tiết hoạt động công tác xã hội với NBTT tại cộng đồng

Qua quá trình phân tích tài liệu chính sách cho thấy, bên cạnh các yếu tố kỹ thuật và tổ chức thực thi, hiệu quả của hoạt động ứng dụng CDS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng

đồng phụ thuộc lớn vào tính đầy đủ và khả thi của hệ thống chính sách liên quan. Chính sách là nền tảng pháp lý và định chế quan trọng để dịch vụ công tác xã hội phát huy hiệu quả, đặc biệt trong bối cảnh các dịch vụ này ngày càng ứng dụng công nghệ thông tin và số hóa dữ liệu. Thực tế hiện nay, Nhà nước đã ban hành một số chính sách hỗ trợ người khuyết tật nặng và đặc biệt nặng và NBTT thường được xếp trong nhóm đối tượng này cũng thuộc diện được thụ hưởng. Những chính sách này cho phép NBTT được hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng, được nuôi dưỡng tại cơ sở bảo trợ xã hội và tiếp cận các dịch vụ cơ bản về y tế, giáo dục, bảo hiểm. Tuy nhiên, quá trình thực thi cũng cho thấy nhiều chính sách đối với NBTT và gia đình họ còn chưa rõ ràng, rời rạc và thường lồng ghép trong các văn bản quy phạm pháp luật mà chưa có một hệ thống pháp lý chuyên biệt, thống nhất dành cho nhóm đối tượng này. Điển hình là Luật Người khuyết tật (2011) – văn bản pháp lý nền tảng nhằm bảo đảm quyền của người khuyết tật, bao gồm quyền được tiếp cận môi trường sống không rào cản, hòa nhập xã hội và thụ hưởng các dịch vụ cần thiết. Mặc dù luật đã xác lập các nguyên tắc tiên bộ về bình đẳng và không phân biệt đối xử, nhưng vẫn chưa có quy định cụ thể và hệ thống về NBTT như một nhóm đối tượng riêng biệt, dẫn tới những khoảng trống trong việc tổ chức dịch vụ tư vấn, hỗ trợ chuyên sâu tại cộng đồng. Đến khi Thông tư số 01/2019/TT-BLĐTBXH được ban hành – quy định về quy trình xác định mức độ khuyết tật – thì tâm thần mới chính thức được xác lập là một dạng khuyết tật đặc biệt nặng, tạo cơ sở pháp lý quan trọng để mở rộng dịch vụ can thiệp và trợ giúp xã hội. Thông tư này đã giúp nhân viên CTXH dễ dàng hơn trong việc thực hiện đánh giá, kết nối và cung cấp dịch vụ phù hợp với mức độ khuyết tật của NBTT.

- Về năng lực chuyên môn của cán bộ

Một trong những yếu tố quyết định đến hiệu quả của các hoạt động can thiệp, tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng đồng chính là năng lực chuyên môn của đội ngũ cán bộ thực hiện. Do đặc thù phức tạp của nhóm NBTT, cán bộ cần có kiến thức chuyên sâu về sức khỏe tâm thần, kỹ năng đánh giá và xây dựng kế hoạch trị liệu cá nhân hóa. Việc nhận diện hành vi bất thường, phân tích nguyên nhân và lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp là yêu cầu bắt buộc. Như trong trường hợp NBTT có hành vi tự làm đau, kích động, mất kiểm soát hoặc hoang tưởng kéo dài, cán bộ cần nhận diện đúng tính chất hành vi, xác định nguyên nhân khởi phát và lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp – từ can thiệp hành vi, trị liệu tâm lý cho đến điều phối thuốc. Quá trình can thiệp trong lĩnh vực này mang tính liên tục, tuần hoàn, khi một hành vi được kiểm soát thì hành vi mới lại có thể xuất hiện. Điều đó đòi hỏi cán bộ không chỉ có khả năng xử lý tình huống, mà còn phải biết thiết kế chương trình can thiệp dài hạn, đánh giá định kỳ và điều chỉnh kế hoạch theo tiến trình phục hồi thực tế của từng NBTT. Ngoài ra, năng lực chuyên môn không chỉ dừng lại ở việc nhận diện vấn đề của NBTT, mà còn bao gồm kỹ năng xây dựng và triển khai chương trình trị liệu, kỹ năng giao tiếp ứng xử phù hợp với trạng thái tâm lý đặc biệt của đối tượng, cũng như khả năng phối hợp đa ngành với nhân viên y tế, gia đình và các dịch vụ xã hội trong cộng đồng. Nếu không được trang bị đầy đủ các năng lực trên, cán bộ rất dễ rơi vào tình trạng can thiệp lệch hướng, thiếu hiệu quả và thậm chí làm trầm trọng thêm tình trạng của NBTT. Tuy nhiên, nguồn nhân lực có đủ năng lực chuyên sâu trong lĩnh vực này tại Việt Nam còn hạn chế. Cụ thể như nhiều cán bộ hiện đang công tác tại TTCS&PHCNNTTso2HN, họ xuất thân từ các ngành nghề

khác nhau, chỉ một bộ phận nhỏ được đào tạo chuyên ngành liên quan đến y tế, công tác xã hội hoặc tâm lý học. Việc thiếu nền tảng chuyên môn bài bản là nguyên nhân cốt lõi dẫn đến những hạn chế trong năng lực triển khai các hoạt động hỗ trợ NBTT tâm thần, đặc biệt trong bối cảnh CDS đang ngày càng đặt ra những yêu cầu cao về tính chuyên nghiệp, khả năng thích ứng và kỹ năng kỹ thuật. Điều này cũng lý giải vì sao một bộ phận cán bộ phản ánh họ gặp khó khăn trong quá trình thực hiện nhiệm vụ.

- Về kỹ năng công nghệ của đội ngũ cán bộ thực thi hoạt động

Trong bối cảnh CDS ngày càng mở rộng hơn trong lĩnh vực công tác xã hội, đặc biệt là trong tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng, việc trang bị năng lực sử dụng công nghệ thông tin không chỉ là yêu cầu kỹ thuật đơn thuần, mà cần được nhìn nhận như một quá trình phát triển kỹ năng tích hợp – kết hợp giữa năng lực số và kỹ năng nghề nghiệp chuyên sâu. Theo đó, ngoài nền tảng kiến thức chuyên môn về sức khỏe tâm thần, đội ngũ cán bộ cần có những kỹ năng thiết yếu để vận hành hiệu quả các mô hình hỗ trợ từ xa, trong đó bao gồm: kỹ năng sử dụng thiết bị công nghệ thông tin, kỹ năng tin học văn phòng cơ bản, kỹ năng khai thác và truyền đạt thông tin trên nền tảng số. Bên cạnh đó, môi trường làm việc trong các cơ sở chăm sóc NBTT thường có áp lực cao, kéo dài, đặc biệt khi kết hợp giữa chăm sóc trực tiếp và triển khai hỗ trợ từ xa. Trong điều kiện này, nếu thiếu kỹ năng công nghệ và kỹ năng thích ứng tâm lý, cán bộ dễ rơi vào trạng thái kiệt sức nghề nghiệp hoặc phản ứng tiêu cực trong giao tiếp, ảnh hưởng đến chất lượng can thiệp.

Trong khuôn khổ và giới hạn của nghiên cứu này, tôi tập chung vào hai nhóm yếu tố có ảnh hưởng trực tiếp và sâu sắc nhất đến hiệu quả ứng dụng CDS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng bao gồm:

(1) Khung chính sách và hành lang pháp lý điều tiết hoạt động công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, và

(2) Năng lực chuyên môn và kỹ năng công nghệ của đội ngũ cán bộ thực thi.

Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất một số nhóm giải pháp trọng tâm nhằm khắc phục những hạn chế nêu trên, với mục tiêu vừa đảm bảo tính khả thi trong điều kiện thực tế, vừa đáp ứng định hướng phát triển bền vững của ngành công tác xã hội trong kỷ nguyên số.

5.2. Đề xuất giải pháp

5.2.1. Hoàn thiện thể chế và chính sách hỗ trợ

Việc triển khai hiệu quả các mô hình ứng dụng CDS trong tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng đồng không thể tách rời khỏi yếu tố thể chế và hành lang pháp lý điều chỉnh hoạt động công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Chính sách không chỉ đóng vai trò định hướng hoạt động chuyên môn mà còn là cơ sở để xác lập quyền, nghĩa vụ và mức độ thụ hưởng của NBTT cũng như gia đình họ trong quá trình tiếp cận dịch vụ. Trong bối cảnh hiện nay, những bất cập trong hệ thống chính sách đã và đang tạo ra rào cản đáng kể đối với việc phổ cập hóa các dịch vụ số, đặc biệt tại tuyến cơ sở. Một trong những vấn đề nổi cộm là “định danh pháp lý” đối với NBTT trong hệ thống luật pháp hiện hành. Cụ thể, Luật Người khuyết tật (2011) đã xác lập các

nguyên tắc bảo đảm quyền cho người khuyết tật nói chung, song NBTT chưa được định danh rõ ràng như một nhóm khuyết tật đặc thù trong chính văn bản luật, mà chủ yếu chỉ được đề cập ở các văn bản dưới luật hoặc các chương trình mục tiêu quốc gia có tính thời kỳ. Việc thiếu cơ sở pháp lý cụ thể dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc xác lập quyền thụ hưởng, gây hạn chế cho cán bộ công tác xã hội trong việc cung cấp dịch vụ và vận dụng chính sách. Trên cơ sở đó, cần thiết phải có một khuôn khổ chính sách chuyên biệt hơn, cụ thể:

(1) Công nhận NBTT là một nhóm thụ hưởng độc lập trong hệ thống chính sách an sinh xã hội, bao gồm y tế, giáo dục, bảo trợ, phục hồi chức năng và CDS; (2) Xác lập các quyền được tiếp cận công nghệ số, hệ thống hồ sơ điện tử, và các hình thức tư vấn – can thiệp từ xa như một phần trong dịch vụ công cơ bản dành cho NBTT tâm thần; (3) Quy định rõ trách nhiệm và quyền hạn của các cơ quan có thẩm quyền trong xác định tình trạng rối loạn tâm thần và mức độ khuyết tật, đặc biệt đối với những trường hợp sống tại cộng đồng, nhằm giảm bớt thủ tục hành chính, tăng tính linh hoạt trong tiếp cận dịch vụ; (4) Xây dựng cơ chế tài chính hỗ trợ ứng dụng CDS tại các TTCS&PHCNNTTso2HN, trong đó có các nguồn lực đảm bảo triển khai phần mềm, tập huấn cán bộ, và duy trì hạ tầng tư vấn từ xa. Việc hoàn thiện khung chính sách không chỉ tạo cơ sở pháp lý vững chắc cho hoạt động tư vấn – hỗ trợ NBTT qua nền tảng số, mà còn góp phần xóa bỏ các rào cản pháp lý – xã hội tồn tại lâu nay, tạo điều kiện bình đẳng cho NBTT được tiếp cận các dịch vụ xã hội hiện đại, nhân văn và hội nhập.

5.2.2. Phát triển năng lực đội ngũ cán bộ thực hiện dịch vụ số

Trong bối cảnh CDS đang diễn ra mạnh mẽ trong các lĩnh vực của đời sống, việc phát triển năng lực đội ngũ cán bộ thực hiện dịch vụ số là một trong những giải pháp then chốt nhằm nâng cao hiệu quả tư vấn và hỗ trợ NBTT tại cộng đồng. Đây không chỉ là yêu cầu tất yếu để thích ứng với tiến trình hiện đại hóa hệ thống cung cấp dịch vụ công, mà còn là điều kiện nền tảng bảo đảm chất lượng, tính bền vững và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ CSSKTT. Hiện nay, phần lớn cán bộ đang công tác tại Trung tâm trong lĩnh vực tư vấn - hỗ trợ NBTT ngoài cộng đồng chưa được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng về công nghệ số cũng như chưa có kinh nghiệm sử dụng các nền tảng số trong công tác tư vấn, trị liệu, theo dõi và đánh giá hiệu quả hỗ trợ. Giải pháp này bao gồm các nội dung then chốt: (1) Tổ chức các chương trình đào tạo, bồi dưỡng chuyên sâu về công nghệ thông tin, quản trị dữ liệu số, an toàn thông tin và kỹ năng sử dụng các nền tảng số chuyên biệt cho đội ngũ cán bộ đang thực hiện công tác tư vấn và hỗ trợ NBTT; (2) Thiết lập các cơ chế khuyến khích tự học và phát triển chuyên môn liên tục, trong đó mỗi cán bộ cần được tạo điều kiện tiếp cận tài liệu học tập mở, tham gia hội thảo chuyên đề, các chương trình trao đổi kinh nghiệm giữa các đơn vị trong hệ thống; (3) Tăng cường hợp tác với các tổ chức đào tạo và đơn vị công nghệ, nhằm xây dựng chương trình đào tạo phù hợp với nhu cầu thực tiễn của từng vị trí công tác trong mạng lưới cung cấp dịch vụ; (4) Tuyển dụng bổ sung nhân lực có năng lực công nghệ số và kiến thức chuyên sâu về CTXH, tâm lý học, phục hồi chức năng, đặc biệt ưu tiên những ứng viên có kinh nghiệm làm việc trong môi trường số hoá và trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần cộng đồng. Cuối cùng, chính bản thân mỗi cán bộ cần nâng cao ý thức trách nhiệm trong việc tự học, tự rèn luyện kỹ năng, cập nhật kiến thức mới về tư vấn số, liệu pháp từ xa, và các công cụ hỗ trợ

điều trị hiện đại. Sự chuyển đổi không chỉ đến từ công nghệ mà còn đến từ tư duy, thái độ và hành vi nghề nghiệp – nơi mỗi cá nhân là một hạt nhân đổi mới, góp phần tạo nên một hệ thống dịch vụ số hoá linh hoạt, nhân văn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Thông tin và Truyền thông. (2020). Cẩm nang chuyển đổi số.
2. Bộ Y tế Việt Nam. (2023). Báo cáo tình hình sức khỏe tâm thần.
3. Gartner. (n.d.). When less becomes more: The journey to digital government.
4. Lê, T. V. (2021). Xu thế chuyển đổi số toàn cầu. Kinh tế & Đô thị.
5. Sở Lao động – Thương binh và Xã hội Hà Nội. (2022). Báo cáo về tình trạng NBT tại các cơ sở bảo trợ xã hội.
6. Sở Y tế Hà Nội. (2023). Thống kê số người mắc rối loạn tâm thần tại Hà Nội.
7. Trung tâm Chăm sóc và Phục hồi chức năng người tâm thần số 2 Hà Nội. (2023). Báo cáo kết quả thực hiện công tác xã hội năm 2023.
8. Trung tâm Chăm sóc và Phục hồi chức năng người tâm thần số 2 Hà Nội. (2024). Báo cáo kết quả thực hiện công tác xã hội năm 2024.
9. UNICEF. (2023). The state of the world's children 2023: For every child, mental health.
10. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025.
11. World Health Organization. (2023). Digital mental health interventions: An overview and future directions.
12. KPMG. (2021). Digital health in Vietnam: Opportunities and challenges.
13. Nguyen, L. H., & Hoang, V. M. (2021). Digital transformation in healthcare: A case study in Vietnam. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 15(2), 1–10.
14. Pham, Q. T., & Le, T. T. (2022). Implementing electronic health records in Vietnamese hospitals: Challenges and solutions. *Vietnam Journal of Medical Informatics*, 28(1), 45–53.
15. Nguyen, T. H., & Tran, M. D. (2023). Telepsychiatry in Vietnam: Current status and future prospects. *Asian Journal of Psychiatry*, 68, 102985.
16. Nguyen, H. T., & Pham, L. T. (2024). Barriers to digital mental health implementation in low-resource settings: A Vietnamese perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 1–9.
17. Le, M. T. H., & Nguyen, A. T. (2023). Youth mental health in Vietnam: The role of digital interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 1–10.
18. Vietnamnet. (2024). Hiệu quả chuyển đổi số trong CSSKTT tại Việt Nam.
19. WHO – Tổ chức Y tế Thế giới. (2023). Mental health atlas 2023.
20. WHO – Tổ chức Y tế Thế giới. (2023). Báo cáo về ứng dụng công nghệ trong điều trị tâm thần.

XÂY DỰNG MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI HỖ TRỢ TINH THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI GIA ĐÌNH

ThS. Đỗ Đức Long¹

Tóm tắt: Bài viết tập trung vào việc xây dựng mô hình công tác xã hội nhằm hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình, một hướng tiếp cận cần thiết trong bối cảnh già hóa dân số ngày càng rõ rệt ở Việt Nam. Trên cơ sở tổng hợp lý thuyết công tác xã hội, nghiên cứu trước, thực trạng nhu cầu của người cao tuổi và phân tích các yếu tố văn hóa, xã hội đặc thù, bài báo đề xuất một mô hình can thiệp dựa trên phương pháp công tác xã hội cá nhân kết hợp với truyền thông, kết nối cộng đồng và hỗ trợ đa ngành. Mô hình gồm các bước: đánh giá nhu cầu tinh thần, xây dựng kế hoạch can thiệp cá thể hóa, thực hiện hỗ trợ tinh thần tại gia đình và đánh giá hiệu quả. Bài viết cũng phân tích các điều kiện triển khai mô hình như năng lực nhân sự, sự phối hợp liên ngành, yếu tố chính sách và vai trò của gia đình. Nghiên cứu góp phần tạo cơ sở lý luận và thực tiễn cho việc nhân rộng các chương trình công tác xã hội hỗ trợ người cao tuổi tại cộng đồng.

Từ khóa: người cao tuổi, sức khỏe tinh thần, công tác xã hội, mô hình can thiệp, gia đình.

BUILDING A SOCIAL WORK MODEL TO PROVIDE SPIRITUAL SUPPORT FOR THE ELDERLY AT HOME

Abstract: This paper focuses on developing a social work model to support the mental well-being of older adults in family settings - a critical response to Vietnam's rapidly aging population. Drawing on social work theories, previous studies, and analysis of elderly care needs and sociocultural contexts, the article proposes an intervention model based on individual casework, community engagement, interprofessional collaboration, and tailored mental health support. The model includes steps such as assessing mental health needs, creating individualized intervention plans, providing home-based psychosocial support, and evaluating outcomes. The article also discusses key implementation factors such as social worker capacity, cross-sector coordination, policy environment, and family engagement. The proposed model aims to serve as a foundation for expanding mental health-focused social work practices for the elderly within the community.

Keywords: elderly, mental well-being, social work, intervention model, family-based care, home support.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổng cục Thống kê (2021), Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011, với tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên chiếm 12,8% dân số và dự báo sẽ đạt khoảng 20% vào năm 2035. Quá trình già hóa diễn ra nhanh chóng trong khi hệ thống dịch vụ an sinh xã hội, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người cao tuổi, chưa theo kịp, tạo ra nhiều thách thức nghiêm trọng về mặt xã hội và chính sách.

Nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng Quốc gia và Tổ chức Y tế Thế giới (2018) cho thấy, khoảng 30 đến 35% người cao tuổi ở Việt Nam có dấu hiệu rối loạn tâm thần nhẹ như trầm cảm, lo âu, rối loạn giấc ngủ, và tỷ lệ này cao hơn ở nhóm sống một mình hoặc phụ thuộc vào con cháu. Tuy nhiên, tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở nhóm này còn rất thấp. Một nguyên nhân chủ yếu là thiếu mô hình hỗ trợ tinh thần tại gia đình mang tính chuyên nghiệp, bài bản và bền vững.

¹ Học viện Báo chí và Tuyên truyền.

Công tác xã hội (CTXH) với chức năng hỗ trợ, can thiệp, kết nối và thúc đẩy sự thích nghi xã hội cho các nhóm dễ bị tổn thương, ngày càng đóng vai trò quan trọng trong hệ thống an sinh xã hội. Đặc biệt, trong lĩnh vực chăm sóc người cao tuổi, công tác xã hội có thể giúp cải thiện chất lượng sống thông qua việc hỗ trợ tinh thần, kết nối nguồn lực và thúc đẩy sự hòa nhập cộng đồng.

Tuy nhiên, trong thực tế ở Việt Nam, công tác xã hội trong chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình còn chưa rõ nét. Nhân lực còn thiếu và yếu, vai trò của nhân viên CTXH chưa được thể chế hóa rõ ràng trong chăm sóc tại nhà, thiếu hướng dẫn can thiệp cụ thể, và chưa có mô hình mẫu nào được kiểm chứng hoặc nhân rộng trên phạm vi quốc gia.

Mặc dù đã có nhiều mô hình chăm sóc người cao tuổi tại các trung tâm, viện dưỡng lão hoặc cộng đồng như các Câu lạc bộ Liên thế hệ, mô hình “bác sĩ gia đình”, song mô hình hỗ trợ tinh thần có sự tham gia của nhân viên công tác xã hội tại chính hộ gia đình người cao tuổi lại rất hiếm. Phần lớn các can thiệp mang tính tự phát, thiếu khung lý thuyết, không có sự phối hợp liên ngành, và chưa được đánh giá hiệu quả một cách khoa học.

Ngoài ra, bối cảnh văn hóa - xã hội Việt Nam cũng đặt ra những đặc thù riêng trong chăm sóc tinh thần người cao tuổi, như: tâm lý ngại chia sẻ cảm xúc, quan niệm trọng con cháu hơn dịch vụ chuyên nghiệp, sự e dè khi tiếp cận với các phương pháp trị liệu tâm lý... Tất cả đòi hỏi phải có một mô hình can thiệp mang tính linh hoạt, gắn với đặc thù gia đình Việt Nam, nhưng vẫn đảm bảo tính chuyên nghiệp và khả năng nhân rộng.

Trước thực trạng và nhu cầu cấp thiết nêu trên, bài viết hướng tới phân tích cơ sở lý luận và tổng quan nghiên cứu liên quan đến hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình, mô tả thực trạng hỗ trợ tinh thần người cao tuổi tại gia đình ở Việt Nam hiện nay, đồng thời đề xuất một mô hình công tác xã hội can thiệp tại gia đình nhằm hỗ trợ sức khỏe tinh thần người cao tuổi, có thể áp dụng tại cộng đồng và hướng đến nhân rộng.

2. THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU CHĂM SÓC TINH THẦN CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI GIA ĐÌNH TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI HIỆN NAY

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), người cao tuổi (Older persons hoặc Elderly) là những người từ 60 tuổi trở lên (WHO, 2020). Luật Người cao tuổi Việt Nam năm 2009 cũng định nghĩa: “*Người cao tuổi là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên*” (Quốc hội, 2009, Điều 2). Dân số người cao tuổi ở Việt Nam đang gia tăng nhanh chóng, trong đó hơn 70% sinh sống tại nông thôn và khoảng 60% sống phụ thuộc vào con cháu (GSO, 2021).

Người cao tuổi thường phải đối mặt với các thay đổi về sinh lý (*suy giảm chức năng vận động, thị lực, thính lực...*), tâm lý (*dễ bị trầm cảm, lo âu, cô đơn*), và xã hội (*thu hẹp mạng lưới xã hội, vai trò xã hội suy giảm*), khiến họ dễ rơi vào trạng thái tổn thương tinh thần. Sức khỏe tinh thần (mental health) được WHO (2018) định nghĩa là “*một trạng thái phúc lợi trong đó cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối mặt với những căng thẳng của cuộc sống thường nhật, làm việc hiệu quả và đóng góp tích cực cho cộng đồng*”.

Ở người cao tuổi, sức khỏe tinh thần gắn liền với cảm giác được yêu thương, được tôn trọng, có giá trị, cảm nhận về sự an toàn và gắn bó xã hội. Các vấn đề sức khỏe tinh thần phổ

biến ở nhóm này bao gồm: trầm cảm (chiếm 20 đến 30% người cao tuổi), rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ, mất ý nghĩa cuộc sống, và cảm giác bị bỏ rơi (Nguyễn Thị Lan & cộng sự, 2020). Tuy nhiên, việc chăm sóc sức khỏe tinh thần người cao tuổi chưa được quan tâm đúng mức tại gia đình, nơi lẽ ra phải là “môi trường hỗ trợ tinh thần đầu tiên và lâu dài nhất”. Công tác xã hội đóng vai trò cầu nối giữa người cao tuổi - gia đình - cộng đồng - hệ thống dịch vụ. Đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tinh thần, nhân viên công tác xã hội (NVCTXH) đảm nhiệm các chức năng:

Một là, đánh giá nhu cầu và lập kế hoạch can thiệp: thông qua phỏng vấn, quan sát, nhân viên CTXH có thể xác định mức độ căng thẳng, nguy cơ trầm cảm, rối loạn tâm lý của người cao tuổi.

Hai là, tư vấn, hỗ trợ tâm lý, trị liệu ngắn hạn: giúp người cao tuổi vượt qua khủng hoảng tâm lý, điều chỉnh nhận thức và tái cấu trúc hành vi.

Bà là, kết nối mạng lưới hỗ trợ: huy động sự tham gia của thành viên gia đình, tổ chức cộng đồng, y tế, tôn giáo... nhằm hỗ trợ liên tục.

Bốn là, vận động chính sách và nâng cao nhận thức cộng đồng: để tạo môi trường tích cực cho người cao tuổi sống khỏe mạnh về thể chất lẫn tinh thần.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, vai trò này chưa được phát huy đầy đủ trong môi trường gia đình. Do đó, cần thiết kế một mô hình cụ thể, có hướng dẫn thực hành, quy trình can thiệp rõ ràng và có thể nhân rộng.

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính kết hợp định lượng để phân tích, đánh giá thực trạng và xây dựng mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình. Thiết kế nghiên cứu mang tính mô tả, khám phá và ứng dụng - phù hợp với mục tiêu đề xuất mô hình can thiệp thực tiễn trong lĩnh vực công tác xã hội. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2025 tại các phường Dịch Vọng, Quan Hoa (quận Cầu Giấy), Văn Quán (quận Hà Đông) và Đại Kim (quận Hoàng Mai), thành phố Hà Nội - là những địa bàn có mật độ người cao tuổi cao và có sự đa dạng về đặc điểm nhân khẩu, mức sống, mô hình gia đình. Một bộ câu hỏi khảo sát bán cấu trúc đã được xây dựng để thu thập thông tin từ người thân đang chăm sóc người cao tuổi tại gia đình (N=73 mẫu). Đồng thời tác giả cũng thực hiện 8 cuộc phỏng vấn sâu với: 04 người cao tuổi đang sống cùng hoặc không sống cùng con cháu; 2 người thân trực tiếp chăm sóc; 2 cán bộ địa phương có kinh nghiệm trong công tác xã hội hoặc y tế để tìm hiểu sâu hơn về thực trạng chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi tại các gia đình trên địa bàn thành phố Hà Nội hiện nay. Nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ mang tính chất thăm dò và tạo cơ sở về lý luận cho các nghiên cứu về sau.

2.1. Thực trạng chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi

Trong cấu trúc gia đình truyền thống Việt Nam, con cháu là người đảm nhận vai trò chăm sóc cha mẹ khi về già - cả về thể chất lẫn tinh thần. Tuy nhiên, nhịp sống hiện đại, đô thị hóa và thay đổi mô hình sống đang dần phá vỡ cấu trúc “tam đại đồng đường”. Người cao tuổi ngày càng phải đối mặt với tình trạng sống một mình hoặc bị cô lập tinh thần ngay trong chính ngôi nhà của mình.

Theo khảo sát thực hiện tại 10 phường nội thành Hà Nội với 73 phản hồi hợp lệ, có tới 57,5% người cao tuổi cảm thấy mình bị “bỏ rơi” hoặc ít được quan tâm về mặt cảm xúc. Đáng chú ý, 58,9% người trả lời cho biết họ lo lắng về sức khỏe nhưng không có người để chia sẻ, và chỉ 13,6% các hộ gia đình từng tiếp cận với dịch vụ tư vấn hoặc hỗ trợ chuyên môn về tinh thần.

Các biểu hiện phổ biến ở người cao tuổi bao gồm: trầm cảm nhẹ, mất ngủ kéo dài, cảm giác vô dụng, giảm kết nối xã hội, đặc biệt là ở nhóm không còn bạn đời hoặc sống với người giúp việc không được đào tạo chuyên môn.

Một vấn đề nghiêm trọng là sự thiếu hiểu biết về tầm quan trọng của người phụ trách chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi. Khảo sát cho thấy, có tới 78,1% người chăm sóc cho rằng họ cần được cung cấp thêm kiến thức về chăm sóc tinh thần, và 65,8% mong muốn được đào tạo kỹ năng giao tiếp, hỗ trợ cảm xúc cho người cao tuổi. Tuy nhiên, chỉ 30,1% số người được hỏi cho rằng cần đến sự hỗ trợ của chuyên gia. Điều này phản ánh tâm lý phổ biến trong xã hội Việt Nam: vẫn xem việc chăm sóc tinh thần là trách nhiệm của gia đình, không cần đến can thiệp chuyên môn. Đồng thời, những rào cản văn hóa như “ngại nói chuyện về tâm lý”, “sợ làm phiền con cháu”, hay “không tin vào tư vấn tâm lý” vẫn tồn tại dai dẳng trong tâm lý của cả người cao tuổi lẫn gia đình họ.

Hiện nay, phần lớn người cao tuổi tại đô thị vẫn chưa được tiếp cận với các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp. Các dịch vụ chăm sóc tại gia đình chủ yếu mang tính chất “tự phát” hoặc thuê người giúp việc, song hơn 80% người giúp việc không có kiến thức về chăm sóc tinh thần người cao tuổi. Hơn nữa, chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ người cao tuổi tiếp cận được với các mô hình hỗ trợ cộng đồng như “câu lạc bộ dưỡng sinh”, “câu lạc bộ liên thế hệ” và các mô hình này cũng chủ yếu phục vụ giải trí chứ chưa đi sâu vào tư vấn, trị liệu hoặc hỗ trợ tâm lý chuyên sâu. Thực trạng cho thấy, trong khi Nhà nước đã có các chính sách về người cao tuổi, thì các hướng dẫn cụ thể về chăm sóc tinh thần tại gia đình, vai trò của nhân viên công tác xã hội, và cơ chế phối hợp liên ngành vẫn chưa được thể chế hóa rõ ràng.

Bên cạnh thiếu kiến thức và dịch vụ, một yếu tố quan trọng khác ảnh hưởng đến tinh thần người cao tuổi là khoảng cách thế hệ. Tại các đô thị lớn, nhiều người cao tuổi sống trong gia đình ba thế hệ nhưng có rất ít tương tác với con cháu. Một biểu hiện rõ ràng là 35,6% người được khảo sát thừa nhận “hiếm khi” dành thời gian quan tâm đến cảm xúc của ông bà, cha mẹ, và 4,1% người trả lời chưa từng chia sẻ với họ về các vấn đề tinh thần. Sự phát triển của công nghệ và mạng xã hội cũng làm giảm đáng kể thời gian tiếp xúc giữa các thế hệ. Trong nhiều gia đình, con cháu “ở cạnh mà không ở cùng” khi mỗi người có mỗi quan tâm với các thiết bị thông minh như máy tính bảng hoặc điện thoại,... dẫn đến sự im lặng kéo dài và cảm giác “vô hình” của người già.

Theo các cuộc phỏng vấn chuyên sâu, người cao tuổi thường ngại bày tỏ nhu cầu của mình, vì sợ phiền hà, ngại “đòi hỏi”, hoặc cảm thấy “vô ích”. Một số người cao tuổi chia sẻ rằng họ đã “quen chịu đựng” và xem trạng thái buồn bã, cô đơn là một phần tất yếu của tuổi già. Đây là một thách thức lớn trong can thiệp công tác xã hội, bởi nếu người cao tuổi không chủ động chia sẻ hoặc không sẵn lòng tiếp cận với các hình thức hỗ trợ, thì mọi nỗ lực của gia đình hoặc xã hội sẽ khó đạt được hiệu quả nếu không có phương pháp đúng đắn.

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi chính là nền tảng kinh tế của hộ gia đình. Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 41,1% số người tham gia thuộc nhóm hộ gia đình có thu nhập từ 10 triệu đồng trở lên mỗi tháng, trong đó một tỷ lệ đáng kể thuộc nhóm thu nhập trên 20 triệu đồng. Điều này phản ánh một thực tế tích cực là phần lớn các hộ gia đình hiện đang có điều kiện kinh tế tương đối ổn định, đủ khả năng đáp ứng các nhu cầu cơ bản và có thể cân nhắc tiếp cận thêm các dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu cho người cao tuổi, trong đó có chăm sóc tinh thần.

Tuy nhiên, bên cạnh đó vẫn còn khoảng 8,2% số hộ gia đình có thu nhập dưới 10 triệu đồng mỗi tháng, con số không lớn nhưng có ý nghĩa xã hội đáng kể, đặc biệt trong bối cảnh giá cả sinh hoạt và chi phí y tế ngày càng tăng cao tại khu vực đô thị. Với mức thu nhập hạn chế, các gia đình này có thể sẽ gặp khó khăn trong việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng, thuốc men, các phương tiện chăm sóc tại nhà, chứ chưa nói đến việc đầu tư cho các nhu cầu tinh thần như tham vấn tâm lý, sinh hoạt cộng đồng, hoặc các hoạt động giải trí cho người cao tuổi.

Đáng chú ý, sự xuất hiện của nhóm hộ có thu nhập cao cho thấy một sự phân hóa kinh tế nhất định giữa các hộ gia đình có người cao tuổi. Điều này có hai mặt: một mặt tạo ra cơ hội cho những gia đình có điều kiện tài chính tốt tiếp cận các mô hình chăm sóc chuyên nghiệp (như thuê nhân viên CTXH, sử dụng dịch vụ tư vấn tâm lý, tổ chức các hoạt động tinh thần tại nhà...); nhưng mặt khác, cũng đặt ra thách thức trong việc đảm bảo tính công bằng và phổ cập của dịch vụ chăm sóc tinh thần, khi các hộ có thu nhập thấp ít có khả năng tiếp cận các hình thức chăm sóc chất lượng cao.

Từ thực trạng này, có thể thấy kinh tế hộ gia đình là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng duy trì chất lượng sống và tinh thần cho người cao tuổi. Việc chăm sóc tinh thần không đơn thuần là vấn đề tình cảm hay đạo đức, mà còn gắn với các yếu tố điều kiện vật chất cụ thể. Do đó, để đảm bảo sự bình đẳng và tính bền vững trong công tác chăm sóc người cao tuổi tại gia đình, đặc biệt tại các đô thị lớn, rất cần có các chính sách hỗ trợ an sinh linh hoạt theo thu nhập, bao gồm: trợ cấp y tế, dịch vụ CTXH miễn phí tại cộng đồng, hỗ trợ truyền thông nâng cao nhận thức cho các hộ có thu nhập thấp. Đồng thời, đây cũng là cơ hội để thúc đẩy phát triển mô hình dịch vụ CTXH theo phân khúc, phục vụ tốt hơn cho cả nhóm hộ thu nhập cao và trung bình, góp phần nâng cao chất lượng sống của người cao tuổi theo hướng toàn diện.

Ngoài vấn đề về kinh tế, một trong những yếu tố thiết yếu góp phần duy trì và nâng cao tinh thần cho người cao tuổi chính là sự tương tác và giao tiếp hàng ngày với các thành viên trong gia đình. Qua kết quả khảo sát với 73 người tham gia, dữ liệu thu được cho thấy bức tranh tương đối rõ nét về thói quen trò chuyện, tâm sự giữa người cao tuổi và người thân trong gia đình.

Cụ thể, hơn 71% số người khảo sát chỉ dành tối đa 1 giờ mỗi ngày để trò chuyện với ông bà, cha mẹ, trong đó 35,6% là dưới 30 phút và 35,6% là từ 30 phút đến 1 giờ. Đây là một tỷ lệ cao nhưng lại phản ánh thực trạng thời lượng giao tiếp còn hạn chế, nhất là khi xét đến vai trò của trò chuyện như một hình thức “liệu pháp tinh thần” tự nhiên, giúp người cao tuổi giải tỏa cảm xúc, củng cố kết nối gia đình và cảm nhận được sự hiện diện xã hội.

Bên cạnh đó, 20,5% người tham gia khảo sát cho biết không có thời gian cố định để trò chuyện với người cao tuổi, điều này phần nào cho thấy sự thiếu ổn định trong thói quen

chăm sóc tinh thần. Nhiều gia đình không có lịch trình sinh hoạt rõ ràng hoặc bị chi phối bởi công việc, học tập, dẫn đến việc trò chuyện với người cao tuổi trở thành hoạt động mang tính ngẫu nhiên, thậm chí bị quên lãng. Điều này cũng phản ánh đặc điểm của đời sống đô thị hiện đại, nơi áp lực thời gian và khoảng cách thế hệ đang dần làm suy yếu sự gắn kết tình cảm trong gia đình.

Đáng quan ngại hơn, chỉ có 8,2% số người khảo sát dành trên 1 giờ mỗi ngày để trò chuyện với người cao tuổi - một con số còn khá khiêm tốn. Trong bối cảnh người cao tuổi thường xuyên phải đối mặt với cảm giác cô đơn, suy giảm trí nhớ và tâm trạng không ổn định, việc thiếu thời gian giao tiếp sâu sắc với người thân càng làm trầm trọng thêm nguy cơ suy giảm sức khỏe tinh thần.

Từ thực trạng trên, có thể thấy rằng dù phần lớn các gia đình vẫn duy trì hình thức sống chung nhiều thế hệ, nhưng giao tiếp giữa người cao tuổi và các thành viên khác trong gia đình vẫn chưa được đầu tư đúng mức. Sự hiện diện về mặt vật lý (sống cùng) không đồng nghĩa với sự kết nối cảm xúc, và đây chính là khoảng trống mà công tác xã hội cần quan tâm khi xây dựng các mô hình can thiệp tinh thần tại gia đình. Việc nâng cao nhận thức của các thành viên trong gia đình, tổ chức các chương trình giáo dục về giao tiếp liên thế hệ và tạo điều kiện để người cao tuổi được tham gia các hoạt động đối thoại, chia sẻ thường xuyên sẽ là những giải pháp cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

2.2. Nhu cầu chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình

Kết quả khảo sát về mức độ chia sẻ của người cao tuổi liên quan đến sức khỏe tinh thần đã phản ánh một thực trạng phức tạp, cho thấy nhiều tầng lớp nhu cầu chưa được đáp ứng đầy đủ. Việc chỉ có khoảng 21,9% người cao tuổi dễ dàng chia sẻ các vấn đề tinh thần là con số đáng suy nghĩ. Nó cho thấy phần lớn người cao tuổi vẫn đang sống trong một không gian giao tiếp hạn chế, nơi cảm xúc cá nhân ít được bộc lộ hoặc không tìm được người thực sự thấu hiểu để chia sẻ.

Một trong những nguyên nhân chính dẫn đến điều này là định kiến thế hệ. Người cao tuổi thuộc thế hệ từng sống trong hoàn cảnh xã hội khắt khe, nơi sức mạnh tinh thần được đánh đồng với sự “chịu đựng” và việc nói ra cảm xúc thường bị coi là yếu đuối. Điều đó tạo ra một lớp rào cản tâm lý vô hình, khiến họ ngại bày tỏ dù trong lòng có nhiều nỗi niềm. Điều này thể hiện rõ qua tỷ lệ 50,7% người cao tuổi trả lời rằng họ chỉ chia sẻ “có lúc có, lúc không”. Việc giải bày cảm xúc của họ phụ thuộc vào môi trường, thái độ người nghe, và hoàn cảnh giao tiếp, thay vì là một hoạt động tự nhiên, đều đặn.

Khó khăn trong diễn đạt cảm xúc cũng là một thách thức lớn. Với 26% người cao tuổi thừa nhận rằng họ gặp khó khăn khi chia sẻ, có thể thấy rằng nhiều người trong số họ đang sống với những bức tường nội tâm dày đặc. Đây không chỉ là vấn đề ngôn ngữ hay trí nhớ suy giảm do tuổi tác, mà còn đến từ việc thiếu một không gian an toàn và khuyến khích họ mở lòng. Khi con cháu bận rộn, ít khi đặt câu hỏi hoặc thực sự lắng nghe, người cao tuổi có xu hướng thu mình và ngừng chia sẻ, bởi họ cảm thấy không được tôn trọng hoặc không muốn làm phiền.

Một nhóm nhỏ (dưới 5%) cho biết họ không bao giờ chia sẻ, cho thấy có những người cao tuổi hoàn toàn mất kết nối cảm xúc với người thân và với môi trường xung quanh. Đây là những trường

hợp sống đơn độc, không có người thân bên cạnh, có trường hợp có nhưng không có tương tác tình cảm đáng kể. Việc không có ai để tâm sự, không cảm thấy mình còn có giá trị lắng nghe, khiến họ dần đánh mất nhu cầu chia sẻ - và đó là tín hiệu cảnh báo cho sự cô lập xã hội nghiêm trọng.

Tuy nhiên, mặt tích cực là vẫn tồn tại nhóm người cao tuổi có khả năng chia sẻ tốt. Những người này thường sống trong gia đình có sự quan tâm, giao tiếp tích cực hoặc tham gia vào các hoạt động cộng đồng. Họ là minh chứng cho thấy nếu có môi trường tâm lý phù hợp, người cao tuổi hoàn toàn có thể mở lòng và cải thiện tinh thần thông qua giao tiếp và đồng hành.

Kết quả khảo sát về nhu cầu chăm sóc tinh thần của người cao tuổi đã làm nổi bật một bức tranh đa chiều, phản ánh không chỉ mức độ cần thiết của việc hỗ trợ mà còn gợi mở hướng tiếp cận phù hợp trong từng hoàn cảnh. Với 63% người cao tuổi cho rằng họ “cần” sự hỗ trợ, chủ yếu từ phía gia đình, có thể thấy gia đình vẫn đóng vai trò trung tâm trong việc duy trì và nâng đỡ đời sống tinh thần cho người cao tuổi. Sự quan tâm, chia sẻ, và đồng hành từ người thân không chỉ đơn thuần là hành động tình cảm mà còn là yếu tố then chốt giúp người cao tuổi giảm bớt cảm giác cô đơn, nâng cao cảm giác được kết nối và có giá trị trong gia đình.

Tuy nhiên, đáng chú ý là có tới 31,5% người cao tuổi cho biết họ “rất cần” sự hỗ trợ y tế chuyên nghiệp. Tỷ lệ này phản ánh một thực trạng ít được nhắc tới trong chăm sóc người cao tuổi: đó là nhiều người trong số họ đang âm thầm chịu đựng các vấn đề sức khỏe tinh thần nghiêm trọng như trầm cảm, rối loạn lo âu, suy giảm nhận thức... mà gia đình không thể hoặc không đủ chuyên môn để xử lý. Sự can thiệp từ các chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội, hoặc bác sĩ tâm thần là điều cần thiết trong các trường hợp này - không chỉ để điều trị mà còn để phòng ngừa sự tiến triển tiêu cực của bệnh lý tâm thần tuổi già.

Ngược lại, tỷ lệ nhỏ (khoảng 5,5%) người cao tuổi cho rằng “không cần” bất kỳ sự hỗ trợ nào có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau. Một mặt, điều này có thể cho thấy sự hài lòng của họ với hiện tại - có thể vì đang nhận được sự quan tâm chu đáo từ gia đình, hoặc do sức khỏe tinh thần của họ vẫn ổn định. Mặt khác, cần cẩn trọng xem xét liệu đây có phải là biểu hiện của sự tự khép kín, ngại ngùng khi thừa nhận mình cần hỗ trợ, hay là hậu quả của tâm lý chịu đựng lâu năm khiến họ xem việc “cần giúp đỡ” như một sự yếu đuối không đáng có. Đặc biệt với những người từng sống trong môi trường coi trọng sự kiên cường và hy sinh, việc thừa nhận rằng mình đang bất ổn về tinh thần có thể là điều khó khăn.

Từ những dữ liệu trên, có thể thấy rõ rằng nhu cầu chăm sóc tinh thần ở người cao tuổi là rất lớn và có mức độ khác nhau, từ nhu cầu cảm xúc cơ bản như được lắng nghe, quan tâm, đến những yêu cầu chuyên sâu như trị liệu hoặc tư vấn tâm lý. Mô hình chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi vì thế cũng cần được xây dựng theo hướng tích hợp, trong đó gia đình là nền tảng quan trọng, còn các dịch vụ chuyên môn đóng vai trò hỗ trợ thiết yếu, đặc biệt trong bối cảnh đô thị hóa nhanh, con cháu bận rộn và các vấn đề về tâm lý ngày càng trở nên phức tạp.

Thực trạng chăm sóc tinh thần người cao tuổi tại gia đình ở Việt Nam hiện nay cho thấy một nhu cầu bức thiết nhưng chưa được đáp ứng đầy đủ và hiệu quả. Việc thiết kế một mô hình công tác xã hội chuyên biệt, có cấu trúc rõ ràng, phù hợp với đặc thù gia đình Việt Nam là yêu cầu cấp thiết nhằm nâng cao chất lượng sống, sự gắn kết và giá trị tinh thần của người cao tuổi trong giai đoạn cuối đời.

3. ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI TÍCH HỢP HỖ TRỢ TINH THẦN NGƯỜI CAO TUỔI TẠI GIA ĐÌNH THEO TIẾP CẬN HỆ SINH THÁI

3.1. Cơ sở khoa học và thực tiễn cho việc xây dựng mô hình

Việc xây dựng mô hình công tác xã hội nhằm hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình được đặt trên nền tảng liên kết giữa nhu cầu thực tiễn, các lý thuyết khoa học và tính khả thi trong bối cảnh xã hội Việt Nam hiện nay.

Thứ nhất, về cơ sở thực tiễn, phần thực trạng đã chỉ ra rõ khoảng trống trong hệ thống hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi ở cấp độ gia đình và cộng đồng. Sự gia tăng của các vấn đề tâm lý như cô đơn, lo âu, trầm cảm ở người cao tuổi đang trở thành thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc hiện hành, đặc biệt trong bối cảnh dân số già hóa nhanh và sự suy giảm vai trò hỗ trợ tinh thần truyền thống từ con cháu.

Thứ hai, về cơ sở lý luận, mô hình đề xuất được xây dựng dựa trên ba khung lý thuyết chính: (1) Lý thuyết hệ sinh thái xã hội của Bronfenbrenner (1979) nhấn mạnh tác động của các cấp hệ thống (cá nhân, gia đình, cộng đồng, chính sách) đến sự phát triển và sức khỏe tinh thần của cá nhân; (2) Thuyết hỗ trợ xã hội của Cobb (1976) khẳng định vai trò trung tâm của sự hỗ trợ về cảm xúc, thông tin và vật chất trong việc giảm thiểu áp lực tinh thần; (3) Tháp nhu cầu của Maslow (1943) cho thấy nhu cầu được yêu thương, kết nối và tự khẳng định bản thân có ý nghĩa đặc biệt trong giai đoạn cuối đời.

Thứ ba, về tính khả thi, mô hình khai thác các nguồn lực sẵn có trong cộng đồng như Hội Người cao tuổi, tổ dân phố, mạng lưới tình nguyện viên, các cơ sở tôn giáo, đồng thời dựa vào đội ngũ nhân viên công tác xã hội tại địa phương. Đây là những yếu tố có thể huy động nhanh, phù hợp với điều kiện tài chính và quản lý của Việt Nam.

3.1. Nguyên tắc vận hành mô hình

Việc xây dựng mô hình CTXH trong hỗ trợ, chăm sóc tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình là hết sức cần thiết trong bối cảnh già hoá dân số đang diễn ra nhanh và mạnh như hiện nay, mô hình CTXH sẽ thay thế thói quen chăm sóc truyền thống và tạo sự khác biệt hơn ở tính khoa học, chuyên nghiệp. Có được mô hình chăm sóc chuyên nghiệp sẽ mang lại lợi ích cho chính bản thân người cao tuổi và cũng là nhu cầu của các gia đình có người cao tuổi hiện nay. Mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình cần tuân thủ năm nguyên tắc cốt lõi sau:

Nguyên tắc	Nội dung
Lấy người cao tuổi làm trung tâm	Đặt nhu cầu, cảm xúc, sự lựa chọn và quyền tự quyết của người cao tuổi lên hàng đầu trong mọi hoạt động hỗ trợ.
Cá nhân hóa can thiệp	Thiết kế các kế hoạch can thiệp dựa trên hoàn cảnh, điều kiện sức khỏe, nền tảng văn hóa và mong muốn riêng biệt của từng người.
Tiếp cận hệ sinh thái - gia đình	Gia đình không chỉ là môi trường sống mà còn là đơn vị can thiệp trung tâm, cần huy động và phối hợp các cấp độ hệ thống trong hỗ trợ.
Huy động nguồn lực cộng đồng	Tăng cường vai trò của các tổ chức xã hội, đoàn thể, tôn giáo và tình nguyện viên trong việc đồng hành cùng gia đình.

Phối hợp liên ngành và hướng tới bền vững	Mô hình phải có sự tham gia của các ngành liên quan như y tế, văn hóa, dân số, đảm bảo duy trì được tính liên tục và hiệu quả lâu dài.

3.3. Cấu trúc và quy trình vận hành mô hình

Mô hình được đề xuất bao gồm năm giai đoạn can thiệp theo chu trình hỗ trợ có hệ thống và lồng ghép các kỹ thuật chuyên môn công tác xã hội:

Giai đoạn 1: Đánh giá tổng thể

Mục tiêu: Khảo sát trạng thái tâm lý, mức độ cô đơn, nhu cầu cảm xúc và mạng lưới hỗ trợ hiện có của người cao tuổi.

Phương pháp: Phỏng vấn bán cấu trúc; sử dụng các công cụ như Thang đo Trầm cảm Geriatric Depression Scale (Yesavage, 1983); bản đồ hệ thống hỗ trợ (eco-map); nhật ký tự đánh giá cảm xúc.

Người thực hiện: Nhân viên công tác xã hội phối hợp với người chăm sóc và đại diện tổ dân phố tiến hành tại hộ gia đình.

Giai đoạn 2: Lập kế hoạch hỗ trợ cá nhân hóa

Mục tiêu: Thiết kế kế hoạch chăm sóc tinh thần phù hợp với điều kiện và nguyện vọng của người cao tuổi.

Nội dung chính: Thiết lập lịch gặp gỡ định kỳ; kế hoạch trị liệu trò chuyện (talk therapy); hoạt động gợi nhớ tích cực (life review); luyện tập thiền - thư giãn; thiết lập mục tiêu sống khả thi.

Thành phần tham gia: Nhân viên công tác xã hội, người chăm sóc chính, người cao tuổi, đại diện cán Bộ Y tế và Hội Người cao tuổi.

Giai đoạn 3: Thực hiện can thiệp tại gia đình

Hoạt động tiêu biểu:

- Trị liệu trò chuyện cảm xúc (emotional talk therapy);
- Kết nối công nghệ (gọi video, chia sẻ hình ảnh qua mạng xã hội);
- Gợi nhớ ký ức tích cực, tự truyện cuộc đời;

Khuyến khích tham gia hoạt động nhóm tại cộng đồng (Câu lạc bộ Người cao tuổi, nhóm dưỡng sinh, câu lạc bộ thơ ca...).

Giai đoạn 4: Kết nối mạng lưới hỗ trợ cộng đồng

Mục tiêu: Giảm gánh nặng cho gia đình, mở rộng hỗ trợ từ cộng đồng.

Đơn vị tham gia: Hội Người cao tuổi, Mặt trận Tổ quốc, đoàn thể địa phương, sinh viên công tác xã hội, các nhóm tôn giáo và tổ chức phi chính phủ.

Giai đoạn 5: Lượng giá và điều chỉnh kế hoạch

Mục tiêu: Đánh giá tiến độ và hiệu quả can thiệp, điều chỉnh kịp thời các nội dung chưa phù hợp.

Công cụ: Phỏng vấn định kỳ người cao tuổi và người chăm sóc; đánh giá lại GDS; nhật ký can thiệp của nhân viên công tác xã hội; bảng kiểm tra sự tham gia hoạt động cộng đồng.

3.4. Vai trò của các bên liên quan

Mô hình đề xuất là sự phối hợp đa ngành, trong đó mỗi bên đóng vai trò cụ thể:

Thành phần	Vai trò
Nhân viên công tác xã hội	Chủ trì đánh giá, lập kế hoạch, thực hiện can thiệp, theo dõi tiến trình, tư vấn và kết nối nguồn lực.
Người chăm sóc chính	Hỗ trợ hàng ngày, giám sát thực hiện kế hoạch, là cầu nối giữa người cao tuổi và các nhân viên hỗ trợ.
Người cao tuổi	Là trung tâm của can thiệp, được tham gia quyết định và phản hồi liên tục về tiến trình hỗ trợ.
Hội Người cao tuổi	Tổ chức sinh hoạt nhóm, gắn kết cộng đồng, phối hợp với chính quyền và các tổ chức khác.
Cán Bộ Y tế	Phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường tâm thần, chuyển tuyến chuyên môn khi cần thiết.
Tổ chức xã hội, tôn giáo	Tạo không gian sinh hoạt tinh thần, hỗ trợ tình nguyện, nâng đỡ tinh thần người cao tuổi.

3.5. Điều kiện triển khai mô hình

Để triển khai mô hình một cách hiệu quả và bền vững, cần đảm bảo các điều kiện sau:

Nhân lực: Tối thiểu một nhân viên công tác xã hội chuyên sâu về sức khỏe tâm thần người cao tuổi tại mỗi phường/xã.

Tài chính: Kinh phí hoạt động từ ngân sách địa phương, nguồn xã hội hóa và tài trợ từ các tổ chức trong và ngoài nước.

Hành lang chính sách: Mô hình cần được lồng ghép vào chương trình công tác xã hội cấp cơ sở theo Thông tư liên tịch số 01/2023/TTLT-BLĐTĐ-BNV về phát triển công tác xã hội tại cộng đồng.

Đào tạo: Cần có tài liệu hướng dẫn nghiệp vụ và đào tạo nâng cao năng lực cho nhân viên công tác xã hội và người chăm sóc.

Truyền thông: Đẩy mạnh hoạt động truyền thông để nâng cao nhận thức của cộng đồng và giảm kỳ thị về các vấn đề sức khỏe tinh thần ở người cao tuổi.

Mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình được đề xuất trong nghiên cứu này cho thấy một hướng tiếp cận có hệ thống, kết hợp hài hòa giữa lý luận khoa học và thực tiễn đời sống xã hội Việt Nam hiện nay. Việc xây dựng mô hình dựa trên nền tảng lý thuyết hệ sinh thái xã hội, lý thuyết hỗ trợ xã hội và thuyết nhu cầu tâm lý, đồng thời lồng ghép thực trạng hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại cộng đồng đã tạo nên một cấu trúc logic, có tính ứng dụng cao.

Trước hết, mô hình thể hiện rõ tính khả thi khi tận dụng được các nguồn lực sẵn có tại địa phương như Hội Người cao tuổi, các tổ chức tôn giáo - xã hội, tổ dân phố, cùng với đội ngũ tình nguyện viên và nhân viên công tác xã hội. Việc kết nối hệ thống hỗ trợ đa tầng từ gia đình đến cộng đồng cho phép mở rộng khả năng can thiệp mà không làm tăng áp lực tài chính cho hệ thống phúc lợi công. Đặc biệt, với đặc điểm dân số đang già hóa nhanh chóng tại Việt Nam, nhu cầu phát triển các mô hình hỗ trợ tại nhà là vô cùng cấp thiết và phù hợp với tâm lý người cao tuổi Việt Nam - những người có xu hướng gắn bó với không gian sống quen thuộc và đề cao sự hiện diện của người thân trong quá trình chăm sóc.

Mặt khác, mô hình cũng thể hiện tư duy tiếp cận toàn diện và lấy người cao tuổi làm trung tâm. Các giai đoạn can thiệp được thiết kế linh hoạt, có thể điều chỉnh tùy theo mức độ suy giảm tinh thần, điều kiện sống và mạng lưới xã hội của từng cá nhân. Nhân viên công tác xã hội đóng vai trò chủ đạo trong việc đánh giá nhu cầu, lập kế hoạch cá nhân hóa, điều phối

mạng lưới hỗ trợ, đồng thời thực hiện trị liệu cảm xúc thông qua các hình thức gần gũi như trò chuyện, gọi nhớ tích cực, kết nối công nghệ. Sự kết hợp giữa trị liệu tại gia đình và kết nối cộng đồng giúp người cao tuổi vừa được chăm sóc trong môi trường quen thuộc, vừa có cơ hội tái hòa nhập và khẳng định giá trị bản thân - một yếu tố then chốt trong nâng cao chất lượng sống tinh thần.

Tuy nhiên, để mô hình có thể triển khai hiệu quả trong thực tiễn, cần phải được đặt trong một hành lang pháp lý rõ ràng và có sự hỗ trợ tích cực từ phía chính sách nhà nước. Hiện nay, hệ thống pháp luật Việt Nam đã bước đầu tạo ra những nền tảng thuận lợi để triển khai các mô hình công tác xã hội tại cộng đồng, đặc biệt là đối với nhóm người cao tuổi. Hiến pháp năm 2013, với quy định về quyền được chăm sóc và bảo vệ của người cao tuổi, là cơ sở pháp lý tối cao khẳng định vai trò trách nhiệm của Nhà nước và xã hội trong việc chăm lo toàn diện cho nhóm dân số này. Luật Người cao tuổi năm 2009 cụ thể hóa nghĩa vụ của gia đình, chính quyền và tổ chức xã hội trong chăm sóc người cao tuổi, trong đó có nội dung khuyến khích phát triển các dịch vụ hỗ trợ tại gia đình và cộng đồng.

Bên cạnh đó, các chính sách chuyên ngành như Quyết định số 1921/QĐ-TTg năm 2020 về Chiến lược quốc gia về già hóa dân số, hay Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030 theo Quyết định số 112/QĐ-LĐTBXH, đều nhấn mạnh đến việc xây dựng mô hình điểm, đẩy mạnh chăm sóc tại cộng đồng, và phát triển dịch vụ công tác xã hội chuyên biệt. Những định hướng này cho thấy sự chuyển dịch rõ rệt từ mô hình chăm sóc y tế thuần túy sang mô hình tích hợp y tế - xã hội, trong đó hỗ trợ tinh thần và cảm xúc đóng vai trò ngày càng quan trọng.

Dự thảo Luật Công tác xã hội - dự kiến trình Quốc hội trong thời gian tới - cũng đang đặt nền móng cho việc chuyên nghiệp hóa hoạt động can thiệp xã hội đối với nhóm yếu thế, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam hướng đến xây dựng hệ thống an sinh xã hội bền vững và toàn diện. Cùng với đó, các thông tư hướng dẫn về tiêu chuẩn nhân sự, cơ cấu tổ chức công tác xã hội cấp xã/phường đã tạo điều kiện triển khai mô hình một cách cụ thể và hợp pháp tại địa phương.

Như vậy, có thể khẳng định rằng: mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình không chỉ phù hợp về mặt khoa học và thực tiễn mà còn có đầy đủ cơ sở pháp lý để triển khai rộng rãi tại Việt Nam. Điều cần thiết là sự cam kết chính trị ở cấp địa phương, cơ chế tài chính linh hoạt, và năng lực chuyên môn của đội ngũ nhân viên công tác xã hội được bảo đảm thông qua đào tạo và hỗ trợ chuyên môn lâu dài.

4. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

Trong bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng tại Việt Nam, việc xây dựng và triển khai các mô hình chăm sóc người cao tuổi không chỉ là yêu cầu cấp thiết về mặt xã hội mà còn là thước đo của sự phát triển bền vững và bao trùm. Bài viết đã đề xuất một mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình dựa trên nền tảng lý luận vững chắc, xuất phát từ nhu cầu thực tiễn và có tính khả thi cao trong triển khai tại cộng đồng.

Mô hình này thể hiện sự chuyển biến trong tư duy tiếp cận từ “chăm sóc” sang “hỗ trợ”, từ “hỗ trợ vật chất” sang “chăm sóc toàn diện”, trong đó sức khỏe tinh thần được xem như yếu tố then chốt trong nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi. Thông qua năm giai đoạn can thiệp có hệ thống - từ đánh giá nhu cầu đến lượng giá và điều chỉnh - mô hình không chỉ phục vụ người cao tuổi mà còn góp phần củng cố mối quan hệ gia đình, giảm áp lực cho người chăm sóc, và tăng cường sự gắn kết cộng đồng.

Tuy nhiên, để mô hình đi vào thực tiễn một cách hiệu quả và bền vững, cần có sự đồng hành của các chính sách quốc gia, sự nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân sự công tác xã hội, cũng như sự thay đổi trong nhận thức xã hội về sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi.

4.2. Khuyến nghị

Một là, về chính sách, Nhà nước cần sớm hoàn thiện khung pháp lý cho hoạt động công tác xã hội tại cộng đồng, đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc người cao tuổi. Việc ban hành Luật Công tác xã hội và tích hợp mô hình hỗ trợ tinh thần tại gia đình vào Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2025-2035 là điều kiện cần thiết để hợp thức hóa mô hình trong hệ thống chính sách.

Hai là, cần có cơ chế phân bổ ngân sách thường xuyên và linh hoạt cho các hoạt động công tác xã hội cấp cơ sở, ưu tiên cho các chương trình chăm sóc tinh thần người cao tuổi, với sự hỗ trợ từ các nguồn lực xã hội hóa và tài trợ quốc tế.

Ba là, các chương trình đào tạo và bồi dưỡng nhân viên công tác xã hội cần được cập nhật nội dung chuyên sâu về tâm lý người cao tuổi, kỹ thuật trị liệu cảm xúc, kỹ năng can thiệp trong môi trường gia đình - cộng đồng. Hình thành mạng lưới nhân viên công tác xã hội có chuyên môn phù hợp là điều kiện bảo đảm cho mô hình vận hành hiệu quả.

Bốn là, cần tăng cường truyền thông và giáo dục cộng đồng về tầm quan trọng của sức khỏe tinh thần người cao tuổi. Các chiến dịch truyền thông nên chú trọng đến việc phá vỡ định kiến xã hội về tuổi già và trầm cảm, khuyến khích sự tham gia tích cực của người cao tuổi trong đời sống gia đình và xã hội.

Năm là, thí điểm mô hình tại một số địa phương có điều kiện thuận lợi (như đô thị và nông thôn phát triển) sẽ giúp kiểm chứng tính khả thi và điều chỉnh mô hình cho phù hợp. Kết quả thí điểm nên được tổng kết thành tài liệu hướng dẫn triển khai trên diện rộng.

Tóm lại, mô hình công tác xã hội hỗ trợ tinh thần cho người cao tuổi tại gia đình không chỉ góp phần nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi mà còn thúc đẩy sự phát triển hệ thống an sinh xã hội theo hướng nhân văn và bền vững. Đây là hướng đi tất yếu trong chiến lược thích ứng với già hóa dân số và xây dựng xã hội già hóa tích cực tại Việt Nam trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2020). *Tổng quan về già hóa dân số ở Việt Nam*. NXB. Lao động - Xã hội.
2. Bộ Y tế. (2021). *Báo cáo công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi năm 2021*. Hà Nội.
3. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

4. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
5. Cục Thống kê Dân số và Lao động. (2022). *Niên giám thống kê dân số và lao động Việt Nam 2022*. Hà Nội: Tổng cục Thống kê.
6. GDS (Geriatric Depression Scale). (n.d.). In Stanford School of Medicine. <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>
7. Hoàng, T. T. & Nguyễn, M. H. (2021). Sức khỏe tâm thần của người cao tuổi tại cộng đồng: Những thách thức và giải pháp. *Tạp chí Khoa học Xã hội*, (6), 89-96.
8. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
9. Nguyễn, T. M. H. (2020). Vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng. *Tạp chí Công tác xã hội Việt Nam*, (3), 45-52.
10. Nguyễn, T. T. H., & Lê, V. D. (2019). Nghiên cứu thực trạng rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi sống tại gia đình ở Hà Nội. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 29(6), 12-18. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00594.x>
11. Nguyễn, V. C. (2021). Công tác xã hội với người cao tuổi ở Việt Nam: Từ chính sách đến thực tiễn. *Tạp chí Lao động - Xã hội*, (11), 34-41.
12. Nguyễn, V. T. A. (2023). Hỗ trợ tâm lý xã hội cho người cao tuổi: Tiếp cận từ công tác xã hội. *Tạp chí Tâm lý học ứng dụng*, (1), 22-30.
13. Phạm, M. T., & Đặng, Q. H. (2022). Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ở người cao tuổi tại Việt Nam: Phân tích dữ liệu từ Khảo sát quốc gia. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y tế*, 14(4), 67-75.
14. Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA). (2021). *Già hóa dân số tại Việt Nam: Hướng tới một xã hội thích ứng với tuổi già*. Hà Nội: UNFPA Việt Nam.
15. Thủ tướng Chính phủ. (2023). *Quyết định số 1129/QĐ-TTg ngày 22/9/2023 về việc phê duyệt Chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030*. Hà Nội.
16. Thủ tướng Chính phủ. (2021). *Quyết định số 112/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình phát triển công tác xã hội giai đoạn 2021-2030*. Hà Nội.
17. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). (2017). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
18. Trần, H. Q. & Lê, T. N. (2022). Mô hình chăm sóc người cao tuổi tại nhà: Kinh nghiệm quốc tế và bài học cho Việt Nam. *Tạp chí Khoa học và Xã hội*, 9(2), 101-109.
19. Viện Dinh dưỡng Quốc gia. (2021). *Khảo sát thực trạng sức khỏe tâm thần và dinh dưỡng người cao tuổi tại Việt Nam*. Hà Nội: Bộ Y tế.
20. Viện Nghiên cứu Lập pháp. (2022). *Khung pháp lý về công tác xã hội ở Việt Nam và định hướng xây dựng Luật Công tác xã hội*. Hà Nội: Quốc hội Việt Nam.

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN CHO BỆNH NHÂN NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN ÁI, TỈNH BÌNH PHƯỚC

Nguyễn Thị Lan¹, ThS. Hoàng Bào Trường², ThS. Lê Thị Thu Phương³

Tóm tắt: Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của phương pháp công tác xã hội (CTXH) nhóm trong việc hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho 9 bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái, tỉnh Bình Phước, từ tháng 02 đến tháng 3/2025. Nhóm thân chủ đối mặt với các vấn đề tâm lý như trầm cảm, lo lắng và cô lập xã hội, cùng nhu cầu nâng cao kỹ năng sống và tái hòa nhập cộng đồng. Phương pháp CTXH nhóm hỗ trợ được áp dụng qua 8 buổi sinh hoạt, tập trung vào hỗ trợ tâm lý, giáo dục sức khỏe và kết nối xã hội. Kết quả cho thấy sự cải thiện đáng kể về tinh thần, với mức độ trầm cảm và cô lập giảm, đồng thời thân chủ tự tin hơn trong giao tiếp và quản lý cảm xúc. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của CTXH nhóm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong bối cảnh y tế nội trú. Đề xuất bao gồm mở rộng mô hình này tại cộng đồng và tăng cường đào tạo nhân viên CTXH để nâng cao hiệu quả can thiệp.

Từ khóa: Công tác xã hội nhóm, sức khỏe tâm thần, HIV/AIDS, hỗ trợ tâm lý, tái hòa nhập cộng đồng.

“MENTAL HEALTH CARE FOR HOSPITALIZED HIV PATIENTS AT NHAN AI HOSPITAL, BINH PHUOC PROVINCE”

Abstract: This study evaluates the effectiveness of group social work in supporting the mental health of 9 HIV patients receiving inpatient treatment at Nhan Ai Hospital, Binh Phuoc Province, from February to March 2025. The clients faced psychological issues such as depression, anxiety, and social isolation, alongside needs for life skills and community reintegration. A support group approach was implemented over 8 sessions, focusing on psychological support, health education, and social connection. Results indicate significant mental health improvements, with reduced depression and isolation, and increased confidence in communication and emotional management. The study underscores the role of group social work in delivering mental health care services, particularly in inpatient settings. Recommendations include expanding this model to community contexts and enhancing training for social workers to improve intervention outcomes.

Keywords: Group social work, mental health, HIV/AIDS, psychological support, community reintegration.

1. BỐI CẢNH NGHIÊN CỨU

Đề tài nghiên cứu này được thực hiện tại Bệnh viện Nhân Ái, tỉnh Bình Phước, với đối tượng nghiên cứu là 9 bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị nội trú dài ngày. Mặc dù nhóm bệnh nhân có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính và hoàn cảnh sống, tất cả đều chia sẻ những khó khăn chung liên quan đến sức khỏe tâm thần và xã hội, đòi hỏi một phương pháp can thiệp toàn diện, trong đó phương pháp CTXH nhóm được áp dụng để hỗ trợ.

Bệnh nhân trong nhóm gặp phải nhiều vấn đề tâm lý nghiêm trọng như trầm cảm, lo lắng và cảm giác cô lập xã hội. Họ thường xuyên phải đối mặt với sự kỳ thị từ cộng đồng và thiếu sự hỗ trợ tinh thần từ gia đình, điều này làm trầm trọng thêm tình trạng tâm lý của họ. Ngoài ra, những bệnh nhân này cũng gặp các khó khăn về sức khỏe, với các bệnh lý kèm theo như lao kháng thuốc, nhiễm trùng cơ hội và suy dinh dưỡng nặng.

¹ Phòng CTXH bệnh viện Nhân Ái, tỉnh Bình Phước; Học viên Cao học ngành CTXH - Học viện Phụ nữ Việt Nam

² Khoa CTXH, Phân hiệu Học viện Phụ nữ Việt Nam. Email: TruongHB@hvpnv.vn

³ Khoa CTXH, Phân hiệu Học viện Phụ nữ Việt Nam. Email: PhuongLTT@hvpnv.vn

Bên cạnh các vấn đề tâm lý và sức khỏe, nhóm bệnh nhân cũng đối mặt với các hạn chế trong kỹ năng sống. Họ thiếu các kỹ năng giao tiếp, quản lý cảm xúc và chăm sóc bản thân, điều này gây cản trở cho quá trình tái hòa nhập cộng đồng sau điều trị. Sự thiếu hụt kỹ năng sống và hỗ trợ xã hội làm cho việc phục hồi của họ trở nên khó khăn hơn.

Những đặc điểm chung về hoàn cảnh xã hội và tâm lý của nhóm bệnh nhân này cho thấy sự cần thiết phải áp dụng phương pháp CTXH nhóm. Phương pháp này không chỉ giúp hỗ trợ bệnh nhân về mặt tâm lý, mà còn cung cấp cơ hội để họ học hỏi các kỹ năng sống, cải thiện sức khỏe và tạo ra mối quan hệ hỗ trợ lẫn nhau, giúp giảm bớt cảm giác cô lập và gia tăng động lực sống cho các bệnh nhân.

Phương pháp công tác xã hội nhóm (CTXH nhóm) là một hình thức can thiệp được sử dụng rộng rãi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt đối với các nhóm đối tượng gặp khó khăn tâm lý và xã hội như bệnh nhân nhiễm HIV. Theo Yalom (1995), CTXH nhóm tạo ra một môi trường hỗ trợ, nơi các thành viên chia sẻ trải nghiệm, học hỏi lẫn nhau và phát triển kỹ năng thông qua sự tương tác. Cơ sở lý thuyết của phương pháp này dựa trên lý thuyết hệ thống và lý thuyết học tập xã hội, nhấn mạnh vai trò của sự tương hỗ và động lực nhóm trong việc giảm cô lập xã hội và cải thiện sức khỏe tâm thần (Logie et al., 2022).

So với CTXH cá nhân, CTXH nhóm tiết kiệm nguồn lực hơn, đặc biệt trong bối cảnh bệnh viện với đội ngũ nhân viên CTXH còn hạn chế. Phương pháp này tận dụng sức mạnh tập thể để tạo động lực, khuyến khích sự hỗ trợ lẫn nhau và giảm cảm giác kỳ thị, điều đặc biệt phù hợp với bệnh nhân HIV/AIDS, những người thường đối mặt với sự cô lập và mặc cảm (Wang et al., 2021). So với CTXH cộng đồng, CTXH nhóm phù hợp hơn với môi trường nội trú, nơi bệnh nhân có thể dễ dàng tham gia các buổi sinh hoạt dưới sự hướng dẫn trực tiếp của nhân viên CTXH.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ ĐẶC ĐIỂM KHÁCH THỂ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp CTXH nhóm để đánh giá hiệu quả trong việc hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho 9 bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái, tỉnh Bình Phước, từ tháng 02 đến tháng 03/2025. Các buổi sinh hoạt nhóm (8 buổi) tập trung vào hỗ trợ tâm lý, giáo dục sức khỏe và kết nối xã hội, nhằm cải thiện trạng thái tâm lý, giảm cô lập và nâng cao kỹ năng sống.

Cơ sở lý thuyết của phương pháp CTXH nhóm: Phương pháp CTXH nhóm dựa trên lý thuyết nhóm của Yalom (1995), nhấn mạnh các yếu tố như sự gắn kết nhóm, chia sẻ kinh nghiệm và học tập xã hội. Phương pháp này được chọn vì: **Tính tương hỗ:** Bệnh nhân HIV/AIDS thường đối mặt với sự kỳ thị và cô lập, do đó nhóm hỗ trợ tạo môi trường an toàn để chia sẻ và động viên lẫn nhau; **Hiệu quả nguồn lực:** So với CTXH cá nhân, CTXH nhóm cho phép hỗ trợ nhiều thân chủ cùng lúc, phù hợp với bối cảnh nhân sự CTXH hạn chế tại bệnh viện; **Động lực tập thể:** Sự tương tác trong nhóm giúp tăng cường động lực, giảm cảm giác cô đơn và cải thiện sự tự tin trong giao tiếp (Kaijage & Kimuna, 2021).

Đặc điểm khách thể nghiên cứu: Khách thể nghiên cứu gồm 9 bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú dài ngày tại Bệnh viện Nhân Ái. Đặc điểm cơ bản:

Độ tuổi: Từ 25 đến 45 tuổi (trung bình 35 tuổi).

Giới tính: 5 nam, 4 nữ.

Trình độ học vấn: 3 người tốt nghiệp trung học phổ thông, 4 người tốt nghiệp trung học cơ sở, 2 người không hoàn thành tiểu học.

Tình trạng sức khỏe: Tất cả đều nhiễm HIV/AIDS giai đoạn tiến triển, với các bệnh lý kèm theo như lao kháng thuốc (4 người), nhiễm trùng cơ hội (6 người) và suy dinh dưỡng nặng (3 người).

Tình trạng tâm lý: Các bệnh nhân đều có dấu hiệu trầm cảm nhẹ đến trung bình, lo lắng và cảm giác cô lập xã hội do kỳ thị từ cộng đồng và thiếu hỗ trợ gia đình.

Khách thể được chọn dựa trên nhu cầu hỗ trợ tâm lý và khả năng tham gia các buổi sinh hoạt nhóm.

3. ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM VÀ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định mục đích và loại hình nhóm

Áp dụng phương pháp CTXH nhóm để hỗ trợ bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần, giảm trầm cảm và cô lập xã hội, đồng thời nâng cao kỹ năng sống và khả năng tái hòa nhập cộng đồng.

Loại hình nhóm can thiệp được lựa chọn là nhóm hỗ trợ (Support Group) (Nguyễn Thị Thái Lan, 2008). Đây là một mô hình nhóm giúp các thành viên chia sẻ cảm xúc, kinh nghiệm cá nhân và học hỏi lẫn nhau dưới sự hướng dẫn của nhân viên công tác xã hội. Mô hình này rất phù hợp với nhu cầu tâm lý của bệnh nhân, giúp giảm cô lập xã hội, cải thiện sự tự tin và tăng cường động lực sống. Nhóm hỗ trợ cũng là nơi giúp bệnh nhân nhận thức về sức khỏe và các kỹ năng chăm sóc bản thân, đồng thời khuyến khích sự tham gia và hỗ trợ lẫn nhau trong suốt quá trình điều trị.

3.2. Kế hoạch hỗ trợ

Thời gian: Từ tháng 02/2025 đến tháng 3/2025 (8 buổi, mỗi tuần 1 buổi)

Địa điểm: Phòng Công tác xã hội, Bệnh viện Nhân Ái, xã Phú Văn, huyện Bù Gia Mập, tỉnh Bình Phước

Mục đích:

- Hỗ trợ các thành viên trong nhóm là bệnh nhân HIV/AIDS điều trị nội trú vượt qua khủng hoảng tâm lý, mặc cảm và cô lập.
- Tăng cường kiến thức chăm sóc sức khỏe, kỹ năng sống và khả năng tái hòa nhập cộng đồng.
- Xây dựng mối quan hệ hỗ trợ lẫn nhau trong nhóm và với cộng đồng.

Mục tiêu cụ thể	Hoạt động	Người tham gia	Thời gian	Địa điểm	Nguồn lực	Kết quả dự kiến
Cải thiện tâm lý, giảm cảm giác cô đơn và mặc cảm	- Chia sẻ câu chuyện cá nhân, lắng nghe và động viên. - Thảo luận nhóm về các tình huống vượt qua khó khăn. - Các bài tập thực hành kiểm soát cảm xúc.	- Nhóm thân chủ. - Nhân viên CTXH. - Bác sĩ chuyên khoa tâm lý.	Buổi 1-2	Phòng Công tác xã hội, BV Nhân Ái	Tài liệu về tâm lý, phiếu câu hỏi, bảng đánh giá cảm xúc.	Bệnh nhân giảm căng thẳng, kết nối với nhau, cảm thấy an toàn và được lắng nghe.

Cung cấp kiến thức về chăm sóc sức khỏe	- Hướng dẫn về HIV/AIDS, lao kháng thuốc, dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân. - Thảo luận về các hiểu lầm về HIV/AIDS và cách phòng tránh lây nhiễm.	- Bác sĩ chuyên khoa. - Nhân viên CTXH. - Nhóm thân chủ.	Buổi 3-4	Phòng Công tác Xã hội	Tài liệu y khoa, tờ rơi hướng dẫn, video minh họa.	Bệnh nhân hiểu rõ hơn về sức khỏe, có ý thức tự chăm sóc bản thân.
Phát triển kỹ năng sống	- Hướng dẫn kỹ năng giao tiếp, quản lý cảm xúc. - Bài tập thực hành về kỹ năng giải quyết vấn đề và ra quyết định.	- Nhân viên CTXH. - Chuyên gia tâm lý. - Nhóm thân chủ.	Buổi 5-6	Phòng Công tác Xã hội	Tài liệu hướng dẫn, tình huống thực hành, bảng đánh giá cá nhân.	Bệnh nhân có kỹ năng giao tiếp tốt hơn, cải thiện tâm lý và khả năng hòa nhập.
Tăng cường kết nối xã hội	- Tổ chức hoạt động nhóm (trò chơi, thảo luận, phản hồi tích cực). - Thực hành kỹ năng làm việc nhóm. - Chia sẻ về gia đình, cộng đồng, định hướng hòa nhập.	- Nhóm thân chủ. - Nhân viên CTXH.	Buổi 7	Khuôn viên bệnh viện	Dụng cụ tổ chức trò chơi, bảng phản hồi nhóm.	Nhóm thân chủ tăng cường kết nối, có tinh thần hỗ trợ lẫn nhau.
Lượng giá kết quả và lập kế hoạch tiếp theo	- Tổng kết quá trình hỗ trợ, phản hồi từ nhóm thân chủ.	Lượng giá kết quả và lập kế hoạch tiếp theo	Buổi 8	Phòng Công tác Xã hội	Phiếu đánh giá, bảng khảo sát.	Bệnh nhân có định hướng duy trì sự hỗ trợ, phát triển kế hoạch cá nhân

Thông qua các hoạt động này, nhóm sẽ tạo ra một môi trường an toàn và hỗ trợ, nơi các bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái có thể chia sẻ cảm xúc, kinh nghiệm và cùng nhau vượt qua những khó khăn trong quá trình điều trị. Đồng thời, các thành viên sẽ được nâng cao kiến thức về sức khỏe, học hỏi kỹ năng sống, cải thiện tâm lý và tăng cường kết nối xã hội, từ đó giúp họ có thêm động lực để tiếp tục điều trị và chuẩn bị tốt hơn cho quá trình tái hòa nhập cộng đồng sau này.

3.3. Lượng giá quá trình can thiệp cho nhóm thân chủ

3.3.1. Nội dung lượng giá

Quá trình lượng giá tập trung vào nhiều khía cạnh khác nhau nhằm đánh giá toàn diện sự thay đổi của nhóm thân chủ sau quá trình can thiệp. Các tiêu chí đánh giá bao gồm mức độ tham gia, sự thay đổi về nhận thức, thái độ, kỹ năng và tác động của chương trình đối với sức khỏe tinh thần, thể chất của thân chủ. Đồng thời, những phản hồi từ nhóm thân chủ cũng được ghi nhận để cải thiện chương trình trong tương lai.

- *Mức độ tham gia của nhóm thân chủ*

Số lượng thành viên tham gia xuyên suốt chương trình: Theo dõi số lượng thân chủ tham gia đều đặn qua từng buổi sinh hoạt giúp đánh giá mức độ cam kết và sự hấp dẫn của chương trình.

Mức độ chủ động trong các buổi sinh hoạt: Quan sát sự tương tác của thân chủ, bao gồm việc họ có tích cực tham gia vào các hoạt động, thảo luận và thực hành kỹ năng hay không.

Khả năng hợp tác, làm việc nhóm của thân chủ: Đánh giá khả năng thân chủ phối hợp với nhau trong các hoạt động nhóm, mức độ hỗ trợ lẫn nhau và cách họ tương tác với nhân viên Công tác Xã hội.

- Sự thay đổi về nhận thức và thái độ của thân chủ

Nhận thức về HIV/AIDS, quá trình điều trị và chăm sóc sức khỏe: Đánh giá mức độ hiểu biết của thân chủ trước và sau khi tham gia chương trình về các phương pháp điều trị, cách chăm sóc bản thân và phòng tránh biến chứng.

Thay đổi trong thái độ đối với bản thân: Xác định mức độ chấp nhận bản thân, sự giảm bớt mặc cảm và thay đổi cách nhìn về chính mình. Việc giảm cảm giác tự ti, mặc cảm giúp thân chủ cải thiện tinh thần và duy trì điều trị tốt hơn.

Mức độ tự tin trong giao tiếp và khả năng hòa nhập cộng đồng: Đánh giá xem thân chủ có trở nên tự tin hơn khi giao tiếp với người khác, đặc biệt là khi đối diện với sự kỳ thị từ xã hội hay không.

- Sự phát triển kỹ năng của thân chủ

Kỹ năng kiểm soát cảm xúc: Khả năng thân chủ đối mặt với căng thẳng, lo âu và sử dụng các phương pháp như hít thở sâu, thiền định hay tự trấn an để điều chỉnh cảm xúc.

Kỹ năng giải quyết vấn đề và ra quyết định: Xác định xem thân chủ có thể áp dụng các bước ra quyết định một cách có hệ thống, tự tin hơn trong việc lựa chọn phương án phù hợp với tình huống thực tế.

Kỹ năng giao tiếp, phản hồi tích cực và làm việc nhóm: Lượng giá khả năng thân chủ lắng nghe, phản hồi một cách tích cực trong cuộc trò chuyện và mức độ hợp tác khi làm việc cùng người khác.

- Tác động của chương trình đến sức khỏe tinh thần và thể chất của thân chủ

Cảm giác an toàn và sự hỗ trợ từ nhóm: Xác định mức độ thân chủ cảm thấy được lắng nghe, chia sẻ và nhận sự hỗ trợ từ các thành viên khác. Một môi trường nhóm an toàn giúp họ cởi mở hơn trong việc bày tỏ cảm xúc và tìm kiếm sự giúp đỡ.

Mức độ giảm căng thẳng, lo âu và cảm giác tiêu cực về bệnh tật: Lượng giá mức độ thay đổi trong cảm xúc của thân chủ, xem xét xem họ có cảm thấy thoải mái, lạc quan hơn sau khi tham gia chương trình hay không.

Động lực duy trì điều trị và thực hành các kỹ năng chăm sóc bản thân: Đánh giá sự thay đổi trong thái độ của thân chủ đối với việc tuân thủ điều trị, chăm sóc bản thân và duy trì lối sống lành mạnh.

- Ý kiến phản hồi từ nhóm thân chủ về chương trình

Những nội dung hữu ích và có tác động tích cực: Xác định những phần nội dung được thân chủ đánh giá cao, giúp họ thay đổi tích cực trong suy nghĩ và hành vi.

Những khó khăn trong quá trình tham gia sinh hoạt nhóm: Tìm hiểu những rào cản mà thân chủ gặp phải, chẳng hạn như sự e ngại khi chia sẻ, khó khăn trong việc áp dụng kỹ năng vào thực tế hoặc bất kỳ vấn đề nào khác ảnh hưởng đến quá trình tham gia.

Đề xuất, mong muốn cải thiện cho các chương trình hỗ trợ tiếp theo: Ghi nhận ý kiến đóng góp của thân chủ để điều chỉnh nội dung, phương pháp triển khai hoặc mở rộng chương trình trong tương lai nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu của họ.

3.3.2. Công cụ thực hiện lượng giá

- Quan sát trong các buổi sinh hoạt nhóm:

Quan sát trực tiếp là một phương pháp quan trọng giúp nhân viên CTXH theo dõi hành vi, thái độ và mức độ tham gia của thân chủ trong từng buổi sinh hoạt. Nhân viên CTXH ghi nhận số lượng thân chủ tham gia, mức độ chủ động trong hoạt động nhóm, khả năng giao tiếp và sự hợp tác giữa các thành viên. Ngoài ra, nhân viên CTXH cũng đánh giá thái độ và cảm xúc của thân chủ, quan sát mức độ cởi mở khi chia sẻ, sự tự tin khi tham gia thảo luận và khả năng kiểm soát cảm xúc của họ.

Bên cạnh đó, quá trình quan sát giúp nhận diện sự thay đổi trong hành vi của thân chủ qua từng buổi sinh hoạt. Ví dụ, nếu trong những buổi đầu, thân chủ còn dè dặt, ít giao tiếp, nhưng dần dần họ trở nên chủ động hơn trong các cuộc thảo luận, đó là dấu hiệu tích cực cho thấy sự tiến bộ. Quan sát là công cụ đánh giá quan trọng giúp nhân viên CTXH điều chỉnh phương pháp hỗ trợ phù hợp để tăng hiệu quả can thiệp.

- Phiếu khảo sát trước và sau chương trình

Phiếu khảo sát là công cụ giúp đo lường sự thay đổi của thân chủ từ thời điểm bắt đầu đến khi kết thúc chương trình. Trước khi chương trình diễn ra, nhân viên CTXH phát phiếu khảo sát để thu thập thông tin về nhận thức, thái độ và kỹ năng của thân chủ. Nội dung khảo sát bao gồm nhận thức về HIV/AIDS, mức độ tự tin trong giao tiếp, khả năng hòa nhập cộng đồng và kỹ năng kiểm soát cảm xúc.

Vào cuối chương trình, thân chủ tiếp tục thực hiện một phiếu khảo sát tương tự để đánh giá mức độ thay đổi của mình. So sánh kết quả trước và sau chương trình giúp xác định sự tiến bộ của thân chủ trong nhiều khía cạnh, bao gồm sự thay đổi trong thái độ với bệnh tật, khả năng giao tiếp, mức độ tự tin và kỹ năng ứng phó với căng thẳng. Công cụ này giúp đánh giá hiệu quả của chương trình một cách định lượng, cung cấp dữ liệu rõ ràng để rút kinh nghiệm và điều chỉnh các hoạt động hỗ trợ trong tương lai.

- Phản hồi bằng hình thức thảo luận nhóm

Thảo luận nhóm là một phương pháp hữu hiệu giúp thân chủ chia sẻ suy nghĩ, đánh giá về chương trình và bày tỏ cảm nhận cá nhân. Nhân viên CTXH tổ chức các buổi thảo luận mở, nơi thân chủ có thể tự do nói về những nội dung họ thấy hữu ích, những khó khăn họ gặp phải trong quá trình tham gia và những đề xuất để chương trình được cải thiện tốt hơn.

Thông qua hoạt động này, nhân viên CTXH có thể hiểu rõ hơn về những tác động thực tế của chương trình đối với nhóm thân chủ. Đồng thời, thảo luận nhóm cũng tạo điều kiện để thân chủ tự đánh giá và rút kinh nghiệm từ quá trình tham gia của mình. Hình thức này giúp

thúc đẩy sự kết nối giữa các thành viên, tạo không gian cởi mở để họ có thể hỗ trợ và động viên nhau ngay cả khi chương trình đã kết thúc.

- Phỏng vấn sâu một số thành viên tiêu biểu

Phỏng vấn cá nhân là phương pháp giúp tìm hiểu sâu hơn về những thay đổi của thân chủ, đặc biệt là những thành viên có sự tiến bộ rõ rệt trong suốt chương trình. Nhân viên CTXH sẽ lựa chọn một số thành viên để thực hiện phỏng vấn nhằm tìm hiểu về trải nghiệm cá nhân, những yếu tố tác động đến sự thay đổi của họ và những khó khăn họ đã vượt qua.

Nội dung phỏng vấn tập trung vào câu chuyện của thân chủ, giúp nhân viên CTXH xác định những yếu tố hỗ trợ hoặc cản trở quá trình thay đổi của họ. Những câu chuyện thành công cũng có thể được ghi nhận như một nguồn động lực để truyền cảm hứng cho các thành viên khác. Phỏng vấn sâu là phương pháp quan trọng giúp đánh giá hiệu quả của chương trình và đề xuất các cải tiến phù hợp để nâng cao chất lượng can thiệp trong tương lai.

3.3.3. Đánh giá, nhận xét

- Tổng quan về quá trình can thiệp nhóm

Là nhân viên CTXH trực tiếp tham gia hỗ trợ và điều phối nhóm thân chủ trong chương trình sinh hoạt nhóm, tôi nhận thấy rằng chương trình đã đạt được nhiều kết quả tích cực. Nhóm thân chủ, gồm các bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Ái, đã có sự thay đổi rõ rệt về nhận thức, thái độ cũng như kỹ năng trong suốt quá trình tham gia.

Ban đầu, nhiều thành viên trong nhóm còn rụt rè, e dè khi chia sẻ, thể hiện sự mặc cảm với tình trạng bệnh của mình. Tuy nhiên, qua từng buổi sinh hoạt, với sự khuyến khích, động viên và tạo không gian an toàn để chia sẻ, họ đã dần cởi mở hơn. Đến cuối chương trình, hầu hết thân chủ đã có sự tiến bộ đáng kể, thể hiện sự tự tin hơn trong giao tiếp và sẵn sàng kết nối với những người xung quanh.

Bên cạnh đó, chương trình không chỉ tập trung vào việc nâng cao kiến thức về HIV/AIDS mà còn chú trọng đến việc phát triển các kỹ năng thực tiễn cho thân chủ. Qua các buổi sinh hoạt, nhóm đã học được cách kiểm soát cảm xúc, ứng phó với căng thẳng, làm việc nhóm, cũng như cách giao tiếp tích cực. Những nội dung này giúp họ không chỉ cải thiện sức khỏe tinh thần mà còn hỗ trợ quá trình tái hòa nhập cộng đồng sau khi rời bệnh viện.

- Về các khía cạnh can thiệp

a) Mức độ tham gia và sự tương tác của nhóm thân chủ

Ngay từ những buổi đầu, sự tham gia của thân chủ còn thụ động, chủ yếu quan sát và chưa dám bày tỏ ý kiến cá nhân. Tuy nhiên, qua các hoạt động nhóm, các thành viên đã dần thích nghi với môi trường và bắt đầu thể hiện bản thân nhiều hơn.

Số lượng thành viên tham gia các buổi sinh hoạt duy trì khá ổn định, cho thấy sự quan tâm và nhu cầu thực sự của thân chủ đối với chương trình.

Nếu ở những buổi đầu, thân chủ chỉ lắng nghe thì đến giữa chương trình, họ đã chủ động chia sẻ câu chuyện cá nhân, đặt câu hỏi và đóng góp vào các hoạt động nhóm.

Tuy nhiên, vẫn còn một số thành viên ít tham gia hơn so với những người khác. Điều này có thể do họ chưa sẵn sàng hoặc cần thêm thời gian để cảm thấy an toàn khi chia sẻ.

b) Sự thay đổi về nhận thức và thái độ

Một trong những thay đổi rõ rệt nhất của thân chủ sau chương trình là sự cải thiện trong nhận thức về HIV/AIDS và thái độ đối với bản thân.

Qua các buổi thảo luận và chia sẻ từ chuyên gia, thân chủ đã hiểu rõ hơn về HIV/AIDS, các phương pháp điều trị, phòng ngừa lây nhiễm và chăm sóc sức khỏe.

Trước chương trình, nhiều thân chủ có tâm lý tự ti, lo sợ bị kỳ thị và xa lánh. Tuy nhiên, thông qua quá trình chia sẻ, họ đã dần chấp nhận bản thân, nhận ra rằng HIV/AIDS không phải là dấu chấm hết và họ vẫn có thể sống có ý nghĩa.

Dù đã có sự cải thiện, nhưng một số thân chủ vẫn còn e dè khi nói về tình trạng bệnh với người khác. Điều này đòi hỏi cần có thêm những chương trình hỗ trợ lâu dài để giúp họ tiếp tục rèn luyện sự tự tin và khả năng hòa nhập.

c) Sự phát triển kỹ năng của thân chủ

Bên cạnh việc thay đổi nhận thức, nhóm thân chủ cũng có sự tiến bộ về kỹ năng, đặc biệt là kỹ năng kiểm soát cảm xúc, giải quyết vấn đề và giao tiếp.

Nhiều thành viên đã học được cách điều hòa cảm xúc của mình, biết cách nhận diện cảm xúc tiêu cực và sử dụng các phương pháp như hít thở sâu, thiền định để trấn an bản thân.

Thông qua các bài tập tình huống, thân chủ đã học cách phân tích vấn đề, đưa ra giải pháp phù hợp và tự tin hơn khi ra quyết định liên quan đến cuộc sống cá nhân.

Ở những buổi cuối, thân chủ đã giao tiếp tự tin hơn, biết cách lắng nghe và phản hồi tích cực với những người xung quanh. Một số người còn chủ động hỗ trợ nhau, cho thấy tinh thần đoàn kết và sự kết nối trong nhóm đã được tăng cường.

- Nhận xét về những hạn chế và đề xuất cải thiện

Mặc dù chương trình đạt được nhiều kết quả tích cực, nhưng vẫn còn một số hạn chế cần xem xét để cải thiện trong tương lai.

Một số thân chủ bày tỏ mong muốn có thêm nhiều buổi sinh hoạt hơn để tiếp tục rèn luyện các kỹ năng. Một chương trình dài hơn có thể giúp họ thực hành nhiều hơn và xây dựng sự tự tin vững chắc hơn.

Một số thành viên dù đã có tiến bộ nhưng vẫn chưa thực sự sẵn sàng mở lòng hoàn toàn. Điều này cho thấy cần có thêm những buổi tư vấn cá nhân hoặc hỗ trợ lâu dài để giúp họ cải thiện dần.

Sau khi chương trình kết thúc, các thân chủ có thể cần một nhóm hỗ trợ tiếp tục duy trì những kỹ năng đã học. Việc thành lập nhóm liên lạc hoặc tổ chức các buổi tái ngộ có thể giúp duy trì kết quả can thiệp tốt hơn.

Nhìn chung, chương trình sinh hoạt nhóm đã mang lại những kết quả tích cực cho thân chủ, giúp họ nâng cao nhận thức về HIV/AIDS, cải thiện kỹ năng kiểm soát cảm xúc, giao tiếp và làm việc nhóm. Thân chủ đã có sự thay đổi rõ rệt về thái độ, giảm bớt mặc cảm và tự tin hơn trong quá trình điều trị cũng như hòa nhập xã hội.

Dưới góc độ nhân viên CTXH trực tiếp tham gia hỗ trợ nhóm, tôi nhận thấy chương trình có giá trị thực tiễn cao, giúp nhóm thân chủ không chỉ cải thiện sức khỏe tinh thần mà còn nâng

cao khả năng tự chăm sóc bản thân và xây dựng các mối quan hệ hỗ trợ. Tuy nhiên, để chương trình có tác động lâu dài, cần có các hoạt động hỗ trợ sau can thiệp nhằm duy trì và phát triển những kỹ năng mà thân chủ đã học được.

Với những cải tiến và điều chỉnh phù hợp, chương trình có thể tiếp tục là một mô hình hiệu quả trong việc hỗ trợ bệnh nhân nhiễm HIV điều trị nội trú, giúp họ có một cuộc sống tích cực hơn và hòa nhập cộng đồng một cách tự tin.

4. GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM TRONG HỖ TRỢ BỆNH NHÂN NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Để đảm bảo tính khả thi trong bối cảnh nguồn lực hạn chế tại Bệnh viện Nhân Ái, các giải pháp được cụ thể hóa như sau:

Giải pháp	Người thực hiện	Cách thức triển khai	Nguồn lực	Lợi ích
Đánh giá nhu cầu trước chương trình	Nhân viên CTXH và bác sĩ tâm lý tại bệnh viện	Sử dụng bảng câu hỏi ngắn (10-15 phút) để đánh giá nhu cầu tâm lý và kỹ năng sống của bệnh nhân trước khi bắt đầu.	Bảng câu hỏi in sẵn, chi phí thấp (~500.000 VNĐ cho 50 bệnh nhân).	Giúp điều chỉnh nội dung chương trình phù hợp, tăng hiệu quả can thiệp.
Tạo môi trường sinh hoạt nhóm an toàn	Nhân viên CTXH điều phối nhóm	Thiết lập quy tắc nhóm (bảo mật, không phán xét) ngay buổi đầu; sử dụng hoạt động khởi động như trò chơi nhập vai hoặc kể chuyện.	Không gian phòng họp tại bệnh viện, tài liệu in (~200.000 VNĐ).	Tăng sự gắn kết và cởi mở trong nhóm, giảm e ngại khi chia sẻ.
Đào tạo nhân viên CTXH	Phân hiệu Học viện Phụ nữ Việt Nam hoặc NGO (SCDI)	Tổ chức 2-3 khóa đào tạo ngắn hạn (2 ngày/khóa) về kỹ năng điều phối nhóm, xử lý xung đột và kiến thức HIV/AIDS.	Hợp tác với NGO để tài trợ chi phí (~5 triệu VNĐ/khóa cho 10 nhân viên).	Nâng cao năng lực nhân viên, đảm bảo chất lượng chương trình.
Duy trì nhóm hỗ trợ dài hạn	Nhân viên CTXH và tình nguyện viên tại bệnh viện	Thành lập nhóm liên lạc qua Zalo hoặc buổi gặp định kỳ (1 lần/tháng) để duy trì hỗ trợ sau chương trình.	Nền tảng miễn phí (Zalo), chi phí tổ chức buổi gặp (1-2 triệu VNĐ/tháng).	Giúp bệnh nhân duy trì kỹ năng và kết nối xã hội sau điều trị.
Huy động tài trợ và mở rộng chương trình	Ban lãnh đạo bệnh viện và nhân viên CTXH	Kết nối với NGO (PEPFAR, UNAIDS) để xin tài trợ thiết bị, tài liệu và nhân sự; xây dựng đề xuất dự án (~50 triệu VNĐ/năm).	Thời gian chuẩn bị đề xuất (1-2 tháng), hỗ trợ từ tổ chức quốc tế.	Đảm bảo tính bền vững và mở rộng quy mô chương trình ra cộng đồng.

Trước khi triển khai, nhân viên CTXH cần đánh giá nhu cầu của thân chủ để xác định các chủ đề phù hợp và điều chỉnh nội dung dựa trên phản hồi thực tế. Sử dụng các phương pháp sáng tạo như trò chơi, tình huống giả định, hình ảnh, video minh họa sẽ giúp thân chủ dễ tiếp thu và duy trì hứng thú.

Môi trường sinh hoạt nhóm cần an toàn và thân thiện, đảm bảo tính bảo mật thông tin và tôn trọng lẫn nhau. Các nguyên tắc không phán xét và khuyến khích hỗ trợ lẫn nhau cần được đề ra từ đầu, giúp xây dựng sự gắn kết trong nhóm (Phạm Hồng Trang, 2019).

Nhân viên CTXH cần được đào tạo chuyên sâu về công tác xã hội nhóm, kỹ năng điều phối, xử lý xung đột và khuyến khích tham gia. Họ cũng cần cập nhật kiến thức mới về HIV/AIDS và các phương pháp hỗ trợ tâm lý hiệu quả.

Cần thành lập nhóm hỗ trợ dài hạn để duy trì kết nối giữa các thành viên qua các cuộc gặp gỡ định kỳ hoặc nền tảng trực tuyến. Hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng và kết nối với các tổ chức hỗ trợ là điều cần thiết.

Huy động tài trợ từ các tổ chức phi chính phủ và ứng dụng CTXH nhóm vào các chương trình y tế tại bệnh viện để đảm bảo sự bền vững và mở rộng quy mô chương trình (Huỳnh Thị Bích Phụng, 2020).

Tóm lại, các giải pháp này nhằm đảm bảo phương pháp công tác xã hội nhóm mang lại hiệu quả cao, giúp bệnh nhân HIV cải thiện kỹ năng sống, duy trì điều trị và tái hòa nhập cộng đồng một cách tự tin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh, T. B. P. (2020). Vai trò của nhân viên công tác xã hội tại Bệnh viện Đa khoa Khánh Hoà. *Tạp chí Khoa học Giáo dục Việt Nam*, 25, 45-52.
2. Kaijage, T., & Kimuna, S. R. (2021). Social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 20(3), 234-248. <https://doi.org/10.1080/15381501.2021.1943175>
3. Logie, C. H., Okumu, M., Kibuuka, M. R., & Gittings, L. (2022). Peer support groups for people living with HIV: A systematic review. *AIDS Care*, 34(5), 567-575. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1929819>
4. Nguyen, T. T. L. (2008). *Giáo trình công tác xã hội nhóm*. Nhà xuất bản Lao động - Xã hội.
5. Nguyen, V. T., Tran, T. H., & Le, Q. A. (2023). Training needs for social workers in HIV/AIDS care: A case study in Vietnam. *Social Work in Health Care*, 62(4), 123-139. <https://doi.org/10.1080/00981389.2023.2184567>
6. Phạm, H. T. (2019). Giải pháp phát triển dịch vụ công tác xã hội trợ giúp người nghiện ma túy. *Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp*, 41, 64-73.
7. Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *AIDS*, 33(9), 1411-1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>
8. Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.
9. Wang, L., Zhang, Y., & Chen, X. (2021). Group-based psychosocial interventions for people living with HIV: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2256-2272. <https://doi.org/10.1002/jclp.23189>

NGUYÊN NHÂN GÂY RA VẤN ĐỀ CĂNG THẲNG, LO ÂU CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Thị Năm¹, Nguyễn Hà Hiếu Hạnh²

Tóm tắt: Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng căng thẳng, lo âu ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh – một vấn đề ngày càng phổ biến và ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tâm thần, kết quả học tập và sự phát triển toàn diện của học sinh. Thông qua phương pháp khảo sát định lượng kết hợp với phỏng vấn định tính, nghiên cứu đã tiến hành thu thập dữ liệu từ 450 học sinh tại một số trường trung học cơ sở ở Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu kiến nghị các nhà trường, gia đình và xã hội cần tăng cường phối hợp trong việc giáo dục sức khỏe tinh thần, cung cấp các dịch vụ tham vấn học đường, đồng thời cải thiện môi trường học tập và xây dựng các chương trình kỹ năng sống phù hợp. Những giải pháp này nhằm giảm thiểu áp lực không cần thiết và nâng cao năng lực ứng phó của học sinh trước những thách thức trong giai đoạn phát triển tâm sinh lý quan trọng này.

Từ khóa: Căng thẳng lo âu, trung học cơ sở, nguyên nhân căng thẳng lo âu, học sinh

THE CAUSES OF STRESS AND ANXIETY AMONG LOWER SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN HO CHI MINH CITY

Abstract: This study aims to explore the main causes of stress and anxiety among lower secondary school students in Ho Chi Minh City — an increasingly common issue that directly impacts students' mental health, academic performance, and overall development. Using a combination of quantitative surveys and qualitative interviews, the study collected data from 450 students across several lower secondary schools in Ho Chi Minh City. The research recommends that schools, families, and society strengthen collaboration in mental health education, provide school counseling services, improve the learning environment, and develop appropriate life skills programs. These solutions are intended to reduce unnecessary stress and enhance students' coping abilities in this critical stage of psychological and emotional development.

Keywords: Stress and anxiety, lower secondary school, causes of stress and anxiety, students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh xã hội hiện đại, vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh ngày càng thu hút sự quan tâm từ các nhà nghiên cứu, nhà quản lý giáo dục và cộng đồng. Đặc biệt, nhóm học sinh trung học cơ sở (THCS), độ tuổi từ 11-15, đang ở trong giai đoạn chuyển tiếp mạnh mẽ về tâm sinh lý, dễ bị tác động bởi các yếu tố từ gia đình, nhà trường và xã hội. Một trong những biểu hiện đáng lo ngại hiện nay là tình trạng căng thẳng và lo âu gia tăng rõ rệt ở nhóm đối tượng này.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), căng thẳng (stress) là phản ứng tự nhiên của cơ thể trước các yêu cầu hay áp lực từ môi trường, trong khi lo âu (anxiety) được xem là trạng thái cảm xúc tiêu cực, đặc trưng bởi cảm giác lo lắng, sợ hãi không rõ nguyên nhân, kéo dài và ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày [1]. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy, từ 10-20% trẻ em và thanh thiếu niên có dấu hiệu rối loạn tâm lý, trong đó lo âu và trầm cảm là hai biểu hiện phổ biến nhất [2].

¹ Giảng viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tranthinamk37@gmail.com]

² Giáo viên Trung tâm Kỹ năng sống Giá Trị Việt

Tại Việt Nam, mặc dù sức khỏe tâm thần học sinh đã bắt đầu được quan tâm trong những năm gần đây, nhưng phần lớn vẫn chưa được phát hiện và can thiệp kịp thời. Một nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy có đến 25,2% học sinh THCS có dấu hiệu lo âu ở mức độ từ nhẹ đến nặng [3]. Trong khi đó, ở Thành phố Hồ Chí Minh - đô thị lớn nhất cả nước với tốc độ phát triển nhanh, môi trường học tập cạnh tranh cao, và áp lực thành tích, vấn đề này càng đáng được lưu ý.

Thực tế cho thấy, có nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng căng thẳng, lo âu ở học sinh THCS, có thể xuất phát từ chính bản thân học sinh như áp lực học tập, thiếu kỹ năng thích nghi, hoặc từ môi trường gia đình như cha mẹ kỳ vọng quá mức, thiếu thời gian trò chuyện cùng con. Ngoài ra, yếu tố từ nhà trường như phương pháp giảng dạy, mối quan hệ thầy trò, bạn bè không lành mạnh cũng góp phần làm tăng mức độ căng thẳng [4]. Bên cạnh đó, sự phát triển của công nghệ, mạng xã hội, và sự thiếu kiểm soát thời gian sử dụng thiết bị điện tử cũng có thể gây ra những hệ lụy tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của học sinh [5].

Dù có nhiều nguyên nhân đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây, tuy nhiên các yếu tố đặc thù tại địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh - nơi có sự đa dạng về dân cư, chênh lệch về điều kiện sống, và áp lực đô thị hóa - vẫn cần được khảo sát và phân tích cụ thể hơn. Trong khi đó, các nghiên cứu tại địa phương này còn tương đối ít và chưa có sự phối hợp đồng bộ giữa khảo sát định lượng và phân tích định tính.

Vì vậy, việc thực hiện nghiên cứu “Nguyên nhân gây ra vấn đề căng thẳng, lo âu của học sinh trung học cơ sở tại địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh” là cần thiết, có ý nghĩa thực tiễn cao trong việc cung cấp cơ sở khoa học cho các nhà quản lý giáo dục, nhà trường, phụ huynh và cộng đồng trong việc xây dựng các chương trình hỗ trợ sức khỏe tâm thần học đường hiệu quả.

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU/CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Vấn đề căng thẳng và lo âu ở học sinh là mối quan tâm toàn cầu, đặc biệt trong bối cảnh các thay đổi xã hội, công nghệ và giáo dục diễn ra nhanh chóng. Nghiên cứu của **Compas et al. (2017)** nhấn mạnh rằng thanh thiếu niên là nhóm dễ bị tổn thương về tâm lý do những thay đổi sinh học và áp lực xã hội gia tăng, với biểu hiện phổ biến là lo âu, trầm cảm, hành vi bốc đồng và các vấn đề học đường [6]. Theo thống kê của WHO (2021) khoảng 10-20% trẻ em và vị thành niên trên toàn thế giới gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần, trong đó lo âu là một trong những rối loạn phổ biến nhất [7].

Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ gây ra lo âu được ghi nhận bao gồm áp lực học tập, bạo lực học đường, mối quan hệ không tích cực với bạn bè hoặc giáo viên, và đặc biệt là sự thiếu thốn hỗ trợ tinh thần từ gia đình [8]. Trong bối cảnh đại dịch COVID-19, nghiên cứu của **Loades et al. (2020)** chỉ ra rằng việc giãn cách xã hội và học trực tuyến khiến trẻ gia tăng sự cô lập, mất kết nối xã hội, qua đó làm trầm trọng thêm các triệu chứng lo âu [9].

Tại Việt Nam, vấn đề sức khỏe tâm thần học sinh bắt đầu được quan tâm trong thập kỷ gần đây. Nghiên cứu của **Nguyễn Thị Hương và cộng sự (2021)** tại Hà Nội cho thấy có tới 25,2% học sinh THCS có mức độ lo âu từ trung bình trở lên [10]. Một nghiên cứu khác tại TP. Đà Nẵng chỉ ra rằng áp lực học tập và kỳ vọng từ gia đình là hai yếu tố chính dẫn đến tình trạng căng thẳng kéo dài ở học sinh [11].

Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu trong nước vẫn tập trung vào mô tả hiện trạng và thiếu sự phân tích sâu về mối liên hệ giữa các nguyên nhân và đặc điểm cá nhân - xã hội của học sinh. Ngoài ra, sự thiếu hụt hệ thống hỗ trợ tâm lý học đường khiến cho nhiều học sinh không được tiếp cận với các dịch vụ tham vấn kịp thời [12].

Tại Thành phố Hồ Chí Minh - một đô thị có mật độ dân cư cao, sự cạnh tranh học tập và kỳ vọng thành tích rõ rệt - vấn đề này càng trở nên phức tạp. Tuy nhiên, các nghiên cứu tại địa phương này vẫn còn phân tán, thiếu hệ thống và chưa đồng bộ về phương pháp nghiên cứu.

Để phân tích nguyên nhân gây ra căng thẳng, lo âu ở học sinh THCS, nghiên cứu dựa trên một số lý thuyết tâm lý học và giáo dục học hiện đại có liên quan:

2.1. Lý thuyết stress của Lazarus và Folkman (1984)

Lý thuyết này cho rằng stress là kết quả của sự mất cân bằng giữa yêu cầu từ môi trường và khả năng thích ứng của cá nhân. Khi cá nhân đánh giá rằng yêu cầu từ bên ngoài vượt quá khả năng đối phó của bản thân, phản ứng stress sẽ xuất hiện [13]. Trong bối cảnh học sinh, các tác nhân như bài kiểm tra, kỳ thi, kỳ vọng từ phụ huynh hay mâu thuẫn với bạn bè đều có thể được đánh giá là mối đe dọa dẫn đến phản ứng lo âu.

Lý thuyết của Lazarus và Folkman cho rằng stress phát sinh khi cá nhân đánh giá rằng yêu cầu từ môi trường vượt quá khả năng đối phó (threat appraisal). Trong bối cảnh học đường ở Thành phố Hồ Chí Minh, các tác nhân như áp lực thi cử, kỳ vọng từ gia đình, mâu thuẫn xã hội được học sinh đánh giá là vượt quá năng lực bản thân, dẫn đến gia tăng mức độ lo âu. Ví dụ, nghiên cứu tại Hà Nội ghi nhận 25,2 % học sinh THCS có mức độ lo âu trung bình trở lên, phản ánh rõ hiện tượng đánh giá cao mối đe dọa - phù hợp với mô hình threat appraisal.

2.2. Lý thuyết phát triển tâm lý xã hội của Erik Erikson (1950)

Ở giai đoạn vị thành niên (11-18 tuổi), Erikson xác định nhiệm vụ phát triển cốt lõi là hình thành bản sắc cá nhân (identity). Nếu không được hỗ trợ đúng mức, học sinh dễ rơi vào khủng hoảng bản sắc, biểu hiện bằng sự mất phương hướng, lo âu, nghi ngờ bản thân [14].

Erikson xác định giai đoạn vị thành niên (11-18 tuổi) có nhiệm vụ chính là hình thành bản sắc cá nhân. Nếu thiếu sự hỗ trợ từ gia đình và nhà trường, học sinh dễ rơi vào khủng hoảng bản sắc, biểu hiện qua lo âu, mất tự tin, nghi ngờ bản thân. Quan sát từ nghiên cứu tại Đà Nẵng cho thấy áp lực học tập và kỳ vọng gia đình là tác nhân chính gây căng thẳng kéo dài, phù hợp với khung lý thuyết khủng hoảng bản sắc của Erikson.

Luận cứ khoa học từ lý thuyết Lazarus & Folkman và Erikson kết hợp với mô hình SEL, SBMHS và SBFC sẽ giúp bài viết nâng cao tính logic và khả năng ứng dụng thực tiễn tại Thành phố Hồ Chí Minh. Việc hệ thống hoá các giải pháp - từ cá nhân, gia đình đến trường học - tạo nền tảng đề xuất mang tính chiến lược, đặc biệt trong bối cảnh áp lực ngày càng gia tăng ở học sinh trung học cơ sở.

2.3. Nền tảng công tác xã hội trong trường học (School-Based Social Work)

2.3.1. Social Emotional Learning (SEL) - CASEL

Nghiên cứu từ CASEL và các phân tích cho thấy mô hình SEL cải thiện kỹ năng xã hội-cảm xúc, giảm stress và lo âu và tăng hiệu suất học tập ở nhóm học sinh PreK-12. Nghiên cứu cho

thấy chương trình SEL phổ quát giúp giảm mức độ stress và lo âu, đồng thời tăng tự hiệu quả chuẩn bị cho kiểm tra trong các khóa học SEL tích hợp kỹ năng quản lý căng thẳng.[18]

2.3.2 Mô hình dịch vụ tâm lý - hành vi tại trường (SchoolBased Mental Health Services - SBMHS)

SBMHS cung cấp can thiệp sớm và dễ tiếp cận, giảm rào cản như thời gian, phẩm stigma, giao thông. Các nghiên cứu tổng hợp cho thấy mô hình này làm giảm tỷ lệ tự tử, cải thiện sức khỏe tâm thần ở học sinh. mặt khác, việc áp dụng Mô hình Hỗ trợ Đa cấp (MTSS) với sự phối hợp giữa giáo viên, nhân viên tư vấn, chuyên gia giúp nhận diện và can thiệp kịp thời. [19]

2.3.3. Công tác xã hội theo nhóm và tư vấn gia đình trong trường (Group Work & SBFC)

Nhóm can thiệp khai thác kỹ năng xử lý stress, xây dựng mối quan hệ xã hội, hỗ trợ bản sắc cá nhân. Mô hình tư vấn gia đình tại trường tích hợp yếu tố cha mẹ - học sinh - giáo viên, tăng hiệu quả xử lý vấn đề cá nhân. [20]

Từ tổng quan tài liệu và cơ sở lý thuyết có thể thấy rằng căng thẳng, lo âu của học sinh là hiện tượng phức tạp, bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân khác nhau và cần được tiếp cận đa chiều. Việc ứng dụng các lý thuyết tâm lý học và mô hình phát triển cá nhân giúp lý giải sâu sắc hơn về các yếu tố tác động và tạo cơ sở khoa học cho việc thiết kế công cụ khảo sát, phân tích và đề xuất giải pháp phù hợp với đặc điểm văn hóa - xã hội của Thành phố Hồ Chí Minh.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu kết hợp giữa **định lượng** và **định tính** nhằm đảm bảo tính khách quan, đầy đủ và sâu sắc trong việc nghiên cứu nguyên nhân gây ra tình trạng căng thẳng, lo âu ở học sinh trung học cơ sở tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp định lượng: Sử dụng bảng câu hỏi khảo sát được thiết kế dựa trên các công cụ đo lường chuẩn hóa như Thang đo Lo âu DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) và một số câu hỏi tự thiết kế để thu thập thông tin về nguyên nhân chủ quan và khách quan.

Phương pháp định tính: Thực hiện **phỏng vấn sâu** với 15 học sinh, 5 giáo viên và 5 phụ huynh nhằm làm rõ các khía cạnh cảm xúc, trải nghiệm cá nhân và yếu tố môi trường liên quan đến căng thẳng, lo âu.

Tiêu chí chọn mẫu: Áp dụng purposive sampling - chọn mẫu có chủ đích - đảm bảo kết quả nghiên cứu sâu sắc và có ý nghĩa:

- Tiêu chí rõ ràng: Chọn 15 học sinh, 5 giáo viên và 5 phụ huynh tham gia phỏng vấn sâu dựa trên:
- Thông tin phong phú: những người có trải nghiệm cụ thể về lo âu, stress (Patton, 2002; Palinkas et al., 2015)
- Đa dạng cấu trúc: bao gồm học sinh có mức stress thấp, trung bình, cao; giáo viên từng chăm sóc học sinh lo âu; phụ huynh có kiến thức hoặc kinh nghiệm về hỗ trợ tâm lý. Mẫu này sử dụng chiến lược maximum variation sampling nhằm phát hiện mẫu chung qua bối cảnh đa dạng.
- Kích thước khoa học: 25-30 người giúp đạt đến điểm bão hòa thông tin, theo gợi ý về tính độ tin cậy của dữ liệu định tính.
- Minh bạch và đáng tin cậy: Chi tiết tiêu chí lựa chọn, quá trình tuyển chọn và hạn chế tiềm ẩn của phương pháp được ghi rõ trong mục phương pháp luận, củng cố độ tin cậy của nghiên cứu

3.1. Khái niệm “Căng thẳng” (Stress)

Theo Lazarus và Folkman (1984), căng thẳng là “mối quan hệ giữa cá nhân và môi trường mà cá nhân đánh giá là gây áp lực hoặc vượt quá khả năng đối phó của bản thân, đe dọa đến hạnh phúc hoặc an toàn của mình” [15]. Ở học sinh THCS, căng thẳng có thể bắt nguồn từ bài vở, kiểm tra, thi cử, quan hệ bạn bè hoặc xung đột trong gia đình.

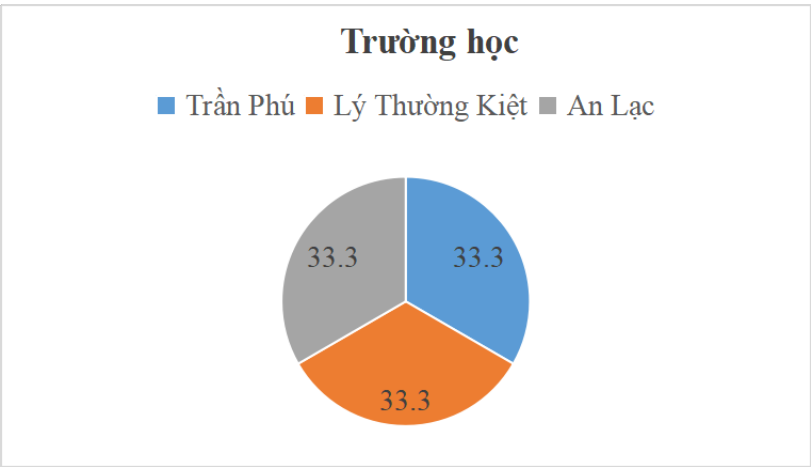
3.2. Khái niệm “Lo âu” (Anxiety)

Lo âu được định nghĩa là “một trạng thái cảm xúc tiêu cực, đặc trưng bởi sự lo lắng, sợ hãi mơ hồ, không rõ nguyên nhân, kèm theo cảm giác mất kiểm soát” [16]. Lo âu ở học sinh có thể biểu hiện qua các triệu chứng thể chất như đau đầu, rối loạn tiêu hóa, mất ngủ; hoặc các hành vi như né tránh giao tiếp, học tập sa sút. Dựa theo DASS-21, mức độ lo âu được phân loại thành 5 nhóm: bình thường, nhẹ, vừa, nặng và rất nặng [17].

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Trường học của người tham gia khảo sát

Biểu đồ 1: Trường học



(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

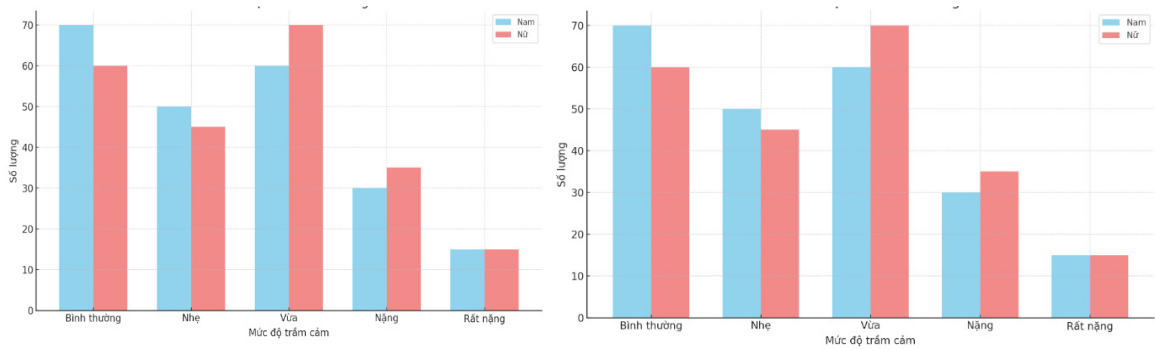
Dữ liệu khảo sát được thu thập từ học sinh thuộc ba trường trung học cơ sở trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, bao gồm: Trường THCS Trần Phú (Quận 10), Trường THCS Lý Thường Kiệt (Quận Tân Bình) và Trường THCS An Lạc (Quận Bình Tân). Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh từ mỗi trường tham gia khảo sát là tương đương nhau, mỗi trường chiếm 33,3% tổng số mẫu. Kết quả khảo sát cho thấy cơ cấu giới tính của học sinh tham gia nghiên cứu được phân bố đồng đều. Cụ thể, trong tổng số 450 học sinh trung học cơ sở được khảo sát (có 150 học sinh đến từ Trường THCS An Lạc, 150 học sinh Trường THCS Trần Phú và 150 học sinh từ Trường THCS Lý Thường Kiệt); có 50% là học sinh nam và 50% là học sinh nữ. Điều này cho thấy mẫu khảo sát có sự cân đối về giới tính, đảm bảo tính đại diện cho cả hai nhóm giới trong phân tích dữ liệu và đối chiếu kết quả.

Điều này phản ánh sự phân bố đồng đều về mặt địa lý và môi trường học tập trong quá trình lựa chọn mẫu, góp phần đảm bảo tính khách quan và đại diện của nghiên cứu đối với các đặc điểm đặc trưng của học sinh THCS tại các khu vực khác nhau trong thành phố.

4.2. Mức độ trầm cảm, lo âu, căng thẳng theo giới tính

4.2.1. Mức độ trầm cảm theo giới tính

Biểu đồ 2: Mức độ trầm cảm theo giới tính



(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Ở **mức độ bình thường**, học sinh nam chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ (khoảng 70 so với 60 em), cho thấy nam sinh có xu hướng ít biểu hiện trầm cảm hơn.

Ở **mức độ nhẹ**, sự chênh lệch giữa hai giới không đáng kể, với số lượng học sinh nam và nữ lần lượt là khoảng 50 và 45 em.

Ở **mức độ vừa**, nữ sinh có tỷ lệ cao hơn rõ rệt (khoảng 70 em) so với nam sinh (khoảng 60 em), cho thấy đây là mức độ phổ biến nhất ở cả hai giới, đặc biệt là ở học sinh nữ

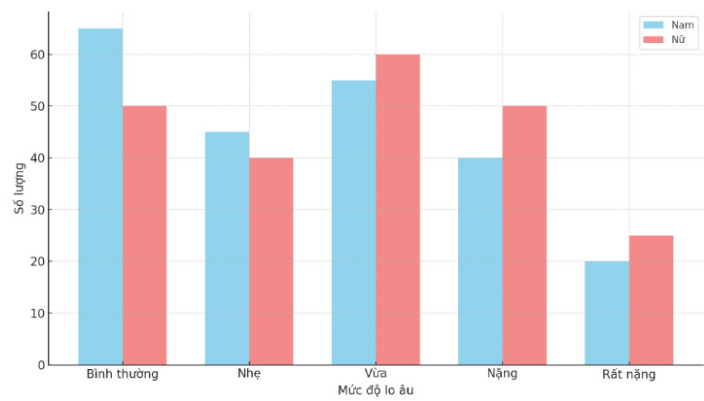
Ở **mức độ nặng**, số lượng nữ sinh (khoảng 40 em) tiếp tục nhỉnh hơn nam sinh (khoảng 30 em).

Ở **mức độ rất nặng**, số lượng học sinh ở cả hai giới là tương đương nhau (dưới 20 em), tuy thấp nhưng vẫn đáng quan tâm.

Biểu đồ cho thấy **tỷ lệ học sinh nữ có dấu hiệu trầm cảm từ mức vừa đến nặng cao hơn nam sinh**. Trong khi học sinh nam có xu hướng giữ mức độ bình thường nhiều hơn, thì nữ sinh lại dễ bị ảnh hưởng tâm lý hơn trong các mức độ trầm cảm trung bình và nặng. Đây là cơ sở quan trọng để thiết kế các chương trình hỗ trợ tâm lý học đường mang tính **phân biệt giới tính hợp lý**, nhằm can thiệp hiệu quả hơn đối với nhóm đối tượng dễ bị tổn thương.

4.2.2. Mức độ lo âu theo giới tính

Biểu đồ 3: Mức độ lo âu theo giới tính



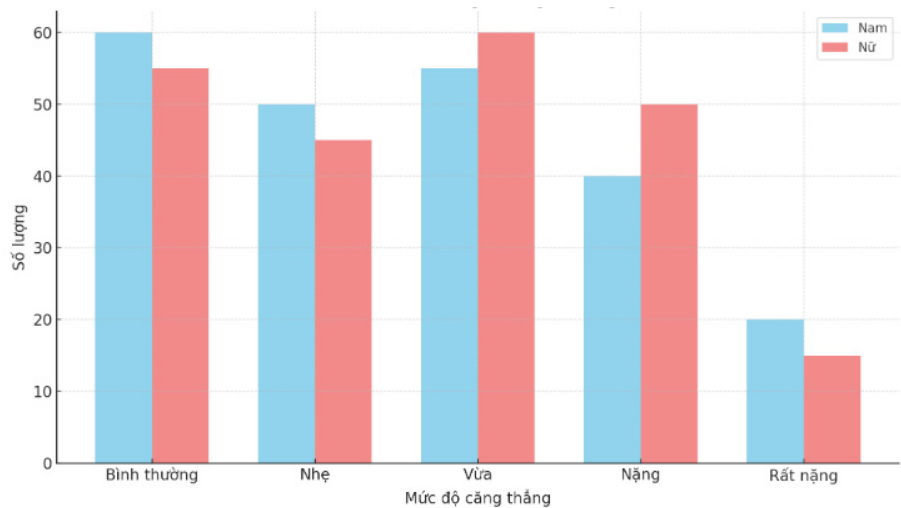
(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Ở mức độ bình thường, học sinh nam có tỷ lệ cao hơn (khoảng 65 em) so với học sinh nữ (khoảng 50 em), cho thấy nam sinh có xu hướng ít lo âu hơn ở mức cơ bản. Ở mức độ nhẹ, số lượng học sinh giữa hai giới tương đối cân bằng, với nam khoảng 45 em và nữ khoảng 40 em. Ở mức độ vừa, học sinh nữ chiếm ưu thế rõ rệt (60 em) so với nam (khoảng 55 em). Đây là mức độ phổ biến nhất ở cả hai giới, đặc biệt là nữ. Ở mức độ nặng, sự khác biệt trở nên rõ hơn khi học sinh nữ chiếm khoảng 50 em, cao hơn học sinh nam (khoảng 40 em). Ở mức độ rất nặng, số lượng học sinh nữ (khoảng 30 em) tiếp tục cao hơn học sinh nam (20 em). Kết quả biểu đồ cho thấy học sinh nữ có xu hướng lo âu ở các mức độ từ vừa đến rất nặng nhiều hơn học sinh nam. Ngược lại, nam sinh chiếm ưu thế ở mức độ bình thường. Điều này phản ánh sự khác biệt giới tính trong biểu hiện lo âu và khả năng ứng phó với các tác nhân gây căng thẳng trong học đường.

Sự phân bố này gợi ý rằng các chương trình hỗ trợ tâm lý trong trường học cần có định hướng riêng biệt cho từng giới, đặc biệt là tăng cường can thiệp và hỗ trợ tâm lý cho học sinh nữ - nhóm có tỷ lệ lo âu cao hơn

4.2.3. Mức độ căng thẳng theo giới tính

Biểu đồ 4: Mức độ căng thẳng theo giới tính



(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Căng thẳng mức bình thường đến nhẹ: Nam chiếm ưu thế hơn nữ. Căng thẳng mức vừa đến nặng: Nữ có tỷ lệ cao hơn nam, đặc biệt là ở mức nặng. Ở mức rất nặng, tuy số lượng không nhiều, nhưng nam lại có tỷ lệ cao hơn nữ.

Giới tính ảnh hưởng đến mức độ căng thẳng: Nữ có xu hướng trải qua căng thẳng ở mức trung bình đến nặng nhiều hơn nam. Nam giới chiếm ưu thế ở mức độ căng thẳng thấp (bình thường, nhẹ), cho thấy có thể họ ít biểu hiện hoặc cảm nhận căng thẳng hơn trong khảo sát. Sự khác biệt ở mức rất nặng cần được chú ý, đặc biệt với nam, vì dù tổng thể ít người bị căng thẳng rất nặng, nhưng tỷ lệ nam lại cao hơn nữ → có thể liên quan đến xu hướng dồn nén cảm xúc ở nam giới.

Kết quả phân tích ba chỉ báo sức khỏe tâm thần gồm trầm cảm, lo âu và căng thẳng cho thấy sự khác biệt đáng kể theo giới tính trong mức độ trải nghiệm các vấn đề tâm lý của học

sinh. Nam sinh thường chiếm tỷ lệ cao hơn ở các mức độ bình thường đến nhẹ, trong khi nữ sinh lại có xu hướng gia tăng ở các mức độ vừa đến nặng, đặc biệt là trong nhóm lo âu và trầm cảm. Riêng ở mức độ rất nặng, mặc dù số lượng học sinh bị ảnh hưởng thấp hơn, nhưng có dấu hiệu đảo chiều ở chỉ báo căng thẳng, khi nam sinh có tỷ lệ cao hơn nữ sinh, gợi ý khả năng dồn nén cảm xúc hoặc ít chia sẻ ở nhóm này.

Sự phân bố này phản ánh sự khác biệt giới tính rõ nét trong biểu hiện và trải nghiệm các rối loạn tâm lý học đường, từ đó đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc thiết kế các chương trình hỗ trợ tâm lý học đường mang tính phân hóa theo giới. Đặc biệt, cần chú trọng tăng cường can thiệp sớm và phù hợp đối với nữ sinh - nhóm có nguy cơ cao hơn ở các mức độ rối loạn tâm lý trung bình đến nặng, đồng thời không bỏ qua nhóm nam sinh ở mức rất nặng, để đảm bảo hiệu quả can thiệp toàn diện và bền vững.

4.3. Yếu tố cá nhân gây căng thẳng, lo âu

Bảng 1. Yếu tố cá nhân gây căng thẳng, lo âu

Yếu tố cá nhân gây căng thẳng	Số học sinh	Tỷ lệ (%)
Áp lực học tập (thi cử, điểm số, kỳ vọng bản thân)	290	64.4
Thiếu tự tin, mặc cảm về bản thân	180	40
Thiếu kỹ năng quản lý thời gian, học tập chưa hiệu quả	160	35.6
Thiếu ngủ, mệt mỏi, sức khỏe yếu	130	28.9
Suy nghĩ tiêu cực, lo lắng về tương lai	120	26.7
Cảm giác cô đơn, không ai chia sẻ	100	22.2
Mâu thuẫn nội tâm, xung đột với bản thân	85	18.9

(Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025)

Theo kết quả khảo sát, **64.4% học sinh (290 em)** cho biết **áp lực học tập** là nguyên nhân chính gây căng thẳng và lo âu. Đây là tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố được khảo sát. Những áp lực này đến từ thi cử, điểm số, và sự kỳ vọng từ gia đình cũng như bản thân. Trong bối cảnh cạnh tranh học tập ngày càng gia tăng, học sinh thường cảm thấy phải đạt thành tích tốt để không bị đánh giá thấp hoặc để đáp ứng kỳ vọng của cha mẹ và thầy cô. Sự căng thẳng này kéo dài dễ dẫn đến mệt mỏi tâm lý, mất động lực học tập và giảm hiệu quả tiếp thu.

Có tới 40.0% học sinh (180 em) cho biết bản thân thiếu tự tin, cảm thấy mặc cảm. Đây là biểu hiện của sự tổn thương trong quá trình hình thành nhân cách và lòng tự trọng. Học sinh thường so sánh bản thân với người khác về học lực, ngoại hình, điều kiện gia đình hoặc kỹ năng xã hội, dẫn đến cảm giác thua kém. Những học sinh thiếu sự công nhận và động viên từ môi trường xung quanh dễ phát triển suy nghĩ tiêu cực về chính mình, từ đó hình thành lo âu kéo dài.

35.6% học sinh (160 em) cho rằng mình chưa có kỹ năng quản lý thời gian và học tập hiệu quả. Bên cạnh đó, có 28.9% học sinh (130 em) cho biết họ thường xuyên cảm thấy mệt mỏi do thiếu ngủ hoặc sức khỏe kém. Có 26.7% học sinh (120 em) thừa nhận họ thường có suy nghĩ tiêu cực và lo lắng về tương lai.

22.2% học sinh (100 em) cho biết họ cảm thấy cô đơn và không có ai để chia sẻ. Sự thiếu gắn kết trong gia đình, ít có bạn thân, hoặc môi trường học đường không an toàn tâm lý khiến học sinh không tìm được nơi giải tỏa cảm xúc. Cuối cùng, 18.9% học sinh (85 em) chia sẻ rằng họ gặp phải mâu thuẫn nội tâm và xung đột với chính mình.

Các nguyên nhân gây căng thẳng và lo âu ở học sinh trung học phổ thông thường xuất phát từ nhiều yếu tố khác nhau, phản ánh sự tác động đa chiều của môi trường học đường, gia đình và cá nhân. Nhóm nguyên nhân phổ biến bao gồm:

Áp lực học tập và kỳ vọng thành tích: Đây là nguyên nhân hàng đầu khiến học sinh cảm thấy lo âu và căng thẳng, đặc biệt trong bối cảnh cạnh tranh cao và kỳ vọng từ gia đình, giáo viên cũng như bản thân học sinh.

Mối quan hệ xã hội: Mâu thuẫn với bạn bè, cảm giác bị cô lập, hoặc thiếu sự hỗ trợ từ thầy cô và người thân cũng góp phần đáng kể vào sự gia tăng lo âu và căng thẳng.

Vấn đề trong gia đình: Xung đột trong gia đình, ly hôn của cha mẹ, hoặc môi trường sống không ổn định có thể tạo ra nền tảng tâm lý không vững chắc, làm gia tăng nguy cơ gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Vấn đề cá nhân: Thiếu kỹ năng quản lý cảm xúc, lòng tự trọng thấp, hoặc có trải nghiệm tiêu cực trong quá khứ cũng là những nguyên nhân nội tại dễ dẫn đến các phản ứng căng thẳng và lo âu kéo dài.

Đáng chú ý, nhiều học sinh không chỉ gặp phải một nguyên nhân đơn lẻ mà phải đối mặt với sự kết hợp của nhiều yếu tố cùng lúc, làm cho mức độ ảnh hưởng trở nên phức tạp và nghiêm trọng hơn. Việc tồn tại đồng thời nhiều nguyên nhân không chỉ làm tăng nguy cơ phát triển các rối loạn tâm lý mà còn khiến quá trình can thiệp trở nên khó khăn nếu không được đánh giá và hỗ trợ toàn diện.

Do đó, trong công tác hỗ trợ tâm lý học đường, cần xây dựng các biện pháp tầm soát và đánh giá đa chiều, nhằm phát hiện sớm các nguyên nhân tiềm ẩn và can thiệp kịp thời, đặc biệt đối với những học sinh có nguy cơ cao khi phải đối mặt với nhiều tác nhân gây căng thẳng và lo âu cùng lúc.

“Em cảm thấy rất áp lực mỗi lần thi, vì nếu điểm không cao thì bố mẹ sẽ thất vọng và còn so sánh em với các bạn khác. Em sợ bị mắng nên thường phải thức khuya học bài.” (Phỏng vấn sâu 1, Nam, Lớp 8, Trường THCS An Lạc)

“Ở lớp em không dám phát biểu vì sợ sai. Em thấy mình học kém hơn các bạn, nói ra thì lại bị cười. Có lúc em tự hỏi không biết mình có làm được gì không.” (Phỏng vấn sâu 2, Nữ, Lớp 7, Trường THCS Lý Thường Kiệt)

“Có chuyện buồn em cũng không biết nói với ai. Bố mẹ thì bận, bạn bè thì em không thân lắm. Nhiều lúc em chỉ biết im lặng.” (Phỏng vấn sâu 3, Nữ, Lớp 9, Trường THCS Trần Phú)

“Ba mẹ hay so sánh em với con nhà người ta nên em rất sợ bị điểm kém, mỗi lần điểm kém sẽ bị lôi ra so sánh với một bạn con nhà hàng xóm (Phỏng vấn sâu 4, Nam, Lớp 8, Trường THCS Trần Phú)

Khảo sát cho thấy căng thẳng và lo âu ở học sinh không chỉ đến từ yếu tố học tập mà còn từ nhiều khía cạnh tâm lý cá nhân như lòng tự trọng, sự tự tin, sức khỏe và nhu cầu được thấu hiểu. Việc xây dựng môi trường học đường an toàn tâm lý, phát triển kỹ năng sống và có hệ thống tư vấn học đường hiệu quả là những giải pháp cấp thiết nhằm giảm thiểu căng thẳng và hỗ trợ sức khỏe tinh thần cho học sinh.

4.4. Yếu tố gia đình và nhà trường gây ra căng thẳng, lo âu

Bảng 2: Yếu tố gia đình và nhà trường gây ra căng thẳng, lo âu

Yếu tố gây căng thẳng, lo âu	Số học sinh	Tỷ lệ (%)
Cha mẹ kỳ vọng quá cao, so sánh với người khác	230	51.1
Thiếu sự quan tâm, thấu hiểu từ cha mẹ	190	42.2
Mâu thuẫn trong gia đình (bố mẹ cãi nhau, ly hôn, áp lực tài chính)	140	31.1
Áp lực từ giáo viên về điểm số, thành tích	200	44.4
Thiếu sự hỗ trợ tâm lý, động viên từ nhà trường	160	35.6
Bị phê bình, trách phạt thường xuyên từ thầy cô	120	26.7
Thiếu an toàn, căng thẳng do môi trường học tập	110	24.4

Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025

Đây là yếu tố đứng đầu với 230 học sinh (chiếm 51.1%) cho rằng việc bị kỳ vọng quá mức hoặc bị so sánh với người khác khiến các em cảm thấy áp lực nặng nề. Trong độ tuổi trung học cơ sở - giai đoạn phát triển tâm lý chưa ổn định, việc không đáp ứng được mong đợi của cha mẹ dễ khiến các em lo âu, mất tự tin và dẫn đến suy giảm động lực học tập. Kỳ vọng không thực tế từ cha mẹ có thể vô tình tạo nên cảm giác thất bại và tổn thương tâm lý ở học sinh.

Có 200 học sinh (44.4%) phản ánh rằng các yêu cầu khắt khe, tiêu chí đánh giá thành tích quá mức của giáo viên cũng là nguyên nhân gây lo âu. Khi thành tích học tập được đặt nặng, học sinh có thể cảm thấy không đủ giỏi hoặc luôn trong trạng thái sợ bị đánh giá, sợ sai. Điều này dễ tạo nên áp lực tâm lý, làm giảm sự hứng thú với việc học và gia tăng cảm giác mệt mỏi, mất động lực.

Với 190 học sinh (42.2%) cho rằng cha mẹ không lắng nghe hoặc hiểu cảm xúc, mong muốn của con mình, đây là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến cảm giác bị bỏ rơi hoặc cô đơn trong chính gia đình. 160 học sinh (35.6%) cảm thấy thiếu vắng sự hỗ trợ từ giáo viên chủ nhiệm, cán bộ tư vấn học đường hay các chương trình giáo dục tâm lý. Có 140 học sinh (31.1%) cho biết gia đình các em đang xảy ra mâu thuẫn như ly hôn, cãi vã giữa bố mẹ, hoặc chịu áp lực tài chính. Không những thế, 120 học sinh (26.7%) cho rằng các em thường xuyên bị trách mắng hoặc nhận những lời phê bình tiêu cực. Cuối cùng, 110 học sinh (24.4%) cảm thấy không an toàn trong môi trường học tập - có thể do mâu thuẫn với bạn bè, thiếu sự thân thiện trong lớp học, hay các hình thức bắt nạt học đường. Môi trường học không thân thiện là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, khả năng thích nghi và động lực đến trường của học sinh.

“Tôi luôn muốn con phải học giỏi như bạn A hay bạn B trong lớp, vì tôi tin rằng con có thể làm được như vậy nếu cố gắng hơn. Có thể tôi đã tạo áp lực mà không nhận ra.”(Phỏng vấn sâu 5, Nữ, Phụ huynh học sinh lớp 8, Quận Bình Tân)

“Cả hai vợ chồng đều đi làm suốt ngày, về nhà thì mệt, nhiều khi chỉ hỏi con được vài câu rồi lại hỏi đi học tiếp. Đến khi con bộc lộ ra là đang rất căng thẳng thì chúng tôi mới giật mình.”(Phỏng vấn sâu 6, Nam, Phụ huynh học sinh lớp 6, Quận 10)

“Giờ lớp 9 rồi không tập trung học thì không đậu THPT, sau này không đậu Đại học, tương lai con sẽ cực khổ” (Phỏng vấn sâu 7, Nữ, Phụ huynh học sinh lớp 9, Quận Bình Tân)

“Chúng tôi buộc phải đánh giá học sinh bằng điểm số, vì đó là tiêu chí kiểm tra kết quả học tập. Tuy nhiên, chính việc này đôi khi lại khiến các em chỉ tập trung vào thành tích mà không còn cảm thấy hứng thú học tập nữa.”(Phỏng vấn sâu 8, Nữ, Giáo viên chủ nhiệm lớp 9, Quận Tân Bình)

“Trường có tổ tư vấn tâm lý nhưng nhiều học sinh vẫn ngại chia sẻ. Các em sợ bị đánh giá, hoặc cho rằng tâm lý yếu là một điều xấu hổ.”(Phỏng vấn sâu 9, Nam, Giáo viên chủ nhiệm lớp 7, Quận 10)

Từ kết quả khảo sát và các trích dẫn phỏng vấn, có thể thấy rõ rằng căng thẳng và lo âu ở học sinh trung học cơ sở không chỉ bắt nguồn từ các yếu tố cá nhân mà còn chịu ảnh hưởng sâu sắc từ môi trường gia đình và nhà trường. Áp lực học tập, sự kỳ vọng quá cao từ cha mẹ, thiếu sự thấu hiểu và hỗ trợ tâm lý từ phía người lớn, cùng với môi trường học đường thiếu an toàn và cởi mở... tất cả đang góp phần tạo nên gánh nặng tâm lý cho học sinh ở lứa tuổi đang phát triển mạnh về thể chất lẫn cảm xúc.

4.5. Yếu tố xã hội và bạn bè gây căng thẳng, lo âu

Bảng 3: Yếu tố xã hội và bạn bè gây căng thẳng, lo âu

Yếu tố gây căng thẳng, lo âu	Số học sinh	Tỷ lệ (%)
Mâu thuẫn với bạn bè (hiểu lầm, cãi vã, tẩy chay...)	180	40
Cảm thấy bị cô lập, không có bạn thân	150	33.3
Áp lực trong việc hòa nhập nhóm bạn, sợ bị đánh giá	160	35.6
Bị bắt nạt, trêu chọc trên mạng hoặc trong lớp	120	26.7
So sánh bản thân với người khác trên mạng xã hội	170	37.8
Kỳ vọng xã hội cao (ngoại hình, thành tích, kỹ năng,...)	140	31.1
Tin tức tiêu cực, bạo lực trên mạng xã hội hoặc phương tiện truyền thông	100	22.2

Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025

Với 180 học sinh (chiếm 40%), mâu thuẫn với bạn bè như hiểu lầm, cãi vã, tẩy chay... là nguyên nhân phổ biến gây căng thẳng. Mâu thuẫn bạn bè không chỉ đơn thuần là những xung đột nhất thời, mà còn có thể dẫn đến sự đổ vỡ trong cảm giác được kết nối và chấp nhận, vốn là nhu cầu cơ bản trong giai đoạn vị thành niên. Khi các em cảm thấy bị từ chối hoặc bị loại trừ khỏi tập thể, điều này có thể khơi gợi cảm giác cô lập xã hội, thiếu an toàn tâm lý, và trong một số trường hợp có thể dẫn đến biểu hiện trầm cảm, lo âu, hoặc giảm sút lòng tự trọng.

Hơn nữa, sự thiếu hụt trong kết nối xã hội khiến học sinh gặp khó khăn trong việc chia sẻ, tìm kiếm hỗ trợ từ bạn bè - một cơ chế bảo vệ tâm lý tự nhiên trong môi trường học đường. Điều này khiến các em dễ rơi vào trạng thái tự cô lập hoặc dồn nén cảm xúc tiêu cực, từ đó làm gia tăng nguy cơ tích tụ căng thẳng và suy giảm sức khỏe tâm thần nói chung.

Về mặt phát triển tâm lý, mối quan hệ bạn bè còn là môi trường thực hành các kỹ năng xã hội như giao tiếp, giải quyết mâu thuẫn, và đồng cảm. Khi xảy ra đổ vỡ trong quan hệ này, học sinh không chỉ mất đi một nguồn hỗ trợ tâm lý quan trọng mà còn bị gián đoạn trong quá trình hình thành kỹ năng thích ứng.

Từ đó, có thể khẳng định rằng mâu thuẫn bạn bè không chỉ là nguyên nhân phổ biến mà còn là yếu tố nhạy cảm ảnh hưởng sâu sắc đến tâm lý học sinh, đặc biệt trong giai đoạn vị thành

niên - thời kỳ mà nhu cầu được gắn kết, công nhận và đồng hành có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Việc nhận diện và can thiệp sớm các trường hợp gặp khó khăn trong quan hệ bạn bè sẽ góp phần hiệu quả vào việc phòng ngừa rối loạn tâm lý học đường và xây dựng môi trường học đường an toàn, tích cực.

Nguyên nhân có thể xuất phát từ tính cách nhút nhát, khác biệt trong sở thích, hoặc do từng bị tổn thương trong các mối quan hệ trước đó (chiếm 33.3%). Có 160 học sinh (35.6%) cảm thấy áp lực trong việc hòa nhập với bạn bè và lo sợ bị đánh giá, loại trừ, 120 học sinh (26.7%) từng bị bắt nạt, trêu chọc trong lớp hoặc trên mạng, 170 học sinh (37.8%) cho biết thường so sánh bản thân với người khác qua hình ảnh, thành tích, cuộc sống được chia sẻ trên mạng xã hội, 140 học sinh (31.1%) chịu áp lực từ kỳ vọng xã hội về ngoại hình, học lực, kỹ năng, 100 học sinh (22.2%) bị ảnh hưởng bởi tin tức tiêu cực hoặc hình ảnh bạo lực trên mạng xã hội, phim ảnh hoặc truyền thông.

“Trong lớp em không thân với ai. Giờ ra chơi em thường ngồi một mình vì thấy mình không hợp với nhóm nào cả. Em muốn có bạn để tâm sự nhưng không biết bắt đầu từ đâu.” (Phỏng vấn sâu 10, Nữ, học sinh lớp 8, Trường THCS An Lạc)

Những con số và lời chia sẻ từ học sinh cho thấy sự cần thiết của việc xây dựng môi trường học đường tích cực, thân thiện, đồng thời giáo dục kỹ năng giao tiếp, ứng xử và quản lý cảm xúc cho học sinh. Gia đình, nhà trường và xã hội cần hợp tác để giúp các em có được sự hỗ trợ tâm lý, cảm giác an toàn, được chấp nhận và khích lệ trong hành trình phát triển cá nhân và xã hội.

4.6. Yếu tố mạng xã hội - công nghệ gây căng thẳng, lo âu

Bảng 4: Yếu tố mạng xã hội - công nghệ gây căng thẳng, lo âu

Yếu tố gây căng thẳng, lo âu	Số học sinh	Tỷ lệ (%)
Dành quá nhiều thời gian sử dụng mạng xã hội	210	46.7
Bị ảnh hưởng tiêu cực từ nội dung trên mạng (so sánh, tự ti, áp lực...)	190	42.2
Bị quấy rối, bắt nạt trên mạng	120	26.7
Áp lực phải thể hiện hình ảnh bản thân tốt đẹp trên mạng	160	35.6
Lo âu do nghiện điện thoại, mất tập trung học tập	180	40
Mất ngủ, mệt mỏi do sử dụng thiết bị công nghệ quá khuya	200	44.4
Sợ bỏ lỡ thông tin (FOMO - Fear Of Missing Out)	130	28.9

Nguồn: Kết quả khảo sát tháng 4/2025

Việc dành quá nhiều thời gian cho mạng xã hội là nguyên nhân phổ biến nhất trong nhóm yếu tố liên quan đến công nghệ, với 210 học sinh (46.7%) được khảo sát thừa nhận. Nguyên nhân có thể đến từ việc mạng xã hội hấp dẫn về nội dung, cung cấp sự giải trí tức thì và tạo cảm giác kết nối. Tuy nhiên, việc lạm dụng sẽ chiếm dụng thời gian học tập, nghỉ ngơi, gây mất cân bằng sinh hoạt và ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần.

200 học sinh (44.4%) cho biết họ bị mất ngủ hoặc mệt mỏi vì sử dụng thiết bị công nghệ vào ban đêm. Ánh sáng xanh từ màn hình điện thoại, máy tính có thể làm rối loạn đồng hồ sinh học, khiến học sinh khó ngủ, ngủ không sâu và kéo theo cảm giác mệt mỏi vào ngày hôm sau.

Có 190 học sinh (42.2%) chịu tác động từ nội dung tiêu cực trên mạng như so sánh ngoại hình, thành tích, cuộc sống, dẫn đến tự ti hoặc cảm giác không đủ tốt.

Có 180 học sinh (40%) cho biết họ cảm thấy lo âu do không thể rời xa điện thoại, dẫn đến giảm khả năng tập trung học tập. 160 học sinh (35.6%) cho biết họ cảm thấy áp lực khi phải đăng tải hình ảnh, nội dung tích cực, hấp dẫn trên mạng xã hội để được công nhận. Điều này phản ánh xu hướng “sống ảo” và tìm kiếm sự chấp nhận từ người khác, dễ dẫn đến cảm giác thiếu tự tin, lo âu khi phản hồi không như mong đợi.

FOMO (Fear Of Missing Out) là hội chứng sợ bị bỏ lại phía sau hoặc sợ lỡ mất thông tin quan trọng. 130 học sinh (28.9%) thừa nhận thường xuyên kiểm tra điện thoại để cập nhật mạng xã hội, dù điều này khiến họ mệt mỏi, mất tập trung. FOMO gây căng thẳng liên tục và ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần.

120 học sinh (26.7%) từng bị bắt nạt hoặc quấy rối trên môi trường mạng, gây tổn thương tâm lý nặng nề. Hình thức này có thể âm thầm nhưng kéo dài, khó được phát hiện và xử lý kịp thời, khiến nạn nhân cảm thấy cô lập, bất an và lo lắng kéo dài.

“Em thường xuyên lướt TikTok hay Instagram đến khuya, có hôm đến 1-2 giờ sáng mới ngủ. Sáng dậy rất mệt nhưng không bỏ được vì cảm giác nếu không xem thì sẽ bỏ lỡ điều gì đó.” (Phỏng vấn sâu 11, Nữ, học sinh lớp 6, Trường THCS Trần Phú)

“Có lần em bị bạn học ghét lập nick giả mạo để nói xấu em trong group lớp. Em cảm thấy rất tổn thương, không dám đi học mấy ngày liền.” (Phỏng vấn sâu 12, Nữ, học sinh lớp 9, Trường THCS An Lạc)

“Bạn bè em hay chia sẻ chuyện trong nhóm chat riêng. Nếu không online thường xuyên thì em không biết chuyện gì đang xảy ra, sợ bị bỏ rơi.” (Phỏng vấn sâu 13, Nam, học sinh lớp 7, Trường THCS Lý Thường Kiệt)

Những kết quả này cho thấy công nghệ và mạng xã hội đang trở thành nguồn áp lực lớn đối với học sinh trung học cơ sở, đặc biệt khi thiếu sự hướng dẫn và kiểm soát phù hợp. Các yếu tố như nghiện điện thoại, áp lực hình ảnh, FOMO và bắt nạt mạng đang âm thầm ảnh hưởng đến tâm lý và hành vi học tập. Việc giáo dục kỹ năng số, tăng cường nhận thức về sức khỏe tâm thần và xây dựng thói quen sử dụng công nghệ lành mạnh là điều cấp thiết để bảo vệ học sinh trước những tác động tiêu cực của thời đại số.

5. KẾT LUẬN HOẶC GIẢI PHÁP/KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu về các nguyên nhân gây ra căng thẳng, lo âu ở học sinh trung học cơ sở tại địa bàn TP. Hồ Chí Minh cho thấy, các em đang chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm: kỳ vọng quá mức từ cha mẹ, áp lực học tập và điểm số, môi trường học đường thiếu hỗ trợ tâm lý, tác động tiêu cực từ mạng xã hội, và những khó khăn trong các mối quan hệ bạn bè. Các áp lực này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần mà còn cản trở quá trình học tập và phát triển toàn diện của học sinh ở giai đoạn có nhiều thay đổi về thể chất, cảm xúc và nhận thức.

Tình trạng lo âu, căng thẳng ở học sinh đang dần trở nên phổ biến nhưng chưa được nhận diện và can thiệp kịp thời, dẫn đến những hệ quả tiêu cực lâu dài như suy giảm thành tích học

tập, rối loạn tâm lý, hoặc hành vi bộc phát, tự cô lập. Điều này đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa nhà trường, gia đình và các tổ chức xã hội nhằm xây dựng môi trường giáo dục an toàn, thân thiện và hỗ trợ sự phát triển tinh thần cho học sinh.

Đối với nhà trường, thành lập hoặc tăng cường hoạt động của bộ phận tham vấn học đường, đảm bảo có nhân sự chuyên môn hỗ trợ tâm lý học sinh một cách kịp thời, thường xuyên, thiết kế các chương trình giáo dục kỹ năng sống, kỹ năng quản lý cảm xúc, giải quyết vấn đề, nâng cao năng lực tự ứng phó với áp lực.

Đối với gia đình, cha mẹ cần điều chỉnh kỳ vọng phù hợp với năng lực và cá tính của con, tránh áp đặt hoặc so sánh với người khác, tạo điều kiện giao tiếp cởi mở, cần dành thời gian cho con để lắng nghe và đồng hành cùng con trong học tập cũng như trong cuộc sống. Dành thời gian để có buổi sinh hoạt chung với gia đình, tạo sự gắn kết cùng con

Đối với học sinh, rèn luyện kỹ năng quản lý thời gian, kỹ năng lập kế hoạch, kỹ năng ra quyết định, kỹ năng sử dụng mạng xã hội một cách lành mạnh, có chọn lọc, tích cực tham gia các hoạt động tập thể, câu lạc bộ để tạo dựng và duy trì mối quan hệ xã hội tích cực.

Nhân viên công tác xã hội trong trường học (school social worker) giữ vị trí chủ chốt trong việc phát hiện sớm, trị liệu nhóm và kết nối hỗ trợ đa bên cho học sinh THCS chịu căng thẳng, lo âu. Nghiên cứu gần đây khẳng định rằng trong khung hệ thống hỗ trợ phân tầng (MTSS), nhân viên này tham gia tích cực ở cả ba tầng: phòng ngừa chung, can thiệp nhóm, và hỗ trợ cá nhân chuyên sâu.

Ở tầng phòng ngừa chung (Tier 1), họ phối hợp với giáo viên triển khai chương trình SEL, sàng lọc bằng công cụ chuẩn hóa như DASS21, giúp phát hiện sớm những em có dấu hiệu căng thẳng hoặc lo âu nhẹ. Tiếp theo, tại tầng can thiệp nhóm (Tier 2), nhân viên tổ chức trị liệu nhóm theo mô hình Cognitive Behavioral Therapy (CBT) như “FRIENDS for Life” hoặc các buổi hỗ trợ kỹ năng giải quyết vấn đề, quản lý cảm xúc nhằm tiếp cận nhóm học sinh có mức stress trung bình, tạo môi trường chia sẻ và củng cố bản sắc cá nhân. Đồng thời, họ đảm nhiệm vai trò kết nối giữa trường - phụ huynh - chuyên gia, tổ chức các buổi tư vấn gia đình tại trường, hỗ trợ đồng bộ giữa nhà trường và gia đình trong việc chăm sóc tinh thần học sinh.

Tầng hỗ trợ cá nhân chuyên sâu (Tier 3) được triển khai khi học sinh có dấu hiệu lo âu nặng hoặc rối loạn tâm lý: nhân viên công tác xã hội thay mặt nhà trường phối hợp chuyển tuyến hoặc quản lý kế hoạch hỗ trợ cá nhân cùng chuyên gia bên ngoài, đảm bảo quá trình tiếp nhận và điều trị liên tục.

Việc nhận diện đúng và can thiệp sớm các nguyên nhân gây căng thẳng, lo âu ở học sinh trung học cơ sở là một nhiệm vụ cấp thiết. Thông qua sự hợp tác giữa nhà trường, gia đình và xã hội, chúng ta có thể tạo nên một môi trường học đường an toàn, tích cực và hỗ trợ - nơi học sinh không chỉ học tập mà còn được nuôi dưỡng tâm hồn, phát triển toàn diện để đối mặt và vượt qua những thách thức trong giai đoạn trưởng thành đầy biến động này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. (2020). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO.

2. UNICEF. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind - Promoting, protecting and caring for children's mental health.
3. Nguyễn Thị Lan & Trần Minh Đức. (2020). “Khảo sát tình trạng lo âu ở học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội”, *Tạp chí Tâm lý học*, số 9, tr. 45-52.
4. Phạm Văn Tình. (2019). “Áp lực học đường và sức khỏe tâm thần học sinh trung học”, *Tạp chí Khoa học Giáo dục*, số 27, tr. 70-78.
5. Nguyễn Hữu Tài & Lê Thị Mỹ Hạnh. (2021). “Tác động của mạng xã hội đến sức khỏe tâm lý học sinh THCS”, *Tạp chí Công tác Xã hội*, số 15, tr. 88-96.
6. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2017). *Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review*. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991.
7. World Health Organization. (2021). Mental health of adolescents. Geneva: WHO.
8. Essau, C. A., & Petermann, F. (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment*. Psychology Press.
9. Loades, M. E., et al. (2020). *Rapid Systematic Review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
10. Nguyễn Thị Hương, Lê Quang Hòa, & Trần Văn An. (2021). “Tình trạng lo âu ở học sinh trung học cơ sở tại Hà Nội”. *Tạp chí Tâm lý học Giáo dục*, số 10, tr. 33-41.
11. Phạm Hữu Khánh. (2019). “Áp lực học đường và sức khỏe tâm lý học sinh tại Đà Nẵng”. *Tạp chí Khoa học Xã hội Nhân văn*, số 17, tr. 67-75.
12. Nguyễn Hữu Tài & Lê Thị Mỹ Hạnh. (2021). “Thực trạng tham vấn học đường tại Việt Nam: Cơ hội và thách thức”. *Tạp chí Công tác Xã hội*, số 12, tr. 45-53.
13. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
14. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company.
15. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
16. Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
17. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia.
18. CASEL; Durlak, J. A., Weissberg, R. P., et al. (2011). *The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis... Child Development*, 82(1), 405-432.
19. Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2011). *Early social-emotional functioning and public health... Pediatrics*, 127(1), e489-e496.
20. Duong, M. T., Bruns, E. J., Lee, E., et al. (2020). *School-based mental health services... Journal of School Health*, 90(3), 190-197.

CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TINH THẦN CHO NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN BẠCH MAI, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

ThS. Nguyễn Hải Chiêu¹, TS. Trần Song Giang², ThS. Hà Hải Long³,
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo⁴, SV. Nguyễn Thị Ngọc Nga⁵

Tóm tắt: Khoa phẫu thuật Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai là nơi điều trị và phẫu thuật bệnh lý hệ Tiết niệu bao gồm: ung thư tuyến tiền liệt, bàng quang, ung thư thận, sỏi Tiết niệu, u phì đại tuyến tiền liệt, thoát vị bẹn, nang thận, nam khoa: giãn tĩnh mạch tinh, còn dương vật, ung thư tinh hoàn. Phẫu thuật là một phương pháp điều trị, có thể gây ra sang chấn ảnh hưởng nhất định tới cơ thể người bệnh. Để người bệnh trải qua cuộc phẫu thuật cần thiết phải chuẩn bị chu đáo về tinh thần và thể chất cho người bệnh. Chính vì vậy việc tích hợp công tác xã hội, đặc biệt là hỗ trợ tâm lý-xã hội vào quá trình điều trị sức khỏe tinh thần giúp người bệnh giảm căng thẳng, tăng khả năng thích ứng với điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu này nhằm mục đích nêu lên tâm lý của người bệnh đang điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu và đưa ra các đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả hỗ trợ tâm lý xã hội cho người bệnh đang điều trị tại đây.

Từ khóa: hỗ trợ tâm lý xã hội, công tác xã hội trong bệnh viện, hỗ trợ người bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

SOCIAL WORK IN MENTAL HEALTH CARE FOR PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF UROLOGICAL SURGERY, BACH MAI HOSPITAL, HA NOI CITY

Mental health is ranked as one of the main factors contributing to the healing and recovery process of patients, especially those who have undergone surgery. Psychological disorders such as stress, anxiety and even depression can occur in patients following the burden of illness, financial problems for treatment and problems related to the recovery process. Integrating social work into the mental health treatment process helps patients reduce stress, increase their ability to adapt to treatment and improve their quality of life. This study aims to highlight the status of mental health care for patients at the department and make recommendations to improve the effectiveness of social work in mental health care, thereby improving support for patients during treatment and recovery.

Keywords: psychosocial support, hospital social work, patient support, Bach Mai Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Phẫu thuật Tiết niệu là một đơn vị của Bệnh viện Bạch Mai, khoa là nơi điều trị và phẫu thuật bệnh lý hệ Tiết niệu và Nam khoa bao gồm các bệnh lý Ung thư đường Tiết niệu - nam học, các dị tật của hệ thống Tiết niệu, sỏi Tiết niệu, dị tật bẩm sinh hệ Tiết niệu - nam học và các bệnh lý vô sinh, rối loạn chức năng sinh sản, bệnh lý ở bộ phận sinh dục nam,...[7] Trong quá trình điều trị người bệnh dễ rơi vào trạng thái lo âu, căng thẳng, trầm cảm làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị và chất lượng phục hồi. Chính vì vậy, cần phát hiện sớm những dấu hiệu và can thiệp kịp thời.

¹ Phòng Công tác xã hội, Bệnh viện Bạch Mai, Email: nhc2@bachmai.edu.vn.

² Trưởng phòng Công tác xã hội, Bệnh viện Bạch Mai.

³ Điều dưỡng Trưởng, Khoa phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai.

⁴ Khoa phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai.

⁵ Sinh viên Trường Đại học Công đoàn.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: “*Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay ốm đau, không có sức khỏe nếu không có sức khỏe tâm thần*”. Năm 2012, Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra số lượng người mắc các triệu chứng trầm cảm đã tăng từ 193 triệu lên 246 triệu người, chiếm 28% dân số thế giới. Số lượng người mắc rối loạn lo âu cũng tăng từ 298 triệu lên 374 triệu người, chiếm 25% dân số thế giới. Ngoài ra, nghiên cứu của Nikopoulou (2022) về rối loạn tinh thần trên quần thể dân số chung trong giai đoạn cách ly COVID-19 cũng cho thấy các căng thẳng tâm lý, đặc biệt là nỗi lo sợ COVID là yếu tố dự báo của lo âu và rối loạn stress sau sang chấn [1]. Xuất phát từ thực tế, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả tình trạng sức khỏe tinh thần, tỷ lệ lo âu, trầm cảm và stress của người bệnh, làm rõ nhu cầu của người bệnh về hỗ trợ tâm lý - xã hội và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người bệnh. Kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở khoa học quan trọng để đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Ở Việt Nam, theo báo cáo chung tổng quan ngành Y tế Việt Nam năm 2014 chỉ ra rằng rối loạn tâm thần là một trong năm nhóm bệnh chiếm tỷ trọng lớn trong tổng gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây gây ra [6]. Kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Kiều My (2014) tại bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng cho thấy tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh khối lâm sàng bệnh viện bị stress, lo âu, trầm cảm lần lượt là 18,1%, 33,2% và 18,4%; một số yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu, stress đã tìm được qua nghiên cứu: mối quan hệ với cấp trên không tốt, sự rõ ràng trong phân công công việc, công việc chưa ổn định, diện tích làm việc chật trội, mối quan hệ với cấp trên không tốt [2]. Trong các vấn đề về sức khỏe tinh thần thì stress, lo âu, trầm cảm là nhóm vấn đề phổ biến hiện nay. Theo WHO thì hiện có đến hơn 20% dân số bị rối loạn lo âu (RLLA); có gần 10% nam giới và 20% nữ giới sẽ trải qua chứng trầm cảm khá rõ rệt trong cuộc đời và hiện có hơn 350 triệu người đang mắc bệnh trầm cảm (khoảng 5% dân số) [3]. Còn theo thống kê của Tổ chức lao động quốc tế (ILO) cho biết hiện có khoảng 20% người lao động trên thế giới bị stress trong công việc, và tỷ lệ này đang không ngừng gia tăng [5]. Nghiên cứu của Trần Thành Nam, Hoàng Thị Thu Hường (2016), cũng đã chỉ rõ mức độ và tính phổ biến của các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội tại Việt Nam đang ở mức báo động. Cụ thể, tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần nói chung đối với trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam dao động trong khoảng từ 8% - 29% [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Khắc Liêm và cộng sự (2020) đã chỉ ra rằng nhu cầu của người bệnh nội trú về chăm sóc sức khỏe tinh thần chiếm tỉ lệ cao lên tới 71,7% điều này cho thấy vấn đề về sức khỏe tinh thần của người bệnh đang rất nguy hiểm. Thực tế cho thấy, trong thời gian qua sau khi chính phủ ban hành Đề án 32 và Quyết định 112/2021/QĐ-TTg phát triển dịch vụ công tác xã hội cho các nhóm đối tượng yếu thế và đối tượng có nhu cầu thì các nghiên cứu về rối loạn tâm thần và các dịch vụ trợ giúp được nhiều nhà nghiên cứu trong quan tâm ở nhiều chiều cạnh khác nhau nhưng còn khá ít. Vì vậy, việc nghiên cứu “Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người bệnh tại khoa phẫu thuật Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai, thành phố Hà Nội” là rất cần thiết hiện nay.

3. KHÁCH THỂ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể nghiên cứu: Người bệnh điều trị nội trú tại khoa phẫu thuật Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh điều trị nội trú, tinh thần tỉnh táo, tiếp xúc tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu: 40 người bệnh điều trị nội trú

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tài liệu, phương pháp điều tra bằng bảng hỏi, phương pháp phỏng vấn sâu, phương pháp quan sát.

Công cụ nghiên cứu: DASS21

3.3. Thu thập số liệu

Nhóm nghiên cứu thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh dựa trên phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn

3.4. Phân tích xử lý số liệu

Tất cả các phiếu sau khi thu thập được kiểm tra đầy đủ, chính xác. Xử lý số liệu bằng phần mềm excel

4. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng sức khỏe tinh thần: Stress, trầm cảm, lo âu của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện Bạch Mai dựa trên thang điểm DASS21

4.1.1. Đặc điểm sức khỏe tinh thần của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu

Sức khỏe tâm thần là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quá trình điều trị và hồi phục của người bệnh. Người bệnh trải qua phẫu thuật thường đối diện với nhiều áp lực về thể chất và tinh thần, từ đó làm gia tăng nguy cơ xuất hiện các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm và stress. Nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ ảnh hưởng của các vấn đề về sức khỏe tâm thần đến người bệnh Khoa Phẫu thuật Tiết niệu tại Bệnh viện Bạch Mai.

Bảng 2: Đặc điểm sức khỏe tinh thần của người bệnh khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai

Mức độ	Số BN	Tỉ lệ (%)
Trầm cảm	3	7,5%
Lo âu	5	12,5%
Stress	1	2,5%

Nguồn: Tác giả khảo sát tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Dữ liệu thu thập được cho thấy tình trạng lo âu chiếm tỉ lệ cao nhất với 12,5% (tương đương 5 người bệnh). Đây là phản ứng tâm lý phổ biến do những lo lắng liên quan đến phẫu thuật, chẳng hạn như sợ biến chứng, thời gian hồi phục kéo dài hoặc tác động của bệnh đến chất lượng cuộc sống sau này. Lo âu kéo dài có thể làm suy giảm hệ miễn dịch, ảnh hưởng đến tốc độ hồi phục và gia tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.

Bên cạnh đó, có 3 người bệnh (chiếm 7,5%) có dấu hiệu trầm cảm. Trầm cảm ở người bệnh phẫu thuật có thể liên quan đến cảm giác mất kiểm soát, căng thẳng về tài chính, hoặc sự thay đổi trong sinh hoạt cá nhân sau phẫu thuật. Nếu không được can thiệp kịp thời, trầm cảm có thể làm giảm động lực điều trị, ảnh hưởng đến khả năng hợp tác với bác sĩ và làm chậm quá trình hồi phục.

Stress có tỉ lệ thấp nhất với 2,5% (bằng 1 người bệnh). Dù tỉ lệ stress trong nhóm được khảo sát không cao, nhưng vẫn là một yếu tố cần được quan tâm. Stress kéo dài sẽ dễ làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ, rối loạn thần kinh thực vật, qua đó ảnh hưởng xấu đến quá trình điều trị.

Tóm lại, tỉ lệ rối loạn tâm lý trong nhóm người bệnh này không cao, nhưng vẫn cần phải có biện pháp hỗ trợ tâm lý kịp thời. Các chương trình tư vấn tâm lý, hướng dẫn người bệnh về quy trình điều trị và hỗ trợ tinh thần từ gia đình và nhân viên y tế sẽ giúp người bệnh giảm bớt căng thẳng, ổn định tinh thần, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị.

3.2.2. **Mức độ biểu hiện tình trạng stress, trầm cảm, lo âu của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu**

Bảng 3: Mức độ biểu hiện tình trạng stress, trầm cảm, lo âu của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu

Mức độ	Trầm cảm		Lo âu		Stress	
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Không có	37	92,5	35	87,5	39	97,5
Nhẹ	1	2,5	2	5	1	2,5
Vừa	2	5	3	7,5	0	0
Nặng	0	0	0	0	0	0
Rất nặng	0	0	0	0	0	0

Nguồn: Tác giả khảo sát tại bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Các vấn đề như trầm cảm, lo âu và stress có thể tác động tiêu cực đến tinh thần, thể chất và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vì vậy, việc khảo sát mức độ biểu hiện của các vấn đề tâm lý này giúp các nhà chuyên môn có cơ sở để xây dựng những biện pháp hỗ trợ phù hợp. Dựa trên kết quả khảo sát tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai, có thể thấy phần lớn người bệnh không có biểu hiện trầm cảm, lo âu hay stress. Cụ thể, tỷ lệ người bệnh không có trầm cảm chiếm 92,5% (37 người bệnh), không có lo âu chiếm 87,5% (35 người bệnh) và không có stress chiếm 97,5% (39 người bệnh). Điều này cho thấy phần lớn người bệnh tại khoa có sức khỏe tâm thần ổn định. Tuy nhiên, vẫn có một số người bệnh gặp phải các vấn đề về tâm lý ở mức độ nhẹ và vừa. Cụ thể, trầm cảm mức độ nhẹ chiếm 2,5% (1 người bệnh) và mức độ vừa là 5% (2 người bệnh). Lo âu mức độ nhẹ chiếm 5% (2 người bệnh), mức độ vừa chiếm 7,5% (3 người bệnh). Trong khi đó, stress chỉ xuất hiện ở mức độ nhẹ với tỷ lệ 2,5% (1 người bệnh). Đáng chú ý, không có bệnh nhân nào bị trầm cảm, lo âu hay stress ở mức độ nặng hoặc rất nặng. Kết quả khảo sát này cho thấy tình trạng tâm lý của người bệnh khoa Phẫu thuật Tiết niệu nhìn chung khá tốt, với tỷ lệ mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở mức thấp. Tuy nhiên, việc có một số người bệnh xuất hiện các triệu chứng trầm cảm, lo âu và stress nhẹ hoặc vừa cho thấy vẫn cần có sự quan tâm và theo dõi. Việc triển khai các biện pháp hỗ trợ tâm lý - xã hội như tư vấn tâm lý, nâng cao nhận thức và tạo môi trường điều trị thân thiện có thể giúp bệnh nhân giảm bớt căng thẳng, lo âu trong quá trình điều trị, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc y tế và hiệu quả điều trị.

Biểu hiện của những rối loạn sức khỏe tâm thần của người bệnh cần được xem xét khi đưa ra những chẩn đoán sâu hơn và giải pháp để nâng cao sức khỏe tâm thần cho người bệnh tại bệnh viện.

Bảng 4: Những biểu hiện của dấu hiệu stress đối với người bệnh

Những biểu hiện	0		1		2		3		ĐTB
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	34	85	5	12,5	1	2,5	0	0	0,18
Tôi thấy khó thoải mái được	28	70	10	25	2	5	0	0	0,35
Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	27	67,5	8	20	5	12,5	0	0	0,45
Tôi khá dễ phật ý, tự ái	29	72,5	9	22,5	2	5	0	0	0,33
Tôi thấy khó thư giãn được	32	80	8	20	0	0	0	0	0,2
Tôi không chấp nhận được việc là có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	28	70	12	30	0	0	0	0	0,3
Tôi dễ bị kích động	33	82,5	7	17,5	0	0	0	0	0,18

Nguồn: Tác giả khảo sát tại bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Ghi chú: 0: Không đúng với tôi chút nào cả; 1: Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng; 2: Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng; 3: Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

Từ kết quả khảo sát được trình bày trong bảng trên, có thể nhận thấy rằng các biểu hiện tâm lý tiêu cực liên quan đến stress đang xuất hiện rõ nét ở một bộ phận người bệnh tại khoa. Điều này phản ánh phần nào những áp lực vô hình mà họ phải đối diện trong quá trình điều trị, bao gồm sự thay đổi đột ngột về môi trường sống, những lo lắng xoay quanh tình trạng sức khỏe, cũng như cảm giác mất kiểm soát đối với cuộc sống cá nhân. Trong đó, một số biểu hiện được ghi nhận với tần suất cao hơn, tiêu biểu như cảm giác “*Tôi thấy khó mà thoải mái được*” và “*Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều*” - đây là hai trong số những biểu hiện điển hình cho thấy người bệnh có khả năng đang trải qua trạng thái căng thẳng kéo dài và cần được hỗ trợ về mặt tâm lý.

(Trích PVS, Nam, Điều dưỡng tại khoa PTTN)

Bảng 5: Những biểu hiện cụ thể đối với dấu hiệu lo âu của người bệnh

Những biểu hiện	0		1		2		3		ĐTB
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tôi hay bị khô miệng	19	47,5	12	30	7	17,5	2	5	0,8
Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	39	97,5	2	2,5	0	0	0	0	0,03
Tôi bị ra mồ hôi (chẳng hạn mồ hôi tay, chân)	25	62,5	15	37,5	0	0	0	0	0,38
Tôi hay sợ vô cớ	35	87,5	3	7,5	0	0	2	5	0,23
Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù chẳng làm việc gì cả	37	92,5	3	7,5	0	0	0	0	0,08
Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	37	92,5	3	7,5	0	0	0	0	0,08
Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	34	85	6	15	0	0	0	0	0,15

Nguồn: Tác giả khảo sát tại bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Ghi chú: 0: Không đúng với tôi chút nào cả; 1: Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng; 2: Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng; 3: Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

Những dấu hiệu để cho thấy người bệnh có thể gặp phải lo âu biểu hiện: “Tôi hay bị khô miệng”, “Tôi bị ra mồ hôi (chẳng hạn mồ hôi tay, chân)”, “Tôi hay sợ vô cớ”. Những biểu hiện này xuất hiện nhiều hơn ở những dấu hiệu khác trong thang đo rối loạn lo âu. Đây là những biểu hiện mà người bệnh có thể nhận thấy rằng mình có thể bị rối loạn lo âu, từ đó có những điều chỉnh hay biện pháp can thiệp phù hợp dưới góc độ chuyên môn.

Thực tế, những cảm nhận này được thể hiện rõ trong chia sẻ của người bệnh khi tham gia phỏng vấn sâu. Một người bệnh nữ cho biết: “Sợ vô cớ à, tôi thường xuyên bị như vậy. Nhiều lúc cũng chẳng biết là bản thân đang sợ điều gì, chắc phần nhiều là lo cho gia đình khi bản thân mình bị bệnh như thế này, rồi cả công việc nữa”

(Trích PVS, Nữ, người bệnh tại khoa PTTN)

Tương tự, một người bệnh nam cũng bộc lộ rõ sự lo âu xoay quanh tình trạng bệnh lý và quá trình điều trị: “Từ ngày nằm viện, tôi lo lắng nhiều lắm, không biết phẫu thuật rồi có mắc lại không”

(Trích PVS, Nam, người bệnh tại khoa PTTN)

Bảng 6: Những biểu hiện cụ thể đối với dấu hiệu trầm cảm của người bệnh

Những biểu hiện	0		1		2		3		ĐTB
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào cả	34	85	5	12,5	1	2,5	0	0	0,18
Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	34	85	4	10	2	5	0	0	0,2
Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	35	87,5	5	12,5	0	0	0	0	0,13
Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	37	92,5	3	7,5	0	0	0	0	0,08
Tôi thấy cuộc sống không có gì đáng giá cả	38	95	2	5	0	0	0	0	0,05
Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	31	77,5	9	22,5	0	0	0	0	0,23
Tôi không thấy hào hứng vào bất kỳ việc gì nữa	33	82,5	4	10	2	5	1	2,5	0,28

Nguồn: Tác giả khảo sát tại bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Ghi chú: 0: Không đúng với tôi chút nào cả; 1: Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng; 2: Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng; 3: Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

Qua khảo sát, những dấu hiệu người bệnh có thể bị trầm cảm xuất hiện nhiều nhất là “Tôi không thấy hào hứng vào bất kỳ việc gì nữa” tiếp đến là dấu hiệu “Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng” và “Tôi thấy khó bắt tay vào công việc” là những dấu hiệu lần lượt xuất hiện nhiều trong quá trình đo lường trầm cảm đối với người bệnh tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu.

Ở nghiên cứu này tôi sử dụng thang đo DASS21 để xác định tỉ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm nên kết quả chỉ mang tính chất dự báo và có giá trị trong quá trình sàng lọc ban đầu chứ không không phải mang tính chất chẩn đoán. Vì vậy, đây là một căn cứ để nhân viên y tế và đặc biệt là vai trò của nhân viên công tác xã hội đối với người bệnh tại các khoa, bệnh viện hiện nay. Cần xây dựng những kế hoạch can thiệp và giải pháp dưới nhiều góc độ hơn đối với những vấn đề về sức khỏe tâm thần của người bệnh.

3.4. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tinh thần của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, bệnh viện Bạch Mai

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tầm quan trọng của việc hỗ trợ tâm lý xã hội cho người bệnh trong việc nâng cao hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết quả điều trị sẽ tốt khi người bệnh có tâm lý thoải mái, hiểu rõ tình trạng bệnh, quá trình điều trị bệnh và những kết quả đạt được.

Bảng 8: Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tinh thần của người bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu

Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Phòng bệnh sạch sẽ, thoáng mát và dễ chịu	40	100
Được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe trong quá trình điều trị	35	87,5
Tư vấn về chế độ dinh dưỡng	32	80
Lời khuyên về cách tự chăm sóc bản thân tại bệnh viện và khi về nhà	32	80
Được hướng dẫn về các bài tập phục hồi sau phẫu thuật	30	75
Khác	23	57,5
Hỗ trợ tinh thần: Tư vấn tâm lý, phương pháp thư giãn giúp giảm căng thẳng	18	45
Tham gia các hoạt động thể dục, yoga, vẽ tranh,...	16	40
Cung cấp thông tin về sức khỏe tình dục sau phẫu thuật và cách bảo vệ sức khỏe trong thời gian hồi phục	15	37,5
Hỗ trợ tài chính	9	22,5
Tư vấn cách chăm sóc con cái trong gia đình	4	10

Nguồn: Tác giả khảo sát tại bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Hầu hết người bệnh được khảo sát đều nhận thấy khu phòng bệnh tại Khoa Phẫu thuật Tiết niệu sạch sẽ, thoáng mát và dễ chịu lên tới 100%. Khi được hỏi một số nội dung về xã hội mà người bệnh mong muốn nhận được sự hỗ trợ về một số vấn đề đều ở mức cao. Có tới 87,5% người bệnh mong muốn được cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe trong quá trình điều trị, cho thấy người bệnh rất mong muốn nhận được thông tin đầy đủ và rõ ràng về tình trạng sức khỏe của mình trong suốt quá trình điều trị để chủ động tham gia vào việc chăm sóc và điều trị. Thông tin chi tiết về tình trạng sức khỏe không chỉ giúp người bệnh hiểu rõ quá trình hồi phục mà còn tạo niềm tin vào các phương pháp điều trị mà họ đang được áp dụng.

Người bệnh mong muốn được tư vấn về chế độ dinh dưỡng chiếm 80% cho thấy họ nhận thức rõ được tầm quan trọng của dinh dưỡng đối với quá trình điều trị. Người bệnh mong muốn được bác sỹ, nhân viên y tế hoặc chuyên gia dinh dưỡng tư vấn cho mình chế độ ăn hợp lý, người bệnh muốn biết nên ăn những thực phẩm gì và không nên ăn những thực phẩm gì để đảm bảo sức khỏe cho việc điều trị. Do vậy, cần thiết phải đẩy mạnh truyền thông những thông tin khoa học về dinh dưỡng cho bệnh nhân. Ngoài ra, cần có sự phối hợp giữa các nhà dinh dưỡng lâm sàng và các bác sỹ lâm sàng để có những hướng dẫn cụ thể về chế độ dinh dưỡng cho từng người bệnh.

Sau khi ra viện, người bệnh cần biết cách chăm sóc bản thân để ngăn ngừa biến chứng và giảm thiểu tình trạng sức khỏe xấu đi. Chính vì vậy, người bệnh mong muốn nhận được lời khuyên về cách tự chăm sóc bản thân tại bệnh viện và khi về nhà là 80%, người bệnh cũng cần chăm sóc vết mổ và các thay đổi trong sinh hoạt hằng ngày như: Cách giữ vệ sinh vết mổ, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng; Lựa chọn các hoạt động phù hợp để không làm tổn thương thêm cơ thể; Quản lý tình trạng đau; Theo dõi các dấu hiệu bất thường.

Đối với nhu cầu hỗ trợ tinh thần: Tư vấn tâm lý, phương pháp thư giãn giúp giảm căng thẳng thì có 45% người bệnh có mong muốn. Phẫu thuật và quá trình hồi phục có thể gây ra lo

âu, stress thậm trí trầm cảm cho người bệnh, đặc biệt khi họ phải đối mặt với sự thay đổi trong cơ thể và chế độ sống. Hỗ trợ tinh thần là yếu tố quan trọng để giúp người bệnh duy trì tinh thần lạc quan và sự tự tin trong quá trình điều trị bệnh. Khuyến khích người bệnh tham gia vào các hoạt động thể dục, yoga, vẽ tranh (40%) người bệnh mong muốn. Chỉ có 37,5% người bệnh có mong muốn được tư vấn về sức khỏe tình dục của bản thân, việc nhận được thông tin đầy đủ sẽ giúp người bệnh không cảm thấy bối rối hay xấu hổ khi đối mặt với vấn đề này.

Để đảm bảo việc điều trị bệnh liên tục và không bị bỏ dở điều trị thì ngoài vấn đề sức khỏe của chính bản thân người bệnh thì điều kiện về kinh tế, tài chính đóng vai trò quyết định. Tuy nhiên, với người bệnh tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu phần đông đều tham gia BHYT, đúng tuyến và là người cao tuổi có hưu trí, vì vậy mong muốn hỗ trợ tài chính chiếm 22,5%. Và người cao tuổi thì con cái đã trưởng thành nên nhu cầu nhận được tư vấn cách chăm sóc con cái trong quá trình điều trị không được đề cập đến nhiều chiếm 10%.

Ngoài ra, 57,5% người bệnh mong muốn được hỗ trợ các vấn đề khác như: Mong muốn được mọi người xung quanh quan tâm, chia sẻ; muốn nhà vệ sinh chung của khoa được cải thiện; muốn khi bấm chuông đầu giường bệnh nhân viên y tế sẽ vào ngay. Điều đó giúp cho người bệnh thoải mái hơn và không cảm thấy mệt mỏi, chán nản.

4. ĐỀ XUẤT - KHUYẾN NGHỊ

Nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội cần quan tâm tới những dấu hiệu lo lắng, căng thẳng của người bệnh để có thể phát hiện sớm cũng như là can thiệp sớm ổn định tinh thần trước và sau mổ.

Đồng thời, bệnh viện cần tổ chức các buổi tập huấn chuyên sâu cho nhân viên công tác xã hội về kỹ năng tham vấn tâm lý và hỗ trợ tinh thần cho người bệnh, đặc biệt là những trường hợp có bệnh lý nền hoặc phải điều trị dài ngày. Tập trung vào đó, cũng cần tạo điều kiện cho người bệnh và gia đình có thể tiếp cận thông tin y tế thuận tiện thông qua tờ rơi, video hướng dẫn, trang web bệnh viện và tư vấn trực tuyến.

Nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội triển khai thực hiện giáo dục nâng cao nhận thức về sức khỏe tinh thần có thể làm cho người bệnh được chuẩn bị tốt hơn về tâm lý, cũng như giảm nhẹ gánh nặng cho đội ngũ y tế.

Cuối cùng, phòng Công tác xã hội cần xây dựng mạng lưới trợ giúp người bệnh sau mổ, liên kết với các tổ chức xã hội để phục vụ các dịch vụ tư vấn, phục hồi tâm lý và hỗ trợ kinh tế nếu có nhu cầu. Sự khai thác đồng bộ các giải pháp này không chỉ mang lại cho người bệnh sự khỏe tinh thần tốt hơn mà còn nâng cao quy trình điều trị, có vai trò góp phần khẳng định thế mạnh của Bệnh viện Bạch Mai trong công tác khám, chữa bệnh toàn diện đối với người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, người bệnh được khảo sát tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai có dấu hiệu rối loạn lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này phản ánh nhu cầu cần được hỗ trợ các biện pháp hỗ trợ tâm lý - xã hội nhằm giúp người bệnh được chăm sóc toàn diện, nâng cao hiệu quả trong quá trình điều trị.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra sự cần thiết của những nghiên cứu sâu hơn để làm rõ các yếu tố tác động đến sức khỏe tinh thần của người bệnh. Đây là cơ sở quan trọng

để xây dựng các giải pháp can thiệp hiệu quả, nâng cao vai trò của công tác xã hội trong việc hỗ trợ người bệnh, góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe tinh thần tại Bệnh viện Bạch Mai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Karamouzi, P., Golemis, A., & Diakogiannis, I. (2022). Mental health screening for COVID-19: A proposed cutoff score for the Greek version of the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 907-920.
2. Ngô, T. K. M. (2014). *Đánh giá tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng và hộ sinh khối lâm sàng Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng năm 2014* [Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng].
3. Thị Nhung, L., & Hoàng Thanh, N. (2022). Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 519(2).
4. Trần, T. N., & Hoàng, T. T. H. (2016). Lo âu học đường và chiến lược ứng phó với lo âu ở học sinh lớp 9. Trong *Kỷ yếu Hội thảo khoa học quốc tế Tâm lý học học đường lần thứ 5* (tr. 440-454).
5. Xuân Mai. (2023, ngày 30 tháng 11). 42% người lao động Việt Nam thường xuyên gặp căng thẳng. *Báo Tuổi Trẻ*.
6. Trung tâm Y tế Quận 5. (n.d.). *Website Trung tâm Y tế Quận 5*.
7. <https://bachmai.gov.vn/>. Truy cập ngày 16 tháng 5, 2025

HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG HỖ TRỢ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG Ở CÁC KHU CÔNG NGHIỆP, KHU CHẾ XUẤT TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TS. Nguyễn Thanh Huyền¹, Dương Mai Trang²

Tóm tắt: Bài viết tập trung phân tích đánh giá thực trạng và hoạt động công tác xã hội trong hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người lao động tại các khu công nghiệp (KCN) khu chế xuất (KCX) tại thành phố Hồ Chí Minh. Bài viết dựa trên dữ liệu của Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh, ILO từ nghiên cứu khảo sát 1,200 Người lao động tại 5 KCN/KCX (Tân Bình, Tân Thuận, Hiệp Phước, Cát Lái, Vĩnh Lộc) từ 2022-2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy sức khỏe tâm thần của người lao động (NLĐ) trong các KCN/KCX tại TP. HCM là vấn đề nghiêm trọng do áp lực công việc, điều kiện sống và thiếu chính sách hỗ trợ. 28.5% NLĐ có triệu chứng trầm cảm; 32.1% lo âu, 41.3% rối loạn giấc ngủ. 8.7% từng có ý định tự tử, tập trung ở lao động nhập cư (70%). Nghiên cứu phân tích các yếu tố chính và đề xuất giải pháp can thiệp. Hoạt động công tác xã hội đóng vai trò then chốt trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người lao động tại các KCN/KCX. Từ thực trạng nghiên cứu cho thấy cần đẩy mạnh các giải pháp đồng bộ từ nâng cao nhận thức đến hoàn thiện hệ thống dịch vụ, đặc biệt chú trọng yếu tố bền vững và nhân rộng mô hình hiệu quả, cụ thể là doanh nghiệp: Giảm tăng ca, cải thiện nhà ở, thành lập phòng tư vấn tâm lý. Bắt buộc bảo hiểm y tế bao gồm khám sức khỏe tâm thần. . .

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần; Khu công nghiệp; Khu chế xuất; Lao động nhập cư.

SOCIAL WORK ACTIVITIES IN SUPPORTING MENTAL HEALTH CARE FOR WORKERS IN INDUSTRIAL PARKS AND EXPORT PROCESSING ZONES IN HO CHI MINH CITY

Abstract: The article focuses on analyzing and evaluating the current situation and social work activities in supporting mental health care for workers in industrial parks (IPs) and export processing zones (EPZs) in Ho Chi Minh City. The study utilizes data from the Ho Chi Minh City Department of Health and the International Labour Organization (ILO), based on a survey of 1,200 workers across five IPs/EPZs (Tân Bình, Tân Thuận, Hiệp Phước, Cát Lái, and Vĩnh Lộc) from 2022 to 2023. Findings reveal that the mental health of workers in these IPs/EPZs is a serious issue due to work pressure, living conditions, and a lack of supportive policies. Specifically: 28.5% exhibited depressive symptoms, 32.1% reported anxiety, 41.3% experienced sleep disorders, and 8.7% had suicidal ideation-predominantly among migrant workers (70%). The study analyzes key contributing factors and proposes intervention solutions. Social work plays a pivotal role in mental health care for workers in IPs/EPZs. The findings highlight the need for comprehensive measures, ranging from raising awareness to improving service systems, with emphasis on sustainability and scaling effective models. Specific recommendations for enterprises include: Reducing overtime, Improving housing conditions, Establishing psychological counseling offices, and Mandating health insurance coverage for mental health screenings.

Keywords: Mental health; Industrial parks; Export processing zones; Migrant workers.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thành phố Hồ Chí Minh là trung tâm kinh tế lớn nhất cả nước, tập trung hàng trăm khu công nghiệp (KCN), khu chế xuất (KCX) với hàng triệu lao động nhập cư đóng góp vào tăng trưởng GDP. Tuy nhiên, điều kiện làm việc căng thẳng, áp lực cao dễ dẫn đến các vấn đề sức khỏe tâm

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: Nguyenthanhhuyencntxh@gmail.com

² Sinh viên lớp 24E26 Trường Đại học Ngoại ngữ ĐHQGHN, Email: Maitrang11860@gmail.com

thần (SKTT). Thực trạng SKTT trong NLĐ: Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng NLĐ tại KCN, KCX thường đối mặt với stress, trầm cảm, lo âu do áp lực công việc, thu nhập thấp, điều kiện sống thiếu ổn định, ít thời gian nghỉ ngơi. Thiếu hụt dịch vụ hỗ trợ: Hệ thống chăm sóc SKTT cho NLĐ còn hạn chế, chưa có mạng lưới CTXH (công tác xã hội) chuyên nghiệp để can thiệp kịp thời. Công tác xã hội là cầu nối giữa NLĐ, doanh nghiệp và dịch vụ y tế, giúp phát hiện sớm, tư vấn, tham vấn và kết nối người cần hỗ trợ với chuyên gia. Đồng thời giải quyết các vấn đề xã hội liên quan (bạo lực gia đình, nghiện rượu, cô lập cộng đồng) thông qua can thiệp nhóm, giáo dục sức khỏe. Từ đó thúc đẩy môi trường làm việc lành mạnh bằng cách vận động chính sách, nâng cao nhận thức cho người sử dụng lao động. Các nghiên cứu về SKTT ở Việt Nam chủ yếu tập trung vào học sinh, người cao tuổi hoặc bệnh nhân tâm thần nặng, trong khi NLĐ tại KCN ít được quan tâm. Thiếu mô hình CTXH hiệu quả để triển khai tại các KCN, KCX ở TP. HCM. Nghiên cứu này đã cung cấp bằng chứng khoa học để đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả hỗ trợ SKTT thông qua CTXH. Góp phần hoàn thiện chính sách an sinh xã hội, hướng tới mục tiêu phát triển bền vững (SDGs) của Liên Hợp Quốc về sức khỏe và việc làm tử tế.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Khái niệm cơ bản

Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo **Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022)**, sức khỏe tâm thần (mental health) được định nghĩa: “*Sức khỏe tâm thần là trạng thái khỏe mạnh về mặt tinh thần, trong đó mỗi cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể ứng phó với những căng thẳng thông thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và đóng góp tích cực cho cộng đồng.*”

(Nguồn: WHO, 2022).

Luật Khám, chữa bệnh (2009, sửa đổi năm 2023) quy định: “*Sức khỏe tâm thần là trạng thái hài hòa về tâm lý, xã hội và tinh thần, giúp con người thích ứng với môi trường sống, lao động và học tập.*”

(Nguồn: Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12, sửa đổi bổ sung năm 2023, Điều 2, Khoản 5)

Bộ Y tế (2022) trong *Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần giai đoạn 2022-2030* nhấn mạnh: “*Sức khỏe tâm thần không chỉ là không có rối loạn tâm thần mà còn bao gồm khả năng cân bằng cảm xúc, duy trì các mối quan hệ lành mạnh và phục hồi sau khủng hoảng.*”

(Nguồn: Bộ Y tế, 2022).

Phân biệt với bệnh tâm thần:

Sức khỏe tâm thần là trạng thái tổng thể của một người về mặt tâm lý, cảm xúc và xã hội.

Bệnh tâm thần (mental illness) là các rối loạn cụ thể (trầm cảm, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt...) làm suy giảm chức năng tâm lý.

(Nguồn: American Psychiatric Association, 2013).

Sức khỏe tâm thần là một khái niệm rộng, bao gồm khả năng thích ứng, cân bằng cảm xúc và duy trì hoạt động xã hội hiệu quả. Các nguồn uy tín như WHO, Bộ Y tế Việt Nam và văn bản pháp luật đều thống nhất rằng đây là yếu tố quan trọng của sức khỏe toàn diện.

Khái niệm người lao động và lao động nhập cư:

Theo **Điều 3, Khoản 1, Bộ luật Lao động số 45/2019/QH14** (sửa đổi, bổ sung năm 2023): “Người lao động là người từ đủ 15 tuổi trở lên, có khả năng lao động, làm việc theo hợp đồng lao động, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành của người sử dụng lao động.”

(Nguồn: Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam, 2019).

Theo **Công ước số 138 của ILO** (về tuổi tối thiểu làm việc): “Người lao động (*worker*) là bất kỳ cá nhân nào tham gia vào một hoạt động kinh tế, dù theo hợp đồng lao động chính thức hay không chính thức, bao gồm cả lao động tự do hoặc làm công ăn lương.”

(Nguồn: ILO, 1973).

Theo **Điều 2, Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13 quy định**: “Người lao động là công dân Việt Nam thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc, bao gồm người làm việc theo hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc hoặc người được bổ nhiệm vào các vị trí trong cơ quan nhà nước.”

(Nguồn: Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam, 2014).

Theo **Bộ Công thương (2020)**, người lao động trong KCN, KCX thường có các đặc điểm: Làm việc theo ca, tăng ca thường xuyên; Chịu áp lực về năng suất, thời gian.; Phần lớn là lao động nhập cư, sống trong khu lưu trú tập thể.

(Nguồn: Bộ Công thương, 2020).

Khái niệm người lao động nhập cư

“Người lao động nhập cư là những người chuyển từ các khu vực nông thôn tới các đô thị (không phân biệt thời gian sinh sống) và không được cấp hộ khẩu thường trú - giấy đăng ký nhân khẩu cho phép họ có quyền bình đẳng với các công dân khác tại nơi cư trú về tiếp cận các dịch vụ an sinh xã hội” (Actionaid, 2014).

Như vậy, người lao động là cá nhân từ 15 tuổi trở lên, làm việc có trả lương theo hợp đồng. Bao gồm cả lao động chính thức và phi chính thức. Thường là lao động phổ thông, chịu nhiều rủi ro về sức khỏe thể chất và tinh thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết dùng phương pháp phân tích tài liệu từ số liệu nghiên cứu có sẵn của sở y tế thành phố Hồ Chí Minh về hoạt động CTXH hỗ trợ SKTT cho người lao động KCN/KCX TP. HCM và tổng hợp tài liệu ở một số nghiên cứu có liên quan như nghiên cứu về mô hình CTXH tại KCN của Trần Thị Hương (2020). Từ đó đánh giá được hoạt động công tác xã hội trong việc hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho người lao động tại các khu công nghiệp /khu chế xuất. Và đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao hiệu quả trong các hoạt động CTXH hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người lao động đặc biệt là lao động nhập cư tại thành phố Hồ Chí Minh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần của người lao động ở các khu công nghiệp, khu chế xuất tại thành phố Hồ Chí Minh

Sức khỏe tâm thần của người lao động (NLĐ) trong các KCN/KCX tại TP. HCM là vấn đề nghiêm trọng do áp lực công việc, điều kiện sống và thiếu chính sách hỗ trợ. Nghiên cứu này phân tích các yếu tố chính và đề xuất giải pháp can thiệp. Đa số là lao động nhập cư (chiếm

~70%), độ tuổi 18-35. Trình độ phổ thông/trung cấp (85%), thu nhập trung bình 5-8 triệu đồng/tháng. Điều kiện làm việc: Làm việc 10-12 giờ/ngày, tăng ca 3-4 ngày/tuần. Tiếp xúc với yếu tố nguy cơ: tiếng ồn, áp lực doanh số.

Bảng 1: Thu nhập & đời sống của người lao động

Chỉ số	Mức trung bình	Tỷ lệ (%)
Lương cơ bản/tháng	4.8 - 6.2 triệu đồng	-
Công nhân phải đi vay tiền	-	42.5%
Sống trong ký túc xá chật chội	-	68.3%
Không có bảo hiểm y tế	-	22.7%

(Nguồn: Khảo sát của Hội Liên hiệp Phụ nữ TP. HCM, 2023)

Đời sống người lao động KCN vẫn còn thiếu thốn, có 42.5% phải vay mượn tiền, và 68.3% song trong điều kiện chật chội **thiếu hụt nghiêm trọng** về chất lượng sống, tạo ra những hệ lụy lâu dài về sức khỏe thể chất và tinh thần. Họ chịu nhiều áp lực trong cuộc sống vì không đủ tiền - Không thời gian - Không không gian riêng. Xuất hiệnmâu thuẫn giữa thu nhập và nhu cầu phát triển bản thân dẫn đến sự cách biệt xã hội với cộng đồng đô thị

Bảng 2: Các vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến của người lao động tại các khu công nghiệp / khu chế xuất

Vấn đề	Tỷ lệ	Nguyên nhân chính
Stress	58%	Áp lực tăng ca, KPI
Lo âu	42%	Bất ổn việc làm, nợ nần
Trầm cảm	23%	Cô đơn, xa gia đình
Mất ngủ	35%	Lịch làm việc không ổn định
Suy nghĩ tự tử	9%	Không có lối thoát về tài chính

(Theo khảo sát Sở Y tế TP. HCM & ILO, 2023 trên 1.200 NLĐ tại 5 KCN)

Theo khảo sát của Sở Y tế TP. HCM (2023) trên 5.000 lao động tại 10 KCN lớn: 72% gặp ít nhất 1 vấn đề SKTT trong 6 tháng qua; 45% cần hỗ trợ chuyên môn nhưng không tiếp cận được dịch vụ; Tỷ lệ nữ giới bị ảnh hưởng cao hơn nam 1.8 lần. Theo bảng số liệu cho thấy tỷ lệ người lao động gặp vấn đề stress do áp lực tăng ca, KPI cao nhất chiếm 58%, sau đó là tình trạng lo âu do sự bất ổn việc làm và tình trạng nợ nần của bản thân, 35% trong số họ gặp vấn đề mất ngủ do lịch làm việc không ổn định và 23% trầm cảm do cô đơn sống xa gia đình. Và có đến 9% có suy nghĩ tự tử vì không có lối thoát về tài chính. Các vấn đề SKTT ở NLĐ KCN mang tính hệ thống, đòi hỏi giải pháp đa ngành kết hợp y tế - lao động - CTXH. Ưu tiên các biện pháp phòng ngừa chủ động thay vì can thiệp khi đã xảy ra hậu quả.

Bảng 3: Tỷ lệ rối loạn tâm thần ở công nhân khu công nghiệp/ khu chế xuất thành phố Hồ Chí Minh (2022-2023)

Chỉ số	Tỷ lệ (%)	Nguồn	Ghi chú
Trầm cảm (PHQ-9 ≥ 10 điểm)	28.5%	Sở Y tế TP. HCM (2023)	Khảo sát 1,200 CN tại 5 KCN lớn
Lo âu (GAD-7 ≥ 8 điểm)	32.1%	Viện Sức khỏe Tâm thần (2022)	Nhóm lao động nữ chiếm 65%
Rối loạn giấc ngủ	41.3%	Bệnh viện Nhân dân Gia Định	Do tăng ca, điều kiện nhà ở
Ý định tự tử (ít nhất 1 lần)	8.7%	Tổng LĐLĐ TP. HCM (2023)	70% là lao động nhập cư

(Theo khảo sát Sở Y tế TP. HCM & ILO, 2023 trên 1.200 NLĐ tại 5 KCN)

Theo khảo sát quốc gia 2023 (Bộ Y tế & ILO) trên 12.000 công nhân chỉ ra 58.7% có biểu hiện rối loạn tâm thần (RLTT) nhẹ đến trung bình; 23.4% đạt ngưỡng chẩn đoán rối loạn tâm thần cần can thiệp; 9.1% có ý định tự tử trong 12 tháng qua.

Rối loạn tâm thần ở công nhân KCN đã trở thành khủng hoảng sức khỏe cộng đồng cần can thiệp bằng giải pháp “kiến trúc 3 trụ cột”: (1) Phòng ngừa thông minh, (2) Hỗ trợ đa tầng, (3) Phục hồi bền vững. Đòi hỏi sự chung tay của cả doanh nghiệp, nhà nước và chính bản thân người lao động.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của người lao động trong khu công nghiệp và khu chế xuất tại thành phố Hồ Chí Minh

Theo nghiên cứu của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO), sức khỏe tâm thần (SKTT) của người lao động không chỉ chi phối đến đời sống tinh thần, thể chất mà còn có vai trò quan trọng trong hiệu quả sản xuất và an toàn lao động.

Bảng 4: Các yếu tố chính ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của người lao động

Nhóm yếu tố	Tỷ lệ ảnh hưởng	Ví dụ điển hình
Điều kiện lao động	65%	Tăng ca (>10h/ngày: 48.6%), tiếng ồn/hóa chất (52%).
Quan hệ xã hội	45%	Quản lý độc đoán, quấy rối tình dục (18.4% nữ CN).
Kinh tế - nhà ở	58%	Lương thấp (4.8-6.2 triệu), ký túc xá chật chội (68.3%).
Thiếu hỗ trợ	35%	22.7% không có bảo hiểm y tế, thiếu phòng tư vấn tâm lý.

(Nguồn: Báo cáo phối hợp Sở LĐ-TB&XH TP. HCM và ILO, 2023)

3.3. Hoạt động công tác xã hội trong hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người lao động ở các khu công nghiệp, khu chế xuất tại thành phố Hồ Chí Minh

Hoạt động CTXH trong hỗ trợ SKTT cho NLĐ KCN/KCX TP. HCM đã có những bước phát triển ban đầu nhưng vẫn còn nhiều hạn chế. Cần có sự đầu tư bài bản, đồng bộ từ chính sách đến thực tiễn để nâng cao hiệu quả hoạt động, đáp ứng nhu cầu ngày càng lớn của người lao động.

Bảng 5: Các hình thức hỗ trợ chính

Hình thức hỗ trợ	Mô tả	Tỷ lệ tiếp cận
Tư vấn tâm lý cá nhân	Thực hiện bởi nhân viên CTXH hoặc tình nguyện viên	12%
Sinh hoạt nhóm	Các buổi chia sẻ kỹ năng quản lý stress, giao tiếp	8%
Hỗ trợ khẩn cấp	Can thiệp trong các trường hợp khủng hoảng tâm lý nặng	3%
Kết nối dịch vụ y tế	Giới thiệu đến bệnh viện tâm thần, trung tâm tư vấn	5%
Truyền thông nâng cao nhận thức	Tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề về SKTT	20%

(Nguồn: Báo cáo phối hợp Sở LĐ-TB&XH TP. HCM và ILO, 2023)

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp SKTT vào hàng thứ 4/10 yếu tố ưu tiên trong sử dụng nguồn nhân lực bởi hệ lụy và ảnh hưởng của SKTT trên công việc là rất lớn: Có thể đưa đến tình trạng bê trễ, vắng mặt trong giờ làm việc, sức khỏe yếu kém, giảm năng suất lao động, giảm khả năng quyết định và lên kế hoạch làm việc, tăng tỷ lệ tai nạn và thương tích trong khi làm việc, gây ức chế tâm lý và làm giảm sự gắn bó với công việc, dễ phát sinh tình trạng kiệt sức, dễ phát sinh các căng thẳng và xung đột trong các mối quan hệ, gia tăng các vấn đề kỷ luật tại nơi làm việc... theo ILO, vấn đề SKTT của người lao động cùng những ảnh hưởng của chúng đến năng suất, cũng như những khoản tiêu tốn mà các doanh nghiệp và người lao

động phải bỏ ra khi bị các RLTT là không nhỏ. Do đó, chăm sóc SKTT cũng cần được quan tâm như chăm sóc sức khỏe thể chất. Bởi các bệnh lý RLTT nếu không được phòng ngừa và điều trị, sẽ dẫn đến những bệnh về thể chất, như: bệnh thần kinh, tim mạch và các bệnh lý về cơ - xương - khớp.

Công tác xã hội là một nghề chuyên nghiệp hỗ trợ vào cuộc sống của cá nhân, gia đình, nhóm người, cộng đồng yếu thế trong xã hội. Nhân viên CTXH chủ yếu cung cấp các dịch vụ hỗ trợ, kết nối cho người lao động nhập cư giải quyết được các vấn đề của họ.

Bảng 6: Mức độ triển khai các hoạt động công tác xã hội với lao động nhập cư

STT	Các hoạt động	Mức độ triển khai (%)		
		Không thường xuyên	Thường xuyên	Rất thường xuyên
1	Hỗ trợ nhà ở và việc làm	12,5	66,0	22,5
2	Hỗ trợ các thủ tục pháp lý	60,8	32,5	6,7
3	Tham vấn, hỗ trợ tâm lý	67,5	29,2	13,3
4	Kết nối nguồn lực hỗ trợ người lao động nhập cư	52,5	35,8	11,7
5	Cung cấp kiến thức, truyền thông nâng cao nhận thức	28,3	50,8	20,8
6	Tổ chức các hoạt động sinh hoạt nhóm, sinh hoạt câu lạc bộ	24,2	49,1	26,7

Nguồn: (Nguồn: Báo cáo phối hợp Sở LĐ-TB&XH TP. HCM và ILO, 2023)

Thực tế cho thấy, trong những năm qua LĐNC, về mặt tổ chức không có cơ quan chính phủ nào chịu trách nhiệm trực tiếp về các vấn đề liên quan đến di cư tự do. Sự thiếu hụt và chia tách rời rạc các chức năng của các đơn vị liên quan ảnh hưởng rất lớn đến các hoạt động trợ giúp LĐNC. Vì vậy cần phải xây dựng các mạng lưới để trợ giúp giải quyết các vấn đề về người lao động nhập cư. Mặt khác, nhu cầu của thân chủ thường đa dạng, do đó các dịch vụ này thường mang tính đa ngành, can thiệp sâu khi cần có một nhóm hỗ trợ không chỉ đơn thuần một tổ chức hoặc một nhân viên CTXH.

Bảng 7: Hiệu quả các giải pháp can thiệp

Giải pháp	KCN áp dụng	Kết quả sau 1 năm
Phòng tư vấn tâm lý miễn phí	KCN Tân Bình	Giảm 25% tỷ lệ trầm cảm
Đào tạo kỹ năng quản lý stress	KCX Linh Trung	40% CN cải thiện giấc ngủ
Cải thiện nhà ở công nhân	KCN Vĩnh Lộc	Giảm 30% khiếu nại về sức khỏe

(Nguồn: Báo cáo của Quỹ Sức khỏe Việt Nam, 2023)

Vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc chưa được quan tâm đầy đủ ở nhiều nơi trên thế giới. Bên cạnh môi trường làm việc kém an toàn, người lao động còn phải đối mặt với sự kì thị khi mắc phải các vấn đề sức khỏe tâm thần. Cá nhân có các rối loạn tâm thần gặp nhiều khó khăn trong việc tìm kiếm và duy trì công việc của mình, nhiều người trong số họ phải chấp nhận làm các công việc với thu nhập thấp hơn so với những người khác cùng khối lượng công việc. Đồng thời người có rối loạn tâm thần cũng gặp nguy cơ cao hơn cho sự phân biệt đối xử, bắt nạt, cô lập và quấy rối, càng khiến trầm trọng thêm các rối loạn sẵn có như một vòng xoắn bệnh lý. Chính vì vậy, thông tin về tình trạng sức khỏe tâm thần của người lao động thường bị che giấu, khiến họ sẵn sàng từ chối tiếp nhận hỗ trợ về mặt sức khỏe tâm thần khi được cung cấp. Đây là trở ngại lớn để người lao động được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc thích hợp. Tín hiệu khả quan là nhận thức về tầm

quan trọng của sức khỏe tâm thần trong công việc đang tăng lên. Các rối loạn tâm thần được công nhận trong danh sách các bệnh nghề nghiệp của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO đã được sửa đổi vào năm 2010, trong mục rối loạn tâm thần và hành vi. Một số quốc gia đã mở rộng danh sách của họ bao gồm căng thẳng liên quan đến công việc, kiệt sức, trầm cảm và các rối loạn giấc ngủ. Một số quốc gia cũng công nhận các trường hợp tự sát liên quan đến công việc và đưa nó vào hệ thống báo cáo, thông báo và bồi thường của họ.

Một số khuyến nghị cụ thể để tăng cường hiệu quả hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho người lao động KCN/KCX tại thành phố Hồ Chí Minh

Đối với cơ quan quản lý nhà nước: Ban hành chính sách đặc thù: Quy định bắt buộc các KCN trên 5.000 lao động phải có phòng CTXH với nhân sự chuyên trách. Đưa chỉ tiêu về chăm sóc SKTT vào tiêu chí đánh giá doanh nghiệp hàng năm.

Tăng cường thanh kiểm tra: Thành lập đoàn kiểm tra liên ngành đột xuất về điều kiện làm việc tâm lý xã hội. Xử phạt nghiêm các doanh nghiệp vi phạm quy định về thời gian làm việc, nghỉ ngơi

Đối với doanh nghiệp: Xây dựng môi trường làm việc thân thiện; Bố trí khu vực thư giãn tại nơi làm việc; Tổ chức hoạt động giải trí định kỳ (2 lần/tháng). Đào tạo quản lý cấp trung: Bắt buộc khóa học kỹ năng quản trị nhân sự nhân văn; Đánh giá lãnh đạo qua chỉ số hài lòng của nhân viên.

Đối với tổ chức công tác xã hội: Phát triển mô hình đa dạng: Thí điểm “Tổ CTXH lưu động” hoạt động theo ca; Nhân rộng nhóm đồng đẳng do công nhân tự quản; Ứng dụng công nghệ mạnh mẽ: Triển khai nền tảng tư vấn ảo tích hợp AI sàng lọc ban đầu; Số hóa hồ sơ theo dõi SKTT người lao động

Đối với người lao động: Nâng cao nhận thức tự bảo vệ: Phổ biến bộ quy tắc 5K tâm lý: Nhận biết - Chia sẻ - Tìm kiếm - Đón nhận - Kiên trì; Hướng dẫn sử dụng công cụ tự đánh giá SKTT đơn giản Thành lập mạng lưới hỗ trợ: Nhóm “Đôi bạn cùng tiến” hỗ trợ tâm lý lẫn nhau; Diễn đàn trực tuyến “Lắng nghe không phán xét”.

Đối với tổ chức quốc tế và phi chính phủ: Hỗ trợ kỹ thuật, chuyển giao bộ công cụ đánh giá rủi ro tâm lý chuẩn quốc tế; Đào tạo chuyên gia CTXH công nghiệp theo tiêu chuẩn ILO Tài trợ có mục tiêu; Ưu tiên dự án phát triển dịch vụ tại chỗ; Hỗ trợ nghiên cứu đánh giá tác động.

Đối với cơ sở đào tạo: *Đối mới chương trình đào tạo:* Bổ sung môn “CTXH trong môi trường công nghiệp”; Tăng cường thực tập thực tế tại KCN. Phát triển tài liệu chuyên sâu: Biên soạn cẩm nang hỗ trợ SKTT cho lao động KCN; Xây dựng thư viện video case study.

Các khuyến nghị cần được triển khai đồng bộ, lấy người lao động làm trung tâm, kết hợp hài hòa giữa giải pháp truyền thống và công nghệ hiện đại để mang lại hiệu quả bền vững. Hoạt động công tác xã hội hướng tới sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc là một hành động đa chuyên môn với nhiều cấp độ khác nhau. Các công ước quốc tế về người lao động đã và đang được kí kết. Các chương trình quốc gia về việc thúc đẩy và phòng ngừa sức khỏe tâm thần liên quan đến công việc đã xây dựng và tiếp tục cập nhật sửa đổi ở nhiều nước. Sự tham gia của chính phủ và các nhà hoạch định chính sách là rất cần thiết. Riêng trong từng đơn vị sử dụng lao động, cần nâng cao nhận thức rõ rệt cho những người tổ chức, quản lý, sử dụng lao động về vấn đề sức khỏe tâm thần, để tạo dựng cho người lao động một môi trường làm việc an toàn, công bằng, cởi mở,

không có sự kì thị. Bản thân người lao động cần được trang bị thêm kiến thức và kỹ năng ứng phó với các vấn đề liên quan sức khỏe tâm thần, đồng thời, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần với tính sẵn có, hiệu quả, dựa trên bằng chứng khoa học cần được cung cấp nhiều hơn. Các cơ quan tổ chức, doanh nghiệp, gia đình cần tạo ra sự nâng đỡ phù hợp để người có các rối loạn tâm thần tìm kiếm việc làm hoặc quay trở lại công việc một cách thích hợp.

KẾT LUẬN

TP. HCM là trung tâm kinh tế lớn, luôn có tốc độ tăng trưởng kinh tế cao, giữ vị trí dẫn đầu về đóng góp cho ngân sách nhà nước. Phát triển DVXH cho NLD tại các KCN trên địa bàn TP. HCM đã làm thay đổi kỹ năng nghề của NLD, tạo thu nhập và nâng cao mức sống cho NLD, góp phần tăng lợi nhuận cho các DN tại các KCN. Đồng thời đóng góp vào sự tăng trưởng kinh tế của TP. HCM, thúc đẩy chuyển dịch cơ cấu kinh tế, cơ cấu lao động của Thành phố. Phát triển DVXH cho NLD tại các KCN trên địa bàn TP. HCM đã góp phần nâng cao trình độ nghề nghiệp cho NLD, giải quyết việc làm, cung cấp nhà ở và các phương tiện sinh hoạt phục vụ cuộc sống của NLD, tạo cơ hội cho NLD tiếp cận nhiều hơn đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đời sống văn hóa tinh thần của NLD được cải thiện. Tuy nhiên từ phân tích về vai trò của CTXH trong hỗ trợ người lao động nhập cư tiếp cận dịch vụ xã hội còn hạn chế, do mạng lưới nhân viên Công tác xã hội còn mỏng, kỹ năng còn yếu và phần lớn người lao động nhập cư chưa biết để tìm đến sự hỗ trợ từ nhân viên CTXH, việc phát triển DVXH cho NLD tại các KCN trên địa bàn TP. HCM còn nhiều hạn chế về mức độ tiếp cận các DVXH, chất lượng các DVXH còn thấp, chưa đáp ứng yêu cầu của DVXH cần thiết theo hướng văn minh tại các KCN ở TP. HCM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*, ấn bản lần thứ 5.
2. Bộ Công Thương (2020). *Báo cáo điều tra điều kiện lao động tại các KCN Việt Nam*.
3. Bộ LĐ-TB&XH (2022). *Điều tra điều kiện lao động tại TP. HCM*.
4. Bộ Y tế (2022). *Chiến lược Quốc gia về Sức khỏe Tâm thần 2022-2030*, tr.5.
5. Phạm Thanh Hải (2017). Đề tài: Thực trạng tiếp cận dịch vụ xã hội cơ bản của gia đình nhập cư ở thành phố Hồ Chí Minh.
6. ILO (1973). *Minimum Age Convention*, C138.
7. *Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12, sửa đổi bổ sung năm 2023*, Điều 2, Khoản 5.
8. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2019). *Bộ luật Lao động số 45/2019/QH14, có hiệu lực từ ngày 01/01/2021, sửa đổi, bổ sung năm 2023*.
9. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2014). *Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13, có hiệu lực từ ngày 01/01/2016*.
10. WHO (2022). *Mental health: Strengthening our response*.
11. Sở Y tế TP. HCM & ILO (2023). *Báo cáo SKTT người lao động KCN/KCX*.
12. Tóm tắt chính sách, Tiếp cận chính sách an sinh xã hội của người lao động nhập cư, 2014. Tổ chức Actionaid tại Việt Nam..

MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI PHỐI HỢP GIỮA BỆNH VIỆN VÀ CỘNG ĐỒNG TRONG TRỢ GIÚP GIA ĐÌNH TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ - KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM

TS.GVC. Lê Thị Nhung¹, HVCH.Vũ Minh Tâm²

Tóm tắt: Trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) và gia đình các em đối mặt với nhiều thách thức để được chăm sóc toàn diện và hòa nhập xã hội. Các mô hình tích hợp giữa cơ sở y tế và cộng đồng được cho là giải pháp hiệu quả để cung cấp dịch vụ liên ngành, toàn diện cho nhóm đối tượng này. Trên cơ sở tổng hợp và so sánh các mô hình, kinh nghiệm quốc tế những năm gần đây từ Hoa Kỳ, Canada, Úc, Nhật Bản và Hàn Quốc, bài viết phân tích định hình vai trò của công tác xã hội trong mô hình phối hợp bệnh viện - cộng đồng. Kết quả cho thấy các xu hướng chung giữa các quốc gia trong đề cao “ngôi nhà y tế”, nhân viên quản lý trường hợp và phát triển chiến lược quốc gia với sự tham gia của đa ngành. Tại Việt Nam, việc triển khai mô hình này đối mặt điều kiện thực tế như hệ thống dịch vụ chưa đồng bộ, nhận thức xã hội còn hạn chế, nguồn lực chuyên môn mỏng nhưng cũng có cơ hội từ chính sách và sự quan tâm ngày càng tăng về RLPTK. Trên cơ sở đó, nhóm tác giả đề xuất chính sách cụ thể trong xây dựng cơ chế liên ngành, củng cố đào tạo công tác xã hội chuyên biệt, thiết lập mô hình một cửa điều phối dịch vụ và nâng cao năng lực cộng đồng.

Từ khóa: Công tác xã hội, bệnh viện, cộng đồng, phối hợp dịch vụ, trợ giúp gia đình, trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.

SOCIAL WORK COLLABORATION BETWEEN HOSPITALS AND COMMUNITIES FOR PARENTS WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: EXPERIENCES AND LESSONS FOR VIETNAM

Abstract: Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families often grapple with significant hurdles in accessing comprehensive care and achieving social inclusion. Integrated models, which bridge healthcare facilities and community-based services, are widely recognized as effective solutions for delivering interdisciplinary and holistic support to this vulnerable population. This article synthesizes recent international experiences drawing insights from the United States, Canada, Australia, Japan, and South Korea. A key focus is the critical role of social work within these collaborative hospital-community frameworks. Our findings highlight several universal trends: a strong emphasis on the “medical home” concept, the crucial function of social work case managers, and the development of comprehensive national strategies that involve multi-sectoral participation. In Vietnam, however, the implementation of such integrated models faces unique challenges. These include an unsynchronized service delivery system, limited public awareness, and a scarcity of specialized professional resources. Despite these obstacles, promising opportunities are emerging, driven by supportive governmental policies and a growing national concern in ASD. Furthermore, the paper offers specific policy recommendations designed to advance integrated care for ASD in Vietnam. These include establishing inter-sectoral coordination mechanisms, strengthening specialized social work training, creating a one-stop service coordination model, and significantly enhancing community capacity.

Keywords: Children with ASD, Collaboration, Communities, Family Support, Hospitals, Social Work.

1. GIỚI THIỆU

Rối loạn phổ tự kỷ là một tình trạng đa dạng về thần kinh phát triển, đặc trưng bởi suy giảm tương tác xã hội và hành vi lặp lại. Tỷ lệ mắc mới RLPTK được ghi nhận đang tăng nhanh trên toàn cầu. Theo dữ liệu của Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát dịch bệnh (CDC) Hoa Kỳ,

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội (Cơ sở II), nhunglt@ldxh.edu.vn, 0933149968, ORCID 0000-0003-0541-8361.

² Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, vuminht324@gmail.com, 0372283990.

khoảng 3,2% trẻ 8 tuổi tại 16 khu vực được khảo sát năm 2022 đã được chẩn đoán RLPTK (tương đương 1/31 trẻ) (Shaw, et al., 2025). Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê toàn quốc nhưng ước tính hiện nay có hơn 200.000 trẻ có RLPTK (gọi tắt là trẻ tự kỷ) và số trẻ được chẩn đoán tăng dần qua các năm (Trung tâm Công tác xã hội và quỹ bảo trợ trẻ em, 2022). Gia đình có trẻ tự kỷ thường phải đối mặt với gánh nặng chăm sóc lâu dài, gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế, can thiệp sớm, giáo dục hòa nhập và hỗ trợ tâm lý - xã hội. Trong bối cảnh đó, vai trò của hệ thống công tác xã hội và sự phối hợp giữa bệnh viện với cộng đồng được nhấn mạnh như một giải pháp trợ giúp đồng bộ và bền vững.

Các nghiên cứu quốc tế khuyến cáo cần có một mô hình chăm sóc tích hợp liên ngành cho trẻ tự kỷ và gia đình, trong đó dịch vụ y tế, xã hội, giáo dục, lao động và cộng đồng kết hợp chặt chẽ (Fulceri, et al., 2023). Lộ trình chăm sóc được xác định rõ cùng sự điều phối xuyên suốt giữa các bên liên quan sẽ giúp cải thiện hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho trẻ tự kỷ. Tuy nhiên, thực tế ở nhiều quốc gia cho thấy các dịch vụ hiện tại thường còn phân mảnh, tập trung vào chẩn đoán và can thiệp trẻ em mà thiếu liên tục đến giai đoạn người lớn, do đó gia đình và cá nhân tự kỷ thường rơi vào tình trạng “rơi rụng” giữa các khâu (Fulceri, et al., 2023). Báo cáo Lancet về tương lai chăm sóc tự kỷ (2022) đề xuất mô hình chăm sóc cá nhân hóa với đa dạng mức độ can thiệp, từ hỗ trợ cơ bản đến chuyên sâu, và khuyến khích tận dụng nguồn lực cộng đồng cùng gia đình trong quá trình theo dõi phát triển.

Bài viết tập trung hệ thống hóa, so sánh các kinh nghiệm quốc tế tiêu biểu như vậy, bàn luận các điều kiện thực tế để rút ra các bài học áp dụng, khuyến nghị tương thích với Việt Nam để thiết lập mô hình CTXH phối hợp bệnh viện và cộng đồng nhằm hỗ trợ gia đình trẻ tự kỷ.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Công tác xã hội trong lĩnh vực tự kỷ nhấn mạnh nguyên lý tiếp cận hướng gia đình và cộng đồng, kết hợp giữa can thiệp y tế chuyên môn với hỗ trợ tâm lý - xã hội và các dịch vụ cộng đồng cho trẻ và gia đình. Theo khung chăm sóc tích hợp của Tổ chức WHO, cần “thu hút và trao quyền cho người và cộng đồng” trong các dịch vụ y tế xã hội (WHO, n.d.), đồng thời phối hợp các nguồn lực y tế - xã hội để đảm bảo phục vụ toàn diện. Do tính chất suốt đời của rối loạn phổ tự kỷ, nhiều nghiên cứu khẳng định cần có một lộ trình chăm sóc tích hợp xuyên suốt các giai đoạn phát triển của người tự kỷ. Fulceri và cộng sự (2023) chỉ ra rằng “một kế hoạch tích hợp trong khuôn khổ lộ trình chăm sóc đã được xác định” là yếu tố cần thiết để cải thiện kết quả hỗ trợ người tự kỷ. Mô hình này giúp đảm bảo liên tục hỗ trợ y tế - xã hội khi trẻ chuyển từ giai đoạn mẫu giáo đến tuổi đi học và khi trưởng thành.

Việc đáp ứng nhu cầu đa dạng và phức tạp của trẻ tự kỷ đòi hỏi sự phối hợp liên ngành chặt chẽ. Tổ chức WHO khuyến nghị “phối hợp dịch vụ trong và giữa các lĩnh vực” để phá bỏ rào cản giữa hệ thống y tế và xã hội. Đồng thời, Fulceri và cộng sự cũng nhấn mạnh rằng “phối hợp hiệu quả giữa các nhà cung cấp dịch vụ y tế và xã hội là thiết yếu” trong lộ trình chăm sóc toàn diện cho người tự kỷ. Thực tế, sự hợp tác này thể hiện qua việc chia sẻ thông tin, đồng bộ hóa kế hoạch điều trị và hỗ trợ giữa bệnh viện/chuyên gia y tế với các dịch vụ cộng đồng - xã hội, giáo dục và hỗ trợ gia đình.

Đề cụ thể hóa các can thiệp, Cơ quan Y tế Công cộng Canada đề xuất mô hình “tiếp cận theo bậc” trong hỗ trợ người tự kỷ. Mô hình này bắt đầu với chẩn đoán và can thiệp cơ bản do

bác sĩ cộng đồng đảm nhiệm, sau đó lên bậc cao hơn với chuyên gia khi cần thiết. Các dịch vụ được cá nhân hóa trong mô hình này bao gồm từ hỗ trợ cho gia đình, trị liệu hành vi cho trẻ đến các dịch vụ công tác xã hội (Public Health Agency of Canada, 2024). Nhờ đó, từng gia đình và cá nhân được cung cấp gói hỗ trợ phù hợp với mức độ và giai đoạn phát triển, đồng thời giảm áp lực lên hệ thống y tế trung ương.

Nghiên cứu cũng cho thấy khi gia đình được tiếp cận thông tin, chỉ dẫn chính sách và hỗ trợ tâm lý kịp thời thì gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc sẽ giảm bớt đáng kể. Ví dụ, một khảo sát tại Nam Phi ghi nhận 75% người chăm sóc trẻ tự kỷ chịu gánh nặng từ mức trung bình đến cao (Niekerk, Stancheva, & Smith, 2023), cho thấy nhu cầu hỗ trợ lớn cho nhóm này. Ngược lại, một nghiên cứu ở Argentina nhận thấy nhiều người chăm sóc “khi tiếp cận được nhiều thông tin hơn về tự kỷ và các dịch vụ hỗ trợ, họ bắt đầu trở thành người vận động tích cực cho trẻ và tự đề xuất các giải pháp cho vấn đề của mình” (Szlamka, Sebastián, Hanlon, & Hoekstra, 2023). Như vậy, trang bị thông tin và hỗ trợ đúng lúc cho gia đình giúp họ chủ động và giảm thiểu căng thẳng trong chăm sóc.

Kết hợp các yếu tố trên, mô hình lý thuyết trong công tác xã hội với trẻ tự kỷ xem nhân viên công tác xã hội như một cầu nối giữa bệnh viện và nguồn lực cộng đồng. Nhân viên công tác xã hội chịu trách nhiệm điều phối ca bệnh, kết nối trẻ tự kỷ và gia đình với các dịch vụ cần thiết ngoài bệnh viện (ví dụ giáo dục đặc biệt, hỗ trợ tài chính, tư vấn tâm lý), đồng thời theo dõi và hỗ trợ liên tục xuyên suốt quá trình chăm sóc. Fulceri và cộng sự cũng nhấn mạnh ưu tiên phát triển mô hình chăm sóc tập trung vào quản lý ca bệnh, trong đó nhân viên công tác xã hội đóng vai trò then chốt trong điều phối và hỗ trợ trẻ tự kỷ (Fulceri, et al., 2023).

Từ các hướng tiếp cận trên, có thể hiểu mô hình công tác xã hội phối hợp giữa bệnh viện và cộng đồng trong trợ giúp gia đình trẻ có rối loạn phổ tự kỷ là cách thức tổ chức dịch vụ công tác xã hội theo hướng tiếp cận tích hợp, liên tục và lấy gia đình làm trung tâm nhằm cung cấp hỗ trợ toàn diện cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và gia đình của các em. Mô hình dịch vụ bao hàm chăm sóc y tế tại bệnh viện, kết nối và điều phối các nguồn lực y tế, xã hội và giáo dục từ cả bệnh viện và cộng đồng trong đó vai trò trung tâm là nhân viên quản lý trường hợp (công tác xã hội) với sự phối hợp liên ngành chặt chẽ từ một hệ thống trợ giúp trong và ngoài bệnh viện cùng với sự tham gia của gia đình và cộng đồng.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện dưới hình thức tổng quan, phân tích tài liệu từ năm 2020 đến nay, tập trung vào các mô hình hợp tác giữa bệnh viện và cộng đồng trong hỗ trợ trẻ tự kỷ. Các nguồn dữ liệu chính bao gồm báo cáo chính sách quốc gia, các bài báo khoa học và tài liệu công khai của cơ quan y tế tại các quốc gia có kinh nghiệm như Mỹ, Canada, Úc, Nhật Bản, Hàn Quốc... Nội dung thu thập tập trung vào cách thức triển khai mô hình hợp tác và kết quả đạt được.

Tiến trình phân tích tài liệu được xây dựng theo các tiêu chí sau:

- (1) Cơ chế phối hợp giữa các bên liên quan (cơ chế kết nối, quản lý ca bệnh, chia sẻ thông tin giữa bệnh viện và dịch vụ cộng đồng).
- (2) Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong mạng lưới hỗ trợ (hỗ trợ tư vấn, điều phối dịch vụ, tư vấn tâm lý cho gia đình).

(3) Mức độ tham gia của gia đình và cộng đồng trong quá trình chăm sóc (sự tham gia của cha mẹ trong can thiệp trị liệu, đóng góp của tổ chức cộng đồng trong hỗ trợ kỹ năng xã hội cho trẻ).

(4) Thách thức và điều kiện đảm bảo tính bền vững của mô hình hợp tác (như nguồn lực nhân sự, kinh phí, khung pháp lý và sự gắn kết liên ngành).

Các kết quả thu thập được tổng hợp nhằm xây dựng các khuyến nghị thiết thực cho mô hình hợp tác bệnh viện - cộng đồng phù hợp với bối cảnh của Việt Nam, đảm bảo tích hợp y tế và xã hội một cách hiệu quả cho trẻ tự kỷ và gia đình họ.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH

4.1. Kinh nghiệm quốc tế về mô hình phối hợp bệnh viện - cộng đồng

Hoa Kỳ

Hoa Kỳ chủ trương mô hình “gia đình y tế” (family-centered medical home), trong đó bác sĩ nhi khoa và đội ngũ chăm sóc chính chịu trách nhiệm điều phối toàn bộ chăm sóc cho trẻ tự kỷ và gia đình. Mô hình này khuyến khích giao tiếp đa chiều giữa bác sĩ, chuyên gia can thiệp, nhà trường và gia đình nhằm xây dựng một kế hoạch điều trị chung. Nhiều chương trình tại các bệnh viện nhi hàng đầu, ví dụ Bệnh viện Nhi Philadelphia, đã thiết lập các đơn vị liên ngành, gồm bác sĩ lâm sàng, nhà tâm lý trị liệu, nhà giáo dục đặc biệt và nhân viên CTXH, giúp đảm bảo sự liên kết trong đánh giá và can thiệp.

Gần đây, một số mô hình thí điểm “chăm sóc tích hợp” (integrated care) đã xuất hiện, như chương trình “Access to Tailored Autism Integrated Care” tập trung vào sàng lọc sức khỏe tâm thần và liên kết dịch vụ cho trẻ tự kỷ, bước đầu cho thấy tính khả thi và hiệu quả tiềm năng. Tuy nhiên, thách thức về sự phối hợp giữa các cơ quan liên ngành vẫn tồn tại, do cơ chế tài chính và quy chế hành nghề phân tách giữa y tế- giáo dục- xã hội. Nhiều nghiên cứu cho thấy việc thiếu một hệ thống duy nhất tích hợp dịch vụ qua các giai đoạn đời gây bất cập cho trẻ tự kỷ và gia đình.

Canada

Canada đã ban hành Chiến lược và Khung Công tác về tự kỷ quốc gia với các nguyên tắc hợp tác liên bang - tỉnh bang và chú trọng đến mọi giai đoạn đời của trẻ tự kỷ. Khuôn khổ này nhấn mạnh nhu cầu “dịch vụ và hỗ trợ phối hợp” (coordinated services and supports) cho trẻ tự kỷ và gia đình. Thông điệp của Chính phủ Canada là tăng cường phối hợp và cộng tác giữa các bên nhằm học hỏi kinh nghiệm tốt và mở rộng các chương trình đã chứng minh hiệu quả. Ví dụ, tại một số bang, mạng lưới gồm bệnh viện, trung tâm can thiệp sớm, nhóm hỗ trợ gia đình và cơ quan phúc lợi xã hội được thành lập để theo dõi tiến triển của trẻ và hỗ trợ kịp thời. Kinh nghiệm Canada cho thấy việc xây dựng khung luật pháp cùng chiến lược quốc gia vạch rõ trách nhiệm liên ngành giúp tăng cường quyền lợi cho trẻ tự kỷ và gia đình.

Úc

Năm 2025, Úc công bố Chiến lược Tự kỷ quốc gia 2025-2031, đặc biệt nhấn mạnh kết nối hệ sinh thái hỗ trợ (được gọi là “tích hợp, cân bằng, bao trùm”) cho trẻ tự kỷ (Rinehart, Moseley, & Lewis, 2025). Hệ thống này bao gồm chính sách bảo hiểm y tế toàn dân (Medicare), Chương

trình Bảo hiểm Quốc gia về Khuyết tật (NDIS), dịch vụ y tế công và tư, giáo dục và cộng đồng, với mục tiêu “tất cả phải nói chuyện với nhau”. Hướng tiếp cận này khuyến khích vai trò của điều phối viên cá nhân. Nhân viên hỗ trợ giúp phụ huynh tìm cách qua hệ thống phức tạp, tiếp cận can thiệp lâm sàng và dịch vụ cần thiết cho trẻ. Quan điểm của Chính phủ Úc là ưu tiên phát triển nhân lực (như chuyên gia kiêm nhà điều phối), khuyến khích trẻ tự kỷ vào quá trình thiết kế chương trình, chính sách và coi trọng tiếng nói của cộng đồng tự kỷ. Theo đó, mô hình phối hợp giữa bệnh viện và cộng đồng ở Úc rất nhấn mạnh đến tính chủ động và tính cá nhân hóa của kế hoạch chăm sóc.

Nhật Bản

Nhật Bản xây dựng mô hình TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) mang tính toàn diện, bao gồm nhiều dịch vụ tại cộng đồng và cơ sở y tế (Nagasaki, et al., 2024). Nghiên cứu tại các Trung tâm TEACCH cho thấy đội ngũ hỗ trợ đa ngành từ bác sĩ, nhà tâm lý, đến nhân viên công tác xã hội đều phối hợp theo triết lý chung. Đặc biệt, nghiên cứu này khẳng định vai trò của nhân viên công tác xã hội trong TEACCH chủ yếu ở các mảng như vận động quyền lợi, giáo dục tâm lý cho gia đình, hợp tác cộng đồng, hỗ trợ việc làm, và phối hợp liên ngành. Ví dụ, nhân viên công tác xã hội có thể tổ chức hội thảo giáo dục cho phụ huynh, kết nối trẻ với cơ sở nghề nghiệp, đồng thời làm cầu nối giữa bệnh viện, trường học và gia đình. Kinh nghiệm Nhật Bản cho thấy việc đào tạo nhân viên công tác xã hội trở thành chuyên gia toàn diện (generalist) với kiến thức tự kỷ cùng hoạt động trong nhóm liên ngành giúp tạo điều kiện cải thiện liên thông dịch vụ giữa bệnh viện và cộng đồng.

Hàn Quốc

Hàn Quốc đã triển khai Kế hoạch Toàn diện Trọn đời cho Người khuyết tật phát triển (2018), đặc biệt hướng đến người có RLPTK và khuyết tật trí tuệ (Lee & Yun, 2019). Kế hoạch này kêu gọi xây dựng một hệ thống tích hợp liên kết giữa y tế, giáo dục, lao động và phúc lợi xã hội, nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc và hỗ trợ suốt đời cho trẻ tự kỷ. Cụ thể, chính phủ Hàn Quốc đề xuất phát triển các chương trình đánh giá cá nhân hoá, thiết kế dịch vụ theo nhu cầu riêng, đồng thời đảm bảo tính công bằng và tiếp cận. Mặc dù chưa trình bày chi tiết mô hình bệnh viện - cộng đồng, kế hoạch này khuyến nghị thiết lập cơ chế tài chính và thông tin liên ngành để đạt mục tiêu tích hợp các dịch vụ sức khỏe lâm sàng, giáo dục đặc biệt và đào tạo nghề cho trẻ tự kỷ. Đây là bước khởi đầu quan trọng để Việt Nam tham khảo trong việc xây dựng cơ chế liên ngành bền vững cho nhóm đối tượng này.

Bảng 1. Các mô hình tiêu biểu tại một số quốc gia

Quốc gia	Mô hình/Chiến lược tiêu biểu	Điểm nhấn nổi bật
Hoa Kỳ	Mô hình “Nhà y tế” (medical home) và chương trình tích hợp chăm sóc tâm thần trẻ tự kỷ	Tập trung bác sĩ nhi điều phối, liên kết viện-trường-gia đình, thử nghiệm mô hình tích hợp tâm thần (ATAIC).
Canada	Khung chiến lược quốc gia về tự kỷ và khuôn khổ liên bang - tỉnh	Quy định “dịch vụ phối hợp”, chú trọng đa ngành qua chính sách và dự án liên bang.
Úc	Chiến lược Tự kỷ quốc gia (NDIS, y tế công) và cơ chế “điều phối viên”	Kết nối đa chiều giữa Medicare, NDIS, bệnh viện, trường học; sử dụng điều phối viên cá nhân hỗ trợ gia đình.

Quốc gia	Mô hình/Chiến lược tiêu biểu	Điểm nhấn nổi bật
Nhật Bản	Chương trình TEACCH (giáo dục và hỗ trợ toàn diện)	Nhân viên đa ngành (gồm công tác xã hội) làm việc với gia đình và cộng đồng; vai trò công tác xã hội ở vận động quyền lợi, giáo dục tâm lý, hỗ trợ nghề nghiệp.
Hàn Quốc	Kế hoạch Toàn diện Trọn đời cho người khuyết tật phát triển	Đề xuất hệ thống tích hợp dịch vụ y tế-giáo dục-lao động, nhấn mạnh đánh giá cá nhân và tiếp cận liên ngành.

Nguồn: Lê Thị Nhung, Vũ Minh Tâm, 2025

4.2. Vai trò của công tác xã hội trong mô hình phối hợp bệnh viện - cộng đồng

Qua thực tế mô hình ở các quốc gia, có thể nhận thấy vai trò nổi bật và không thể thiếu trong mô hình phối hợp giữa bệnh viện - cộng đồng để trợ giúp gia đình trẻ tự kỷ.

Thứ nhất, công tác xã hội đóng vai trò một mắt xích liên kết quan trọng giữa gia đình, bệnh viện và cộng đồng hỗ trợ. Tại bệnh viện nhi ở Canada, nhân viên CTXH thường gặp gỡ, tư vấn cho phụ huynh sau khi trẻ được chẩn đoán, giúp gia đình hiểu kết quả, đồng thời giới thiệu dịch vụ can thiệp sớm và hỗ trợ cộng đồng (Morris, Muskat, & Greenblatt, 2018). Nghiên cứu cho thấy các nhân viên công tác xã hội nhi và tâm thần đều nhận thức nhu cầu của gia đình trẻ tự kỷ rất phức tạp, từ hỗ trợ tinh thần, hướng dẫn thủ tục hành chính đến hỗ trợ về tài chính - xã hội. Do đó, họ thường phải kiêm nhiệm nhiều vai trò như vận động quyền lợi, tư vấn tâm lý, kết nối dịch vụ và theo dõi tiến triển của trẻ và gia đình. Ví dụ, trong chương trình TEACCH tại Nhật Bản, nhân viên công tác xã hội thực hiện các hoạt động biện hộ, tổ chức chương trình giáo dục gia đình, phối hợp với trường học và hỗ trợ việc làm cho thanh thiếu niên tự kỷ (Nagasaki, và những tác giả khác, 2024).

Thứ hai, công tác xã hội cũng giúp duy trì mối liên hệ giữa các tổ chức tại cộng đồng. Họ có thể điều phối nhóm hỗ trợ gia đình (peer support), kết nối với các trung tâm can thiệp sớm, trường học hòa nhập và các dự án xã hội. Sự hiện diện của nhân viên công tác xã hội tại cộng đồng giúp cung cấp thông tin, phương pháp nuôi dưỡng phù hợp và hỗ trợ tâm lý lâu dài cho cha mẹ. Nói cách khác, công tác xã hội giúp “phiên dịch” các chính sách và chương trình y tế-thần kinh phức tạp thành các dịch vụ dễ tiếp cận cho người dân.

Thứ ba, phối hợp giữa bệnh viện và cộng đồng đòi hỏi nhân viên công tác xã hội ở cả hai đầu cùng hợp tác chặt chẽ. Ở Hoa Kỳ, tại bệnh viện, họ phối hợp với bác sĩ, chuyên viên trị liệu lập kế hoạch can thiệp và theo dõi tiến độ tại cộng đồng, họ liên hệ với các cơ sở giáo dục đặc biệt, trung tâm phục hồi chức năng và tổ chức xã hội để triển khai hỗ trợ tiếp tục sau xuất viện. Nhiệm vụ này yêu cầu người làm công tác xã hội phải có kiến thức chuyên môn về trẻ tự kỷ và khả năng quản lý trường hợp (Fulceri, và những tác giả khác, 2023). Nghiên cứu của Morris và cộng sự tại Canada đã chỉ ra các nhân viên xã hội tại bệnh viện nhi bày tỏ mong muốn được đào tạo chuyên sâu thêm về tự kỷ để đáp ứng tốt hơn nhu cầu gia đình (Morris, Muskat, & Greenblatt, 2018). Điều này phản ánh nhu cầu cần trang bị kỹ năng chuyên biệt cho ngành.

Tóm lại, có thể thấy cách thức vận hành các mô hình dịch vụ chăm sóc trẻ tự kỷ và hỗ trợ gia đình trẻ tại các quốc gia có sự định hình rõ ràng các loại hình dịch vụ chăm sóc tích hợp liên tục giữa cơ sở y tế và cộng đồng, cá nhân hóa dịch vụ phù hợp với mức độ và giai đoạn phát triển cụ thể của từng trẻ và gia đình, phân công trách nhiệm cụ thể các bên ở các tuyến và xuyên suốt là vai trò cầu nối của nhân viên công tác xã hội. Tính bền vững của các mô hình khi

tập trung vào việc trao quyền cho gia đình và cộng đồng, giúp họ chủ động tham gia vào quá trình chăm sóc và hỗ trợ trẻ RLPTK.

4.3. Các yếu tố điều kiện, thách thức và cơ hội tại Việt Nam

Tại Việt Nam, việc triển khai mô hình phối hợp trợ giúp gia đình và trẻ tự kỷ giữa bệnh viện và cộng đồng có một số thành tựu mà còn nhiều hạn chế.

Việc phát triển mạng lưới hỗ trợ các cấp, các ngành mang tính cần thiết, trong đó bệnh viện là nơi phát hiện và can thiệp ban đầu, còn cộng đồng giữ vai trò duy trì, đồng hành lâu dài (Nguyễn T. T., 2020). Quản lý trường hợp với người khuyết tật tại cộng đồng tại TP. HCM cho thấy rằng mô hình quản lý trường hợp theo hướng hệ sinh thái có sự tham gia phối hợp giữa cơ sở y tế, tổ chức xã hội và chính quyền địa phương, đã bước đầu hỗ trợ tích cực cho nhóm trẻ rối loạn phát triển thần kinh, bao gồm trẻ tự kỷ (Lê, 2021). Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của Viện Nghiên cứu Phát triển Xã hội cho thấy sự thiếu liên thông giữa bệnh viện và dịch vụ cộng đồng khiến phụ huynh gặp nhiều khó khăn trong quá trình chăm sóc, can thiệp và theo dõi tiến triển của trẻ (Nguyễn, 2020). Phối hợp liên ngành trong trợ giúp trẻ tự kỷ tại Việt Nam thiếu cơ chế phối hợp chặt chẽ giữa các bên liên quan là rào cản lớn nhất trong hỗ trợ toàn diện cho trẻ tự kỷ và gia đình (Trần, 2021).

Từ kết quả nghiên cứu khác nhau, có thể thấy thách thức lớn bao gồm:

(1) Dịch vụ chuyên biệt cho tự kỷ còn thiếu và phân tán giữa nhiều bộ ngành (Y tế, Giáo dục, Xã hội) mà chưa có cơ chế liên kết hiệu quả.

(2) Nhân lực công tác xã hội có kiến thức về trẻ tự kỷ rất hiếm, hầu hết chưa có đào tạo chuyên sâu về can thiệp rối loạn phát triển.

(3) Nhận thức xã hội còn hạn chế; nhiều gia đình chưa hiểu đúng về tự kỷ, dẫn đến khó khăn trong tìm kiếm trợ giúp.

(4) Hạn chế về tài chính và kỹ thuật số: chưa có hệ thống thông tin chung để trao đổi dữ liệu giữa bệnh viện và cộng đồng.

Tuy nhiên, điều kiện thuận lợi bao gồm sự quan tâm ngày càng tăng của các cơ quan quản lý về bệnh tự kỷ, một số chương trình, đề án trong giáo dục - y tế bắt đầu đề cập đến RLPTK và cộng đồng chuyên môn công tác xã hội đang phát triển. Hiện nay, Chính phủ Việt Nam đã ban hành Luật Người khuyết tật và có kế hoạch xây dựng Đề án quốc gia về khuyết tật phát triển. Nếu khai thác đúng, các cơ chế này có thể hỗ trợ kinh phí và chính sách tạo điều kiện cho liên kết y tế - xã hội. Ngoài ra, các bệnh viện lớn như Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Tâm thần... đã có Phòng Công tác xã hội hoặc chương trình hỗ trợ, có thể làm nòng cốt triển khai hợp tác với địa phương. Xu hướng quốc tế như đã trình bày cũng đặt ra yếu tố điều kiện, chẳng hạn cần một hệ thống tập trung như nhân viên công tác xã hội làm cầu nối giữa gia đình và mạng lưới dịch vụ. Nếu Việt Nam tích hợp tốt đội ngũ công tác xã hội trong y tế với chính sách xã hội, sẽ tạo đà phát triển mô hình chăm sóc tự kỷ toàn diện.

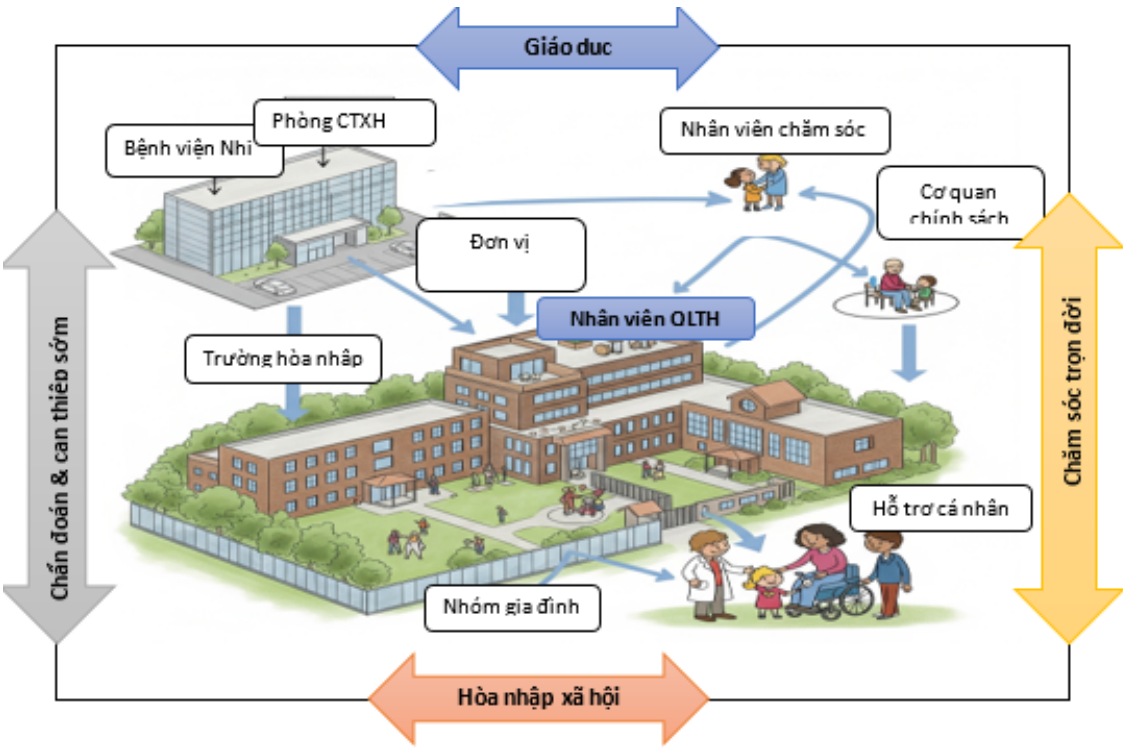
4.4. Mô hình tích hợp lý tưởng và minh họa

Dựa trên tổng hợp kinh nghiệm quốc tế, mô hình lý tưởng cho phối hợp bệnh viện - cộng đồng nên bao gồm điều phối viên trung tâm, nhóm công tác đa ngành, cùng cơ sở dữ liệu liên thông. Cụ thể: khi trẻ được chẩn đoán tại bệnh viện, một chuyên viên công tác xã hội thực hiện

quản lý ca bệnh sẽ được phân công theo dõi gia đình; người này chịu trách nhiệm điều phối toàn bộ dịch vụ y tế và phi y tế cho trẻ, đồng thời liên hệ với các cơ quan cộng đồng (trường học, trung tâm dạy nghề, nhóm hỗ trợ gia đình) để tiếp tục hỗ trợ sau xuất viện.

Hình 1 dưới đây so sánh điểm chính của các mô hình quốc tế tiêu biểu để rút ra bài học cho việc xây dựng mô hình tại Việt Nam.

Hình 1. Sơ đồ minh họa mô hình tích hợp giữa bệnh viện và cộng đồng hỗ trợ gia đình trẻ tự kỷ.



Nguồn: Lê Thị Nhung, Vũ Minh Tâm & Gemini, 2025

Hệ sinh thái lý tưởng bao gồm: (1) Bệnh viện Nhi (với phòng Công tác xã hội) kết nối (2) Trung tâm can thiệp sớm và trường hoà nhập, (3) Cơ quan chính sách - hỗ trợ xã hội, (4) Nhóm hỗ trợ gia đình và dịch vụ tư nhân, được điều phối bởi (5) Nhân viên điều phối/nhân viên quản lý trường hợp. Các yếu tố ngang là hòa nhập xã hội và giáo dục, các yếu tố dọc là liên tục từ chẩn đoán sớm đến hỗ trợ người lớn.

Các minh chứng quốc tế cho thấy cơ chế liên kết, chẳng hạn Hình 1 nêu chi tiết các điểm mấu chốt của từng mô hình. Đồ họa trên cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của “bộ phận điều phối tích hợp” - một người hoặc nhóm chuyên trách giám sát tiến trình dịch vụ qua các cấp. Nhiều khuyến nghị gần đây của Tổ chức WHO và Lancet đều nhấn mạnh cần phát triển mô hình chăm sóc cá nhân hóa, xuyên suốt và phối hợp đa chiều. Tại Việt Nam, một sơ đồ tương tự nên được thiết kế linh hoạt với vai trò nổi bật của công nghệ thông tin và cộng tác công - tư để đảm bảo tính liên tục của dịch vụ.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy mô hình công tác xã hội phối hợp giữa bệnh viện và cộng đồng có thể cải thiện đáng kể chất lượng dịch vụ cho gia đình trẻ tự kỷ. Để triển khai hiệu quả tại Việt Nam, bài viết đề xuất một số khuyến nghị chính sách khả thi sau:

Thứ nhất, cơ chế liên ngành và khung pháp lý rõ ràng cần được xây dựng. Bộ Y tế phối hợp với Bộ Giáo dục & Đào tạo cùng các bộ ngành liên quan cần ban hành hướng dẫn liên ngành đặc thù cho trẻ tự kỷ, quy định vai trò và trách nhiệm của từng bên từ trung ương đến địa phương. Có thể học hỏi mô hình Khung tự kỷ ở Canada nhằm xác định dịch vụ phối hợp với kế hoạch triển khai quốc gia.

Thứ hai, thành lập bộ phận chuyên trách và đào tạo nhân lực. Tại các bệnh viện nhi và bệnh viện tâm thần nhi, cần thành lập Phòng Công tác xã hội hoặc Bộ phận Điều phối Tự kỷ, với đội ngũ nhân viên công tác xã hội được đào tạo chuyên sâu về RLPTK. Chương trình đào tạo nên bao gồm kiến thức chẩn đoán RLPTK, các can thiệp sớm, kỹ năng giao tiếp với gia đình và quản lý trường hợp, theo khuyến nghị của nghiên cứu quốc tế. Đồng thời, các cơ sở giáo dục nên bổ sung chuyên ngành công tác xã hội về khuyết tật phát triển.

Thứ ba, triển khai mô hình “một cửa” hoặc nhân viên quản lý trường hợp/điều phối viên cá nhân. Thành lập một điểm tiếp nhận tích hợp (tại bệnh viện hoặc trung tâm điều phối) để gia đình dễ dàng tiếp cận các dịch vụ y tế, can thiệp, hỗ trợ xã hội. Ví dụ, Úc đang thử nghiệm mô hình điều phối viên cá nhân giúp gia đình đi qua hệ thống phức tạp. Việt Nam có thể áp dụng bằng cách cử nhân viên điều phối tại Trung tâm công tác xã hội tỉnh hoặc bệnh viện nhi quốc gia.

Thứ tư, tăng cường hợp tác cộng đồng và nguồn lực tư nhân. Kêu gọi sự tham gia của các tổ chức xã hội, doanh nghiệp và gia đình tự kỷ vào mạng lưới hỗ trợ. Các chính sách khuyến khích (ưu đãi thuế, hỗ trợ kinh phí) cho các dự án giáo dục hòa nhập, can thiệp sớm và đào tạo nghề cho trẻ tự kỷ sẽ giúp giảm gánh nặng cho nhà nước. Các tổ chức người khuyết tật cũng cần được mời tham vấn, giống như mô hình đồng thiết kế (co-design) của Úc.

Thứ năm, ứng dụng công nghệ thông tin để kết nối dữ liệu. Xây dựng hệ thống hồ sơ điện tử chung về trẻ tự kỷ từ y tế đến giáo dục- xã hội, đảm bảo luồng thông tin liên tục giữa bệnh viện và cộng đồng. Ví dụ, Italia đã phát triển hạ tầng máy tính kết nối chuyên gia và dịch vụ tại địa phương để cải thiện liên thông chăm sóc. Mạng dữ liệu như vậy sẽ cho phép theo dõi lâu dài sự phát triển của trẻ, đánh giá hiệu quả và điều chỉnh can thiệp kịp thời.

Tóm lại, để nâng cao hiệu quả hỗ trợ gia đình trẻ có RLPTK tại Việt Nam, cần xây dựng một mô hình dịch vụ tích hợp toàn diện giữa bệnh viện và cộng đồng, dựa trên vai trò then chốt của công tác xã hội. Điều này đòi hỏi cơ sở pháp lý vững chắc, nguồn lực đào tạo chuyên môn, cơ chế điều phối hiệu quả và sự phối hợp chặt chẽ giữa tất cả các bên liên quan. Từ kết quả nghiên cứu về các mô hình, các điều kiện thực tế cơ hội và thách thức của Việt Nam, bài viết đã đưa ra mô hình minh họa lý tưởng về mô hình công tác xã hội phối hợp giữa bệnh viện và cộng đồng trong trợ giúp gia đình trẻ có RLPTK cùng các khuyến nghị điều kiện thực hiện; Khi mô hình như vậy được triển khai sẽ góp phần cải thiện kết quả can thiệp cho trẻ RLPTK, trao quyền cho gia đình và cộng đồng và còn là một bước tiến quan trọng trong đổi mới hệ thống chăm sóc sức khỏe - xã hội hướng đến sự toàn diện và công bằng cho mọi trẻ RLPTK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fulceri, F., Gila, L., Caruso, A., Micai, M., Romano, G., & Scattoni, M. L. (2023). Building Bricks of Integrated Care Pathway for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *International journal of molecular sciences*, 24(7), 6222. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms24076222>

2. Lee, J. Y., & Yun, J. (2019, May 7). What else is needed in the Korean government's master plan for people with developmental disabilities? *J Prev Med Public Health*, 5(23), 200-204. doi:10.3961/jpmph.18.249
3. Lê, N. T. (2021). *Luận án Quản lý trường hợp với người khuyết tật tại cộng đồng ở TP. HCM*.
4. Morris, R., Muskat, B., & Greenblatt, A. (2018, August). Working with children with autism and their families: pediatric hospital social worker perceptions of family needs and the role of social work. *Soc Work Health Care*, 57(7), 483-501. doi:10.1080/00981389.2018.1461730
5. Nagasaki, K., Odagiri, S., SuWa, T., Yamamoto, A., Shino, T., Arai, S., & Okano, I. (2024). Roles and collaboration of asd specialists and social workers in TEACCH Programs: From qualitative analysis of interviews with TEACCH Center staff. *Kawasaki Journal of Medical Welfare*, 29(2), 47-57.
6. Niekerk, K. v., Stancheva, V., & Smith, C. (2023, October 20). Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder. *S Afr J Psychiatr*, 2079. doi: 10.4102/sajpspsychiatry.v29i0.2079
7. Nguyễn, L. T. (2020). *Thực trạng hỗ trợ gia đình trẻ tự kỷ tại các cơ sở y tế và cộng đồng*.
8. Nguyễn, T. T. (2020). *Công tác xã hội trong hỗ trợ trẻ em tự kỷ tại thành phố Hồ Chí Minh*.
9. Public Health Agency of Canada. (2024, September 26). *Framework for Autism in Canada*. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/framework-autism-canada.html>
10. Rinehart, N., Moseley, D., & Lewis, S. (2025, January 15). *Australia's National Autism Strategy: A blueprint for systemic change*. Retrieved from <https://lens.monash.edu/@medicine-health/2025/01/15/1387273/fit-for-all-the-national-autism-strategy-and-a-holistic-approach-to-autism-in-australia#:~:text=To%20achieve%20this%2C%20the%20ecosystem,settings%2C%20and%20in%20the%20community>
11. Shaw, K., Williams, S., Patrick, M., Ellen M. Howerton, P., Christine M. Ladd-Acosta, P., Elise T. Pas, P.,... DiRi, M. (2025, April 17). Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. *MMWR Surveill Summ*(SS-22), 1-22. doi:http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1
12. Szlamka, Z., Sebastián, C., Hanlon, C., & Hoekstra, R. A. (2023, March 18). Caregiver-centred empowerment for families raising autistic children: A qualitative case study from Argentina. *Autism*, 2768-2778. doi:10.1177/13623613241238254
13. Trần, P. T. (2021). *Phối hợp liên ngành trong trợ giúp trẻ tự kỷ tại Việt Nam*.
14. Trung tâm công tác xã hội và quỹ bảo trợ trẻ em. (2022, June 10). *Công tác xã hội trong chăm sóc lĩnh vực trẻ tự kỷ*. Retrieved from <https://ctxhvaqbttte.hanoi.gov.vn/cong-tac-xa-hoi-trong-linh-vuc-cham-soc-tre-tu-ky/#:~:text=so%20v%E1%BB%9Bi%20n%C4%83m%202000%20,000%20ng%C6%B0%E1%BB%9Di%20t%E1%BB%B1%20k%E1%BB%B7>
15. WHO. (n.d.). *Integrated people-centred care*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1

THỰC TRẠNG KHÓ KHĂN TÂM LÝ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

Nguyễn Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Hương¹, Bùi Thu Hiền²

Tóm tắt: Bài viết “Thực trạng khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội” nhằm nghiên cứu những khó khăn tâm lý của sinh viên trường đang gặp phải. Nghiên cứu được thực hiện ngẫu nhiên trên 231 sinh viên của 6 chuyên ngành: Tâm lý học, Công tác xã hội, Kinh tế, Kế toán, Quản trị nhân lực, Quản trị kinh doanh. Phương pháp nghiên cứu chính là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết sinh viên gặp các khó khăn tâm lý ở nhiều mức độ khác nhau, trong đó cao nhất là nhóm khó khăn tâm lý trong giai đoạn chuyển tiếp, thấp nhất là nhóm khó khăn tâm lý về mối quan hệ giao tiếp. Đây là cơ sở thực tiễn quan trọng giúp cán bộ, giảng viên trong nhà trường xây dựng các giải pháp nhằm giảm thiểu các khó khăn tâm lý cho sinh viên, từ đó nâng cao cuộc sống của sinh viên và chất lượng đào tạo của nhà trường.

Từ khóa: Trường Đại học Lao động - Xã hội, khó khăn, tâm lý, sinh viên

THE CURRENT SITUATION OF PSYCHOLOGICAL DIFFICULTIES AMONG STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF LABOR AND SOCIAL AFFAIRS

Abstract: The article “The Current Psychological Difficulties of Students at the University of Labour and Social Affairs” aims to investigate the psychological challenges currently faced by students of the university. The study was randomly conducted on 231 students of 6 majors: Psychology, Social Work, Economics, Accounting, Human Resource Management, Business Administration. The main research method is the questionnaire survey method. The research results show that most students face psychological difficulties at different levels, in which the highest is the group of difficulties in transition-related psychological distress, the lowest is the group of psychological difficulties in communicative relationship. This is an important practical basis to help staff and lecturers in the school develop solutions to minimize psychological difficulties for students, thereby improving the lives of students and the quality of training of the school.

Keywords: University of Labor and Social Affairs, psychological difficulties, students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên Việt Nam là thành phần ưu tú, trí thức tương lai, nguồn nhân lực quan trọng phục vụ cho xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là nhân tố quyết định thịnh, suy của quốc gia trong tương lai. Để thực hiện tốt sứ mệnh đó, sinh viên cần có sự chuẩn bị toàn diện về tri thức, kỹ năng cũng như bản lĩnh. Tuy nhiên, hiện nay nhiều sinh viên đang gặp rất nhiều khó khăn tâm lý. Chính vì thế mà sinh viên dễ rơi vào trạng thái căng thẳng, mất động lực, giảm hiệu quả học tập. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ sinh viên đại học gặp phải các vấn đề tâm lý như trầm cảm, lo âu và căng thẳng ngày càng tăng. Như nghiên cứu tại Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2023-2024 cho thấy có 33,67% sinh viên bị trầm cảm; 43,88% bị lo âu và 31,63% bị căng thẳng (Đào Thị Ngoãn và cộng sự, 2025).

¹ Giảng viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

² Sinh viên lớp D19TL01, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội

Trường Đại học Lao động - Xã hội là một trường đại học công lập trực thuộc Bộ Nội vụ có nhiệm vụ đào tạo nguồn nhân lực chất lượng cao cho xã hội. Sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội cũng gặp rất nhiều khó khăn tâm lý, điều này cũng khiến sinh viên giảm sút về chất lượng học tập. Điều này khiến giảm đáng kể chất lượng đào tạo tại nhà trường và khiến sinh viên khó tìm kiếm việc làm sau khi ra trường. Chính vì thế, việc tìm hiểu về thực trạng khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội là một việc làm vô cùng cần thiết, từ đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các biện pháp hỗ trợ tâm lý phù hợp nhằm giảm thiểu khó khăn tâm lý, góp phần nâng cao hiệu quả đào tạo và chất lượng giáo dục tại nhà trường.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Tổng quan nghiên cứu

2.1.1. Tại nước ngoài

Các nghiên cứu quốc tế trong những năm gần đây đã chỉ ra tỷ lệ đáng báo động về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng sinh viên đại học. Năm 2016, nghiên cứu của Auerbach và cộng sự cho thấy khoảng 20% sinh viên đại học trên toàn cầu đã được chẩn đoán mắc các rối loạn tâm thần kéo dài ít nhất 12 tháng, phần lớn trong số này bắt đầu từ trước khi họ vào đại học. Những rối loạn này có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng bỏ học ở sinh viên (Dẫn theo Hyseni Duraku Z, Davis H, Arënlju A, Uka F & Behluli V, 2024).

Tiếp đó, nghiên cứu của Dunn và cộng sự vào năm 2019 phát hiện rằng căng thẳng tài chính - đặc biệt phổ biến ở sinh viên có thu nhập thấp - là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến stress kéo dài. Ngoài ra, Wilks và cộng sự (2020) cũng chỉ ra rằng các yếu tố như khối lượng công việc lớn, kỳ vọng học tập cao và sự cạnh tranh trong môi trường đại học là những nguyên nhân phổ biến gây căng thẳng ở sinh viên.

Đến năm 2024, thống kê từ Harmony Health đã làm rõ thêm về các yếu tố gây căng thẳng chính trong nhóm sinh viên: 75% gặp khó khăn trong quản lý thời gian, 68% thiếu chăm sóc bản thân, 65% gặp vấn đề tài chính, 55% cảm thấy áp lực bởi học tập và chương trình đào tạo, và 41% gặp khó khăn trong đời sống xã hội. Đáng chú ý, có đến 46% sinh viên đại học được chẩn đoán mắc một rối loạn tâm thần nào đó - phản ánh mức độ quá tải mà sinh viên đang phải đối mặt khi cân bằng giữa học tập, đời sống cá nhân và các trách nhiệm xã hội.

Cũng trong năm 2024, khảo sát *Student Voice* do Inside Higher Ed thực hiện với sự tham gia của 5.025 sinh viên đại học (do Generation Lab tiến hành vào tháng 5) cho thấy: cứ năm sinh viên thì có hai người cho biết sức khỏe tâm thần của họ ảnh hưởng “rất nhiều” đến khả năng tập trung và hiệu suất học tập; và cứ 10 sinh viên thì có một người tự đánh giá sức khỏe tâm thần của mình ở mức “kém” (Ashley Mowreader, 2024).

2.1.2. Tại Việt Nam

Trong những năm gần đây, tình trạng sức khỏe tâm lý của sinh viên Việt Nam ngày càng trở thành mối quan tâm lớn. Năm 2020, nghiên cứu của Bùi Thị Ngọc Thoa trên 360 sinh viên Trường Đại học Lâm nghiệp cho thấy sinh viên gặp phải nhiều dạng khó khăn khác nhau, bao

gồm học tập, quan hệ xã hội, phát triển cá nhân và định hướng nghề nghiệp. Trong đó, 32,22% sinh viên cho biết họ thường xuyên gặp khó khăn trong việc định hướng nghề nghiệp. Các khó khăn tiếp theo liên quan đến phát triển năng lực cá nhân, mối quan hệ gia đình, học tập và kỹ năng giao tiếp trong cuộc sống.

Năm 2021, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà tại Trường Đại học Thủ đô Hà Nội tiếp tục ghi nhận những khó khăn tâm lý phổ biến mà sinh viên gặp phải, trong đó nổi bật là các vấn đề liên quan đến mối quan hệ với cha mẹ. Ngoài ra, nhiều sinh viên cũng bày tỏ sự lo lắng, băn khoăn trong việc định hướng nghề nghiệp tương lai.

Bước sang năm 2024, hàng loạt nghiên cứu đã chỉ ra mức độ nghiêm trọng của các vấn đề tâm lý trong cộng đồng sinh viên. Tại một số trường đại học ở Hà Nội, nghiên cứu của Nguyễn Đức Tri cho thấy có 14,5% sinh viên thường xuyên bị căng thẳng và 51,5% trải qua căng thẳng thỉnh thoảng. Tại Trường Đại học Đại Nam, theo khảo sát của Ngô Thị Tâm, có đến 54,4% sinh viên có dấu hiệu rối loạn tâm lý, trong đó 11,1% sinh viên cho biết họ thường xuyên xuất hiện những suy nghĩ tiêu cực như cảm thấy mình vô dụng, kém cỏi hoặc lo sợ làm gia đình thất vọng.

Cũng trong năm 2024, khảo sát tại 20 trường đại học ở TP. Hồ Chí Minh do Lê Hồng Hoài Linh và cộng sự thực hiện cho thấy tình trạng rối loạn tâm lý ở sinh viên không hề giảm sút, với 59,1% sinh viên mắc rối loạn lo âu và 40% có dấu hiệu trầm cảm nhẹ.

Nhìn chung, các nghiên cứu tại nước ngoài đã quan tâm đến Tuy nhiên, những nghiên cứu trên mới chỉ quan tâm đến sức khỏe tâm thần nói chung của sinh viên, mà chưa đi sâu vào phân tích về những khó khăn tâm lý cụ thể của sinh viên trong quá trình học tập ở môi trường đại học.

2.2. Một số khái niệm liên quan

Sinh viên: Theo Từ điển Giáo dục học: “Sinh viên là người học của cơ sở giáo dục cao đẳng, đại học” (Bùi Hiền, 2001). Theo Luật Giáo dục Đại học: Sinh viên là người đang học tập và nghiên cứu khoa học tại cơ sở giáo dục đại học, theo học chương trình đào tạo cao đẳng, chương trình đào tạo đại học. (Luật Giáo dục Đại học, 2012). Như vậy, có thể hiểu, sinh viên là nhóm người đang theo học tại các cơ sở giáo dục đại học.

Khó khăn tâm lý. Có rất nhiều các khái niệm khác nhau về khó khăn tâm lý. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trong Khung phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe - ICF (2001), khó khăn tâm lý được hiểu là những hạn chế trong chức năng tâm thần (mental functions), ảnh hưởng đến khả năng tham gia các hoạt động cá nhân, nghề nghiệp và xã hội. Khái niệm này không chỉ bao gồm triệu chứng của rối loạn tâm thần mà còn nhấn mạnh đến tác động của yếu tố môi trường và cá nhân đến sự hòa nhập và chất lượng sống của người trải qua khó khăn tâm lý (WHO, 2001). Tại Việt Nam, một số nhà khoa học cũng đưa ra khái niệm này. Theo tác giả Nguyễn Thị Thiên Kim, “Khó khăn tâm lý là những nét tâm lý cá nhân, nảy sinh trong quá trình hoạt động của chủ thể, gây trở ngại, ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình và hiệu quả hoạt động của chủ thể” (Nguyễn Thị Thiên Kim, 2007). Theo Trần Thị Bích Liễu, ở đối tượng sinh viên, các khó khăn tâm lý bao gồm lo âu, buồn bã, mất định hướng, cảm giác

không được hỗ trợ, ảnh hưởng đến kết quả học tập và các mối quan hệ cá nhân (Trần Thị Bích Liễu, 2019). Như vậy, có thể hiểu khó khăn tâm lý là những cảm giác tiêu cực nảy sinh trong quá trình hoạt động của chủ thể, gây trở ngại đến quá trình hoàn thiện và phát triển bản thân chủ thể.

Khó khăn tâm lý của sinh viên: Trên cơ sở tổng hợp các khái niệm trên, chúng tôi cho rằng, khó khăn tâm lý của sinh viên là cảm giác tiêu cực nảy sinh trong quá trình hoạt động của nhóm người đang theo học tại các cơ sở giáo dục đại học, gây trở ngại đến quá trình hoàn thiện và phát triển bản thân họ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

+ Phương pháp định lượng: Dữ liệu được thu thập từ 231 sinh viên của Trường Đại học Lao động - Xã hội. Trong đó, 47,2% là nam, 52,8% là nữ, được phân bố ở 6 ngành gồm: tâm lý học (35,1%), kinh tế (16,5%), quản trị nhân lực (15,2%), quản trị kinh doanh (15,2%), kế toán (9,5%) và công tác xã hội (8,7%). Về niên khoá, sinh viên năm nhất chiếm 21,6%, năm hai 41,6%, năm ba 19,9% và năm cuối 16,9%.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu khảo sát

Biến độc lập		N	%
Giới tính	Nam	109	47,2
	Nữ	122	52,8
Niên khoá	Năm nhất	50	21,6
	Năm hai	96	41,6
	Năm ba	46	19,9
	Năm cuối	39	16,9
Ngành học	Tâm lý học	81	35,1
	Công tác xã hội	20	8,7
	Kinh tế	38	16,5
	Kế toán	22	9,5
	Quản trị nhân lực	35	15,2
	Quản trị kinh doanh	35	15,2

(Nguồn: Số liệu điều tra)

+ Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu thông qua bảng hỏi tự xây dựng. Ngoài các thông tin về giới tính, niên khoá, ngành học, bảng hỏi còn được xây dựng với 22 câu hỏi về những khó khăn tâm lý của sinh viên có thể gặp phải theo thang đo likert 4 mức độ tương ứng: 1=Không bao giờ, 2=Thỉnh thoảng, 3=Thường xuyên, 4=Rất thường xuyên. Các mức độ đánh giá được tính như sau: 1-1,75: Không bao giờ; 1,76-2,50: Thỉnh thoảng; 2,51-3,25: Thường xuyên; 3,26-4: Rất thường xuyên.

+ Phương pháp phỏng vấn sâu: Sử dụng để bổ sung cho kết quả điều tra từ bảng hỏi.

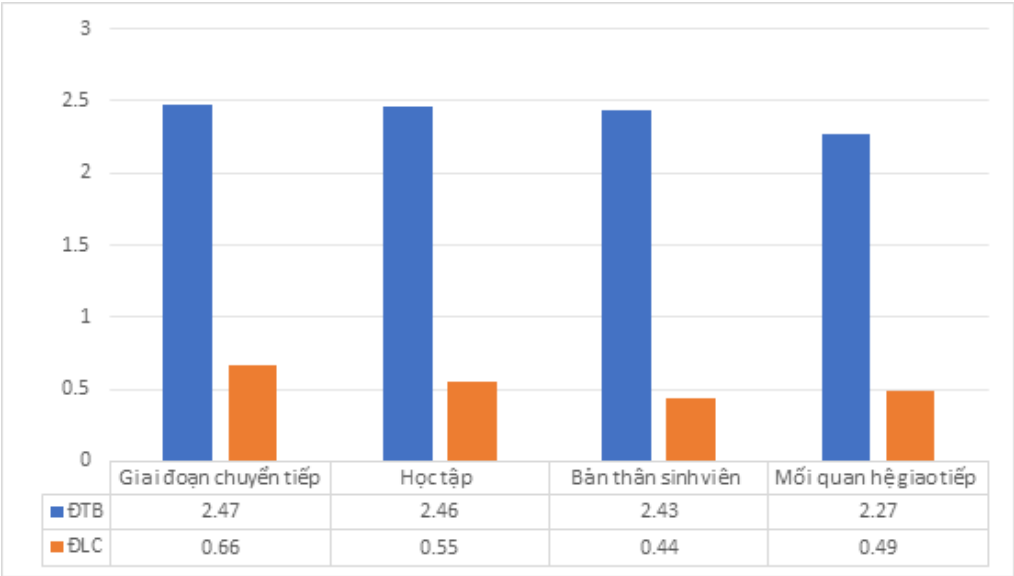
+ Phương pháp xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS: Tính các giá trị trung bình (Mean), độ lệch chuẩn (Standardized Deviation) của các yếu tố bên trong bảng hỏi. Dữ liệu thu thập được từ bảng hỏi khảo sát được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 27. Sau đó, các biến được xử lý bằng các kỹ thuật thống kê mô tả và suy luận phù hợp với từng mục tiêu phân tích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá thực trạng chung về khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Kết quả khảo sát về các khó khăn tâm lý thường gặp của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội được thể hiện cụ thể tại biểu đồ dưới đây.

Biểu đồ 1. Các khó khăn tâm lý thường gặp của sinh viên



(Nguồn: Số liệu điều tra của nhóm tác giả)

Kết quả khảo sát cho thấy, sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội có nhiều khó khăn tâm lý ở các lĩnh vực khác nhau với các mức độ khác nhau. Trong đó, nhóm khó khăn tâm lý trong giai đoạn chuyển tiếp có ĐTB cao nhất (2,47), cho thấy đây là nhóm khó khăn nổi bật nhất, với mức độ ảnh hưởng đồng đều trong toàn bộ mẫu sinh viên khảo sát. Điều này phản ánh sự lo lắng của sinh viên về định hướng nghề nghiệp, tài chính cá nhân, và tương lai sau khi ra trường. Thứ hai là những khó khăn tâm lý trong học tập với ĐTB là 2,46. Khó khăn tâm lý liên quan đến bản thân sinh viên với ĐTB là 2,43 đứng ở vị trí thứ ba. Được đánh giá có mức thấp nhất là nhóm khó khăn trong giao tiếp và quan hệ xã hội với ĐTB là 2,27. Mức độ dao động thấp của các độ lệch chuẩn cho thấy các khó khăn này mang tính phổ biến, không chỉ xảy ra ở một số nhóm cá biệt

3.2. Đánh giá từng nhóm biểu hiện khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

3.2.1. Thực trạng khó khăn tâm lý trong giai đoạn chuyển tiếp

Trong giai đoạn chuyển tiếp, những định hướng tương lai đóng vai trò then chốt trong hành trình phát triển toàn diện của sinh viên, giúp họ xác định mục tiêu rõ ràng và xây dựng lối sống cân bằng. Khi có định hướng đúng đắn, sinh viên sẽ chủ động hơn trong học tập, đưa ra các quyết định phù hợp và giảm thiểu những khủng hoảng tâm lý trong quá trình trưởng thành. Tuy nhiên, nhiều sinh viên đang gặp khó khăn bởi chưa có định hướng tốt và cuộc sống cá nhân còn nhiều áp lực. Kết quả nghiên cứu được thể hiện cụ thể ở bảng dưới đây.

Bảng 2. Thực trạng khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội trong giai đoạn chuyển tiếp

Mệnh đề	Tổng thể		Mức độ (%)			
	ĐTB	ĐLC	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
Áp lực tài chính	2,51	1,02	18,6	32,5	28,1	20,8
Sợ thất bại, không tìm được việc làm	2,51	1	19,9	27,3	35,1	17,7
Mất phương hướng	2,39	0,97	20,3	35,1	30,3	14,3
Tổng	2,47	0,66				

(Nguồn: Số liệu điều tra của nhóm tác giả)

Kết quả khảo sát ở bảng 1 cho thấy: Nhìn chung, khó khăn tâm lý trong giai đoạn chuyển tiếp của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội nằm mức thỉnh thoảng gặp phải ($1,76 < ĐTB < 2,50$). Trong đó, có hai khó khăn cụ thể là áp lực tài chính ($ĐTB = 2,51$) và sự thất bại, không tìm được việc làm ($ĐTB = 2,51$) là nằm trong mức thường xuyên ($2,51 < ĐTB < 3,25$). Cuối cùng, sinh viên thỉnh thoảng cảm thấy mất phương hướng ($ĐTB = 2,39$).

“Áp lực tài chính” và “Sợ thất bại, không tìm được việc làm” là các biểu hiện mà sinh viên đánh giá khó khăn cao nhất với mức độ sinh viên thường xuyên gặp phải với ĐTB là 2,51. Thực tế, đây là lúc nhiều sinh viên sống xa gia đình, bắt đầu tự lập cuộc sống, tự trả các sinh hoạt phí như tiền nhà trọ, ăn uống, học phí, tài liệu học tập,... Tuy có sự hỗ trợ tài chính từ gia đình, nhưng nhiều sinh viên vẫn phải đi làm thêm để có thêm chi phí cho những nhu cầu cá nhân hay những chi phí phát sinh. Bạn M (sinh viên năm 2, ngành Tâm lý học) chia sẻ: “Áp lực tài chính là điều khiến mình lo lắng nhất. Dù được gia đình hỗ trợ, mình vẫn phải đi làm thêm để đủ chi trả tiền trọ, ăn uống. Nhiều lúc vừa học vừa làm rất mệt, không còn thời gian ôn bài. Chia sẻ này cho thấy áp lực tài chính là vấn đề phổ biến, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tinh thần và hiệu quả học tập của sinh viên”. Bên cạnh đó, sinh viên rất lo sợ sau này sẽ không kiếm được công việc đúng ngành, đúng nghề mà phải đi làm một ngành khác khiến các em chưa tập trung hết sức để học tập.

“Mất phương hướng” là biểu hiện mà sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội đánh giá thấp hơn cả. Điều này bắt nguồn từ cảm giác thiếu mục tiêu rõ ràng và không biết mình đang học để làm gì hoặc sẽ đi đâu trong tương lai. Điều này có thể khiến họ cảm thấy mất động lực học tập, hoang mang, lo lắng và dễ rơi vào trạng thái so sánh bản thân với người khác, dẫn đến tự ti hoặc chán nản. Ngoài ra, trong môi trường đại học với nhiều lựa chọn và áp lực, việc không có định hướng cụ thể cũng khiến sinh viên dễ bị phân tán, không biết ưu tiên điều gì, từ đó ảnh hưởng đến hiệu suất học tập và chất lượng cuộc sống cá nhân.

3.2.2. Thực trạng biểu hiện khó khăn tâm lý trong học tập

Kết quả khảo sát về các biểu hiện khó khăn tâm lý trong học tập của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội được thể hiện tại bảng dưới đây.

Bảng 3. Khó khăn tâm lý trong học tập của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Mệnh đề	Tổng thể		Mức độ (%)			
	ĐTB	ĐLC	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
Không hiểu bài	2,50	0,98	16	37,2	27,3	19,5

Khó tập trung chú ý	2,48	0,94	14,7	38,5	30,3	16,5
Khó ghi nhớ bài	2,46	0,99	17,7	37,2	26,4	18,6
Chịu áp lực học tập	2,40	0,95	19,5	34,6	32,5	13,4
Tổng	2,46	0,55				

Nguồn: Số liệu điều tra của nhóm tác giả

Kết quả khảo sát ở bảng 3 cho thấy tất cả các biểu hiện của khó khăn trong học tập sinh viên chỉ thỉnh thoảng gặp phải nhưng vẫn ảnh hưởng đến chất lượng học tập. Sinh viên đánh giá gặp khó khăn nhất ở biểu hiện không hiểu bài với mức ĐTB = 2,50; tiếp đến là khó tập trung chú ý với ĐTB = 2,48; được đánh giá thấp nhất là việc cảm thấy áp lực trong học tập với ĐTB = 2,40.

Vấn đề “không hiểu bài”, được sinh viên đánh giá là khó khăn lớn nhất với 46,8% sinh viên thường xuyên gặp phải trở lên. Việc không hiểu bài có thể đến từ nguyên nhân chủ quan như sinh viên không đọc giáo trình trước khi học, hay nguyên nhân khách quan như những môn học chuyên ngành có những khái niệm trừu tượng, lượng kiến thức lớn và đòi hỏi nền tảng vững chắc từ các học phần trước. Bên cạnh đó, phương pháp giảng dạy của giảng viên chưa phù hợp với phong cách học tập của sinh viên cũng có thể khiến việc tiếp thu trở nên khó khăn hơn. Khi tích tụ lâu dài, những khó khăn này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả học tập mà còn gây tâm lý lo lắng, tự ti và thiếu động lực học tập.

Với mức ĐTB = 2,48 cao thứ hai và có 46,8% sinh viên thường xuyên gặp phải là “khó tập trung chú ý”. Học tập là một quá trình đòi hỏi có sự nỗ lực cao của bản thân người học về mức độ tập trung chú ý. Điều này do nhiều nguyên nhân, cả về môi trường lẫn yếu tố cá nhân. Một trong những nguyên nhân phổ biến là áp lực học tập lớn, lịch trình dày đặc khiến họ mệt mỏi và khó duy trì sự chú ý lâu dài. Thiếu ngủ, sử dụng thiết bị điện tử quá mức, đặc biệt là mạng xã hội, cũng làm giảm khả năng tập trung. Bên cạnh đó, lo âu, căng thẳng tâm lý hoặc thiếu hứng thú với môn học cũng khiến sinh viên dễ bị xao nhãng. Việc không có phương pháp học tập hiệu quả và kỹ năng quản lý thời gian kém càng làm tình trạng mất tập trung diễn ra thường xuyên hơn.

“Chịu áp lực học tập” là biểu hiện mà sinh viên đánh giá ít gặp khó khăn nhất với ĐTB là 2,40. Điều này cũng dễ lý giải, bởi thường vào năm thứ nhất, sinh viên ngỡ ngàng khi chuyển từ việc học tại THPT lên cách học tín chỉ ở Đại học, tuy nhiên, chỉ sau năm đầu sinh viên sẽ dần thích ứng với cách học tập. Chính vì thế, việc chịu áp lực học tập chủ yếu chỉ rơi vào các sinh viên năm nhất.

3.2.3. Thực trạng biểu hiện khó khăn tâm lý liên quan đến bản thân sinh viên

Ngoài khó khăn tâm lý trong học tập hay định hướng tương lai, bản thân sinh viên cũng có nhiều yếu tố gây ra khó khăn. Một trong những khó khăn tâm lý liên quan đến bản thân sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội thường xuyên gặp phải nhất là “quyết tâm nhưng không thực hiện được quyết tâm” với ĐTB = 2,74. Xếp thứ hai, là “rất sợ mắc sai lầm” với ĐTB = 2,58. Năm biểu hiện còn lại đều nằm ở mức độ thỉnh thoảng gặp phải, trong đó xếp cuối cùng là việc có những suy nghĩ tiêu cực (ĐTB = 2,18). Kết quả cụ thể được thể hiện ở bảng 3 dưới đây.

Bảng 3. Khó khăn tâm lý liên quan đến bản thân sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Mệnh đề	Tổng thể		Mức độ (%)			
	ĐTB	ĐLC	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
Quyết tâm nhưng không thực hiện được	2,74	0,91	10	28,1	40,3	21,6
Rất sợ mắc sai lầm	2,58	0,97	14,7	32,5	32,9	19,9
Bị nhiều thú vui vô bổ lôi kéo	2,49	1,03	19	33,8	26,4	20,8
Rất dễ bị xúc động	2,47	0,98	19	31,2	33,3	16,5
Thiếu tự tin, luôn cảm thấy mình kém cỏi	2,29	0,97	22,9	38,1	25,6	13,4
Luôn buồn rầu, chán nản	2,27	0,96	23,8	37,7	26	12,5
Có những suy nghĩ tiêu cực	2,18	0,93	24,2	45	19,5	11,3
Tổng	2,43	0,44				

(Nguồn: Số liệu điều tra của nhóm tác giả)

“Quyết tâm nhưng không thực hiện được” được sinh viên cho là khó khăn nhất với mức độ sinh viên thường xuyên gặp là 40,3% và rất thường xuyên gặp là 21,6%, Điều này cho thấy nhiều sinh viên có mong muốn và ý chí để thực hiện mục tiêu học tập, nhưng lại gặp trở ngại trong quá trình thực hiện. Nguyên nhân có thể đến từ việc thiếu kỹ năng lập kế hoạch, chưa biết cách quản lý thời gian hiệu quả hoặc do ảnh hưởng từ tâm lý như căng thẳng, mất động lực, hoặc dễ bị xao nhãng bởi các yếu tố bên ngoài. Phòng vấn sâu bạn H (sinh viên năm 2, ngành Quản trị kinh doanh), bạn chia sẻ: *“Nhiều lúc cũng rất quyết tâm, nhưng sau một thời gian thì cảm thấy chán nản, lười biếng và đôi khi còn chọn sai phương pháp thực hiện nên không thể theo đuổi mục tiêu đến cùng”*.

Việc “rất sợ mắc sai lầm” xếp thứ hai với ĐTB là 2,58, ở mức độ thường xuyên. Điều này cho thấy sinh viên còn mang tâm lý lo ngại về việc mắc sai lầm khi đối diện với thử thách. Vấn đề này có thể khiến sinh viên né tránh các cơ hội học hỏi, hạn chế tham gia vào các hoạt động mới hoặc ngại đặt câu hỏi trong lớp học. Ngoài ra, mức độ căng thẳng này có thể dẫn đến những hậu quả lâu dài, có thể ảnh hưởng đến phát triển cá nhân, khả năng tư duy cũng như sáng tạo của sinh viên. Vì vậy, cần có sự hỗ trợ tâm lý thích hợp để giúp sinh viên vượt qua rào cản này.

“Có những suy nghĩ tiêu cực” (ĐTB = 2,18) được sinh viên đánh giá là biểu hiện gặp ít khó khăn nhất. Bạn K (Sinh viên năm ba, khoa Quản lý nguồn nhân lực) nói: *“Tuy ít có những suy nghĩ tiêu cực nhưng sau khi làm một việc nào đó không tốt chẳng hạn như đi thi làm bài không tốt thì lại có một vài suy nghĩ tiêu cực như hối hận về trước đó không dành nhiều thời gian học hơn”*.

3.2.4. Thực trạng biểu hiện khó khăn tâm lý trong mối quan hệ giao tiếp

Về các vấn đề khó khăn tâm lý trong mối quan hệ giao tiếp, nhìn chung đều không xảy ra thường xuyên với sinh viên, chỉ nằm ở mức độ thỉnh thoảng. Hai vấn đề mà sinh viên cho rằng gặp nhiều nhất đó là “ngại giao tiếp” và “khó khăn trong giao tiếp với giảng viên” với cùng một mức ĐTB = 2,48. Vấn đề sinh viên gặp phải ít nhất là “luôn cố tỏ ra là người nổi bật trong mọi môi giao tiếp nhưng không được chú ý”.

Bảng 4. Khó khăn tâm lý trong mối quan hệ giao tiếp của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Mệnh đề	Tổng thể		Mức độ (%)			
	ĐTB	ĐLC	Không bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
Ngại giao tiếp	2,48	1,06	21,6	30,3	26,4	21,6
Khó khăn trong giao tiếp với giảng viên	2,48	1,06	21,2	31,6	25,1	22,1
Hay giận dữ cãi nhau vô cớ với người khác	2,39	1,06	23,8	33,8	22,1	20,3
Khi trò chuyện với người khác không chủ động mở lời vì tự ti	2,37	0,98	20,3	38,1	26	15,6
Hạn chế trong việc hiểu và đáp ứng người khác	2,35	1,03	23,8	34,2	24,7	17,3
Mâu thuẫn với người thân	2,2	0,94	26,4	36,8	27,3	9,5
Không hoà đồng với bạn bè	2,06	0,97	33,8	36,8	19,5	10
Luôn cố tỏ ra là người nổi bật trong mọi mối giao tiếp nhưng không được chú ý	1,82	0,89	45	32,9	16,9	5,2
Tổng	2,27	0,49				

(Nguồn: Số liệu điều tra của nhóm tác giả)

“Ngại giao tiếp” và “Khó khăn trong giao tiếp với giảng viên” là hai biểu hiện được đánh giá là khiến sinh viên gặp khó khăn tâm lý nhiều nhất với ĐTB là 2,48. Việc ngại giao tiếp và gặp khó khăn trong tương tác với giảng viên có thể xuất phát từ sự thiếu tự tin, lo sợ bị đánh giá, hoặc lo ngại không được lắng nghe, khiến sinh viên rơi vào trạng thái cô lập và thu mình. Đặc biệt, trong môi trường đại học - nơi đòi hỏi sự chủ động trong học tập và trao đổi - việc không thể giao tiếp hiệu quả sẽ cản trở quá trình tiếp thu kiến thức, làm giảm hiệu suất học tập và dẫn đến cảm giác bế tắc. Đồng thời, mối quan hệ không tốt với giảng viên cũng có thể khiến sinh viên cảm thấy thiếu sự hỗ trợ và bị bỏ rơi trong môi trường học đường, từ đó tạo ra áp lực tâm lý kéo dài và ảnh hưởng đến sự phát triển cá nhân cũng như học thuật.

“Luôn cố tỏ ra là người nổi bật trong mọi mối giao tiếp nhưng không được chú ý” là biểu hiện được sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội đánh giá là ít gặp khó khăn nhất với ĐTB = 1,82. Điều này có ý nghĩa khẳng định, sinh viên thường ở thế bị động trong giao tiếp, khó tìm được tiếng nói chung với đối tượng giao tiếp do chưa hiểu nhau. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Thu Hà khi nghiên cứu về nhu cầu tham vấn của sinh viên trường Đại học Văn lang.

Tóm lại, sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội đều có những khó khăn tâm lý nhất định, được thể hiện ở những biểu hiện cụ thể như những khó khăn từ chính bản thân, học tập, trong giao tiếp cũng như quan hệ xã hội hay từ những định hướng tương lai. Điều này cho thấy, sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội hiện đang gặp rất nhiều khó khăn tâm lý, chính điều này gây trở ngại không nhỏ đến hoạt động học tập và sinh hoạt của các em. Chính vì thế, các giảng viên, cán bộ trong nhà trường cần phải có những giải pháp phù hợp để hạn chế các khó khăn tâm lý của các em, từ đó nâng cao chất lượng đào tạo của nhà trường.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng khó khăn tâm lý của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội là cần thiết trong bối cảnh sức khỏe tâm thần ngày càng được quan tâm. Kết quả khảo sát

cho thấy sinh viên gặp phải nhiều nhất là nhóm khó khăn trong giai đoạn chuyển tiếp, thứ hai là nhóm khó khăn trong học tập, thứ ba là nhóm khó khăn liên quan đến bản thân sinh viên và thấp nhất là khó khăn về mối quan hệ giao tiếp. Kết quả nghiên cứu không chỉ giúp nhà trường nhận diện kịp thời những vấn đề sinh viên đang đối mặt để đưa ra giải pháp hỗ trợ phù hợp, mà còn góp phần nâng cao chất lượng đào tạo và hiệu quả học tập của sinh viên. Đồng thời, nghiên cứu cũng mang lại giá trị thực tiễn cho công tác đào tạo tại các cơ sở giáo dục đại học khác.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như phạm vi khảo sát chỉ tập trung vào 6/15 chuyên ngành và chủ yếu sử dụng ba phương pháp: bảng hỏi, phỏng vấn sâu, và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê. Điều này khiến kết quả chưa thực sự đại diện và chuyên sâu. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo nên mở rộng đối tượng khảo sát, đa dạng hóa phương pháp nghiên cứu để nâng cao tính toàn diện và độ tin cậy của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashley Mowreader (2024). *Experts weigh in on college student mental health crisis*. Inside Higher Ed.
2. Bùi Hiền (2001). *Từ điển Giáo dục học*. NXB Từ điển Bách khoa, tr.71.
3. Bùi Thị Ngọc Thoa (2020). Nhu cầu tham vấn tâm lý của sinh viên trường Đại học Lâm nghiệp. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Lâm nghiệp*, số 5, 169-178.
4. Dunn, L. B., et al. (2019). "Financial stress and its impact on first-year students' college experiences." *Journal of College Student Development*, 60(1), 71-87.
5. Đào Thị Ngoãn và cộng sự (2025). Thực trạng tâm lý của sinh viên năm thứ tư trường đại học y hà nội năm học 2023 - 2024. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 187 (02), 296-304.
6. Harmony Health (2024). *College Student Mental Health Statistics*. Harmony Health It.
7. Hyseni Duraku Z, Davis H, Arënliu A, Uka F and Behluli V (2024) Overcoming mental health challenges in higher education: a narrative review. *Front. Psychol.*
8. Lê Hồng Hoài Linh và cộng sự (2024). Rối loạn lo âu, trầm cảm và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của sinh viên Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 181(8), 140-148.
9. Ngô Thị Tâm (2024). Rối loạn tâm lý ở sinh viên khối ngành sức khỏe trường đại học đại nam và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 65 (4), 222-228.
10. Nguyễn Đức Tri (2024). Tình trạng sức khỏe tâm lý và thể chất của sinh viên một số trường đại học ở hà nội. *Tạp chí Tâm lý - Giáo dục*, 31(1), 90-91.
11. Nguyễn Thị Hà (2021), Một số khó khăn tâm lý và nhu cầu sử dụng dịch vụ tham vấn tâm lý của sinh viên trường Đại học thủ đô Hà Nội. *Tạp chí Dạy và Học ngày nay*, kì 1-6/2021, 46-48.
12. Nguyễn Thị Thiên Kim, (2007), Khó khăn tâm lý trong hoạt động học tập của sinh viên năm nhất trường đại học Sư phạm thành phố Hồ Chí Minh, *Luận văn thạc sỹ*, Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh
13. Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2012). *Luật Giáo dục Đại học*. NXB Chính trị Quốc gia - Sự thật.
14. World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.

HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG MÔ HÌNH CÂU LẠC BỘ HỖ TRỢ BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 5

Lê Đàm Thu Huệ¹

Tóm tắt: Nghiên cứu tập trung khảo sát và phân tích hoạt động công tác xã hội trong mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tại Khoa Thần kinh - Tâm thần, Bệnh viện Quân y 5, nhằm đánh giá hiệu quả, nhận diện khó khăn và đề xuất giải pháp nâng cao tính bền vững trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Khảo sát được thực hiện từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2025, bằng phương pháp định tính và định lượng: khảo sát 50 bệnh nhân tham gia CLB, phỏng vấn sâu 5 cán Bộ Y tế và 5 nhân viên công tác xã hội.

Kết quả cho thấy công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong tổ chức sinh hoạt nhóm, tư vấn tâm lý, giáo dục kỹ năng sống, góp phần cải thiện tâm trạng, khả năng giao tiếp và sự hợp tác điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra một số hạn chế như: đội ngũ nhân sự còn thiếu và chưa chuyên sâu về công tác xã hội và sức khỏe tâm thần; cơ sở vật chất chưa đảm bảo; sự phối hợp liên ngành còn rời rạc.

Nghiên cứu đề xuất nâng cao năng lực chuyên môn cho nhân viên công tác xã hội, chuẩn hóa quy trình hoạt động CLB, tăng cường đầu tư nguồn lực và mở rộng mô hình tới các cơ sở y tế trong quân đội và dân sự, qua đó khẳng định vai trò thiết yếu của công tác xã hội trong phục hồi tâm lý - xã hội.

TỪ KHÓA: Công tác xã hội; bệnh nhân tâm thần; mô hình câu lạc bộ; phục hồi tâm lý - xã hội; bệnh viện quân y; sức khỏe tâm thần; hỗ trợ nhóm.

SOCIAL WORK ACTIVITIES IN THE CLUB MODEL FOR SUPPORTING MENTAL HEALTH PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 5

Abstract: This study focuses on assessing and analyzing social work practices within the patient support Club (CLB) model at the Neurology - Psychiatry Department of Military Hospital 5. The main objectives are to evaluate the effectiveness of the model, identify existing challenges, and propose solutions to enhance its sustainability and impact in mental health care within hospital settings. The research was conducted from February to April 2025, using both quantitative and qualitative methods: a survey of 50 participating patients and in-depth interviews with 5 healthcare professionals and 5 social workers directly involved in the program.

Findings indicate that social work plays a central role in organizing group activities, providing psychological support, individual counseling, and life skills education-contributing significantly to improved mood, communication, and treatment cooperation among patients. However, the study also reveals several limitations, such as a shortage of trained social work personnel, lack of specialized knowledge in mental health, inadequate infrastructure for club activities, and weak intersectoral collaboration.

Based on these findings, the study proposes several solutions, including enhancing the professional capacity of social workers-particularly in the field of mental health, standardizing club operations, increasing financial and human resource investment, and promoting intersectoral coordination. It also recommends expanding the model to other military and civilian healthcare facilities. The research highlights the vital role of social work in mental health care and provides practical evidence to support policy development and psychosocial rehabilitation programs.

KEYWORDS: Social work; psychiatric patients; club model; psychosocial rehabilitation; military hospital; mental health; group support.

1. GIỚI THIỆU

Sức khỏe tâm thần đang trở thành một trong những thách thức y tế và xã hội quan trọng của thế kỷ XXI. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đến năm 2030, các rối loạn tâm thần - đặc biệt là trầm cảm và rối loạn lo âu - sẽ trở thành nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh

¹ HVCH Trường ĐH Lao động - Xã hội.

tật toàn cầu. Tại Việt Nam, Bộ Y tế ước tính có khoảng 15-20% dân số gặp vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần, tuy nhiên, tỷ lệ người được phát hiện và điều trị kịp thời vẫn còn rất thấp. Đáng chú ý, phần lớn người bệnh không chỉ phải đối mặt với các rối loạn tâm lý mà còn chịu sự kỳ thị xã hội, bị cô lập và thiếu cơ hội hòa nhập cộng đồng.

Trong bối cảnh đó, công tác xã hội đóng vai trò then chốt trong việc tiếp cận, hỗ trợ và phục hồi tâm lý - xã hội cho người bệnh tâm thần. Tại các cơ sở y tế, đặc biệt là bệnh viện, công tác xã hội không chỉ dừng lại ở hỗ trợ cá nhân mà còn mở rộng sang hình thức can thiệp nhóm - điển hình là mô hình câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần. Đây là không gian mang tính trị liệu và phục hồi, nơi người bệnh được chia sẻ, học hỏi kỹ năng sống, rèn luyện khả năng tương tác xã hội và nâng cao tinh thần.

Bệnh viện Quân y 5 - một trong những đơn vị y tế có hoạt động điều trị bệnh tâm thần lâu năm trong quân đội - đã triển khai mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân khoa Thần kinh - Tâm thần như một phần của hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn còn rất ít nghiên cứu chuyên sâu đánh giá hiệu quả, những đóng góp cũng như khó khăn trong triển khai mô hình này, nhất là dưới góc nhìn của chuyên ngành công tác xã hội.

Trên cơ sở đó, bài viết tập trung làm rõ:

- (1) Thực trạng hoạt động công tác xã hội trong mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Quân y 5;
- (2) Vai trò và tác động của mô hình này đối với người bệnh;
- (3) Những hạn chế, thách thức trong quá trình thực hiện;
- (4) Các đề xuất nhằm nâng cao hiệu quả và nhân rộng mô hình tại các cơ sở y tế khác trong hệ thống quân đội và dân sự.

Về mặt lý luận, bài viết góp phần bổ sung tư liệu thực tiễn vào kho tàng nghiên cứu về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần - một lĩnh vực còn khá mới tại Việt Nam. Về mặt thực tiễn, nghiên cứu là cơ sở quan trọng để xây dựng các chương trình phục hồi tâm lý - xã hội bền vững, thân thiện và phù hợp với hoàn cảnh người bệnh, đặc biệt trong môi trường y tế quân đội.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU/ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Cơ sở lý luận

Nghiên cứu được xây dựng trên nền tảng một số lý thuyết cơ bản của ngành Công tác xã hội và tâm lý học phục hồi, nhằm lý giải vai trò, cách thức vận hành cũng như hiệu quả của hoạt động công tác xã hội trong mô hình câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại bệnh viện.

Lý thuyết công tác xã hội với cá nhân và nhóm

Lý thuyết công tác xã hội với cá nhân (casework) và nhóm (groupwork) đóng vai trò nền tảng trong việc xây dựng mối quan hệ trợ giúp giữa nhân viên công tác xã hội và người bệnh. Theo **Perlman (1957)**, quá trình trợ giúp cá nhân bao gồm các giai đoạn thiết lập quan hệ, đánh giá, can thiệp và lượng giá - giúp thân chủ nhận diện vấn đề và phát huy năng lực nội tại để thích nghi tốt hơn với môi trường xã hội.

Đối với nhóm, theo **Garvin, Gutierrez & Galinsky (2004)**, nhóm trị liệu có thể tạo điều

kiện cho sự thay đổi hành vi, cải thiện cảm xúc và tăng cường kết nối xã hội, đặc biệt hiệu quả với các đối tượng có rối loạn tâm thần nhẹ và trung bình.

Lý thuyết phục hồi chức năng tâm lý - xã hội

Lý thuyết phục hồi chức năng tâm lý - xã hội (Psychosocial Rehabilitation Theory) nhấn mạnh quá trình hỗ trợ người bệnh tâm thần không chỉ dừng lại ở việc điều trị triệu chứng, mà còn hướng tới việc phục hồi các chức năng xã hội, năng lực tự chủ và hòa nhập cộng đồng. Theo **Anthony (1993)**, mục tiêu cốt lõi của phục hồi tâm lý - xã hội là giúp người bệnh đạt được chất lượng sống tối ưu, bất chấp những hạn chế còn tồn tại do bệnh lý.

Mô hình CLB trong bệnh viện, với các hoạt động như trị liệu nhóm, giáo dục kỹ năng sống, sinh hoạt văn nghệ - thể thao... chính là những biểu hiện cụ thể của lý thuyết này trong thực tiễn công tác xã hội tại môi trường y tế.

Cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm

Cách tiếp cận này, được khởi xướng bởi Carl Rogers, cho rằng mỗi cá nhân đều có năng lực phát triển tích cực nếu được đặt trong một môi trường tin tưởng, không phán xét, và được hỗ trợ phù hợp. Trong lĩnh vực công tác xã hội y tế, đặc biệt là với bệnh nhân tâm thần, việc lấy người bệnh làm trung tâm giúp nâng cao cảm giác được tôn trọng, khuyến khích sự chủ động và cải thiện sự hợp tác trong điều trị. Đây cũng là nguyên tắc đạo đức cốt lõi trong công tác xã hội chuyên nghiệp.

Lý thuyết hệ thống (Systems Theory)

Lý thuyết hệ thống nhấn mạnh mối liên hệ giữa cá nhân và môi trường xung quanh như gia đình, cộng đồng, tổ chức y tế, xã hội và các yếu tố kinh tế - chính trị. Đối với bệnh nhân tâm thần, sức khỏe tâm thần không thể tách rời khỏi các mối quan hệ xã hội và hệ sinh thái mà họ đang sống. Việc can thiệp không chỉ hướng đến điều trị triệu chứng mà cần thiết lập lại các mối quan hệ tích cực, hỗ trợ tái hòa nhập xã hội. Mô hình câu lạc bộ là một ví dụ điển hình của tiếp cận hệ thống, trong đó hoạt động nhóm giúp người bệnh kết nối với môi trường, tạo dựng vai trò xã hội và cảm giác thuộc về.

2.2. Tổng quan tài liệu nghiên cứu

Nghiên cứu quốc tế

Công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần đã phát triển mạnh mẽ tại nhiều quốc gia phát triển, đặc biệt thông qua các mô hình hỗ trợ nhóm hoặc mô hình “nhà câu lạc bộ” (Clubhouse model).

Một trong những mô hình tiên phong là **Fountain House** được phát triển tại thành phố New York (Hoa Kỳ) từ năm 1948. Công trình nghiên cứu của **John A. Beard, Anne Propst và Dan Malamud** với tựa đề “*The Fountain House Model of Psychiatric Rehabilitation*” (1982) đã chứng minh rằng người bệnh tâm thần tham gia mô hình nhà câu lạc bộ có tỷ lệ tái nhập viện giảm, tăng khả năng tái hòa nhập xã hội, cải thiện đáng kể kỹ năng sống và tâm trạng.

Tổ chức **Clubhouse International (2013)** trong báo cáo “*Accreditation Standards and Outcomes Evaluation*”, cũng khẳng định: các mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần mang lại lợi ích toàn diện, giúp tăng cường sự phục hồi cá nhân và giảm gánh nặng cho hệ thống

chăm sóc sức khỏe.

Nghiên cứu của **Daniel Fu Keung Wong và nhóm cộng sự** tại Đại học Hồng Kông, bài báo “*Group Work Intervention for People with Chronic Mental Illness in Community Mental Health Services in Hong Kong*” (2006), đã phân tích hiệu quả của nhóm công tác xã hội trong môi trường cộng đồng và khẳng định vai trò của các hoạt động nhóm định hướng phục hồi.

Ngoài ra, **Fiona Yip** trong bài viết “*A strengths-based approach in working with persons with mental illness: Reflections from Hong Kong*” (2005) đã chỉ rõ hiệu quả của việc lấy người bệnh làm trung tâm, tôn trọng khả năng tự quyết và tăng cường vai trò chủ động của người bệnh trong mô hình nhóm.

Nghiên cứu trong nước

Tại Việt Nam, nghiên cứu về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần vẫn còn hạn chế, tuy nhiên một số công trình đã bước đầu góp phần định hình vai trò và phương pháp can thiệp của ngành nghề này.

- **Nguyễn Thị Lan** (2020), trong bài báo “*Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ phục hồi chức năng cho bệnh nhân rối loạn tâm thần phân liệt tại cộng đồng*” đăng trên *Tạp chí Công tác xã hội và Phát triển cộng đồng*, đã chỉ ra rằng nhân viên công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc tổ chức hoạt động nhóm, tư vấn, hỗ trợ gia đình và phối hợp chăm sóc lâu dài cho người bệnh.

- **Trần Văn Cường** (2021), trong nghiên cứu “*Đánh giá hiệu quả mô hình hỗ trợ nhóm cho người bệnh tâm thần tại một số tỉnh miền Bắc*” được công bố tại *Kỷ yếu Hội thảo quốc gia về công tác xã hội trong y tế*, cho thấy các nhóm hỗ trợ có tác dụng tích cực trong giảm lo âu, cải thiện hành vi giao tiếp và tăng cường tương tác xã hội của người bệnh.

- **Phạm Thị Mai** (2022), trong luận văn thạc sĩ “*Xây dựng mô hình câu lạc bộ hỗ trợ người bệnh tâm thần tại cộng đồng ở tỉnh Quảng Ngãi*”, đã đề xuất mô hình hoạt động dựa trên công tác xã hội nhóm, có sự phối hợp của chính quyền, nhân viên y tế và gia đình. Mô hình được đánh giá là phù hợp trong điều kiện nguồn lực hạn chế tại các địa phương.

Mặc dù đã có một số nghiên cứu về hoạt động công tác xã hội trong sức khỏe tâm thần, tuy nhiên phần lớn các công trình tập trung vào mô hình chăm sóc tại cộng đồng dân cư, trong khi nghiên cứu về mô hình CLB trong môi trường bệnh viện - đặc biệt là bệnh viện quân đội - vẫn còn rất ít và cần được bổ sung bằng các nghiên cứu tình huống cụ thể, có tính thực chứng và đề xuất giải pháp khả thi.

Tổng kết

Tổng quan các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy:

- Mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần là phương pháp phục hồi toàn diện, bền vững và hiệu quả.
- Công tác xã hội đóng vai trò then chốt trong tổ chức, điều phối và phát triển các hoạt động nhóm hỗ trợ tâm lý - xã hội.
- Tuy nhiên, ở Việt Nam, nghiên cứu thực tiễn về mô hình CLB tại các bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện quân y, còn thiếu hụt.

Do đó, nghiên cứu về mô hình CLB tại **Bệnh viện Quân y 5** sẽ góp phần lấp đầy khoảng

trông này, đồng thời đưa ra gợi ý thiết thực để phát triển mạng lưới dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng và trong môi trường y tế quân sự.

3. MỤC TIÊU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Mục tiêu

Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu cụ thể sau:

- a. Phân tích thực trạng hoạt động công tác xã hội trong mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tại khoa Thần kinh - Tâm thần của Bệnh viện Quân y 5, bao gồm: nội dung hoạt động, phương pháp triển khai, vai trò của nhân viên công tác xã hội và sự phối hợp liên ngành.
- b. Đánh giá tác động của mô hình CLB đến quá trình phục hồi tâm lý - xã hội của bệnh nhân, đặc biệt là sự cải thiện về tinh thần, thái độ hợp tác điều trị và kỹ năng giao tiếp xã hội.
- c. Xác định các khó khăn, thách thức trong quá trình tổ chức và vận hành mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại bệnh viện quân đội.
- d. Đề xuất các giải pháp khả thi nhằm nâng cao hiệu quả, tính bền vững và khả năng nhân rộng của mô hình, hướng tới phát triển mạng lưới dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng và các cơ sở y tế.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Để đạt được các mục tiêu nêu trên, nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu hỗn hợp (mixed-methods), kết hợp giữa định lượng và định tính nhằm đảm bảo tính toàn diện và sâu sắc của kết quả.

a. Phương pháp định lượng

- Công cụ: Phiếu khảo sát với bộ câu hỏi thiết kế sẵn, bao gồm các nhóm câu hỏi về: tình trạng tâm lý - xã hội, mức độ tham gia CLB, đánh giá hiệu quả hoạt động, nhu cầu và kỳ vọng của người bệnh.
- Đối tượng khảo sát: 50 bệnh nhân đang tham gia mô hình CLB hỗ trợ tại khoa Thần kinh - Tâm thần, Bệnh viện Quân y 5.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (convenience sampling), đảm bảo đa dạng về giới tính, độ tuổi và thời gian điều trị.
- Phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Excel hoặc SPSS, tập trung mô tả tần suất, tỷ lệ, so sánh trước - sau khi tham gia CLB theo một số chỉ số tâm lý - xã hội.

b. Phương pháp định tính

- Công cụ: Phỏng vấn sâu bán cấu trúc.
- Đối tượng phỏng vấn:
 - 5 nhân viên công tác xã hội trực tiếp triển khai mô hình CLB.
 - 5 cán Bộ Y tế có kinh nghiệm làm việc tại khoa Thần kinh - Tâm thần.
- Mục tiêu phỏng vấn: Làm rõ vai trò, trải nghiệm, nhận định về hiệu quả và những rào cản khi thực hiện mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần trong môi trường quân y.
- Phân tích dữ liệu định tính: Dữ liệu được ghi âm, mã hóa chủ đề và phân tích nội dung

theo hướng quy nạp để rút ra các xu hướng và khuyến nghị.

c. Quy trình thu thập dữ liệu

Định tính: Các cuộc phỏng vấn được tiến hành trực tiếp tại bệnh viện với sự đồng ý của người tham gia. Các câu hỏi phỏng vấn được thiết kế mở, nhằm thu thập thông tin về cảm nhận, ý kiến và trải nghiệm của người bệnh, nhân viên y tế và người nhà bệnh nhân.

Định lượng: Bảng hỏi được phát cho các bệnh nhân tham gia CLB, gồm các câu hỏi về sự tham gia vào các hoạt động, mức độ hài lòng, và ảnh hưởng của CLB đối với quá trình điều trị của họ.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Mô tả chung về hoạt động CLB

Mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Khoa Thần kinh - Tâm thần, Bệnh viện Quân y 5 được tổ chức định kỳ 2 tuần/lần, với thời lượng mỗi buổi từ 60-90 phút. Hoạt động diễn ra trong không gian sinh hoạt chung tại khoa, có sự hướng dẫn của nhân viên công tác xã hội và hỗ trợ từ điều dưỡng, bác sĩ chuyên khoa.

Các hoạt động cụ thể bao gồm:

- **Âm nhạc trị liệu:** Người bệnh tham gia hát tập thể, nghe nhạc thư giãn nhằm điều hòa cảm xúc và giảm lo âu. Theo lý thuyết phục hồi tâm lý - xã hội, âm nhạc là phương tiện trị liệu giàu tính cảm xúc, giúp giải tỏa căng thẳng và tạo cảm giác an toàn cho bệnh nhân.
- **Vẽ tranh sáng tạo:** Bệnh nhân sử dụng bút màu, giấy vẽ để tự do thể hiện cảm xúc nội tâm. Đây là phương pháp giúp tăng cường khả năng tự biểu đạt và khám phá bản thân - một hình thức can thiệp phi ngôn ngữ hiệu quả với bệnh nhân có khó khăn về giao tiếp.
- **Yoga và vận động nhẹ:** Các bài tập đơn giản nhằm hỗ trợ điều hòa hệ thần kinh, cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần. Một số bài tập được thiết kế phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh.
- **Giáo dục kỹ năng sống và trò chơi nhóm:** Các buổi sinh hoạt tập trung vào kỹ năng như giao tiếp, quản lý cảm xúc, làm việc nhóm... được tổ chức thông qua hình thức đồ vui, trò chơi tương tác giúp bệnh nhân tham gia tích cực hơn.

Số lượng bệnh nhân tham gia mỗi buổi dao động từ 8-12 người. Tuy nhiên, tần suất tham gia chưa đều do ảnh hưởng từ trạng thái bệnh lý không ổn định, thời khóa biểu điều trị và sự e ngại ban đầu từ người bệnh.

4.2. Kết quả khảo sát định tính

4.2.1. Kết quả khảo sát định lượng

Cuộc khảo sát được tiến hành với 50 bệnh nhân tâm thần đang tham gia Câu lạc bộ (CLB) tại khoa Thần kinh - Tâm thần của Bệnh viện Quân y 5. Kết quả cho thấy:

- Giới tính: 29 người (58%) là nam, 21 người (42%) là nữ.
- Độ tuổi:
 - Từ 18-30 tuổi: 12 người (24%)

- Từ 31-50 tuổi: 26 người (52%)
- Trên 50 tuổi: 12 người (24%)
- a. Mức độ tham gia hoạt động CLB
 - 100% người bệnh được tham gia ít nhất 1 buổi sinh hoạt nhóm mỗi tuần.
 - 42 người (84%) tham gia đầy đủ các hoạt động do CLB tổ chức như: trò chơi trị liệu, vẽ tranh, chia sẻ nhóm, tập thể dục nhẹ, tư vấn tâm lý.
 - 8 người (16%) tham gia không đều do lý do sức khỏe hoặc tâm trạng không ổn định.
- b. Cảm nhận của người bệnh sau khi tham gia CLB

Tiêu chí đánh giá	Tỷ lệ đồng thuận (n = 50)
Cảm thấy thoải mái hơn sau mỗi buổi sinh hoạt	45 người (90%)
Giao tiếp cởi mở hơn với người khác	38 người (76%)
Cải thiện được kỹ năng kiểm soát cảm xúc	33 người (66%)
Có niềm tin hơn vào quá trình điều trị	41 người (82%)
Mong muốn tiếp tục tham gia CLB	47 người (94%)

- c. Một số khó khăn người bệnh gặp phải
 - 27 người (54%) cho biết còn ngại giao tiếp trong nhóm do mặc cảm bệnh tật.
 - 20 người (40%) mong muốn CLB có thêm hoạt động nghề nghiệp nhẹ như thủ công, làm đồ trang trí, v.v.
 - 35 người (70%) không biết đến khái niệm “công tác xã hội” trước khi tham gia CLB, điều này phản ánh sự thiếu nhận diện ngành nghề trong môi trường bệnh viện.

4.2.2. Kết quả phỏng vấn định tính

Phỏng vấn sâu được thực hiện với 5 nhân viên công tác xã hội và 5 cán Bộ Y tế. Qua phân tích nội dung, các chủ đề nổi bật được xác định như sau:

a. Vai trò của công tác xã hội trong mô hình CLB

“Chúng tôi không chỉ tổ chức buổi sinh hoạt mà còn phải động viên người bệnh tham gia. Có những người lúc đầu không nói một câu, sau vài tuần đã chủ động kể chuyện và còn giúp đỡ người khác.”

— NVCTXH số 2, Bệnh viện Quân y 5.

“Điều khác biệt khi có nhân viên công tác xã hội là bệnh nhân cảm thấy có người lắng nghe thật sự, không phải chỉ đến để uống thuốc rồi về.”

— Bác sĩ điều trị, khoa Thần kinh - Tâm thần.

b. Hiệu quả của mô hình CLB với người bệnh

“Trước khi có CLB, nhiều bệnh nhân không chịu hợp tác điều trị, hoặc rút lui khỏi giao tiếp. Giờ thì họ mong đến thứ Sáu để đi sinh hoạt nhóm, đó là một sự thay đổi lớn.”

— NVCTXH số 4.

“Một bệnh nhân từng có biểu hiện kích động nhiều, nhưng sau 2 tháng tham gia đều đặn CLB thì đã có thể tự kiểm soát và xin đi học nghề khi ra viện.”

— Cán bộ điều dưỡng trưởng.

c. Những khó khăn trong triển khai mô hình

“Chúng tôi chỉ có 2 nhân viên công tác xã hội mà phải chăm cả gần trăm bệnh nhân. Thiếu người, thiếu phòng sinh hoạt, nhiều khi chỉ gom lại được 10-15 người trong cùng một ca.”

— NVCTXH số 1.

“Ở bệnh viện quân y, công tác xã hội chưa được coi như một bộ phận chính thức, nên việc phối hợp liên ngành chưa ổn định. Một số bác sĩ còn chưa hiểu rõ vai trò của nhân viên CTXH.”

— Lãnh đạo khoa.

Kết quả khảo sát và phỏng vấn sâu cho thấy mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Quân y 5 là một minh chứng sinh động về vai trò và hiệu quả của công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong môi trường y tế đặc thù như quân đội.

Vai trò tích cực của công tác xã hội trong phục hồi tâm lý - xã hội

Tỷ lệ cao bệnh nhân cảm thấy thoải mái, hợp tác điều trị tốt hơn và mong muốn tiếp tục tham gia CLB (90%) cho thấy rằng các hoạt động mang tính hỗ trợ xã hội - tâm lý như trò chuyện nhóm, giáo dục kỹ năng, trị liệu nghệ thuật,... đã tạo môi trường chữa lành an toàn và hiệu quả.

Bên cạnh đó, nhiều bệnh nhân từng khép kín, lo âu, hoặc không hợp tác điều trị, nhờ sự hỗ trợ kiên trì của nhân viên công tác xã hội, đã có tiến bộ rõ rệt về mặt hành vi và cảm xúc.

Năng lực nhân viên công tác xã hội là yếu tố then chốt

Các trích dẫn phỏng vấn khẳng định tính chất “đa vai trò” của nhân viên công tác xã hội: vừa là người tổ chức, người hỗ trợ cảm xúc, người tư vấn, vừa là cầu nối giữa bệnh nhân - gia đình - đội ngũ y tế.

Tuy nhiên, kết quả cũng phản ánh một nghịch lý: dù hiệu quả thấy rõ, nhân viên công tác xã hội trong bệnh viện vẫn thiếu hụt cả về số lượng và chuyên môn chuyên sâu về sức khỏe tâm thần, đúng như phỏng vấn nêu: “2 người chăm cả gần trăm bệnh nhân”. Điều này cho thấy sự cần thiết của chính sách tăng cường đào tạo chuyên ngành và định vị rõ vai trò công tác xã hội trong hệ thống y tế quân y.

Mô hình CLB còn thiếu sự phối hợp liên ngành và nguồn lực

Việc thiếu sự phối hợp ổn định giữa các bộ phận y tế và công tác xã hội - như phản ánh của lãnh đạo khoa và bác sĩ - chính là rào cản lớn trong duy trì hiệu quả mô hình. Mặc dù mô hình CLB có nhiều điểm tương đồng với thực hành liên ngành (interdisciplinary practice), tuy nhiên trong thực tế, CLB tại Bệnh viện Quân y 5 vẫn hoạt động chủ yếu nhờ nỗ lực cá nhân và nhóm nhỏ, thiếu một cơ chế phối hợp hệ thống.

Ngoài ra, sự hạn chế về cơ sở vật chất (thiếu phòng, thiếu dụng cụ hoạt động nhóm, tài liệu...) cho thấy vai trò của quản lý và chính sách bệnh viện vẫn còn yếu. Sự đầu tư đúng mức vào công tác xã hội trong bệnh viện có thể giúp giảm tải điều trị nội trú, giảm tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân tâm thần.

Như vậy, từ những số liệu định lượng và các dẫn chứng định tính, có thể khẳng định rằng:

- Công tác xã hội đóng vai trò trung tâm trong mô hình hỗ trợ nhóm bệnh nhân tâm thần, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tinh thần và phục hồi xã hội.
- Mô hình CLB tại Bệnh viện Quân y 5 có tính thực tiễn và khả năng nhân rộng cao, đặc biệt nếu được cải thiện về mặt nhân sự, cơ sở vật chất và chính sách hỗ trợ.
- Tuy nhiên, cần hoàn thiện cơ chế phối hợp liên ngành, tăng cường đào tạo chuyên sâu, và xây dựng quy trình chuẩn hóa để đảm bảo hiệu quả và bền vững lâu dài cho mô hình.

4.4. Liên hệ với các nghiên cứu trước

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 5 đã khẳng định vai trò thiết yếu của mô hình Câu lạc bộ (CLB) trong phục hồi tâm lý - xã hội cho bệnh nhân tâm thần, đồng thời góp phần củng cố và làm phong phú thêm hệ thống bằng chứng thực tiễn từ các công trình trong và ngoài nước.

a. So sánh với các nghiên cứu quốc tế

- Nghiên cứu của **John A. Beard, Anne Propst và Dan Malamud** với bài viết “*The Fountain House Model of Psychiatric Rehabilitation*” (1982) đã khẳng định người bệnh tham gia mô hình “nhà câu lạc bộ” tại Hoa Kỳ có sự tiến bộ rõ rệt về mặt cảm xúc, hành vi và kỹ năng xã hội, đồng thời giảm tỷ lệ tái nhập viện. Mô hình tại Bệnh viện Quân y 5, với 80% bệnh nhân báo cáo cải thiện tâm trạng, phản ánh xu hướng tương tự, dù điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực còn hạn chế.

- Trong bài viết “*Group Work Intervention for People with Chronic Mental Illness in Community Mental Health Services in Hong Kong*” (2006), Daniel Fu Keung Wong và cộng sự đã phân tích hiệu quả của nhóm công tác xã hội với bệnh nhân tâm thần mãn tính tại môi trường cộng đồng. Kết quả của họ tương đồng với nghiên cứu này, đặc biệt ở khía cạnh cải thiện khả năng giao tiếp và giảm cảm giác cô lập của người bệnh.

- Bài viết “*A Strengths-Based Approach in Working with Persons with Mental Illness: Reflections from Hong Kong*” của Fiona Yip (2005) cho thấy khi áp dụng cách tiếp cận dựa trên điểm mạnh, người bệnh cảm thấy được tôn trọng, tự tin và chủ động hơn. Điều này hoàn toàn tương ứng với phản hồi từ người bệnh tại CLB, khi họ cảm thấy “được chờ đợi” và “muốn tham gia lần tiếp theo”.

b. So sánh với các nghiên cứu trong nước

- Trong bài viết “*Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ phục hồi chức năng cho bệnh nhân rối loạn tâm thần phân liệt tại cộng đồng*” (2020), Nguyễn Thị Lan đã nhấn mạnh rằng nhân viên công tác xã hội đóng vai trò cầu nối trong việc thiết kế hoạt động nhóm và hỗ trợ người bệnh hòa nhập. Mô hình CLB tại Bệnh viện Quân y 5 tiếp tục củng cố vai trò này, với hoạt động nhóm là hình thức can thiệp chính.

- **Trần Văn Cường**, trong nghiên cứu “*Đánh giá hiệu quả mô hình hỗ trợ nhóm cho người bệnh tâm thần tại một số tỉnh miền Bắc*” (2021), cho thấy sự tham gia nhóm giúp người bệnh giảm lo âu và cải thiện hành vi xã hội. Nghiên cứu hiện tại với các con số cụ thể như 72% bệnh nhân thấy dễ chia sẻ hơn và 60% tự tin hơn khi giao tiếp đã xác nhận hiệu quả tương đồng trong môi trường quân y.

- Luận văn thạc sĩ “*Xây dựng mô hình câu lạc bộ hỗ trợ người bệnh tâm thần tại cộng*

đồng ở tỉnh Quảng Ngãi” của **Phạm Thị Mai** (2022) đề xuất cấu trúc hoạt động nhóm trong CLB cần có sự phối hợp giữa nhân viên công tác xã hội, y tế và chính quyền. Tại Bệnh viện Quân y 5, mô hình này bước đầu thể hiện tinh thần liên ngành, nhưng cũng cho thấy hạn chế về sự phối hợp ổn định - đúng như Mai đã cảnh báo về thách thức tính bền vững khi thiếu đầu tư nhân lực.

=> Tổng kết mối liên hệ

Nhìn chung, các kết quả của nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 5 không chỉ xác nhận mà còn **mở rộng phạm vi ứng dụng** của các kết luận trong nghiên cứu trước. Từ đó, nghiên cứu này đóng vai trò bổ sung quan trọng vào **kho tư liệu thực chứng về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần tại môi trường bệnh viện quân đội**, một hướng đi vẫn còn rất mới tại Việt Nam.

4.5. Đánh giá thực trạng vấn đề nghiên cứu

a. Thành tựu đạt được

Qua khảo sát và phỏng vấn, có thể ghi nhận một số kết quả tích cực nổi bật trong quá trình triển khai mô hình CLB hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Quân y 5:

- Tăng cường kết nối xã hội và cải thiện tâm trạng bệnh nhân: 86% số bệnh nhân tham gia CLB cho biết cảm thấy thoải mái, vui vẻ hơn sau khi tham gia các buổi sinh hoạt nhóm. 72% đánh giá cao việc được trò chuyện, chia sẻ và nhận hỗ trợ tinh thần.
- Góp phần nâng cao hiệu quả điều trị: 68% bệnh nhân cho biết họ cảm thấy hợp tác hơn với bác sĩ điều trị sau khi tham gia CLB. Nhân viên y tế cũng xác nhận có sự cải thiện về hành vi, thái độ và khả năng giao tiếp của bệnh nhân.
- Khẳng định vai trò của công tác xã hội trong bệnh viện quân y: Mô hình đã giúp đội ngũ công tác xã hội thể hiện rõ vai trò hỗ trợ tâm lý, tổ chức nhóm, giáo dục kỹ năng và kết nối giữa bệnh nhân - gia đình - y tế, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả phục hồi toàn diện.

b. Những hạn chế còn tồn tại

Bên cạnh những thành tựu, nghiên cứu cũng chỉ ra một số hạn chế đang cản trở hiệu quả và tính bền vững của mô hình CLB:

- Thiếu nhân lực công tác xã hội: Hiện tại chỉ có 1-2 nhân viên công tác xã hội phụ trách một số lượng lớn bệnh nhân (trung bình 70-100 bệnh nhân/ca trực), gây quá tải và ảnh hưởng đến chất lượng hỗ trợ chuyên sâu.
- Thiếu chuyên môn sâu về sức khỏe tâm thần: Một số nhân viên công tác xã hội chưa được đào tạo chuyên ngành hoặc bồi dưỡng kỹ năng chuyên biệt về hỗ trợ bệnh nhân tâm thần, gây khó khăn trong việc tư vấn, hỗ trợ nhóm.
- Hạn chế về cơ sở vật chất, không gian sinh hoạt: Phòng sinh hoạt CLB còn chật hẹp, thiếu trang thiết bị phục vụ hoạt động nhóm như bảng, tài liệu trực quan, dụng cụ trị liệu nghệ thuật.
- Chưa có sự phối hợp liên ngành rõ ràng, hệ thống: Hoạt động của CLB hiện vẫn mang tính tự phát, chưa được tích hợp chính thức vào quy trình điều trị hay kế hoạch chăm sóc tổng thể của bệnh viện. Sự phối hợp giữa bác sĩ - điều dưỡng - công tác xã hội còn rời rạc.

c. Nguyên nhân của các hạn chế

- Nhận thức chưa đầy đủ về vai trò công tác xã hội trong bệnh viện quân y: Công tác xã hội vẫn chưa được xem là một phần chính thức và bắt buộc trong quá trình điều trị bệnh nhân tâm thần tại các bệnh viện quân đội.

- Chưa có quy định, hướng dẫn cụ thể từ cấp quản lý: Thiếu khung pháp lý và chính sách hướng dẫn triển khai mô hình CLB trong hệ thống quân y khiến việc thực hiện còn mang tính thử nghiệm, thiếu nguồn lực ổn định.

- Nguồn lực tài chính hạn chế: Do hoạt động CLB chưa được ngân sách riêng cấp hỗ trợ nên các chi phí cho hoạt động sinh hoạt, tài liệu và hỗ trợ bệnh nhân còn thiếu thốn, chủ yếu dựa vào đóng góp tình nguyện hoặc nguồn xã hội hóa.

- Thiếu cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng: Chưa có quy trình làm việc chung giữa bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên công tác xã hội, dẫn đến thiếu liên kết trong hỗ trợ toàn diện cho bệnh nhân.

d. Thảo luận

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 5 cho thấy mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần mang lại nhiều giá trị tích cực về mặt tinh thần, xã hội và tâm lý - đúng với mục tiêu của phục hồi tâm lý - xã hội hiện đại. Các hoạt động nhóm như âm nhạc trị liệu, vẽ tranh, giáo dục kỹ năng sống, trò chơi giao tiếp... không chỉ giúp người bệnh cải thiện tâm trạng, mà còn tạo điều kiện để họ hình thành lại kỹ năng xã hội và phát triển năng lực tự chủ - đây là những khía cạnh cốt lõi trong lý thuyết phục hồi chức năng tâm lý - xã hội (Anthony, 1993).

Điểm đáng lưu ý là, trong môi trường quân y - vốn có tính chất kỷ luật, quản lý chặt chẽ và tập trung vào điều trị y học - việc triển khai một mô hình lấy yếu tố xã hội làm trung tâm như CLB đã chứng minh được khả năng thích ứng và đóng góp quan trọng vào quá trình điều trị toàn diện. Sự tiến bộ của bệnh nhân về mặt tâm lý sau khi tham gia CLB khẳng định vai trò không thể thiếu của công tác xã hội trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tổng thể.

Tuy nhiên, một số hạn chế của mô hình CLB tại đây cũng phản ánh những thách thức chung mà công tác xã hội trong y tế tại Việt Nam đang gặp phải, như: thiếu nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất không đạt chuẩn, thiếu sự phối hợp liên ngành hiệu quả và chưa có hành lang pháp lý rõ ràng để bảo vệ và mở rộng các hoạt động phi y tế trong bệnh viện.

Từ góc độ lý luận, kết quả nghiên cứu đã phần nào xác tín giá trị của lý thuyết công tác xã hội nhóm và hệ thống trong môi trường lâm sàng. Cụ thể, các hoạt động CLB cho thấy khi cá nhân được tiếp cận dưới góc nhìn hệ thống - tức là xem họ trong mối tương quan với nhóm, với gia đình và cộng đồng - hiệu quả can thiệp được nâng cao rõ rệt. Mặt khác, mô hình tại Bệnh viện Quân y 5 cũng nhấn mạnh tính cần thiết của việc áp dụng tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm - một nguyên lý đạo đức trong công tác xã hội chuyên nghiệp - để bệnh nhân được tôn trọng, chủ động và có tiếng nói trong quá trình điều trị.

Một điểm đáng thảo luận nữa là tính bền vững và khả năng nhân rộng mô hình. Nếu mô hình CLB chỉ tồn tại dựa trên sự nhiệt tình cá nhân hoặc thiện chí từ phía lãnh đạo đơn vị, thì rất khó để mở rộng và duy trì dài hạn. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc xây dựng các

chính sách cụ thể trong ngành y tế - đặc biệt tại các bệnh viện quân đội - để thể chế hóa vai trò công tác xã hội và mô hình nhóm như một phần bắt buộc trong phục hồi chức năng tâm thần.

Cuối cùng, nghiên cứu cũng góp phần bổ sung dữ liệu thực chứng quan trọng cho ngành công tác xã hội tại Việt Nam - vốn còn thiếu vắng nghiên cứu định lượng và đánh giá tác động thực tiễn trong môi trường quân y. Kết quả khảo sát định lượng với tỷ lệ cụ thể từ 50 bệnh nhân và phân tích định tính từ 10 cán bộ chuyên môn là cơ sở xác đáng để các nhà hoạch định chính sách và giới chuyên môn nhìn nhận lại vai trò của mô hình CLB trong điều trị tâm thần.

5. KẾT LUẬN VÀ GIẢI PHÁP

5.1. Kết luận

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng mô hình Câu lạc bộ (CLB) hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Quân y 5 có tác động tích cực rõ rệt đến quá trình phục hồi tâm lý - xã hội của người bệnh. Mô hình này tạo ra không gian trị liệu phi y học, giúp bệnh nhân cải thiện tâm trạng, tăng cường kỹ năng giao tiếp và hợp tác điều trị, đồng thời giảm thiểu cảm giác cô lập và kỳ thị.

Các hoạt động trong CLB - như âm nhạc trị liệu, vẽ tranh sáng tạo, giáo dục kỹ năng sống và trò chơi nhóm - đã góp phần thúc đẩy sự thay đổi hành vi và cảm xúc của người bệnh, thể hiện đúng tinh thần của các lý thuyết công tác xã hội hiện đại như phục hồi chức năng tâm lý - xã hội, lý thuyết nhóm và cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm.

Tuy nhiên, mô hình vẫn còn đối mặt với nhiều thách thức như thiếu nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất chưa đáp ứng yêu cầu, hoạt động chưa ổn định, và sự phối hợp liên ngành chưa rõ ràng. Những hạn chế này có nguyên nhân sâu xa từ việc thiếu hành lang pháp lý, thiếu nhận thức hệ thống về vai trò của công tác xã hội trong bệnh viện, và thiếu đầu tư từ các cấp quản lý.

5.2. Giải pháp và khuyến nghị

Từ các kết quả nghiên cứu, nhóm tác giả đưa ra một số giải pháp và khuyến nghị nhằm nâng cao hiệu quả, tính bền vững và khả năng nhân rộng của mô hình CLB trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần:

a. Nâng cao năng lực chuyên môn cho nhân viên công tác xã hội

- Tổ chức các khóa đào tạo chuyên sâu về công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, đặc biệt là kỹ năng điều phối nhóm, trị liệu nghệ thuật, và ứng dụng lý thuyết phục hồi trong môi trường y tế.
- Bổ sung biên chế chính thức cho vị trí nhân viên công tác xã hội tại các bệnh viện, tránh tình trạng nhân viên kiêm nhiệm, thiếu chuyên môn hoặc làm việc bán thời gian.

b. Chuẩn hóa quy trình tổ chức CLB trong bệnh viện

- Xây dựng khung chương trình hoạt động CLB mang tính hệ thống, có lịch sinh hoạt định kỳ, nội dung đa dạng theo mục tiêu trị liệu rõ ràng.
- Ban hành quy trình phối hợp liên ngành (bác sĩ - điều dưỡng - nhân viên xã hội - gia đình) với phân công nhiệm vụ cụ thể, minh bạch trong theo dõi, đánh giá và điều chỉnh chương trình.

c. Cải thiện điều kiện vật chất và tài chính

- Đầu tư không gian riêng cho hoạt động CLB tại các khoa điều trị tâm thần, trang bị

các dụng cụ trị liệu (âm nhạc, mỹ thuật, vận động...).

- Phân bổ ngân sách hàng năm cho hoạt động công tác xã hội trong bệnh viện - đặc biệt đối với các hoạt động phục hồi chức năng tâm thần - dưới dạng chi thường xuyên.

d. Thúc đẩy sự công nhận thể chế

- Kiến nghị Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế ban hành văn bản hướng dẫn triển khai mô hình CLB phục hồi tâm lý - xã hội tại các bệnh viện quân y.

- Đưa mô hình CLB vào chương trình đào tạo và hướng dẫn thực hành nghề công tác xã hội lâm sàng tại các cơ sở giáo dục chuyên ngành.

e. Mở rộng mô hình

- Thí điểm nhân rộng mô hình CLB tại các bệnh viện quân y tuyến khu vực và các cơ sở y tế dân sự có khoa tâm thần, đồng thời xây dựng bộ tiêu chí đánh giá hiệu quả mô hình làm cơ sở cho cải tiến liên tục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
2. Beard, J. A., Propst, A., & Malamud, D. (1982). *The Fountain House model of psychiatric rehabilitation*. In G. R. Unger (Ed.), *Handbook on psychosocial rehabilitation* (pp. 35-47). Jossey-Bass.
3. Bộ Y tế. (2022). *Chiến lược quốc gia về sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2030*. NXB Y học.
4. Clubhouse International. (2013). *Accreditation standards and outcomes evaluation*. <https://clubhouse-intl.org/resources>
5. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). *The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation*. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>
6. Garvin, C. D., Gutierrez, L. M., & Galinsky, M. J. (Eds.). (2004). *Handbook of social work with groups*. Guilford Press.
7. Mezzina, R., Sashidharan, S. P., Rosen, A., Killaspy, H., Saraceno, B., & Puras, D. (2019). *Mental health at the crossroads: The promise of psychosocial interventions and community-based care*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4844. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244844>
8. Nguyễn Thị Hồng Lê. (2020). *Đánh giá hoạt động mô hình câu lạc bộ hỗ trợ bệnh nhân tâm thần tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội* (Luận văn thạc sĩ Công tác xã hội, Học viện Phụ nữ Việt Nam).
9. Nguyễn Thị Lan. (2020). “Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong hỗ trợ phục hồi chức năng cho bệnh nhân rối loạn tâm thần phân liệt tại cộng đồng”. *Tạp chí Công tác xã hội và Phát triển cộng đồng*, (4), 22-29.
10. Perlman, H. H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. University of Chicago Press.
11. Phạm Thị Mai. (2022). *Xây dựng mô hình câu lạc bộ hỗ trợ người bệnh tâm thần tại cộng đồng ở tỉnh Quảng Ngãi* (Luận văn thạc sĩ, Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh).
12. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.
13. Trần Văn Cường. (2021). *Đánh giá hiệu quả mô hình hỗ trợ nhóm cho người bệnh tâm thần tại một số*

tỉnh miền Bắc. *Kỷ yếu Hội thảo quốc gia về Công tác xã hội trong y tế*, 101-108.

14. Trần Văn Hùng. (2018). Hiệu quả mô hình Câu lạc bộ phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân tâm thần phân liệt tại Trung tâm Bảo trợ xã hội tỉnh X. *Tạp chí Công tác xã hội*, (14), 45-52.
15. Wong, D. F. K., Chan, K. S., & Mak, W. W. S. (2006). *Group work intervention for people with chronic mental illness in community mental health services in Hong Kong. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 597-610. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0076-3>
16. Yip, K. S. (2005). *A strengths-based approach in working with persons with mental illness: Reflections from Hong Kong. International Social Work*, 48(4), 453-462. <https://doi.org/10.1177/0020872805053466>

ẢNH HƯỞNG CỦA BÁO ĐIỆN TỬ ĐẾN CÁCH CỘNG ĐỒNG TIẾP NHẬN VÀ PHẢN ỨNG VỚI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

PGS,TS. Phạm Hương Trà¹, ThS. Lê Nguyễn Phương Thảo²

Tóm tắt: Nghiên cứu phân tích ảnh hưởng của báo điện tử đối với cách cộng đồng tiếp nhận và phản ứng với các vấn đề sức khỏe tâm thần tại Việt Nam. Sử dụng phương pháp phân tích nội dung định tính trên các bài viết từ năm cơ quan báo điện tử lớn trong giai đoạn 2022-2024, nghiên cứu nhận diện ba khung truyền thông chính: cảm xúc, đạo đức và khoa học. Kết quả cho thấy khung cảm xúc được sử dụng phổ biến, góp phần nâng cao nhận thức nhưng cũng tiềm ẩn nguy cơ củng cố định kiến. Khung đạo đức và khung khoa học, dù ít phổ biến hơn, có vai trò tích cực trong việc xây dựng thái độ thấu cảm và thúc đẩy hành vi hỗ trợ. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đề xuất xây dựng hướng dẫn biên tập an toàn, tổ chức tập huấn truyền thông khoa học và phát triển khung đạo đức truyền thông nhằm nâng cao tính nhân văn và trách nhiệm xã hội trong truyền thông về sức khỏe tâm thần.

Từ khoá: Báo điện tử, Sức khỏe tâm thần, Truyền thông đại chúng, Khung truyền thông, Nhận thức cộng đồng.

THE IMPACT OF ONLINE NEWS ON COMMUNITY PERCEPTION AND RESPONSE TO MENTAL HEALTH ISSUES

Abstract: This study analyzes the impact of online news on how communities in Vietnam perceive and respond to mental health issues. Using qualitative content analysis of articles published between 2022 and 2024 from five major online news outlets, the research identifies three dominant media framing approaches: emotional, moral, and scientific. Findings reveal that emotional framing is the most prevalent, helping raise awareness but also posing the risk of reinforcing stigma. Moral and scientific frames, though less common, play important roles in fostering empathy and encouraging supportive behaviors. Based on these findings, the study proposes the development of safety-focused editorial guidelines, scientific communication training programs, and ethical media frameworks to enhance the humanistic and socially responsible portrayal of mental health in the media.

Keywords: Online news, mental health, mass communication, media framing, community perception.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần được nhìn nhận như một thách thức lớn đối với y tế công cộng toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization, 2022), hơn 970 triệu người đang sống với các rối loạn tâm thần, trong đó trầm cảm và lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất (32). Sự gia tăng các vấn đề tâm lý, cùng với hệ lụy về kinh tế, xã hội và chất lượng sống, đặt ra nhu cầu cấp thiết trong nghiên cứu và can thiệp đa cấp độ. Tại Việt Nam, khảo sát Sức khỏe Tâm thần Vị thành niên (Vietnam Ministry of Health, 2023) cho thấy khoảng 12% thanh thiếu niên có biểu hiện rối loạn tâm lý nghiêm trọng (22). Tuy nhiên, tỷ lệ tìm kiếm hỗ trợ chuyên môn vẫn còn thấp, phản ánh hạn chế trong nhận thức cộng đồng và khả năng tiếp cận dịch vụ.

¹ Học viện Báo chí và Tuyên truyền.

² Đại học Khoa học Huế.

Trong bối cảnh đó, truyền thông đại chúng, đặc biệt là báo điện tử đóng vai trò thiết yếu trong việc định hình nhận thức xã hội. Với đặc tính lan truyền nhanh, khả năng tiếp cận rộng và tích hợp đa phương tiện, báo điện tử tạo điều kiện thuận lợi cho việc phổ biến thông tin y tế. Tuy nhiên, chính sự phổ biến này cũng đặt ra yêu cầu nghiêm ngặt về độ chính xác, đạo đức và trách nhiệm xã hội, đặc biệt với các chủ đề nhạy cảm như sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu quốc tế cho thấy cách thức đưa tin có thể góp phần củng cố định kiến tiêu cực hoặc thúc đẩy sự đồng cảm, tùy thuộc vào việc lựa chọn ngôn ngữ và khung diễn ngôn (Stuart, 2006) (10). Phân tích nội dung báo chí tại các quốc gia như Anh, Mỹ và Canada đã chỉ ra xu hướng sử dụng khuôn mẫu tiêu cực trong mô tả người mắc rối loạn tâm thần, qua đó làm gia tăng sự kỳ thị xã hội (McCrae, Flodgren, & Rutter, 2019) (7).

Tại Việt Nam, mặc dù số lượng bài viết về sức khỏe tâm thần ngày càng tăng, các nghiên cứu chuyên sâu về tác động của báo điện tử đến nhận thức và hành vi cộng đồng vẫn còn hạn chế. Đặc biệt, chưa có nhiều công trình hệ thống hóa vai trò của báo điện tử trong định hình diễn ngôn xã hội cũng như ảnh hưởng của đặc điểm nội dung số đến thái độ công chúng.

Trên cơ sở đó, bài viết *“Ảnh hưởng của báo điện tử đến cách cộng đồng tiếp nhận và phản ứng với các vấn đề sức khỏe tâm thần”* được thực hiện nhằm phân tích vai trò và cơ chế tác động của báo điện tử trong hình thành nhận thức xã hội. Bằng cách khảo sát nội dung và phương thức truyền tải của các báo điện tử tiêu biểu tại Việt Nam (VnExpress, Dân trí, Vietnamnet, Thanh Niên, Tuổi Trẻ), bài viết ứng dụng lý thuyết khung truyền thông để phân tích báo chí số trong bối cảnh Việt Nam đương đại. Kết quả kỳ vọng cung cấp cơ sở lý luận và thực tiễn nhằm hỗ trợ thiết kế nội dung truyền thông về sức khỏe tâm thần theo hướng chính xác, nhân văn và phù hợp với đặc điểm tâm lý, xã hội của công chúng.

2. MỘT SỐ LÝ LUẬN CƠ BẢN

2.1. Khái niệm sức khỏe tâm thần trong truyền thông đại chúng

Sức khỏe tâm thần được định nghĩa là trạng thái hạnh phúc trong đó cá nhân nhận thức rõ năng lực bản thân, có khả năng đối phó với căng thẳng thường nhật, làm việc hiệu quả và đóng góp tích cực cho cộng đồng (World Health Organization, 2022) (31). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng cách đưa tin của truyền thông đại chúng, đặc biệt là báo điện tử thường nhấn mạnh khía cạnh tiêu cực hoặc khai thác cảm xúc nhằm hút sự chú ý, từ đó có thể củng cố định kiến và gia tăng kỳ thị đối với người mắc rối loạn tâm thần (McCrae, Flodgren, & Rutter, 2019) (7).

McCrae và cộng sự (2019 trong nghiên cứu tại Anh, cho thấy báo chí thường lựa chọn các câu chuyện mang tính giật gân hoặc bi kịch, sử dụng ngôn ngữ cảm xúc mạnh. Phân tích 250 bài báo cho thấy hơn 60% sử dụng các từ khóa tiêu cực như “nguy hiểm”, “bạo lực” hoặc “mất kiểm soát”, qua đó góp phần hình thành hình ảnh méo mó về người bệnh tâm thần. Trong một nghiên cứu khác, Heather Stuart (2006) nhấn mạnh rằng diễn ngôn tiêu cực củng cố kỳ thị và tạo rào cản đối với việc tìm kiếm hỗ trợ và điều trị. Stuart phân tích các ví dụ từ truyền thông tại Bắc Mỹ và châu Âu, cho thấy trong khi báo chí có khả năng nâng cao nhận thức xã hội, việc nhấn mạnh các yếu tố tiêu cực có thể dẫn đến sự hiểu sai và phản ứng tiêu cực trong cộng đồng. (10).

Một khái niệm then chốt trong lĩnh vực này là kiến thức sức khỏe tâm thần của cộng đồng (mental health literacy), bao gồm khả năng nhận diện, hiểu và xử lý thông tin liên quan đến các vấn đề tâm lý cũng như năng lực tìm kiếm hỗ trợ chuyên môn. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Thi Minh Tam Ta, Duc Tien Cao, Van Phi Nguyen và cộng sự (2024) cho thấy mặc dù thông tin về sức khỏe tâm thần xuất hiện ngày càng nhiều trên truyền thông, nhận thức của công chúng vẫn còn hạn chế, đặc biệt với các rối loạn như trầm cảm và tâm thần phân liệt. Thiếu hụt kiến thức này không chỉ duy trì định kiến mà còn làm suy giảm động lực tìm kiếm hỗ trợ từ các dịch vụ chuyên môn (8). Trên cơ sở đó, việc xây dựng và triển khai các chiến lược truyền thông nhằm cải thiện kiến thức sức khỏe tâm thần trong cộng đồng đang được đề xuất như một hướng đi quan trọng, nhằm nâng cao nhận thức, điều chỉnh những nhận thức sai lệch và thúc đẩy thái độ tích cực đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần.

2.2. Lý thuyết khung truyền thông (Media Framing) và lý thuyết định hình nhận thức cộng đồng

Khung truyền thông (media framing), theo định nghĩa của Robert M. Entman (1993), là quá trình lựa chọn và nhấn mạnh một số khía cạnh cụ thể của sự kiện hoặc vấn đề nhằm định hướng cách công chúng tiếp nhận và phản ứng. Khung truyền thông vận hành thông qua bốn chức năng cơ bản: xác định vấn đề, xác lập nguyên nhân, đưa ra đánh giá và đề xuất giải pháp (5).

Trong truyền thông về sức khỏe tâm thần, ba loại khung phổ biến đã được xác định: khung đạo đức, khung cảm xúc và khung khoa học (Wiedicke & Wiedicke, 2022; O'Neil, Mikulak, Morgan, & Kendall-Taylor, 2009) (30). Khung đạo đức nhấn mạnh trách nhiệm xã hội trong việc chăm sóc người mắc rối loạn tâm thần, qua đó khuyến khích sự đồng cảm và thúc đẩy hành động nhân đạo. Khung cảm xúc tập trung vào các câu chuyện cá nhân và tình huống bi kịch nhằm kích thích sự đồng cảm, song nếu lạm dụng có thể làm suy giảm tính khách quan và vô tình củng cố định kiến xã hội. Ngược lại, khung khoa học đề cao việc truyền tải thông tin chính xác, dựa trên dữ liệu thống kê và ý kiến chuyên gia, với mục tiêu nâng cao hiểu biết cộng đồng.

Nghiên cứu của Wiedicke và Wiedicke (2022) trên 150 bài báo về trầm cảm tại châu Âu cho thấy khung cảm xúc chiếm ưu thế (50%), theo sau là khung đạo đức (30%) và khung khoa học (20%). Dù có khả năng thu hút sự chú ý, sự thiên lệch quá mức vào yếu tố cảm xúc được cho là làm suy giảm tính toàn diện của nội dung truyền thông về sức khỏe tâm thần. Từ đó, O'Neil và cộng sự (2009) đề xuất cần thiết kế nội dung truyền thông theo hướng cân bằng giữa cảm xúc, trách nhiệm xã hội và tính khoa học, vừa tạo hiệu quả truyền đạt, vừa đảm bảo độ tin cậy và chiều sâu thông tin (9). Trên nền tảng lý luận này, nghiên cứu hiện tại tập trung phân tích vai trò của báo điện tử trong việc định hình nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, đồng thời đề xuất các định hướng thiết kế nội dung phù hợp với đặc điểm văn hóa - xã hội bản địa.

2.3. Vai trò của báo điện tử trong truyền thông về sức khỏe tâm thần

Báo điện tử, với khả năng truy cập tức thời, tích hợp đa phương tiện và phạm vi tiếp cận rộng, là một thiết chế truyền thông có ảnh hưởng đáng kể trong xã hội số. Nghiên cứu của Saurav Kumar và cộng sự (2021) về phân tích cảm xúc trong tin tức trực tuyến chỉ ra rằng tốc độ lan truyền của báo điện tử góp phần định hình nhận thức cộng đồng về các vấn đề sức khỏe nhạy cảm, bao gồm cả sức khỏe tâm thần (6).

Tuy nhiên, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022) cảnh báo rằng sự lan truyền của thông tin sai lệch trên nền tảng kỹ thuật số, trong đó có báo điện tử, có thể làm suy giảm khả năng ra quyết định y tế của công chúng. Đặc biệt, khi nội dung thiếu kiểm chứng hoặc mang định kiến ngôn ngữ, truyền thông có thể vô tình gia tăng kỳ thị đối với người mắc rối loạn tâm thần. WHO khuyến nghị rằng thông tin về sức khỏe tâm thần cần được trình bày trên cơ sở khoa học, tôn trọng nhân phẩm người bệnh và tránh sử dụng ngôn ngữ gán nhãn hoặc phân biệt (31).

Từ góc độ xã hội học truyền thông, báo điện tử giữ vai trò trung gian giữa hệ thống y tế và công chúng. Việc truyền tải thông tin khoa học một cách chính xác, dễ tiếp nhận và có trách nhiệm góp phần nâng cao hiểu biết cộng đồng, giảm thiểu định kiến và thúc đẩy hành vi tìm kiếm hỗ trợ tâm lý kịp thời. Ngược lại, các nội dung thiếu định hướng chuyên môn hoặc mang khung diễn ngôn tiêu cực có thể gây nhiều loạn thông tin và tái sản xuất định kiến xã hội liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Trong hệ sinh thái truyền thông hiện đại, báo điện tử là kênh phân phối thông tin và là tác nhân định hình diễn ngôn xã hội, điều chỉnh thái độ và thúc đẩy hành vi tích cực liên quan đến sức khỏe tâm thần. Vai trò này đặt ra yêu cầu ngày càng cao đối với việc thiết kế nội dung, đòi hỏi sự kết hợp giữa tính chính xác, nhân văn và sự phù hợp với đặc điểm tâm lý - xã hội của cộng đồng.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

(1) Phân tích nội dung định tính khảo sát cấu trúc, cách thức trình bày và lựa chọn thông tin trong các bài báo điện tử về sức khỏe tâm thần, nhằm nhận diện chiều sâu ý nghĩa, đặc điểm truyền thông và khuynh hướng diễn ngôn.

Nguồn dữ liệu bao gồm 100 bài viết từ năm báo điện tử phổ biến tại Việt Nam (VnExpress, Dân trí, Vietnamnet, Thanh Niên, Tuổi Trẻ), được thu thập trong giai đoạn từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024. Tiêu chí lựa chọn tập trung vào các bài viết đề cập trực tiếp đến các vấn đề như trầm cảm, lo âu, rối loạn tâm lý và sức khỏe tâm thần cộng đồng.

(2) Phân tích khung truyền thông nhận diện các khuôn mẫu diễn ngôn chủ đạo và đánh giá cách thức báo điện tử định hình nhận thức cộng đồng. Ba loại khung được phân tích bao gồm: Khung đạo đức, khung cảm xúc và khung khoa học. Việc phân loại khung dựa trên nội dung bài viết, ngôn ngữ sử dụng và phương thức xây dựng thông điệp. Dữ liệu được xử lý bằng phương pháp so sánh định tính để phân tích sự khác biệt trong cách định hình thông tin giữa các báo điện tử.

4. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

• Đặc điểm các khung truyền thông trong báo điện tử

Dựa trên phân tích nội dung 100 bài viết từ năm cơ quan báo điện tử tiêu biểu tại Việt Nam (VnExpress, Dân trí, Vietnamnet, Thanh Niên, Tuổi Trẻ) trong giai đoạn 2021 - 2024, nghiên cứu xác định ba khung truyền thông chủ đạo được sử dụng trong truyền tải các vấn đề sức khỏe tâm thần: cảm xúc, đạo đức và khoa học. Kết quả định lượng cho thấy khung cảm xúc chiếm ưu thế với 52%, tiếp theo là khung khoa học (29%) và khung đạo đức (19%). Sự phân bố này

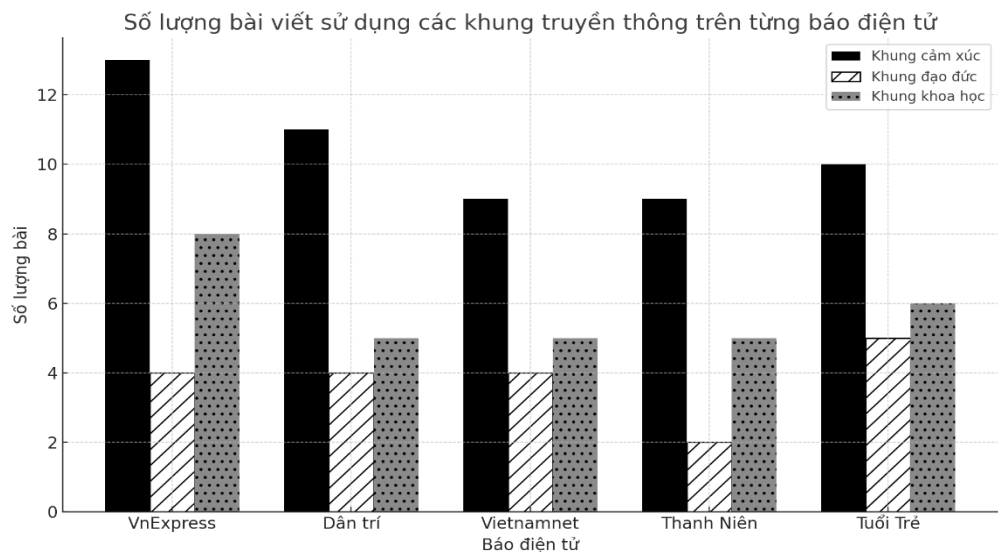
phản ánh xu hướng truyền thông đại chúng ưu tiên khai thác yếu tố cảm xúc nhằm thu hút sự quan tâm của công chúng, phù hợp với nhận định của Wiedicke và Wiedicke (2022). (Dữ liệu do tác giả thu thập và phân tích, 2025).

Khung cảm xúc thể hiện thông qua việc khai thác các câu chuyện cá nhân giàu cảm xúc, sử dụng các chi tiết bi kịch nhằm gợi lên sự đồng cảm từ độc giả. Ví dụ, tác phẩm “*Phát bệnh tâm thần bởi nỗi lo tiền bạc*” (VnExpress, 12/10/2024) mô tả một trường hợp rối loạn lo âu do áp lực tài chính kéo dài, nhấn mạnh những trải nghiệm cá nhân về bất lực và lo âu (29). Tương tự, “*Cùng người mình yêu vượt qua cơn khủng hoảng rồi loạn tâm lý*” (Dân trí, 28/02/2023) thuật lại hành trình hỗ trợ bạn đời vượt qua khủng hoảng tâm lý, nhấn mạnh các yếu tố cảm xúc gắn với trải nghiệm cá nhân hóa sâu sắc (1). Theo lý thuyết truyền thông cảm xúc (Emotional Contagion Theory) của Stuart (2006), cách tiếp cận này có thể làm gia tăng mức độ đồng cảm và tương tác của công chúng đối với nội dung truyền thông (10).

Khung đạo đức tập trung vào việc kêu gọi trách nhiệm cộng đồng trong chăm sóc và hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Bài viết “*Những lưu ý khi hỗ trợ tâm lý cho trẻ em sau thảm họa*” (Dân trí, 02/10/2023) nhấn mạnh vai trò của gia đình và nhà trường trong việc tạo dựng môi trường tâm lý an toàn (2). Tương tự, bài “*Nhiều học sinh có ý định tự tử: Đừng giết mình!*” (Vietnamnet, 15/01/2023) (24) và bài “*Cha mẹ kiểm soát, áp lực học tập..., 22% trẻ vị thành niên có vấn đề sức khỏe tâm thần*” (Tuổi Trẻ, 17/04/2024) đều kêu gọi sự quan tâm đặc biệt từ phía phụ huynh và nhà trường nhằm bảo vệ sức khỏe tâm thần của trẻ em và vị thành niên (21).

Khung khoa học tập trung vào việc cung cấp thông tin chính xác, dựa trên các bằng chứng khoa học và nguồn dữ liệu đáng tin cậy. Bài viết “*Hơn 20% trẻ vị thành niên Việt Nam gặp vấn đề sức khỏe tâm thần*” (Vietnamnet, 10/08/2023) sử dụng dữ liệu khảo sát xã hội học cùng ý kiến chuyên gia để phản ánh thực trạng sức khỏe tâm thần của thanh thiếu niên (23). Tương tự, bài “*14,1% dân số cả nước rối loạn tâm thần, khoảng trống điều trị lớn*” (Tuổi Trẻ, 28/06/2023) (16) và “*Loạn dịch vụ tư vấn điều trị trầm cảm*” (Thanh Niên, 28/04/2024) phản ánh thực trạng dịch vụ chăm sóc tâm thần dựa trên nguồn số liệu và phân tích chuyên môn (12).

Dữ liệu định lượng được thu thập từ năm cơ quan báo điện tử tiêu biểu tại Việt Nam trong giai đoạn 2021 - 2024 cho thấy mức độ áp dụng các khung không đồng nhất giữa các cơ quan báo chí: Thanh Niên 9 bài (chiếm tỉ lệ 56%) và Dân trí 11 bài (chiếm tỉ lệ 55%) sử dụng khung cảm xúc với tần suất cao nhất; trong khi đó, VnExpress 8 bài (chiếm tỉ lệ 32%) và Thanh Niên 5 bài (chiếm tỉ lệ 31%) có xu hướng nhấn mạnh khung khoa học. Khung đạo đức tuy ít phổ biến hơn nhưng được thể hiện rõ nét tại Tuổi Trẻ 5 bài (chiếm tỉ lệ 24%) và Vietnamnet 4 bài (chiếm tỉ lệ 22%). Những khác biệt này phản ánh định hướng chiến lược nội dung và quan điểm tiếp cận riêng của từng tờ báo đối với truyền thông về sức khỏe tâm thần.



Hình 1: Số lượng bài viết sử dụng các khung truyền thông trên từng báo điện tử

Nguồn: Dữ liệu do tác giả thu thập và phân tích (2025)

Mỗi khung truyền thông đảm nhiệm một chức năng chuyên biệt trong quá trình hình thành nhận thức xã hội: khung cảm xúc tạo điều kiện khơi gợi sự đồng cảm và thu hút sự chú ý; khung đạo đức hướng đến việc khuyến khích hành vi mang tính trách nhiệm xã hội; trong khi đó, khung khoa học cung cấp cơ sở tri thức chính xác, góp phần xây dựng nền tảng hiểu biết vững chắc và lâu dài trong cộng đồng. Việc phân tích sự phân bố và chức năng của các khung này cho phép nhận diện rõ hơn vai trò của truyền thông trong việc định hướng nhận thức công chúng về các vấn đề sức khỏe tâm thần.

• **Ảnh hưởng của từng khung truyền thông đến cách công chúng tiếp nhận thông tin**

Mỗi loại khung truyền thông tác động khác biệt đến thái độ và hành vi tiếp nhận thông tin sức khỏe tâm thần của công chúng:

Khung cảm xúc được ghi nhận là công cụ phổ biến nhằm gia tăng mức độ chú ý và nhận diện vấn đề trong cộng đồng, chủ yếu thông qua việc khai thác các câu chuyện cá nhân, hình ảnh gợi cảm xúc mạnh hoặc tiêu đề giàu tính biểu tượng. Ví dụ, bài báo “*Trầm cảm khi chăm người thân rối loạn tâm thần*” (VnExpress, 04/06/2024) mô tả hành trình chăm sóc về thể chất và tâm lý của anh Long đối với người vợ mắc trầm cảm, qua đó khơi gợi sự đồng cảm từ độc giả. Tuy nhiên, việc nhấn mạnh quá mức vào khía cạnh tiêu cực có thể dẫn đến việc hình thành những nhận thức phiến diện về quá trình chăm sóc (28). Tương tự, bài “*Những người trẻ đeo phải bom nổ chậm trong sức khỏe tâm lý*” (Tuổi Trẻ, 28/08/2023) sử dụng phép ẩn dụ mạnh mẽ để mô tả nguy cơ tâm lý tiềm ẩn, qua đó thu hút sự quan tâm nhưng cũng có khả năng kích thích phản ứng cảm tính nhiều hơn là phản ứng lý tính (19).

Theo nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2021), nội dung truyền thông có tính cảm xúc cao thường làm gia tăng phản ứng cảm xúc tức thời trong công chúng, tuy nhiên về lâu dài có thể làm giảm khả năng phân tích sâu sắc và duy trì hiểu biết cân bằng (6). McCrae, Flodgren và Rutter (2019) cũng ghi nhận rằng việc khai thác quá mức yếu tố bi kịch trong truyền thông về sức khỏe tâm thần có thể dẫn đến thái độ né tránh hoặc hình thành các định kiến tiêu cực trong cộng đồng (7).

Khung đạo đức dù ít phổ biến hơn, được ghi nhận có vai trò trong việc thúc đẩy sự đồng cảm và ý thức trách nhiệm xã hội. Bài “*Những hội nhóm khuyến khích người khác... tự tử: Quá nguy hiểm*” (Tuổi Trẻ, 31/10/2023) cảnh báo về tác động tiêu cực của các hội nhóm trên mạng xã hội và kêu gọi sự tham gia giám sát, hỗ trợ từ cộng đồng (20). Bài “*Mở quỹ hỗ trợ miễn phí cho người trầm cảm đang gặp khó khăn*” (Tuổi Trẻ, 13/10/2022) đề cao trách nhiệm xã hội đối với nhóm đối tượng này (15). Các nghiên cứu như của O’Neil và cộng sự (2009) đã cho thấy rằng việc kết hợp khung đạo đức với lời kêu gọi hành động cộng đồng có thể nâng cao mức độ đồng thuận và thúc đẩy hành vi hỗ trợ tích cực từ phía công chúng.

Khung khoa học đóng vai trò trong việc cung cấp các thông tin có căn cứ, góp phần hỗ trợ quá trình hình thành thái độ lý tính và giảm thiểu những quan niệm sai lệch. Bài “*Đau tim, đau bụng do rối loạn lo âu*” (Dân trí, 26/03/2024) giải thích các cơ chế sinh học dẫn đến triệu chứng thể chất do rối loạn lo âu, giúp người đọc nhận diện đúng bản chất bệnh lý (3). Bài “*Cấp cứu trầm cảm*” (Tuổi Trẻ, 21/08/2022) cung cấp hướng dẫn nhận diện và xử lý trầm cảm nặng theo tiêu chuẩn y khoa, đóng góp vào việc nâng cao năng lực can thiệp đúng đắn trong cộng đồng (14). Theo O’Neil và cộng sự (2009), việc cung cấp thông tin khoa học rõ ràng, minh bạch có khả năng củng cố hiểu biết đúng đắn và khuyến khích thái độ tích cực đối với việc tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn (9).

Tổng thể, ba khung truyền thông đều góp phần định hình nhận thức cộng đồng với mức độ và hệ quả khác nhau, cho thấy yêu cầu thiết kế nội dung cần cân bằng giữa cảm xúc, đạo đức và tính khoa học nhằm tạo ra tác động xã hội tích cực và bền vững.

• Nguyên nhân của sự mất cân đối trong sử dụng khung truyền thông

Thứ nhất, áp lực cạnh tranh trong môi trường kỹ thuật số thúc đẩy các cơ quan báo điện tử ưu tiên các yếu tố cảm xúc trong việc xây dựng nội dung. Các bài viết sử dụng khung cảm xúc có khả năng thu hút sự quan tâm của công chúng nhờ việc khai thác những câu chuyện cá nhân, tình tiết gợi xúc động hoặc tiêu đề giật gân. Ví dụ, bài “*Gần 15 triệu người Việt mắc rối loạn tâm thần, làm sao nhận biết sớm?*” (Tuổi Trẻ, 21/08/2023) không chỉ cung cấp số liệu thống kê về tỉ lệ mắc bệnh mà còn đan xen các hình ảnh đời thực của người bệnh nhằm tạo sự gắn kết cảm xúc với người đọc (18). Tương tự, bài “*Căn bệnh gây ra hàng triệu cái chết mỗi năm trên thế giới, ngày càng trẻ hóa*” (Vietnamnet, 23/10/2023) nhấn mạnh các yếu tố khẩn cấp và tỷ lệ tử vong nhằm kích thích sự tò mò và đồng cảm, qua đó có thể tăng tỷ lệ tương tác trực tuyến, vốn là chỉ số quan trọng trong cơ chế vận hành kinh tế báo chí số (25).

Thứ hai, sự thiếu vắng bộ tiêu chuẩn hướng dẫn chuyên biệt về truyền thông sức khỏe tâm thần góp phần vào tình trạng thiếu cân đối trong cách tiếp cận nội dung. Hiện nay, Việt Nam chưa ban hành khung tiêu chuẩn thống nhất về thuật ngữ, hình ảnh, và phương pháp khai thác nội dung liên quan đến lĩnh vực này. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022), nhiều quốc gia đang phát triển chưa xây dựng được tiêu chuẩn truyền thông riêng biệt cho chủ đề tâm thần học. Điều này làm gia tăng sự tùy biến trong thực hành báo chí, đặc biệt khi xử lý các chủ đề nhạy cảm như trầm cảm, tự sát hoặc rối loạn tâm thần nặng. Ví dụ, bài “*Khoảng trống chữa trị rối loạn lo âu, trầm cảm*” (Tuổi Trẻ, 30/06/2023) đồng thời cung cấp thông tin khoa học và khai thác các yếu tố bi kịch của bệnh nhân, điều này tiềm ẩn nguy cơ làm lệch trọng tâm từ chức năng giáo dục sang khơi gợi cảm xúc (17).

Thứ ba, hạn chế trong việc tiếp cận nguồn chuyên môn cũng ảnh hưởng đáng kể đến việc lựa chọn khung truyền thông. Các tác phẩm như “*Tâm lý học tham vấn và trị liệu - ngành học của thời đại*” (Tuổi Trẻ, 15/06/2022) cho thấy xu hướng tăng cường tham khảo ý kiến chuyên gia tâm lý, tuy nhiên nhìn chung, số lượng chuyên gia có khả năng phát ngôn trên phương tiện truyền thông đại chúng vẫn còn tương đối hạn chế (13). Điều này dẫn đến việc nhiều bài báo ưu tiên khai thác các câu chuyện cảm xúc thay vì tiếp cận các phân tích chuyên sâu mang tính khoa học.

Thứ tư, những hạn chế trong thực hành báo chí như thiếu sự tham vấn chuyên gia và việc sử dụng ngôn ngữ thiếu chuẩn mực cũng được ghi nhận. Ví dụ, bài “*Người sát hại nhân tình tại khách sạn bị tâm thần*” (VnExpress, 20/01/2023) tường thuật một vụ án hình sự có liên quan đến bệnh lý tâm thần nhưng không tham vấn chuyên gia tâm thần học, đồng thời tiêu đề bài báo gán kết trực tiếp trạng thái “tâm thần” với hành vi phạm tội, điều này có thể củng cố định kiến tiêu cực trong công chúng (27). Bài “*Bị chồng tâm thần dùng búa đánh vào đầu, người phụ nữ nguy kịch tính mạng*” (Vietnamnet, 30/12/2024) sử dụng thuật ngữ “chồng tâm thần” như một nhãn dán thay vì giải thích tình trạng bệnh lý (26). Tương tự, bài “*Vụ người tâm thần chém cha và anh trai tử vong: Sắp có đám cưới thì bi kịch xảy ra*” (Thanh Niên, 30/10/2023) sử dụng những từ ngữ như “*lên cơn tâm thần*”, “*thảm sát*” mà không có phân tích chuyên môn hỗ trợ (11). Bài “*Góa phụ nghèo khốn cùng nuôi 3 con tâm thần, mẹ già ốm yếu*” (Dân trí, 25/12/2024) cũng khai thác cảm xúc thương cảm mà không cung cấp thông tin y khoa chính xác về tình trạng rối loạn tâm thần (4).

Tổng hợp các phân tích trên cho thấy sự mất cân đối trong sử dụng khung truyền thông về sức khỏe tâm thần chịu tác động bởi nhiều yếu tố cấu trúc và vận hành truyền thông hiện nay. Thực trạng này gợi mở yêu cầu cần thiết đối với việc xây dựng bộ hướng dẫn biên tập chuyên biệt, tăng cường tham vấn chuyên gia trong quy trình sản xuất nội dung, cũng như đào tạo kỹ năng truyền thông khoa học cho phóng viên nhằm hướng tới một nền báo chí có trách nhiệm hơn đối với lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

5. ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CẢI THIỆN TRUYỀN THÔNG VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN TRÊN BÁO ĐIỆN TỬ

Thứ nhất, xây dựng hướng dẫn biên tập an toàn về sức khỏe tâm thần. Việc xây dựng bộ hướng dẫn biên tập an toàn về sức khỏe tâm thần có thể góp phần tiêu chuẩn hóa cách thức đưa tin, hạn chế nguy cơ củng cố kỳ thị hoặc gây tổn thương cho đối tượng được phản ánh. Các hướng dẫn này nên bao gồm các nội dung chính như:

- Sử dụng thuật ngữ chính xác, ưu tiên các cách diễn đạt trung lập và tôn trọng, ví dụ thay vì dùng cụm từ “*người tâm thần*” nên sử dụng “*người sống với rối loạn tâm thần*” để giảm thiểu định kiến ngôn ngữ.

- Mô tả hành vi bệnh lý có tham khảo chuyên gia nhằm đảm bảo tính chính xác và hạn chế giật gân hóa nội dung.

- Nguyên tắc sử dụng hình ảnh minh họa, nhấn mạnh yêu cầu tôn trọng phẩm giá và quyền riêng tư của nhân vật được phản ánh.

Các tiêu chuẩn này cần tham khảo các bộ khuyến nghị quốc tế hiện hành, như hướng dẫn truyền thông về tự sát của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022).

Thứ hai, tổ chức tập huấn kỹ năng truyền thông khoa học cho phóng viên. Để giảm thiểu sai sót trong việc tiếp cận và đưa tin về các vấn đề sức khỏe tâm thần, có thể xem xét tổ chức các chương trình tập huấn chuyên sâu cho đội ngũ phóng viên và biên tập viên. Các nội dung tập huấn cần chú trọng:

- Kỹ năng truyền tải thông tin y tế và tâm lý học một cách chính xác, dựa trên tham vấn chuyên môn.

- Kỹ năng khai thác đề tài sức khỏe tâm thần theo hướng nhân văn, không gây tổn thương nhân vật.

- Ứng dụng chuẩn mực ngôn ngữ quốc tế, đảm bảo việc sử dụng thuật ngữ, hình ảnh và nội dung phù hợp với các hướng dẫn quốc tế về truyền thông các vấn đề nhạy cảm.

Thứ ba, Xây dựng khung đạo đức truyền thông dành riêng cho lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Bên cạnh các hướng dẫn biên tập nội bộ, việc xây dựng và ban hành một khung đạo đức truyền thông chuyên biệt cho lĩnh vực sức khỏe tâm thần cũng cần được cân nhắc. Khung đạo đức này có thể bao gồm:

- Nguyên tắc tôn trọng quyền riêng tư và phẩm giá của nhân vật khi đưa tin.

- Quy chuẩn về thuật ngữ và hình ảnh minh họa, tránh sử dụng ngôn ngữ gây kỳ thị hoặc hình ảnh gợi cảm xúc tiêu cực không cần thiết.

- Định hướng trách nhiệm xã hội của báo điện tử, đặc biệt khi khai thác các chủ đề có thể tác động đến hành vi và cảm xúc của công chúng, như rối loạn tâm thần, tự sát, trầm cảm.

6. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về ảnh hưởng của báo điện tử tại Việt Nam đối với cách cộng đồng tiếp nhận và phản ứng trước các vấn đề sức khỏe tâm thần phản ánh một bức tranh truyền thông đa chiều và phức tạp. Thông qua phân tích định tính 100 bài viết từ năm cơ quan báo chí điện tử có ảnh hưởng lớn, nghiên cứu xác định sự đồng tồn tại của ba khung diễn ngôn chủ đạo: cảm xúc, đạo đức và khoa học.

Mỗi khung định hình cách tiếp cận riêng trong truyền tải thông tin, qua đó tác động khác biệt đến nhận thức và hành vi của công chúng. Khung cảm xúc có thể gia tăng sự quan tâm, nhưng nếu lạm dụng, dễ dẫn đến việc củng cố định kiến. Ngược lại, khung đạo đức và khung khoa học góp phần thúc đẩy thái độ hỗ trợ và nâng cao hiểu biết đúng đắn. Do đó, chiến lược truyền thông cần hướng đến sự cân bằng giữa ba khung, qua đó củng cố vai trò của báo chí như một thiết chế truyền thông nhân văn, tích cực và có trách nhiệm. Các giải pháp được xây dựng dựa trên thực tiễn truyền thông tại Việt Nam, đồng thời tham chiếu các nguyên tắc quốc tế về truyền thông an toàn trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

Trong bối cảnh truyền thông số liên tục biến đổi, việc nâng cao chất lượng nội dung và đạo đức nghề nghiệp trong truyền thông về sức khỏe tâm thần là điều kiện tiên quyết để xây dựng môi trường truyền thông an toàn và lành mạnh. Qua đó, góp phần thúc đẩy một xã hội hiểu biết, không kỳ thị, sẵn sàng đồng hành và hỗ trợ các cá nhân đang gặp khó khăn tâm lý, hướng tới mục tiêu chăm sóc sức khỏe tinh thần toàn diện và bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dân trí. (2023, 28 tháng 2). *Cùng người mình yêu vượt qua “con khủng hoảng” rối loạn tâm lý*. Dân trí. <https://dantri.com.vn/nhip-song-tre/cung-nguoi-minh-yeu-vuot-qua-con-khung-hoang-roi-loan-tam-ly-20230228234939021.htm>
2. Dân trí. (2023, 2 tháng 10). *Những lưu ý khi hỗ trợ tâm lý cho trẻ em sau thảm họa*. Dân trí. <https://dansinh.dantri.com.vn/dien-dan-dan-sinh/nhung-luu-y-khi-ho-tro-tam-ly-cho-tre-em-sau-tham-hoa-20231002142643000.htm>
3. Dân trí. (2024, 26 tháng 3). *Đau tim, đau bụng do rối loạn lo âu*. Dân trí. <https://dantri.com.vn/suc-khoe/dau-tim-dau-bung-do-roi-loan-lo-au-20240326230504789.htm>
4. Dân trí. (2024, 25 tháng 12). *Góa phụ nghèo khổ cùng nuôi 3 con tâm thần, mẹ già ốm yếu*. Dân trí. <https://dantri.com.vn/tam-long-nhan-ai/goa-phu-ngheo-khon-cung-nuoi-3-con-tam-than-me-gia-om-yeu-20241213160402877.htm>
5. Entman, Robert M. (1993). *Framing: Toward clarification of a fractured paradigm*. Journal of Communication, 43(4), 51-58. <https://academic.oup.com/joc/article-Abstract/43/4/51/4160153>
6. Kumar, Saurav; Jayant, Rushil; & Charagulla, Nihaar. (2021). *Sentiment analysis on the news to improve mental health*. arXiv preprint arXiv:2108.07706. <https://arxiv.org/abs/2108.07706>
7. McCrae, Nancy; Flodgren, Gerd M.; & Rutter, Deborah. (2019). *What does media say about mental health: A literature review of mass media representation of mental health in the UK*. Journal of Public Health Research, 5(3), 61. <https://www.mdpi.com/2673-5172/5/3/61>
8. Mobashery, M., Ta, T. M. T., Cao, D. T., Böge, K., Eilinghoff, L., Nguyen, V. P., Mavituna, S., Fuchs, L., Weyn-Banningh, S., Kemna, S., Bajbouj, M., & Hahn, E. (2024). *Mental health literacy and the public perception of persons with depression and schizophrenia in Vietnam*. Frontiers in Psychiatry, 15, Article 1430272. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1430272>
9. O’Neil, Moira; Mikulak, Anna; Morgan, Pamela; & Kendall-Taylor, Nathaniel. (2009). *Competing frames of mental health and mental illness: Media frames and the public understandings of child mental health as part of strategic frame analysis™*. Frameworks Institute. <https://www.frameworksinstitute.org/resources/competing-frames-of-mental-health-and-mental-illness-media-frames-and-the-public-understandings-of-child-mental-health-as-part-of-strategic-frame-analysis/>
10. Stuart, Heather. (2006). *Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness?* CNS Drugs, 20(2), 99-106. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
11. Thanh Niên. (2023, 30 tháng 10). *Vụ người tâm thần chém cha và anh trai tử vong: Sắp có đám cưới thì bị kịch xảy ra*. Thanh Niên. <https://thanhnien.vn/vu-nguoi-tam-than-chem-cha-va-anh-trai-tu-vong-sap-co-dam-cuoi-thi-bi-kich-xay-ra-185231030220200946.htm>
12. Thanh Niên. (2024, 28 tháng 4). *Loạn dịch vụ tư vấn điều trị trầm cảm*. Thanh Niên. <https://thanhnien.vn/loan-dich-vu-tu-van-dieu-tri-tram-cam-185240428192849918.htm>
13. Tuổi Trẻ. (2022, 15 tháng 6). *Tâm lý học tham vấn và trị liệu - ngành học của thời đại*. Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/tam-ly-hoc-tham-van-va-tri-lieu-nganh-hoc-cua-thoi-dai-20220610150944645.htm>
14. Tuổi Trẻ. (2022, 13 tháng 10). *Mở quỹ hỗ trợ miễn phí cho người trầm cảm đang gặp khó khăn*. Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/mo-quy-ho-tro-mien-phi-cho-nguoi-tram-cam-dang-gap-kho-khan-20221013215541129.htm>
15. Tuổi Trẻ. (2022, 21 tháng 8). *Cấp cứu trầm cảm*. Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/cap-cuu-tram-cam-20220821081725421.htm>

16. Tuổi Trẻ. (2023, 21 tháng 8). *Gần 15 triệu người Việt mắc rối loạn tâm thần, làm sao nhận biết sớm?* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/gan-15-trieu-nguoi-viet-mac-roi-loan-tam-than-lam-sao-nhan-biet-som-20230821104225765.htm>
17. Tuổi Trẻ. (2023, 28 tháng 6). *14,1% dân số cả nước rối loạn tâm thần, khoảng trống điều trị lớn.* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/14-1-dan-so-ca-nuoc-roi-loan-tam-than-khoang-trong-dieu-tri-lon-20230628120545628.htm>
18. Tuổi Trẻ. (2023, 28 tháng 8). *Những người trẻ đeo phải bom nổ chậm trong sức khỏe tâm lý.* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/nhung-nguoi-tre-deo-phai-bom-no-cham-trong-suc-khoe-tam-ly-20230828224220243.htm>
19. Tuổi Trẻ. (2023, 30 tháng 6). *Khoảng trống chữa trị rối loạn lo âu, trầm cảm.* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/khoang-trong-chua-tri-roi-loan-lo-au-tram-cam-769473.htm>
20. Tuổi Trẻ. (2023, 31 tháng 10). *Những hội nhóm khuyến khích người khác... tự tử: Quá nguy hiểm.* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/nhung-hoi-nhom-khuyen-khich-nguoi-khac-tu-tu-qua-nguy-hiem-20231031224630115.htm>
21. Tuổi Trẻ. (2024, 17 tháng 4). *Cha mẹ kiểm soát, áp lực học tập..., 22% trẻ vị thành niên có vấn đề sức khỏe tâm thần.* Tuổi Trẻ. <https://tuoitre.vn/cha-me-kiem-soat-ap-luc-hoc-tap-22-tre-vi-thanh-nien-co-van-de-suc-khoe-tam-than-2024041711330894.htm>
22. Vietnam Ministry of Health. (2023). *Viet Nam Adolescent Mental Health Survey (V-NAMHS)*. Queensland Centre for Mental Health Research. Retrieved from <https://qcmhr.org>
23. Vietnamnet. (2023, 10 tháng 8). *Hơn 20% trẻ vị thành niên Việt Nam gặp vấn đề sức khỏe tâm thần.* Vietnamnet. <https://vietnamnet.vn/hon-20-tre-vi-thanh-nien-viet-nam-gap-van-de-suc-khoe-tam-than-2175839.html>
24. Vietnamnet. (2023, 15 tháng 1). *Nhiều học sinh có ý định tự tử: Đừng giết mình!*. Vietnamnet. <https://vietnamnet.vn/18-hoc-sinh-thpt-tung-co-y-dinh-tu-tu-vi-cac-van-de-suc-khoe-tam-than-2105657.html>
25. Vietnamnet. (2023, 23 tháng 10). *Căn bệnh gây ra hàng triệu cái chết mỗi năm trên thế giới, ngày càng trẻ hóa.* Vietnamnet. <https://vietnamnet.vn/tram-cam-gay-ra-hang-trieu-cai-chet-moi-nam-tren-the-gioi-ngay-cang-tre-hoa-2205787.html>
26. Vietnamnet. (2024, 30 tháng 12). *Bị chồng tâm thần dùng búa đánh vào đầu, người phụ nữ nguy kịch tính mạng.* Vietnamnet. <https://vietnamnet.vn/bi-chong-tam-than-dung-bua-danh-vao-dau-nguoi-phu-nu-nguy-kich-tinh-mang-2357219.html>
27. VnExpress. (2023, 20 tháng 1). *Người sát hại nhân tình tại khách sạn 'bị tâm thần'.* VnExpress. <https://vnexpress.net/nguoi-sat-hai-nhan-tinh-tai-khach-san-bi-tam-than-4562313.html>
28. VnExpress. (2024, 4 tháng 6). *Trầm cảm khi chăm người thân rối loạn tâm thần.* VnExpress. <https://vnexpress.net/tram-cam-khi-cham-nguoi-than-roi-loan-tam-than-4753784.html>
29. VnExpress. (2024, 12 tháng 10). *Phát bệnh tâm thần bởi nỗi lo tiền bạc.* VnExpress. <https://vnexpress.net/phat-benh-tam-than-boi-noi-lo-tien-bac-4799145.html>
30. Wiedicke, Anna & Wiedicke, Kai. (2022). *Framing depression: Individual, societal, and social network perspectives*. European Journal of Health Communication, 3(3), 92-117. <https://ejhc.org/article/view/3138>
31. World Health Organization. (2022). *Infodemics and misinformation negatively affect people's health behaviours: New WHO review finds*. <https://www.who.int/europe/news/item/01-09-2022-infodemics-and-misinformation-negatively-affect-people-s-health-behaviours--new-who-review-finds>
32. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>

ĐIỀU PHỐI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI CAI NGHIỆN MA TÚY: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM TRONG TÁI HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG

Bùi Thị Phương Linh¹, TS.GVC. Lê Thị Nhung²

Tóm tắt: Tại Việt Nam, phần lớn người nghiện ma túy đang được quản lý có các mức độ rối loạn sức khỏe tâm thần, đòi hỏi các dịch vụ hỗ trợ kép, liên tục và dài hạn. Công tác xã hội giữ vai trò then chốt trong điều phối các dịch vụ y tế, tâm lý và xã hội, không chỉ tại cơ sở điều trị mà còn tại cộng đồng - nơi người nghiện cần được hỗ trợ hòa nhập, duy trì điều trị và phòng ngừa tái nghiện. Thông qua phương pháp phân tích tài liệu và nghiên cứu trường hợp (điển cứu mô hình) tại các quốc gia như Hoa Kỳ, Úc, Italia và Thụy Điển, nghiên cứu cho thấy các hệ thống hiệu quả đều có cơ chế phối hợp liên ngành rõ ràng, đội ngũ chuyên môn nhiều cấp và mạng lưới hỗ trợ cơ sở - cộng đồng chặt chẽ. Bài học kinh nghiệm nhấn mạnh vai trò trung tâm của công tác xã hội trong việc kết nối, giám sát và duy trì dịch vụ liên tục cả trong và sau quá trình điều trị. Theo đó, bài viết đề xuất các giải pháp đồng bộ hóa chính sách, phát triển đội ngũ nhân viên công tác xã hội các cấp, mở rộng hệ thống dịch vụ liên thông tại cộng đồng nhằm nâng cao hiệu quả hỗ trợ và tái hòa nhập cho người cai nghiện đối với Việt Nam.

Từ khóa: Dịch vụ công tác xã hội, điều phối, liên ngành, người nghiện ma túy, sức khỏe tâm thần, tái hòa nhập cộng đồng.

SOCIAL WORK SERVICE COORDINATION IN MENTAL HEALTH SUPPORT FOR DRUG REHABILITATION: GLOBAL PRACTICES AND IMPLICATIONS FOR VIETNAM'S COMMUNITY REINTEGRATION EFFORTS

Abstract: In Vietnam, a majority of persons with drug addiction are reported with different mental health disorders. Social work plays a pivotal role in coordinating medical, psychological, and social services, not only within treatment facilities but also in the community, where individuals require ongoing support for reintegration, treatment adherence, and relapse prevention. Through a comprehensive review of literature and case studies from selected countries (including the United States, Australia, Italy, and Sweden), this study identifies that effective systems are characterized by well-defined intersectoral coordination mechanisms, a multi-tiered professional workforce, and robust support networks at both institutional and community levels. The findings underscore the central role of social work in ensuring service continuity, monitoring, and inter-agency collaboration throughout and beyond the treatment process. For Vietnam, it is imperative to synchronize relevant policies, strengthen the capacity of social workers across all levels of practice, and expand integrated community-based service systems to enhance the effectiveness of intervention and promote sustainable reintegration for individuals recovering from drug addiction.

Keywords: Community reintegration, drug rehabilitation, intersectoral collaboration, international best practices, mental health services, social work coordination

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2023), cả nước có trên 217.000 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý, trong đó gần 60.000 người mới được phát hiện trong năm 2023. Nghiện ma túy hiện nay không chỉ là một vấn đề y tế mà còn là một hiện tượng xã hội- tâm lý phức tạp, đòi hỏi sự can thiệp toàn diện và đa ngành. Người nghiện ma túy thường bị ảnh hưởng sâu sắc đến cả thể chất, tinh thần và chức năng xã hội (Anh, 2024), có đến 50-

¹ Học viên Cao học ngành Công tác xã hội, btplinh.ctxh@gmail.com.

² Trường Đại học Lao động - Xã hội (Cơ sở II), lethinhungldxh@gmail.com, ORCID 0000-0003-0541-8361

70% đồng thời mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu, rối loạn cảm xúc hoặc rối loạn nhân cách (Nhân & Đạt, 2020; National Institute on Drug Abuse, 2020). Điều này làm gia tăng nguy cơ tái nghiện và cản trở nghiêm trọng đến khả năng tái hòa nhập cộng đồng của họ sau điều trị.

Trên thế giới, nhiều quốc gia đã triển khai thành công các mô hình điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy góp phần giúp họ phục hồi toàn diện và tái hòa nhập bền vững (Tiến, không ngày tháng; (England, Butler, & Gonzalez, 2015). Các kinh nghiệm cho thấy rằng quá trình phục hồi không thể chỉ dựa vào điều trị ngắn hạn, mà phải là một chuỗi can thiệp liên tục, cá nhân hóa, có sự đồng hành của đội ngũ liên ngành mà trong đó công tác xã hội đóng vai trò trung tâm.

Vai trò của công tác xã hội ngày càng trở nên quan trọng, đặc biệt là trong việc điều phối các dịch vụ hỗ trợ người nghiện ma túy một cách hiệu quả và phù hợp với nhu cầu cá nhân (Royall, 2024). Điều phối dịch vụ công tác xã hội không chỉ dừng lại ở việc kết nối nguồn lực, mà còn bao gồm việc đánh giá nhu cầu cụ thể, xây dựng kế hoạch can thiệp, giám sát tiến trình phục hồi và tạo điều kiện để người nghiện lấy lại năng lực cá nhân cũng như vị trí xã hội của mình. Đặc biệt, trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, lĩnh vực có tính nhạy cảm và dễ bị kỳ thị, vai trò của công tác xã hội càng trở nên thiết yếu để đảm bảo người nghiện được tiếp cận dịch vụ trong môi trường an toàn, tôn trọng và không phán xét.

Thực tiễn cho thấy công tác cai nghiện ở Việt Nam hiện vẫn chủ yếu tập trung vào giai đoạn “cắt cơn- giải độc”, ít chú trọng đến chăm sóc sức khỏe tâm thần và phục hồi toàn diện sau điều trị (Cục Phòng chống HIV/AIDS- Bộ Y tế, 2023). Việc thiếu điều phối hiệu quả giữa các dịch vụ y tế, tâm lý và xã hội khiến người nghiện sau cai dễ bị “bỏ lại phía sau”, phải tự xoay xở trong quá trình hòa nhập, đối mặt với sự kỳ thị và thiếu cơ hội việc làm, dẫn đến nguy cơ tái nghiện cao.

Việc nghiên cứu lý luận, thực tiễn và kinh nghiệm quốc tế về điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy là cần thiết. Điều này không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả công tác cai nghiện, phục hồi chức năng mà còn thúc đẩy tiến trình tái hòa nhập cộng đồng một cách bền vững, nhân văn và phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Đây không chỉ là nhiệm vụ chuyên môn của ngành công tác xã hội mà còn là trách nhiệm chung của các cấp, các ngành và toàn xã hội trong việc đảm bảo quyền được sống, được phục hồi và hòa nhập xã hội của người nghiện ma túy.

2. CƠ SỞ LÝ LUẬN NGHIÊN CỨU

2.1. Người nghiện ma túy

Đề án Đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020 của Chính phủ đã xác định: “Nghiện ma túy là bệnh mãn tính do rối loạn của não bộ, điều trị nghiện ma túy là một quá trình lâu dài, bao gồm tổng thể các can thiệp hỗ trợ về y tế, tâm lý, xã hội làm thay đổi nhận thức, hành vi nhằm giảm tác hại của nghiện ma túy và giảm tình trạng sử dụng ma túy trái phép” (Thủ tướng Chính phủ, 2013). Chương trình Mục tiêu quốc gia phòng, chống ma túy đến năm 2030 theo Nghị quyết số 163/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội tiếp tục nhấn mạnh định

hướng coi nghiện ma túy là vấn đề cần được tiếp cận toàn diện như trên. Khoản 12 Điều 2 Luật Phòng, chống ma túy năm 2021 định nghĩa: “*Người nghiện ma túy là người sử dụng chất ma túy, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần và bị lệ thuộc vào các chất này.*”

Bài viết sử dụng khái niệm người nghiện ma túy là người sử dụng chất ma túy, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần, chất kích thích và bị lệ thuộc cả về tâm thần cùng với thể chất vào các chất này. Do đó, người nghiện ma túy thường trải qua những thay đổi rõ rệt về tính cách và trạng thái tâm lý. Đặc điểm tâm lý - xã hội của người nghiện thể hiện qua xu hướng sống cô lập, hạn chế giao tiếp với gia đình và lẩn tránh sự chú ý từ cộng đồng. Họ mất dần niềm tin vào cuộc sống, suy giảm ý chí và động lực cá nhân. Những biến đổi này không chỉ dẫn đến việc mất phương hướng trong cuộc sống mà còn thúc đẩy các hành vi lệch chuẩn, vi phạm pháp luật, gây khó khăn trong quá trình tái hòa nhập cộng đồng.

Bên cạnh việc hiểu rõ vấn đề tâm lý, cũng cần xác định các nhu cầu cơ bản của người nghiện ma túy, từ đó làm nền tảng cho quá trình điều phối dịch vụ công tác xã hội. Theo tháp nhu cầu của Abraham Maslow (1943), người nghiện ma túy cũng không ngoại lệ, họ cần được hỗ trợ từ nhiều khía cạnh nhằm tái lập niềm tin vào cuộc sống và quan trọng nhất là hướng tới phục hồi sức khỏe tâm thần. Các nhu cầu chủ yếu của người nghiện ma túy gồm có:

- *Nhu cầu phục hồi sức khỏe:* Sau thời gian dài sử dụng ma túy, sức khỏe thể chất và tinh thần của người nghiện thường suy giảm nghiêm trọng. Do đó, ưu tiên hàng đầu là được chăm sóc y tế, điều trị kịp thời và phục hồi sức khỏe để trở lại trạng thái bình thường cho sinh hoạt và lao động.

- *Nhu cầu hòa nhập cộng đồng:* Người nghiện cần được yêu thương, hỗ trợ và khích lệ từ gia đình, bạn bè và cộng đồng. Sự chia sẻ và động viên này giúp họ giảm bớt cảm giác cô lập, mặc cảm tội lỗi và bị kỳ thị, đồng thời tạo nền tảng để xây dựng các mối quan hệ xã hội lành mạnh.

- *Nhu cầu về việc làm và thu nhập:* Có được một công việc ổn định, phù hợp với khả năng sẽ giúp người cai nghiện tái thiết cuộc sống và khẳng định giá trị bản thân, qua đó hỗ trợ quá trình phục hồi lâu dài.

- *Nhu cầu được tôn trọng và thể hiện bản thân:* Bên cạnh các nhu cầu cơ bản, người nghiện ma túy cũng cần được khẳng định phẩm giá, lòng tự tôn và có cơ hội phát huy năng lực cá nhân. Việc được cộng đồng công nhận, tôn trọng và giao tiếp bình đẳng không chỉ nâng cao sự tự tin mà còn giúp họ tìm lại những giá trị tích cực của cuộc sống.

Nhận diện và đáp ứng đầy đủ những nhu cầu nói trên là điều kiện tiên quyết trong quá trình điều phối dịch vụ công tác xã hội dành cho người nghiện ma túy. Chỉ khi các nhu cầu cơ bản được thỏa mãn, người nghiện ma túy mới có thể tiến tới giai đoạn phục hồi sức khỏe tâm thần, khẳng định bản thân và tái hòa nhập cộng đồng.

2.2. Lý luận điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy

Công tác xã hội với người nghiện ma túy được định nghĩa là hoạt động chuyên môn nhằm trợ giúp các cá nhân người nghiện ma túy và gia đình họ nâng cao năng lực ứng phó, giải quyết các vấn đề do nghiện ma túy gây ra và tăng cường chức năng xã hội (Nguyễn Trung Hải, 2022).

Đồng thời, công tác xã hội cũng thúc đẩy các thay đổi ở môi trường xã hội về chính sách, nguồn lực và dịch vụ để giúp người nghiện ma túy và gia đình họ giải quyết, phòng ngừa những vấn đề nảy sinh do nghiện ma túy, qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống và bảo đảm an sinh xã hội.

Theo Nghị định số 110/2024/NĐ-CP ngày 30 tháng 8 năm 2024 của Chính phủ về công tác xã hội, dịch vụ công tác xã hội là dịch vụ do tổ chức, cá nhân đủ điều kiện cung cấp hoạt động công tác xã hội thực hiện nhằm hỗ trợ giải quyết các vấn đề xã hội của cá nhân, nhóm, gia đình và cộng đồng. Điều phối là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của công tác xã hội. Trong lĩnh vực nghiện ma túy, điều phối dịch vụ công tác xã hội là một quá trình hệ thống và chuyên nghiệp bao gồm các bước chính: đánh giá nhu cầu, xây dựng kế hoạch, kết nối dịch vụ, theo dõi, giám sát, điều chỉnh kế hoạch và đánh giá kết quả. Mục tiêu là phân bổ và quản lý hiệu quả các dịch vụ cần thiết trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy, đảm bảo tính liên tục và toàn diện của quá trình hỗ trợ. Điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy giữ vai trò then chốt trong quá trình phục hồi, giúp họ vượt qua rào cản tâm lý, tăng cường động lực thay đổi và tái hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa tái nghiện.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện cần tạo dựng một môi trường an toàn, thân thiện và không phán xét để họ có thể tự nguyện chia sẻ, bộc lộ cảm xúc tiêu cực, từ đó từng bước giảm bớt mặc cảm, khôi phục lòng tự trọng và cảm nhận giá trị bản thân. Theo Yalom & Leszcz (2020), sự chân thành và chấp nhận vô điều kiện từ nhà trị liệu đóng vai trò nền tảng trong việc thiết lập mối quan hệ trị liệu hiệu quả, giúp thân chủ thoát khỏi vòng xoáy cảm xúc tiêu cực kéo dài. Bên cạnh việc ổn định cảm xúc, quá trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cần tập trung xác định những thế mạnh và nguồn lực nội tại của người nghiện nhằm tăng cường động lực thay đổi hành vi.

Do tính chất đa chiều và phức tạp của vấn đề nghiện, việc điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy không thể thực hiện đơn lẻ mà cần sự phối hợp liên ngành giữa các chuyên gia tâm lý, nhân viên xã hội, chuyên viên cai nghiện, bác sĩ tâm thần và chính gia đình thân chủ.

Tóm lại, điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy là một tiến trình mang tính hệ thống và lồng ghép, vừa mang tính trị liệu, vừa mang tính phục hồi xã hội. Việc áp dụng các phương pháp can thiệp đã được kiểm chứng, kết hợp với cách tiếp cận cá nhân hóa, đánh giá định kỳ và hỗ trợ liên ngành chính là cơ sở khoa học để nâng cao hiệu quả hỗ trợ người nghiện hướng đến một cuộc sống lành mạnh, tự chủ và tái hòa nhập cộng đồng, qua đó phòng ngừa tái nghiện một cách bền vững.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được thực hiện dựa trên hai phương pháp chính: (1) *phân tích tài liệu* và (2) *nghiên cứu trường hợp* (case study).

Trước hết, *phương pháp phân tích tài liệu* được sử dụng để thu thập và tổng hợp thông tin từ các văn bản pháp lý, tài liệu học thuật và báo cáo thực tiễn liên quan đến công tác xã hội trong lĩnh vực nghiện ma túy và sức khỏe tâm thần. Các tài liệu như luật, nghị quyết, đề

án quốc gia, tiêu chuẩn hành nghề, cũng như các nghiên cứu khoa học, sách chuyên khảo và thống kê chính thức đã được phân tích nhằm xây dựng cơ sở lý luận và đánh giá thực trạng dịch vụ hiện có.

Song song đó, *phương pháp nghiên cứu trường hợp* được triển khai để đi sâu phân tích các mô hình điều phối dịch vụ công tác xã hội tiêu biểu ở nước ngoài. Nhóm tác giả đã lựa chọn một số mô hình tại Hoa Kỳ, Úc, Italia và Thụy Điển, những quốc gia đại diện cho các cách tiếp cận đa dạng và tiên tiến, để nghiên cứu dưới dạng điển cứu.

Việc vận dụng hai phương pháp trên cho phép kết hợp góc nhìn khái quát và chiều sâu. Cụ thể, phân tích tài liệu cung cấp bức tranh tổng thể về nền tảng lý luận, chính sách và bằng chứng khoa học, giúp hình thành các luận điểm nghiên cứu vững chắc về vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy. Trong khi đó, nghiên cứu trường hợp mang lại những minh họa sinh động và cụ thể về cách thức triển khai điều phối dịch vụ công tác xã hội trong thực tiễn ở các hệ thống khác nhau. Thông qua việc đối chiếu, so sánh các trường hợp quốc tế, bài viết làm rõ những yếu tố cốt lõi dẫn đến thành công, đồng thời chỉ ra các bài học kinh nghiệm có thể áp dụng cho Việt Nam. Sự kết hợp giữa phân tích tài liệu và nghiên cứu điển cứu giúp đảm bảo rằng các đề xuất và khuyến nghị đưa ra đều có cơ sở lý luận vững vàng, được minh chứng bằng kinh nghiệm thực tiễn, qua đó tăng tính thuyết phục và phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trên thế giới, nhiều quốc gia đã triển khai hiệu quả các mô hình điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy, mang lại những kết quả tích cực trong công tác điều trị nghiện, phục hồi chức năng và tái hòa nhập cộng đồng. Việc nghiên cứu kinh nghiệm quốc tế giúp Việt Nam rút ra những bài học phù hợp để hoàn thiện hệ thống hỗ trợ người nghiện, đặc biệt trong bối cảnh tình trạng lạm dụng chất gây nghiện và các vấn đề sức khỏe tâm thần liên quan đang gia tăng.

4.1. Mô hình phục hồi toàn diện tại châu Âu

Tại Italia, Tổ chức cộng đồng San Patrignano tiếp nhận những người nghiện ma túy đang chịu nhiều tổn thương và bị gạt ra ngoài lề xã hội. Chương trình phục hồi tại đây hoàn toàn miễn phí, không bắt buộc sử dụng thuốc và người nghiện được phục hồi trong môi trường cộng đồng với dịch vụ chuỗi tuần hoàn khép kín kéo dài 3-4 năm. San Patrignano áp dụng mô hình phục hồi toàn diện, kết hợp giữa trao quyền, phát triển kỹ năng sống, giáo dục và đào tạo nghề. Quá trình tái hòa nhập được tích hợp ngay từ đầu chương trình với sự hỗ trợ của đội ngũ chuyên môn đa ngành bao gồm nhà tâm lý, bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội và tình nguyện viên.

Tại cộng đồng này, nhân viên công tác xã hội đánh giá toàn diện về tâm lý, hành vi, mức độ nghiện, hoàn cảnh xã hội và mục tiêu phục hồi của từng cá nhân. Trên cơ sở đó, nhân viên công tác xã hội làm đầu mối kết nối các dịch vụ: phối hợp chặt chẽ với các chuyên gia tâm lý, y tế, giảng viên đào tạo nghề và các nhóm hỗ trợ đồng đẳng để triển khai kế hoạch can thiệp phù hợp. Đồng thời, nhiều hoạt động nhóm được tổ chức (lao động sản xuất, sinh hoạt văn hóa, chia sẻ câu chuyện phục hồi...), kết hợp với truyền thông phòng chống tái nghiện và hướng dẫn

tự đánh giá. Những hoạt động này giúp học viên cải thiện kỹ năng giao tiếp, xây dựng trách nhiệm cá nhân và củng cố quyết tâm duy trì lối sống lành mạnh.

Tại San Patrignano, người nghiện ma túy không bị coi là bệnh nhân hay người có tiểu sử vi phạm mà được đối xử như những công dân đang trong quá trình phục hồi. Họ sinh hoạt trong môi trường tập thể đề cao trách nhiệm, lao động công ích và quyền tham gia quản lý cộng đồng. Cách tiếp cận này giúp xóa bỏ kỳ thị nội sinh bằng cách tạo điều kiện cho người nghiện tự quản lý bản thân, tự phục hồi và hỗ trợ lẫn nhau. Theo báo cáo của Triple R Project (2020), tỷ lệ tái nghiện sau 4 năm tham gia cộng đồng này thấp hơn đáng kể so với các hình thức điều trị ngắn hạn bên ngoài. Đặc biệt, có tới 70% người hoàn thành chương trình ở San Patrignano tìm được việc làm ổn định và tái hòa nhập bền vững sau khi rời cộng đồng.

Khác với San Patrignano, mô hình Basta tại Thụy Điển hoạt động như một doanh nghiệp xã hội do chính những người từng nghiện làm chủ và vận hành. Tổ chức Basta tiếp nhận người nghiện ma túy vào phục hồi trong một cộng đồng khép kín, nhưng đồng thời tổ chức sản xuất kinh doanh các dịch vụ công ích (vệ sinh công cộng, bảo trì công viên, xưởng giặt là...) và dùng lợi nhuận để tái đầu tư vào chương trình phục hồi cũng như tạo sinh kế cho chính học viên của mình.

Tại Basta, nhân viên công tác xã hội giúp từng cá nhân nhận diện vấn đề, đặt mục tiêu sống mới và định hướng lại hệ giá trị. Họ phối hợp với các trung tâm đào tạo để tổ chức dạy nghề ngay trong quá trình phục hồi tại doanh nghiệp. Nhân viên công tác xã hội cũng duy trì liên hệ, tư vấn hỗ trợ và kết nối học viên với hệ thống an sinh xã hội (bảo hiểm, hỗ trợ pháp lý, dịch vụ nhà ở) nhằm đảm bảo người nghiện nhận được mọi sự trợ giúp cần thiết. Mô hình này hướng đến thay đổi vai trò của người nghiện từ chỗ là “nạn nhân thụ động” sang “người tạo giá trị”. Học viên dần phục hồi thông qua lao động, rèn luyện trách nhiệm, phát triển năng lực làm chủ bản thân và lòng tự trọng. Doanh nghiệp xã hội trở thành môi trường thực hành kỹ năng, cải thiện kinh tế cá nhân và phòng, chống tái nghiện nhờ việc đề cao tính tự chủ và giá trị lao động.

Mô hình Basta là một ví dụ tiêu biểu cho mô hình phục hồi bền vững thông qua giải pháp kinh tế- xã hội. Người nghiện ma túy tại đây không chỉ ngừng sử dụng chất mà còn tham gia tái cấu trúc cuộc đời, giúp đỡ người khác và đóng góp xây dựng một cộng đồng tích cực (Triple R Project, 2020).

4.2. Mô hình cộng đồng tại Hoa Kỳ: Tiếp cận cá nhân hóa và điều phối liên ngành

Tại Hoa Kỳ, mô hình điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy được xây dựng trên nền tảng tiếp cận toàn diện, cá nhân hóa và dựa trên bằng chứng. Nhân viên công tác xã hội giữ vai trò then chốt trong việc kết nối các nguồn lực xã hội từ dịch vụ y tế, hỗ trợ tâm thần, tư pháp cho đến các tổ chức cộng đồng nhằm bảo đảm người nghiện nhận được hỗ trợ phù hợp trong suốt quá trình phục hồi và tái hòa nhập. Theo báo cáo của Florida State University (2023), các nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực điều trị nghiện tại Mỹ thường xuyên áp dụng những kỹ thuật can thiệp lâm sàng đã được chứng minh hiệu quả, bao gồm:

(1) *Phòng vấn tạo động lực* (Motivational Interviewing- MI): Được xem là phương pháp kích hoạt trong quá trình phục hồi, MI giúp củng cố động lực thay đổi cho người nghiện. Thông qua kỹ thuật hỏi mở, lắng nghe và phản hồi có chiến lược, nhân viên công tác xã hội dẫn dắt người nghiện tự nhận thức được lý do cần thay đổi, từ đó chấp nhận điều trị sức khỏe tâm thần và chủ động hơn trong phục hồi. Phòng vấn tạo động lực đặc biệt hữu ích với những trường hợp người nghiện còn ở giai đoạn chối bỏ vấn đề, thiếu niềm tin vào khả năng thay đổi của bản thân (hoặc phải cai nghiện trong điều kiện bắt buộc). MI bao gồm 4 giai đoạn cơ bản: *Tham gia* - thiết lập mối quan hệ; *Tập trung* - xác định hành vi cần thay đổi; *Khơi gợi* - khám phá động lực thay đổi; *Lập kế hoạch* - tạo cam kết hành động. Trong suốt quá trình này, nhân viên công tác xã hội đóng vai trò người đồng hành khuyến khích chứ không áp đặt, giúp thân chủ tự xây dựng quyết tâm và kế hoạch thay đổi của chính mình.

(2) *Liệu pháp hành vi nhận thức* (Cognitive Behavioral Therapy - CBT): Đây là liệu pháp tâm lý thường được lồng ghép trong điều trị nghiện có kèm rối loạn tâm thần, giúp người nghiện nhận diện và điều chỉnh những suy nghĩ, cảm xúc tiêu cực hoặc sai lệch, vốn có thể dẫn đến hành vi lạm dụng chất. CBT giúp thân chủ hiểu rằng việc sử dụng ma túy không phải do “thiếu ý chí” đơn thuần mà liên quan đến các mô thức suy nghĩ lệch lạc và kỹ năng đối phó kém hiệu quả. Thông qua CBT, nhân viên công tác xã hội huấn luyện người nghiện kỹ năng nhận biết “mồi lửa” gây nghiện (như tình huống, cảm xúc tiêu cực), kỹ năng thư giãn, điều chỉnh suy nghĩ tích cực và giải quyết vấn đề. Quá trình trị liệu hành vi nhận thức cũng trang bị cho người nghiện các chiến lược xử lý tình huống nguy cơ, lập kế hoạch cho những tình huống xung đột hoặc cám dỗ, nhờ đó giảm thiểu khả năng tái nghiện.

Các liệu pháp như MI và CBT không chỉ là công cụ hỗ trợ tâm lý cá nhân, mà còn là trụ cột xuyên suốt trong quá trình điều phối dịch vụ công tác xã hội hướng đến tái hòa nhập cộng đồng cho người nghiện ma túy có rối loạn tâm thần. Việc tích hợp những can thiệp lâm sàng đã được chuẩn hóa và kiểm chứng giúp đảm bảo rằng mọi bước trong kế hoạch phục hồi từ tạo động lực, trị liệu cho đến theo dõi tiến độ đều có cơ sở khoa học, gia tăng hiệu quả phối hợp liên ngành.

4.3. Hệ thống chăm sóc dựa vào cộng đồng tại Úc

Tại Úc, một điểm nhấn nổi bật trong mô hình điều phối dịch vụ là nguyên tắc “Không có cánh cửa sai” (No Wrong Door). Nguyên tắc này đảm bảo rằng người nghiện ma túy có thể tiếp cận hệ thống hỗ trợ từ bất kỳ điểm đầu nào và sẽ được hướng dẫn đến dịch vụ phù hợp nhất với nhu cầu của họ thay vì bị từ chối hoặc bị chuyển vòng quanh nhiều nơi. Báo cáo của Bộ Y tế bang New South Wales cho thấy một tỷ lệ đáng kể người nghiện ma túy tại Úc đồng thời mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần, tình trạng này được gọi là bệnh lý đồng diễn (NSW Health, 2015). Những trường hợp đồng diễn thường bị bỏ lọt khỏi hệ thống hỗ trợ nếu các dịch vụ điều trị chỉ tập trung vào một khía cạnh (ví dụ, chỉ điều trị cai nghiện mà không chữa rối loạn tâm thần, hoặc ngược lại). Vì vậy, xây dựng hệ thống chăm sóc dựa vào cộng đồng, tích hợp đa ngành và linh hoạt là xu hướng tất yếu để phục vụ nhóm đối tượng này.

Trong mô hình Úc, nhân viên công tác xã hội được bố trí tại nhiều đơn vị khác nhau (bệnh viện, trung tâm cai nghiện, phòng khám sức khỏe tâm thần, nhà tạm trú, cơ sở tư pháp, trung

tâm việc làm...). Bất kể người nghiện ma túy tiếp cận hệ thống từ “cửa” nào, họ cũng sẽ được kết nối đến dịch vụ thích hợp mà không bị từ chối hoặc bỏ rơi. Khi một thân chủ xuất hiện, nhân viên công tác xã hội đảm nhận tiếp nhận thông tin ban đầu, tiến hành đánh giá nhanh nhu cầu, rồi lập tức điều phối giới thiệu họ đến cơ sở hoặc chương trình phù hợp nhất (ví dụ, một người nghiện có vấn đề tâm thần sẽ được đưa đến cơ sở sức khỏe tâm thần, đồng thời kết nối với dịch vụ cai nghiện; một người vô gia cư sau cai sẽ được đưa vào chương trình hỗ trợ nhà ở và việc làm, kèm theo tư vấn tâm lý...). Nhân viên công tác xã hội chính là mắt xích trung tâm trong cơ chế điều phối này, đảm bảo không ai “rơi giữa các khâu” hay bị tước mất quyền lợi do hệ thống quan liêu.

Mô hình “Không có cửa sai” đề cao khả năng phản hồi nhanh và linh hoạt của hệ thống dịch vụ. Các nhân viên công tác xã hội tại cộng đồng thực hiện đồng thời nhiều vai trò rõ rệt: tiếp nhận, đánh giá đầu vào, lập kế hoạch can thiệp liên ngành, theo dõi việc điều trị và hỗ trợ tiếp nối đồng thời hỗ trợ đào tạo nghề và chuẩn bị tái hòa nhập cho thân chủ. Nhờ hệ thống tích hợp này, người nghiện ma túy được đáp ứng đúng nhu cầu mà không phải tự tìm kiếm “đúng cửa” để nhận hỗ trợ. Họ được chăm sóc liên tục, qua đó giảm tỷ lệ bỏ dở điều trị, cải thiện tỷ lệ phục hồi và giảm nguy cơ tái nghiện. Mô hình cũng giúp giảm thiểu chi phí xã hội bằng cách ngăn ngừa các hậu quả như tái nhập viện, tái phạm tội, vô gia cư và thất nghiệp ở người nghiện sau cai. Quan trọng hơn, nó thúc đẩy công bằng xã hội khi người nghiện ma túy có thể tiếp cận dịch vụ bất kể xuất phát điểm, địa vị hay tình trạng bệnh lý của họ.

Nhìn chung, các mô hình quốc tế trên đều triển khai hiệu quả quy trình điều phối dịch vụ công tác xã hội gồm những bước liên hoàn: đánh giá nhu cầu, xây dựng kế hoạch can thiệp, kết nối dịch vụ, theo dõi - giám sát, điều chỉnh kế hoạch và đánh giá kết quả. Việc thực hiện đầy đủ các bước này giúp đảm bảo người nghiện ma túy được hỗ trợ một cách toàn diện và liên tục trong suốt quá trình phục hồi. Chẳng hạn, đánh giá nhu cầu kỹ lưỡng cho phép xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa sát với hoàn cảnh mỗi người (như tại Italia và Thụy Điển, nhân viên công tác xã hội đều tiến hành thẩm định ban đầu rất chi tiết); kết nối dịch vụ hiệu quả bảo đảm thân chủ tiếp cận đầy đủ mọi nguồn lực hỗ trợ cần thiết (nguyên tắc “Không có cửa sai” ở Úc giúp không ai bị bỏ sót trong hệ thống); theo dõi, giám sát chặt chẽ đi kèm điều chỉnh linh hoạt kế hoạch giúp ứng phó kịp thời với những biến chuyển trong quá trình phục hồi (nhân viên công tác xã hội tại Thụy Điển luôn duy trì liên hệ thường xuyên với thân chủ, còn hệ thống Úc có cơ chế phản hồi nhanh giữa các dịch vụ); cuối cùng, đánh giá kết quả định kỳ cung cấp thước đo thực chứng về hiệu quả can thiệp (ví dụ, tại San Patrignano-Italia, tỷ lệ tái nghiện thấp và 70% người hoàn thành chương trình có việc làm ổn định). Những minh chứng từ thực tiễn quốc tế này khẳng định vai trò cốt lõi của điều phối dịch vụ công tác xã hội trong việc đảm bảo sự phối hợp liên tục giữa các dịch vụ, qua đó tối ưu hóa hiệu quả phục hồi cho người nghiện ma túy.

Bảng 1. Tóm tắt các mô hình điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần người cai nghiện ma túy tại một số quốc gia

Quốc gia	Mô hình tiêu biểu	Đánh giá nhu cầu	Xây dựng kế hoạch	Kết nối dịch vụ	Theo dõi, giám sát	Hiệu quả nổi bật
Hoa Kỳ	Assertive Community Treatment (ACT)	Đánh giá cá nhân đa chiều bởi nhóm đa ngành	Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa, có sự tham gia của bệnh nhân	Điều phối viên ACT kết nối với bệnh viện, nhà ở, việc làm	Thăm gặp định kỳ, theo dõi hồ sơ điện tử	Giảm tỉ lệ tái phát, tăng thời gian điều trị liên tục
Úc	Partners in Recovery (PIR)	Sử dụng công cụ đo lường sức khỏe tâm thần (K10, WHO-DAS)	Kế hoạch đa dịch vụ phối hợp giữa y tế và xã hội	Người điều phối kết nối dịch vụ từ cộng đồng và chính phủ	Báo cáo tiến độ định kỳ, hỗ trợ cá nhân liên tục	Cải thiện chất lượng sống, giảm gánh nặng tâm thần
Italia	Progetto Uomo-CeIS	Phỏng vấn ban đầu, bảng hỏi tâm lý - xã hội	Kế hoạch trị liệu toàn diện dựa trên nhu cầu tâm lý - xã hội	Liên kết trung tâm phục hồi- y tế- gia đình- tư pháp	Giám sát bởi nhóm trị liệu, điều chỉnh linh hoạt	Tăng khả năng tái hòa nhập cộng đồng, giảm lệ thuộc
Thụy Điển	Integrated Dual Diagnosis Treatment	Phân tích lâm sàng và xã hội do đội ngũ phối hợp thực hiện	Kế hoạch phối hợp y tế- công tác xã hội cá nhân hóa	Tích hợp các dịch vụ y tế, xã hội và lao động vào hệ thống đồng bộ	Giám sát tiến trình bởi điều phối viên liên ngành	Nâng cao hiệu quả điều trị đồng thời rối loạn tâm thần- cai nghiện

Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp, 2025

5. BÀN LUẬN BÀI HỌC KINH NGHIỆM VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP VỚI VIỆT NAM

Trong bối cảnh Việt Nam đang đối mặt với tình trạng nghiện ma túy ngày càng phức tạp, cùng với tỷ lệ cao người nghiện có rối loạn sức khỏe tâm thần đồng diễn, việc tiếp thu các kinh nghiệm quốc tế về điều phối dịch vụ công tác xã hội là hết sức cần thiết và cấp bách. Từ các mô hình thành công đã phân tích, có thể rút ra những định hướng chủ yếu giúp Việt Nam xây dựng một hệ thống điều phối dịch vụ công tác xã hội liên ngành, linh hoạt và hiệu quả hơn, nhằm hỗ trợ người nghiện phục hồi toàn diện và tái hòa nhập cộng đồng bền vững:

Thứ nhất, chú trọng thực hiện đánh giá nhu cầu một cách toàn diện ngay từ khi người nghiện ma túy bắt đầu quá trình cai nghiện. Mỗi cá nhân cần được nhân viên công tác xã hội phối hợp với nhóm liên ngành thăm định về tình trạng sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, mức độ nghiện, hoàn cảnh gia đình và các nhu cầu xã hội khác. Việc sàng lọc, đánh giá ban đầu kỹ lưỡng (bao gồm cả phát hiện các rối loạn tâm thần đồng mắc) sẽ tạo tiền đề để lập kế hoạch can thiệp phù hợp cho từng trường hợp. Hiện nay, quy trình đánh giá ở giai đoạn cắt cơn- giải độc tại Việt Nam còn chưa chú trọng đầy đủ đến khía cạnh sức khỏe tâm thần; do đó, cần cải thiện khâu này để kịp thời xác định những vấn đề tâm lý, hành vi của người nghiện, tránh bỏ sót nhu cầu điều trị và hỗ trợ quan trọng.

Thứ hai, xây dựng kế hoạch can thiệp phục hồi cá nhân hóa cho người nghiện ma túy. Trên cơ sở kết quả đánh giá nhu cầu, nhân viên công tác xã hội cần phối hợp cùng các chuyên gia liên quan để thiết kế một kế hoạch hỗ trợ toàn diện cho mỗi thân chủ, bao gồm điều trị y tế (cai nghiện, điều trị các rối loạn tâm thần), trị liệu tâm lý và hỗ trợ xã hội (giáo dục, đào tạo

nghề, tư vấn pháp lý, sinh kế...). Kế hoạch cần xác định rõ các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn, trong đó mục tiêu tái hòa nhập cộng đồng phải được xem là đích đến cuối cùng ngay từ giai đoạn đầu. Việc lập kế hoạch nên có sự tham gia của chính người nghiện và gia đình họ nhằm đảm bảo tính thực tế và cam kết thực hiện. Đồng thời, nên áp dụng các liệu pháp và kỹ thuật can thiệp đã được kiểm chứng vào kế hoạch (như phỏng vấn tạo động lực, liệu pháp hành vi nhận thức, tư vấn gia đình...), giúp nâng cao hiệu quả hỗ trợ về mặt tâm lý - xã hội. Kinh nghiệm quốc tế (như mô hình San Patrignano ở Italia) cho thấy, lồng ghép định hướng tái hòa nhập sớm vào kế hoạch phục hồi sẽ giúp người nghiện chủ động hơn trong việc chuẩn bị kỹ năng và tâm thế trở về cuộc sống bình thường.

Thứ ba, thiết lập cơ chế kết nối dịch vụ liên thông, liên ngành để đảm bảo người nghiện ma túy có thể dễ dàng tiếp cận mọi hỗ trợ cần thiết ở các giai đoạn khác nhau. Việt Nam cần hình thành mạng lưới phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan và tổ chức liên quan - từ trung tâm cai nghiện, bệnh viện tâm thần, trung tâm y tế cộng đồng cho đến các cơ sở dạy nghề, dịch vụ hỗ trợ việc làm, nhà ở, tư vấn pháp lý, hội đoàn thể địa phương, v.v. Trong mạng lưới này, cần quy định rõ vai trò đầu mối của nhân viên công tác xã hội tại cộng đồng: họ tiếp nhận thông tin về người nghiện sau cai, giới thiệu và chuyển tuyến thân chủ đến các dịch vụ phù hợp một cách kịp thời, đồng thời phối hợp thông tin giữa các bên để tránh tình trạng hỗ trợ rời rạc. Có thể xem xét áp dụng nguyên tắc “Không có cửa sai”, nghĩa là bất cứ khi nào người nghiện hoặc gia đình tìm đến một cơ quan trong mạng lưới (y tế, xã hội, tư pháp...), thì tại đó nhân viên công tác xã hội sẽ tiếp nhận và hướng dẫn họ đến đúng dịch vụ chuyên biệt, thay vì để họ tự tìm kiếm nhiều nơi. Việc thiết lập cơ chế kết nối dịch vụ đồng bộ như vậy sẽ khắc phục tình trạng phân tán hiện nay, giúp người nghiện sau cai không bị bỏ sót nhu cầu, qua đó tăng hiệu quả hỗ trợ và giảm thiểu nguy cơ tái nghiện do không được giúp đỡ kịp thời.

Thứ tư, thực hiện theo dõi, giám sát lâu dài quá trình phục hồi của người nghiện ma túy tại cộng đồng. Sau khi hoàn thành giai đoạn điều trị tập trung, mỗi người nghiện cần được tiếp tục hỗ trợ trong ít nhất 12 tháng bởi một nhóm công tác xã hội cộng đồng thường trực. Cụ thể, có thể thành lập nhóm cán sự xã hội ở cấp xã/phường chịu trách nhiệm quản lý trường hợp (cho người sau cai nghiện trên địa bàn. Nhân viên công tác xã hội sẽ định kỳ gặp gỡ thân chủ để kiểm tra tình hình sức khỏe, tâm lý, mức độ hòa nhập; đồng thời giữ liên lạc với gia đình, chính quyền địa phương, cơ sở y tế và các đoàn thể để giám sát chặt chẽ tiến trình phục hồi của từng cá nhân. Nếu người nghiện gặp khó khăn (như mâu thuẫn gia đình, thất nghiệp, stress, nguy cơ tái sử dụng ma túy), nhân viên công tác xã hội có thể phát hiện sớm và huy động các can thiệp hỗ trợ kịp thời (tư vấn, trị liệu, hỗ trợ tài chính, v.v.). Việc theo dõi liên tục sau cai nghiện như kinh nghiệm nhiều nước cho thấy là chìa khóa giúp người nghiện không cảm thấy bị bỏ rơi, duy trì động lực phục hồi và giảm thiểu khả năng tái nghiện trong những năm đầu tái hòa nhập.

Thứ năm, bảo đảm tính linh hoạt trong việc điều chỉnh kế hoạch can thiệp suốt quá trình hỗ trợ. Khi triển khai kế hoạch phục hồi cho người nghiện ma túy, cần coi đó là một tài liệu “mở” được cập nhật, điều chỉnh thường xuyên dựa trên kết quả theo dõi và phản hồi từ thân chủ. Mỗi cá nhân có thể tiến bộ với tốc độ khác nhau hoặc phát sinh vấn đề mới (biến động tâm lý, thay đổi môi trường sống, tái phát triệu chứng bệnh tâm thần...). Do đó, nhân viên công tác

xã hội cần chủ động tổ chức các buổi họp liên ngành định kỳ (có thể mỗi tháng hoặc mỗi quý) với sự tham gia của các bên liên quan để rà soát tiến độ phục hồi của thân chủ, tái đánh giá nhu cầu và thống nhất điều chỉnh kế hoạch nếu cần. Việc điều phối linh hoạt như vậy giúp đảm bảo người nghiện luôn nhận được các can thiệp phù hợp nhất với tình hình hiện tại, tránh lãng phí nguồn lực vào những hoạt động không còn hiệu quả. Đây cũng là cách tiếp cận cá nhân hóa cao độ, lấy thân chủ làm trung tâm - một bài học rút ra từ các mô hình quốc tế thành công.

Thứ sáu, chú trọng đánh giá kết quả và hiệu quả của quá trình điều phối dịch vụ công tác xã hội. Việt Nam cần xây dựng bộ tiêu chí và công cụ cụ thể để đo lường mức độ thành công của công tác hỗ trợ người nghiện ma túy, thay vì chỉ đánh giá dựa trên số lượng người hoàn thành chương trình cai nghiện. Các chỉ số quan trọng có thể bao gồm: tỷ lệ tái nghiện sau 01 năm, 03 năm; mức độ cải thiện sức khỏe tâm thần (đo bằng các thang đánh giá lâm sàng); khả năng tự duy trì việc làm và thu nhập ổn định; mức độ hòa nhập xã hội (quan hệ gia đình, tham gia hoạt động cộng đồng, không vi phạm pháp luật)... Việc thu thập dữ liệu theo những tiêu chí này nên được tiến hành định kỳ (6 tháng, 12 tháng, 24 tháng sau cai nghiện) đối với mỗi trường hợp, và được tổng hợp thành báo cáo để các cơ quan quản lý phân tích. Đánh giá kết quả một cách khoa học sẽ giúp xác định mô hình điều phối nào đem lại hiệu quả cao, cũng như những hạn chế cần khắc phục, từ đó làm cơ sở điều chỉnh chính sách và hoàn thiện chương trình hỗ trợ. Thực tiễn tại các mô hình quốc tế (như cộng đồng San Patrignano ở Italia) cho thấy, việc theo dõi và công bố các chỉ số thành công (tỷ lệ tái nghiện thấp, tỷ lệ có việc làm cao) không chỉ chứng minh hiệu quả vượt trội của mô hình, mà còn tạo dựng niềm tin và sự ủng hộ của cộng đồng đối với các chương trình hỗ trợ người nghiện.

Bên cạnh những giải pháp chuyên môn nêu trên, *việc giảm thiểu kỳ thị đối với người nghiện ma túy cũng là một yếu tố then chốt để họ có thể tái hòa nhập thành công.* Cộng đồng và gia đình cần được nâng cao nhận thức để hiểu rằng nghiện ma túy là một bệnh mãn tính có thể điều trị, người nghiện cần sự giúp đỡ thay vì phán xét. Các chiến dịch truyền thông, giáo dục cộng đồng về phòng chống ma túy nên tích cực lồng ghép thông điệp chống kỳ thị, kêu gọi sự bao dung và hỗ trợ người sau cai nghiện. Công tác xã hội cần đóng vai trò cầu nối, tổ chức những hoạt động tương tác giữa người phục hồi với cộng đồng (nhóm tự lực, câu lạc bộ sau cai, hoạt động thiện nguyện...), qua đó xóa bỏ dần định kiến và tạo môi trường xã hội thân thiện hơn. Khi rào cản kỳ thị được gỡ bỏ, bản thân người nghiện sau cai sẽ tự tin tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ, mạnh dạn tham gia các sinh hoạt chung và có nhiều cơ hội hơn để khẳng định giá trị của mình trong cộng đồng.

6. KẾT LUẬN

Điều phối dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cai nghiện ma túy là một nhiệm vụ mang tính chiến lược, đòi hỏi cách tiếp cận tổng thể, hệ thống và nhân văn. Từ những phân tích về cơ sở lý luận, thực trạng người nghiện ma túy ở Việt Nam cũng như kinh nghiệm thực tiễn quốc tế, có thể khẳng định rằng phục hồi và tái hòa nhập cộng đồng phải được xem là mục tiêu cốt lõi xuyên suốt toàn bộ quá trình điều trị và hỗ trợ người nghiện. Để đạt được mục tiêu đó, Việt Nam cần nâng cao năng lực điều phối của đội ngũ công tác xã hội, phát triển các dịch vụ hậu cai nghiện liên ngành tại cộng đồng, xây dựng cơ chế tiếp cận

linh hoạt, loại bỏ các rào cản kỹ thuật và thúc đẩy sự tham gia của toàn xã hội trong hỗ trợ người nghiện. Chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy không thể là trách nhiệm của riêng một ngành hay giới hạn ở một giai đoạn nhất định, mà phải là sự phối hợp liên tục giữa các lĩnh vực y tế - tâm lý - giáo dục - pháp luật - xã hội, với công tác xã hội giữ vai trò trung tâm kết nối. Đây chính là chìa khóa để giúp người nghiện phục hồi toàn diện, phòng ngừa tái nghiện và trở thành những thành viên tích cực, có ích cho gia đình và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ngọc Anh (2024, 06 14). *Những tác hại của việc nghiện ma túy với sức khỏe con người*. Retrieved from Trang thông tin điện tử Sở Y tế Cao Bằng: <https://soyte.caobang.gov.vn/truyen-thong-gdsk/nhung-tac-hai-cua-viec-nghien-ma-tuy-voi-suc-khoe-con-nguoi-970324>.
2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2023). *Thống kê số liệu người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý năm 2023*. Hà Nội.
3. Chính phủ. (2024, 08 30). *Nghị định số 110/2024/NĐ-CP về công tác xã hội*. Hà Nội
4. Cục Phòng chống HIV/AIDS- Bộ Y tế. (2023, March 10). *Khắc phục khó khăn, vướng mắc trong quản lý người sử dụng, người nghiện ma túy*. Retrieved from <https://vaac.gov.vn/khac-phuc-kho-khan-vuong-mac-trong-quan-ly-nguoi-su-dung-nguoi-nghien-ma-tuy.html>
5. Nguyễn Trung Hải. (2022). *Giáo trình công tác xã hội với người nghiện ma túy*.
6. Cao Đức Tiến (n.d.). *Sức khỏe tâm thần: Thực trạng, thách thức và những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị*. Retrieved from Trang thông tin điện tử Bệnh viện Đại học Buôn Ma Thuột: <https://benhvienbmt.com/suc-khoe-tam-than-thuc-trang-thach-thuc-va-nhung-tien-bo-moi-trong-chan-doan-va-dieu-tri/#:~:text=Ki%E1%BA%BFn%20th%E1%BB%A9c%20v%E1%BB%81%20r%E1%BB%91i%20lo%E1%BA%A1n,l%E1%BA%A1i%20cu%E1%BB%99c%20s%E1%BB%91ng%20b%C3%ACnh%20th%C6%B>.
7. Trần Ngọc Nhân và Đỗ Duy Đạt. (2020). *Khảo sát trầm cảm ở người sử dụng ma túy tổng hợp tại Bệnh viện*. Bệnh viện Tâm thần Bến Tre. Retrieved from <https://benhvientamthanbentre.com.vn/nhien-cuu-khoa-hoc/de-tai-nghien-cuu-khoa-hoc/khao-sat-tram-cam-o-nguoi-su-dung-ma-tuy-tong-hop-tai-benh-vien-3.html>.
8. Thủ tướng Chính phủ. (27/12/2014). *Quyết định số 2596/QĐ-TTg về việc phê duyệt Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020*. Hà Nội.
9. Quốc hội. (27/11/2024). *Nghị quyết số 163/2024/QH15 về phê duyệt chủ trương đầu tư Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống ma túy đến năm 2030*. Hà Nội.

Tiếng Anh

10. England, M., Butler, A., & Gonzalez, M. (2015). *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards*. National Academies Press. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321284/#:~:text=S%E1%BB%B1%20ph%C3%A2n%20m%E1%BA%A3nh%20c%C5%A9ng%20x%E1%BA%A3y,%22%20\(%20CSWE%2C%202008%20\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321284/#:~:text=S%E1%BB%B1%20ph%C3%A2n%20m%E1%BA%A3nh%20c%C5%A9ng%20x%E1%BA%A3y,%22%20(%20CSWE%2C%202008%20)).
11. Florida State University. (2023). *Social work and substance use disorder*. Florida State University, College of Social Work.
12. Jhanjee, S. (2014). Evidence-based psychosocial interventions in substance use. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 112-118.

13. Ministry of Health New South Wales. (2015). *Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use*. NSW Health.
14. National Association of Social Workers. (2013). *Standards for social work practice with clients with substance use disorders*. NASW.
15. National Institute on Drug Abuse. (2020). *Comorbidity: Substance use and other mental disorders*. National Institutes of Health.
16. Royall, M. (2024, August). *Social workers can help with the substance use crisis*. Retrieved from National Association of Social Workers: <https://www.socialworkers.org/Practice/Tips-and-Tools-for-Social-Workers/Social-Workers-Can-Help-with-The-Substance-Use-Crisis>
17. Triple R Project. (2020). *Handbook on social reintegration of recovered drug users*. European Union.
18. UNODC & WHO. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization.
19. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NHU CẦU THAM VẤN CỦA CHA MẸ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI TRUNG TÂM TƯ VẤN VÀ GIÁO DỤC HÒA NHẬP GIA AN

Đỗ Thị An¹

Tóm tắt: Tại Việt Nam, số lượng trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ đang gia tăng, kéo theo đó là áp lực tâm lý và nhu cầu hỗ trợ cao từ cha mẹ. Tuy nhiên, việc tiếp cận các dịch vụ tham vấn tâm lý của cha mẹ vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu này được thực hiện tại Trung tâm Tư vấn và Giáo dục Hòa nhập Gia An nhằm tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn của phụ huynh. Kết quả nghiên cứu chỉ ra bốn nhóm yếu tố chính: (1) nhận thức của cha mẹ về rối loạn phổ tự kỷ và vai trò của tham vấn tâm lý; (2) điều kiện kinh tế gia đình; (3) trình độ chuyên môn và kỹ năng của cán bộ trung tâm; và (4) cơ sở vật chất của trung tâm. Từ các kết quả này, nghiên cứu đề xuất một số giải pháp như tăng cường truyền thông, hỗ trợ tài chính linh hoạt, đào tạo chuyên sâu cho nhân sự và nâng cấp cơ sở vật chất, nhằm cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ tham vấn cho phụ huynh, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và giáo dục hòa nhập cho trẻ tự kỷ.

Từ khóa: Tham vấn, rối loạn phổ tự kỷ, nhu cầu tham vấn, nhu cầu tham vấn của cha mẹ trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

FACTORS AFFECTING THE COUNSELING NEEDS OF CHILDREN'S PARENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AT GIA AN CENTER FOR COUNSELING AND INCLUSIVE EDUCATION

Abstract: In Vietnam, the number of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) is increasing, which brings about psychological pressure and higher support needs from parents. However, parents still face many difficulties in accessing psychological counseling services. This study was conducted at the Gia An Center for Counseling and Inclusive Education to explore the factors influencing the counseling needs of parents. The research results identified four main factors: (1) parents' awareness of ASD and the role of psychological counseling; (2) family economic conditions; (3) the expertise and skills of the center's staff; and (4) the center's facilities. Based on these findings, the study proposes several solutions, such as enhancing communication, offering flexible financial support, providing specialized training for staff, and upgrading facilities. These measures aim to improve access to and the quality of counseling services for parents, thereby contributing to the enhancement of care and inclusive education for children with autism.

Keywords: counseling, autism spectrum disorder, counseling needs, counseling needs of children's parents with autism spectrum disorder

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một trong những dạng rối loạn phát triển lan tỏa xuất hiện sớm và kéo dài suốt đời, ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi thích nghi của trẻ. Trong những năm gần đây, tại Việt Nam, tỷ lệ trẻ được chẩn đoán RLPTK có xu hướng gia tăng, đồng thời kéo theo đó là những thách thức to lớn không chỉ đối với bản thân trẻ mà còn đối với gia đình, đặc biệt là cha mẹ - những người đóng vai trò trung tâm trong quá trình chăm sóc, can thiệp và giáo dục trẻ.

Trước gánh nặng về thời gian, tài chính, tâm lý và sự kỳ vọng đối với sự tiến bộ của con, cha mẹ trẻ RLPTK thường xuyên phải đối mặt với căng thẳng, lo âu và cảm giác bất lực. Trong

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: dothianctxh@gmail.com.

bối cảnh đó, việc tiếp cận dịch vụ tham vấn (TV) tâm lý được xem là một nguồn hỗ trợ cần thiết nhằm giúp cha mẹ nâng cao hiểu biết, ổn định tinh thần và có định hướng phù hợp trong quá trình đồng hành cùng con. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, không phải cha mẹ nào cũng chủ động tìm đến hoặc có điều kiện sử dụng dịch vụ TV, dù nhu cầu là có thật. Vì vậy, việc tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu TV của cha mẹ trẻ RLPTK là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn cao.

Nghiên cứu này được thực hiện tại Trung tâm Tư vấn và Giáo dục hòa nhập Gia An, một cơ sở chuyên biệt có nhiều kinh nghiệm trong can thiệp và hỗ trợ trẻ đặc biệt nhằm làm rõ những yếu tố tác động đến nhu cầu TV của cha mẹ, từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ TV, góp phần cải thiện hiệu quả chăm sóc và giáo dục hòa nhập cho trẻ RLPTK trong cộng đồng.

2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Một số khái niệm

2.1.1. Rối loạn phổ tự kỷ

Hội chứng RLPTK là sự rối loạn phát triển lan tỏa do bất thường của não, xuất hiện sớm trong những năm đầu đời của trẻ em. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), RLPTK được đặc trưng bởi những khiếm khuyết dai dẳng trong khả năng bắt đầu và duy trì tương tác xã hội và giao tiếp xã hội qua lại, và bởi một loạt các kiểu hành vi, sở thích hoặc hoạt động hạn chế, lặp đi lặp lại và không linh hoạt, rõ ràng là không điển hình hoặc quá mức đối với độ tuổi và bối cảnh xã hội văn hóa của cá nhân. Rối loạn này khởi phát trong giai đoạn phát triển, thường là ở thời thơ ấu, nhưng các triệu chứng có thể không biểu hiện đầy đủ cho đến sau này, khi các nhu cầu xã hội vượt quá khả năng hạn chế. Các khiếm khuyết đủ nghiêm trọng để gây ra suy giảm trong các lĩnh vực hoạt động cá nhân, gia đình, xã hội, giáo dục, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác và thường là một đặc điểm phổ biến trong hoạt động của cá nhân có thể quan sát được trong mọi bối cảnh, mặc dù chúng có thể thay đổi tùy theo bối cảnh xã hội, giáo dục hoặc các bối cảnh khác. Các cá nhân trong phổ này thể hiện đầy đủ các khả năng hoạt động trí tuệ và ngôn ngữ.” (WHO, 2025)

2.1.2. Nhu cầu tham vấn của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ

Nhu cầu TV của cha mẹ có con RLPTK là những đòi hỏi được tương tác, được trao đổi, được trợ giúp về nội dung và hình thức TV của cha mẹ có con RLPTK khi gặp khó khăn tâm lý, thông tin... Cha mẹ có mong muốn chia sẻ với nhà TV nhằm tìm kiếm giải pháp và giải quyết những khó khăn tâm lý của mình.

2.2. Tổng quan tài liệu

Nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỷ là một chủ đề ngày càng nhận được sự quan tâm trong nghiên cứu quốc tế và trong nước. Zuckerman, Lindly và Sinche (2015) cho rằng các yếu tố như nhận thức của cha mẹ về tình trạng của con, khả năng tiếp cận dịch vụ và mức độ tin tưởng vào chuyên gia y tế đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định tìm kiếm tham vấn. Các yếu tố này không chỉ ảnh hưởng đến thời điểm can thiệp mà còn tác động đến hiệu quả của quá trình trị liệu. Theo Brookman-Frazee, Stadnick và Drahota (2022), các chương trình hỗ trợ cha mẹ, đặc biệt là các can thiệp dựa trên chánh niệm

và phản hồi tích cực, có hiệu quả rõ rệt trong việc làm giảm căng thẳng và nâng cao năng lực đối phó cho phụ huynh. Cùng quan điểm đó, Ahmed, Kelly và Byrne (2023) nhấn mạnh rằng lo âu, tự kỷ thị và thiếu hụt nguồn lực xã hội là những rào cản phổ biến khiến cha mẹ ngần ngại tiếp cận các dịch vụ TVTL. Ngoài ra, Herskovitz (2015) đã đề xuất ba hướng can thiệp chính dành cho cha mẹ trẻ tự kỷ, bao gồm: tư vấn cá nhân, nhóm hỗ trợ đồng đẳng và đào tạo kỹ năng phụ huynh. Những hình thức này không chỉ giúp giảm tải áp lực tâm lý mà còn tăng cường sự chủ động và khả năng chăm sóc hiệu quả của cha mẹ đối với trẻ RLPTK.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã bước đầu làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ tâm lý của cha mẹ có con tự kỷ. Nguyễn Thị Thanh Liên (2009) chỉ ra rằng thái độ của cha mẹ, biểu hiện qua nhận thức, tình cảm và hành vi, có vai trò quyết định trong việc họ có sẵn sàng tiếp cận dịch vụ TV hay không. Mã Ngọc Thê (2020) nhấn mạnh các yếu tố nhân khẩu học như tuổi sinh của mẹ, nghề nghiệp và trình độ học vấn của cha mẹ ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả can thiệp và nhu cầu được hỗ trợ tâm lý. Bên cạnh đó, Trần Thị Tâm Nhân (2013) trong nghiên cứu về các bà mẹ có con đầu lòng mắc RLPTK cho rằng sự thiếu hiểu biết, lo lắng và mặc cảm là những yếu tố làm tăng nhu cầu tham vấn tâm lý. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Anh (2013) cũng cho thấy nhận thức của cha mẹ về việc giáo dục trẻ RLPTK tại nhà ảnh hưởng trực tiếp đến cách họ tham gia vào quá trình can thiệp. Tuy một số cha mẹ đã biết vận dụng kiến thức để hỗ trợ con, nhưng do nhận thức còn hạn chế, việc giáo dục tại nhà vẫn gặp nhiều khó khăn và phần lớn cha mẹ chưa thực sự hài lòng với hiệu quả mà họ đạt được.

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ trẻ RLPTK chịu ảnh hưởng bởi nhận thức, cảm xúc cá nhân và hoàn cảnh xã hội. Do đó, các chương trình hỗ trợ cần được thiết kế phù hợp với đặc điểm văn hóa, tâm lý và điều kiện thực tiễn của từng nhóm đối tượng nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp và chất lượng cuộc sống gia đình có trẻ RLPTK.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu để thu thập và tổng hợp các lý thuyết, nghiên cứu trước đây về RLPTK và nhu cầu TV của 53 cha mẹ trẻ RLPTK nhằm xây dựng cơ sở lý luận cho nghiên cứu. Tiếp theo, khảo sát bằng bảng hỏi giúp thu thập dữ liệu định lượng từ cha mẹ trẻ tự kỷ, nhằm phân tích nhu cầu TV và các yếu tố ảnh hưởng. Phương pháp phỏng vấn sâu được thực hiện với phụ huynh và giáo viên để khai thác chi tiết về cảm xúc, kinh nghiệm và động lực trong việc tìm kiếm sự hỗ trợ. Cuối cùng, thống kê toán học được áp dụng để xử lý và phân tích dữ liệu khảo sát, từ đó đánh giá mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến nhu cầu TV của cha mẹ. Tóm lại, các phương pháp trên được lựa chọn để đảm bảo tính toàn diện và tin cậy trong việc làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu TV của cha mẹ trẻ RLPTK, từ đó đưa ra những giải pháp và khuyến nghị cho việc cải thiện dịch vụ TV tại các trung tâm hỗ trợ.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Một số thông tin về mẫu khảo sát

Bảng 1. Một số thông tin về mẫu khảo sát

Tiêu chí	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Giới tính phụ huynh	Mẹ	86,8%

	Bố	13,2%
Trình độ học vấn	Trên đại học	6,6%
	Đại học	66%
	Cao đẳng	11,3%
	Tốt nghiệp PTTH	15,1%
	Chưa tốt nghiệp PTTH	1%
Độ tuổi phụ huynh	Dưới 30 tuổi	22,6%
	Từ 30 - 40 tuổi	49,1%
	Trên 40 tuổi	28,3%

Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài năm 2024

Kết quả bảng 1 cho thấy nghiên cứu được thực hiện với tổng số 53 phụ huynh có con thuộc nhóm trẻ RLPTK. Về giới tính, phần lớn người tham gia là mẹ 86,8%, trong khi bố chiếm 13,2%. Điều này phản ánh vai trò nổi bật của người mẹ trong việc chăm sóc và đồng hành cùng con, cũng như xu hướng chủ động tìm đến các dịch vụ TV tâm lý.

Xét về độ tuổi, nhóm phụ huynh từ 30 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,1%. Tiếp theo là nhóm trên 40 tuổi chiếm 28,3% và nhóm dưới 30 tuổi chiếm 22,6%. Điều này cho thấy đa số người tham gia khảo sát đang ở giai đoạn độ tuổi có nhiều kinh nghiệm sống và có xu hướng chủ động hơn trong việc tiếp cận các giải pháp hỗ trợ cho con.

Về trình độ học vấn, phần lớn phụ huynh có trình độ trên đại học, đại học, cao đẳng 83,9%, tốt nghiệp phổ thông trung học 15,1%, và chưa tốt nghiệp PTTH là 1%. Trình độ học vấn cao là một yếu tố thuận lợi giúp phụ huynh tiếp cận hiệu quả hơn với các dịch vụ tư vấn và can thiệp sớm.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ

4.2.1. Nhận thức của cha mẹ trẻ

Nhận thức của cha mẹ về RLPTK và chăm sóc trẻ RLPTK có vai trò rất quan trọng trong việc tìm kiếm và sử dụng dịch vụ TV. Đối với trẻ RLPTK, nguồn lực cơ bản, bền bỉ và hữu hiệu nhất đến từ phía gia đình. Sự phối hợp của cha mẹ trẻ mắc RLPTK có vai trò quan trọng bởi mức độ gắn kết của cha mẹ với việc điều trị của trẻ góp phần vào mức độ trẻ tiến bộ nhanh hay chậm.

Bảng 2. Nhận thức của cha mẹ về rối loạn phổ tự kỷ và tham vấn

STT	Nội dung	Đồng ý (%)	Không đồng ý (%)
	RLPTK là căn bệnh có thể chữa trị được	43,3	56,7
	Nguyên nhân của RLPTK là do cha mẹ không quan tâm đến con	26,4	73,6
	Hiện tại chưa rõ nguyên nhân gây ra RLPTK	67,9	32,1
	RLPTK cần được chăm sóc đặc biệt	96,2	3,8
	Việc giáo dục trẻ RLPTK giúp trẻ cải thiện kỹ năng xã hội	96,2	3,8
	Gia đình có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và giáo dục trẻ RLPTK	98,1	1,9
	Cha mẹ và những người chăm sóc luôn là người đồng hành quan trọng nhất đối với trẻ RLPTK	96,2	3,8

	Trẻ RLPTK bị suy giảm về giao tiếp, tương tác xã hội và có hành vi định hình lặp đi lặp lại bất thường	92,4	7,6
	Anh chị có thể giải thích về hội chứng RLPTK ở trẻ em cho những người thân trong gia đình hiểu	83,0	17,0
	Anh chị có thể áp dụng các kiến thức và kỹ năng được học về chăm sóc và giáo dục trẻ RLPTK cho con em mình	92,4	7,6
	Anh chị có thể chia sẻ những kiến thức và kỹ năng của mình cho các bậc phụ huynh có cùng hoàn cảnh	84,9	15,1
	Anh chị có thể tự tin thực hiện các công việc chăm sóc và giáo dục con mình tại nhà khi được hỗ trợ	86,8	13,2
	TV tâm lý giúp cha mẹ có thêm động lực để giúp trẻ hòa nhập với xã hội	92,4	7,6
	TV tâm lý giúp cha mẹ có thêm các kiến thức, kĩ năng để chăm sóc trẻ	94,3	5,7
	Cha mẹ cần được TV tâm lý để được chia sẻ, thấu hiểu	92,4	7,6
	Giúp cha mẹ giải tỏa những khó khăn, bức xúc, vướng mắc của bản thân	92,4	7,6
	Giúp cha mẹ có lối sống tích cực và nhận thức đúng về vấn đề của mình	92,4	7,6
	TV giúp cha mẹ tăng sức đối phó với các vấn đề	92,4	7,6
	Nhà TV là người đưa ra quyết định cách giải quyết vấn đề	66,0	34,0
	TV có yêu cầu nghiêm ngặt về quy trình và đạo đức nghề nghiệp	77,3	22,7

Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài năm 2024

Kết quả khảo sát bảng 2 cho thấy phần lớn cha mẹ có nhận thức đúng đắn về rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK). Cụ thể, 96,2% cho rằng trẻ RLPTK cần được chăm sóc đặc biệt và việc giáo dục có thể giúp cải thiện kỹ năng xã hội; 92,4% nhận diện đúng biểu hiện đặc trưng của RLPTK như suy giảm giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi định hình. Đáng chú ý, 67,9% cha mẹ cho rằng nguyên nhân gây RLPTK hiện vẫn chưa rõ ràng, phù hợp với các kết luận khoa học hiện nay. Tuy nhiên, vẫn còn 43,3% tin rằng RLPTK là căn bệnh có thể chữa trị được, phản ánh phần nào sự nhầm lẫn giữa khái niệm “bệnh và “rối loạn”, “điều trị” và “can thiệp, hỗ trợ giáo dục”, điều này đặt ra yêu cầu cần tăng cường truyền thông đúng về bản chất RLPTK.

Bên cạnh đó, thái độ của cha mẹ đối với vai trò của gia đình trong chăm sóc và can thiệp được đánh giá là rất tích cực. Tỷ lệ đồng thuận ở các mục liên quan đều đạt trên 96%, trong đó 98,1% khẳng định vai trò trung tâm của gia đình và 96,2% cho rằng cha mẹ là người đồng hành quan trọng nhất với trẻ. Đặc biệt, có đến 92,4% cha mẹ cho biết họ có thể áp dụng kiến thức, kỹ năng đã học vào thực tiễn chăm sóc và giáo dục trẻ, 86,8% tự tin thực hiện các công việc này tại nhà nếu được hỗ trợ phù hợp. Những con số này cho thấy năng lực sẵn sàng và tinh thần chủ động cao của cha mẹ trong việc tham gia can thiệp, đóng vai trò tích cực vào quá trình phát triển của trẻ.

Đối với nhu cầu tham vấn tâm lý, đa số cha mẹ đồng thuận với vai trò hỗ trợ toàn diện của hoạt động này. Trên 92% cho rằng tham vấn giúp cha mẹ có thêm kiến thức, động lực, kỹ năng và sức đối phó để hỗ trợ trẻ hòa nhập xã hội. Đặc biệt, nhu cầu được chia sẻ và thấu hiểu cũng được thể hiện rõ qua tỷ lệ 92,4% cha mẹ đồng ý rằng tham vấn giúp giải tỏa những khó khăn và cảm xúc tiêu cực của bản thân. Tuy vậy, vẫn có 66% cho rằng nhà tham vấn là người ra quyết định thay cho họ - điều này phản ánh sự hiểu chưa đầy đủ về mối quan hệ tham vấn, cần được điều chỉnh thông qua truyền thông và giáo dục tâm lý cho cha mẹ.

Nhìn chung, kết quả khảo sát cho thấy phụ huynh có con mắc RLPTK có nhận thức khá đúng đắn và thái độ tích cực đối với vai trò chăm sóc, giáo dục trẻ cũng như nhu cầu tham vấn tâm lý. Mức độ đồng thuận cao ở hầu hết các tiêu chí khẳng định họ sẵn sàng đồng hành và tham gia vào quá trình can thiệp cho con, đồng thời thể hiện nhu cầu rõ rệt về hỗ trợ tâm lý nhằm nâng cao năng lực ứng phó và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, vẫn tồn tại

một số hiểu lầm nhất định về bản chất RLPTK và vai trò của nhà TV, cho thấy cần có thêm các chương trình truyền thông cho cha mẹ trẻ, hướng tới xây dựng hệ thống hỗ trợ tâm lý hiệu quả, toàn diện và phù hợp với nhu cầu thực tiễn.

4.2.2. Điều kiện kinh tế của gia đình trẻ

Hiệu quả chăm sóc và giáo dục trẻ RLPTK phụ thuộc rất lớn vào điều kiện kinh tế và hoàn cảnh sống của gia đình trẻ.

Hình 1. Sự sẵn sàng chi trả cho hoạt động tham vấn



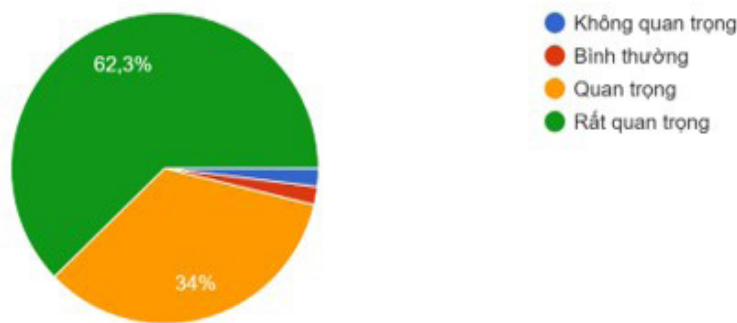
Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, năm 2024

Kết quả Hình1 cho thấy có 39,6% cha mẹ trẻ sẵn sàng chi trả cho việc sử dụng dịch vụ TV, số cha mẹ còn lại mong muốn được hỗ trợ miễn phí (45,3%) và 15,1% cha mẹ trả lời là không có khả năng chi trả thêm do điều kiện kinh tế không cho phép. Căn cứ vào kết quả khảo sát cho thấy không phải tất cả cha mẹ trẻ đều sẵn sàng và có khả năng chi trả thêm cho dịch vụ TV ngoài tiền học hàng tháng đóng cho trung tâm. Do gia đình có con bị tự kỉ thường phải chi trả nhiều cho các dịch vụ chăm sóc, điều trị và can thiệp. Khi gặp khó khăn về tài chính, họ sẽ ưu tiên các nhu cầu cơ bản hơn là TV tâm lý, do đó nhu cầu này có thể bị hạn chế. Chị B, một phụ huynh có con học tại trung tâm, chia sẻ: “*Gia đình tôi thường phải chi trả nhiều cho các dịch vụ chăm sóc, điều trị và can thiệp. Kinh tế gia đình cũng không khá giả gì, từ trước đến giờ các cô ở trung tâm toàn TV hỗ trợ miễn phí, giờ mà bắt đóng tiền TV thì tôi chịu không kham nổi*”. Chị X, lại chia sẻ: “*Tôi ngoài việc chăm sóc con còn phải làm việc khác để tăng thu nhập không thì gia đình cũng gặp áp lực kinh tế lắm, chi trả ít thì còn chịu được chứ nhiều thì cũng làm khó tôi lắm mặc dù tôi biết ích lợi của TV lắm*”. Như vậy, điều kiện kinh tế của cha mẹ trẻ có thể coi là yếu tố chi phối đến nhu cầu của cha mẹ trẻ RLPTK. Điều này cũng được Michelle đưa ra nhận định trong nghiên cứu của mình về “Tác động tâm lý đối với cha mẹ khi nuôi dạy con mắc chứng RLPTK” như sau: Nuôi dạy một đứa trẻ mắc RLPTK có thể có tác động tiêu cực đáng kể đến hạnh phúc và hoạt động chung của gia đình. Điều này có thể bao gồm sự gia tăng căng thẳng về tài chính, áp lực về thời gian và tỷ lệ ly hôn cao hơn so với các gia đình có trẻ em đang phát triển bình thường (Michelle A, 2015).

4.2.3. Kiến thức và kỹ năng của cán bộ, giáo viên trung tâm

Cán bộ, giáo viên tại các cơ sở chăm sóc giáo dục trẻ RLPTK là người thực hiện các hoạt động trợ giúp cha mẹ trẻ một cách chuyên nghiệp trong việc giúp các em cải thiện các kỹ năng xã hội, tăng cường giao tiếp để sớm hòa nhập với cuộc sống theo cách có hiệu quả nhất.

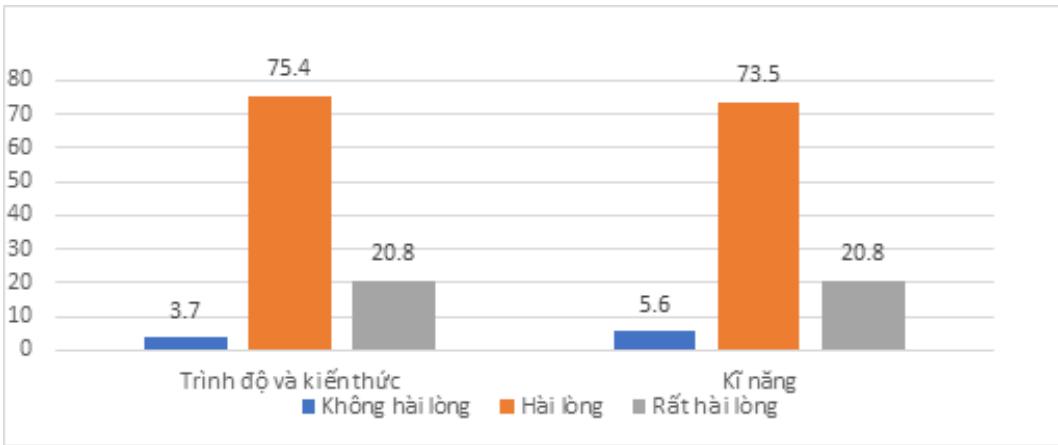
Hình 2. Tầm quan trọng của kiến thức và kỹ năng của cán bộ, giáo viên trung tâm đến nhu cầu tham vấn



Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, năm 2024

Kết quả Hình 2 về vai trò của kiến thức và kỹ năng của CB, GV trung tâm đến hiệu quả hoạt động TV cho thấy: có 62,3% cha mẹ đánh giá ở mức rất quan trọng; tiếp theo là 34,0% cha mẹ cho rằng kiến thức và kỹ năng của CB, GV trung tâm đóng vai trò quan trọng; có 1,9% cha mẹ đánh giá vai trò ở mức bình thường và 1,9% cha mẹ đánh giá là không quan trọng. Như vậy, xét về tổng thể có tới 96,8% cha mẹ đánh giá kiến thức và kỹ năng của cán bộ giáo viên trung tâm có vai trò quan trọng và rất quan trọng đối với nhu cầu TV của họ. Chị V.A giám đốc trung tâm cho biết: “CB, GV tại trung tâm là người thực hiện trực tiếp các hoạt động TV, hỗ trợ cho cha mẹ trẻ. Chúng tôi nhận thức được điều đó nên luôn tuyển chọn CB, GV phải có trình độ, chuyên môn và có lòng yêu trẻ, sau khi được tuyển chọn, chúng tôi có lộ trình đào tạo các em cho phù hợp thêm với thực tế công việc. Tuy vậy, bản thân GV cũng phải có ý thức trong học tập nâng cao, cập nhật kiến thức về chăm sóc và giáo dục trẻ và luôn trau dồi kỹ năng nghề nghiệp vì chẳng có phụ huynh nào có thể tin tưởng một cô giáo kiến thức và kỹ năng kém cả”.

Hình 3. Mức độ hài lòng về kiến thức và kĩ năng của cán bộ trung tâm

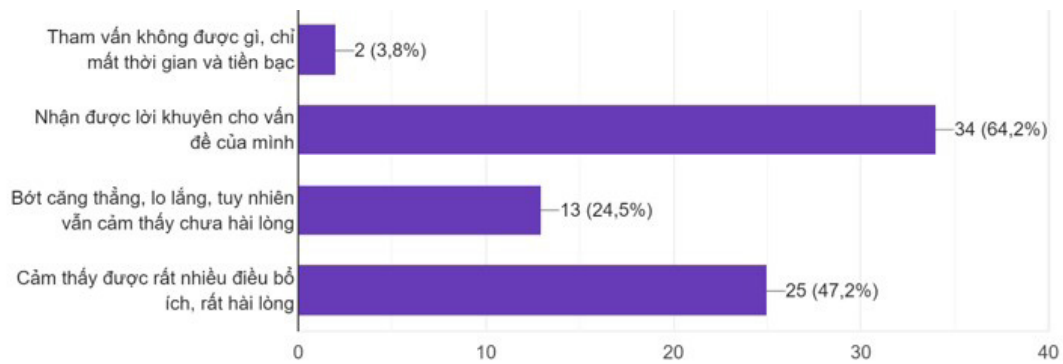


Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, năm 2024

Kết quả từ Hình 3 cho thấy mức độ hài lòng của cha mẹ trẻ về kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp của CB, GV trung tâm đạt ở mức khá. Việc cha mẹ trẻ đánh giá cao vai trò của kiến thức và kỹ năng của CB, GV trung tâm làm công tác TV và thể hiện sự hài lòng về kiến thức và kỹ năng của cán bộ trung tâm là chỉ số đánh giá rất quan trọng về khả năng đáp ứng nhu cầu TV của cha mẹ trẻ. Trên cơ sở tìm hiểu đánh giá đội ngũ CB, GV trung tâm, chúng tôi cũng tìm hiểu sự hài

lòng của cha mẹ trẻ sau khi đã tham gia vào hoạt động TV để kiểm chứng xem với sự hài lòng về kiến thức và kỹ năng của giáo viên thì kết quả cha mẹ nhận được sau TV như thế nào.

Hình 4. Hiệu quả của hoạt động tham vấn



Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, năm 2024

Kết quả Hình 4 cho thấy: Đa số cha mẹ đều có những ghi nhận về hiệu quả TV. Tuy nhiên sự ghi nhận của cha mẹ trẻ về hiệu quả còn ở mức độ khiêm tốn. Cụ thể, có 64,2% cha mẹ cho rằng họ nhận được lời khuyên cho vấn đề của mình; 47,2% cha mẹ cảm thấy được rất nhiều điều bổ ích và rất hài lòng, có 24,5% cha mẹ cho rằng sau khi được TV họ đã cảm thấy bớt căng thẳng tuy nhiên vẫn cảm thấy chưa hài lòng và có khoảng 3,8% cha mẹ đánh giá là TV không giải quyết được gì, chỉ mất thời gian và tiền bạc. Kết quả trên cho thấy, mặc dù cha mẹ trẻ có sự hài lòng về kiến thức và kỹ năng của giáo viên khá tốt nhưng khi đánh giá về hiệu quả thực tế thì chưa đạt được kì vọng của cha mẹ. Giải thích vấn đề này, chị V. A giám đốc trung tâm chia sẻ: “Toàn bộ cán bộ giáo viên đều là các cử nhân tốt nghiệp các chuyên ngành phù hợp như: tâm lý học, công tác xã hội, giáo dục đặc biệt. Một số cô giáo ra trường đã lâu, có kinh nghiệm làm việc với trẻ và làm việc với phụ huynh nhưng cũng có một số cán bộ, giáo viên tuổi đời và tuổi nghề còn trẻ có kiến thức, có kỹ năng làm việc với trẻ nhưng chưa tự tin làm việc, trao đổi với bố mẹ trẻ; thứ hai là: Một số CB, GV kiến thức còn hạn chế chưa thể tư vấn cho bố mẹ trẻ các vấn đề liên quan đến TV giải tỏa trạng thái cảm xúc tiêu cực”.

4.2.4. Khả năng đáp ứng về cơ sở vật chất của trung tâm

Cơ sở vật chất được hiểu là tất cả các phòng học, tài liệu học tập, phương tiện dạy học... được sử dụng cho mục đích giáo dục trẻ và các hoạt động khác liên quan đến bồi dưỡng, đào tạo tại trung tâm nhằm giúp CB, GV nâng cao chất lượng chăm sóc và giáo dục trẻ, nâng cao khả năng tiếp thu, cải thiện chức năng cần thiết cho trẻ RLPTK trong quá trình các cháu học tập tại trung tâm.

Bảng 3. Mức độ hài lòng về cơ sở vật chất của trung tâm

STT	NỘI DUNG	KHÔNG HÀI LÒNG (%)	HÀI LÒNG (%)	RẤT HÀI LÒNG (%)
1	PHÒNG TV	7,5	71,7	20,8
2	CÁC TRANG THIẾT BỊ	7,5	79,2	13,3
3	TÀI LIỆU PHỤC VỤ CHO HOẠT ĐỘNG TV	11,3	69,8	18,9

Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài, năm 2024

Kết quả Bảng 3. cho thấy về cha mẹ hài lòng về cơ sở vật chất của trung tâm. Cụ thể: 71,7% cha mẹ hài lòng và 20,8% cha mẹ rất hài lòng về phòng TV của trung tâm; 79,2% cha mẹ hài lòng và 13,3% cha mẹ rất hài lòng về các trang thiết bị phục vụ cho học tập và hoạt động TV; 69,8% cha mẹ hài lòng và 18,9% cha mẹ rất hài lòng về tài liệu phục vụ học hoạt động TV. Tỷ lệ cha mẹ không hài lòng về phòng TV, các trang thiết bị và các tài liệu phục vụ cho hoạt động TV lần lượt là: 7,5%, 7,5% và 11,3%. Nhận xét về cơ sở vật chất của trung tâm, chị Kh, có con học tại trung tâm chia sẻ: *“Trung tâm này nằm trên con phố trung tâm, đi lại thuận tiện, lại gần nhà. Khi cho con vào học ở đây tôi thấy trung tâm có nhiều phòng học, các phòng đều sạch sẽ, có đủ ánh sáng, có phòng ăn, phòng ngủ, phòng vận động, phòng làm việc nhóm và phòng tiếp phụ huynh riêng đảm bảo riêng tư. Về tài liệu thì tôi thấy hơi ít tài liệu dành cho phụ huynh”*.

Như vậy, có thể thấy cha mẹ trẻ cũng có những đánh giá tốt về cơ sở vật chất của trung tâm, đây là điều kiện tốt để đảm bảo đáp ứng cho hoạt động TV được thực hiện có hiệu quả. Những kết quả có được như trên cho thấy sự nỗ lực của ban giám đốc trung tâm trong việc hỗ trợ cho cha mẹ trẻ và đó chính là sự ghi nhận của cha mẹ với sự nỗ lực này. Trong quá trình vận hành các hoạt động chăm sóc và hỗ trợ trẻ và cha mẹ trẻ sẽ không tránh khỏi những thiếu sót trong việc xây dựng cơ sở vật chất. Do đó, những đánh giá chưa hài lòng của cha mẹ sẽ giúp cho trung tâm nhìn nhận những mặt tích cực và chưa đạt để đưa ra kế hoạch xây dựng cơ sở vật chất phù hợp với trung tâm và đáp ứng được nhu cầu của hỗ trợ cha mẹ trong chăm sóc sức khỏe tinh thần của bản thân họ và trong công tác chăm sóc và giáo dục trẻ RLPTK.

5. GIẢI PHÁP VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Một số giải pháp

Trên cơ sở phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu TV của cha mẹ trẻ RLPTK tại Trung tâm Gia An, bài viết đề xuất một số giải pháp cụ thể nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và hiệu quả của dịch vụ TV:

Giải pháp 1: Nâng cao nhận thức của cha mẹ về RLPTK và vai trò của TV tâm lý

Kết quả khảo sát cho thấy, dù phần lớn cha mẹ có kiến thức cơ bản về RLPTK và tầm quan trọng của TV, nhưng vẫn tồn tại nhiều nhận thức chưa đúng, đặc biệt về nguyên nhân và khả năng điều trị RLPTK. Do đó, cần đẩy mạnh hoạt động giáo dục nhận thức cho cha mẹ thông qua các lớp tập huấn, buổi chia sẻ chuyên đề định kỳ tại trung tâm. Nội dung nên tập trung vào việc hiểu biết về RLPTK cũng như vai trò hỗ trợ của TV tâm lý trong giảm áp lực và định hướng hành vi ứng xử với con.

Giải pháp 2: Hỗ trợ tài chính và xây dựng chính sách TV linh hoạt

Chỉ có 39,6% phụ huynh cho biết có thể chi trả cho dịch vụ TV, trong khi hơn 60% mong muốn được hỗ trợ hoặc không có khả năng chi trả. Do vậy, trung tâm cần duy trì và mở rộng các hình thức TV miễn phí hoặc trợ giá thông qua việc vận động tài trợ từ các tổ chức xã hội, doanh nghiệp hoặc kết nối với các chương trình hỗ trợ cộng đồng. Đồng thời, nên linh hoạt trong chính sách thu phí theo khả năng kinh tế của gia đình, tránh tạo thêm áp lực tài chính cho phụ huynh.

Giải pháp 3: Tăng cường đào tạo và bồi dưỡng chuyên môn, kỹ năng TV cho cán bộ trung tâm

Mặc dù phụ huynh đánh giá cao kiến thức và kỹ năng của giáo viên, nhưng hiệu quả TV thực tế vẫn chưa đáp ứng được kỳ vọng. Điều này phản ánh sự cần thiết phải đào tạo chuyên sâu hơn về kỹ năng TV chuyên biệt cho phụ huynh có con RLPTK, bao gồm kỹ năng xử lý

cảm xúc tiêu cực, tư vấn cá nhân và hỗ trợ nhóm. Trung tâm cần xây dựng kế hoạch bồi dưỡng định kỳ, đồng thời khuyến khích giáo viên tự học, cập nhật kiến thức và tích cực trao đổi kinh nghiệm thực tế trong nội bộ.

Giải pháp 4: Cải thiện cơ sở vật chất phục vụ cho hoạt động TV

Dù tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất là khá cao, vẫn có một bộ phận cha mẹ trẻ chưa thực sự hài lòng, đặc biệt là về tài liệu hỗ trợ. Trung tâm nên đầu tư thêm tài liệu chuyên sâu dành riêng cho cha mẹ (sách, tờ gấp, sổ tay kỹ năng), đồng thời cải tạo các không gian TV đảm bảo tính riêng tư, thân thiện và giảm thiểu áp lực tâm lý cho người được TV. Việc nâng cao chất lượng không gian vật lý cũng sẽ góp phần tăng hiệu quả trị liệu tâm lý.

5.2. Khuyến nghị

5.2.1. Đối với các trung tâm tư vấn và giáo dục hòa nhập

Cần xây dựng kế hoạch dài hạn nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ TV, đồng thời thiết kế các chương trình TV đa dạng về hình thức để đáp ứng nhu cầu khác nhau của cha mẹ.

Các trung tâm cũng nên chủ động kết nối với các tổ chức xã hội và doanh nghiệp nhằm kêu gọi nguồn tài trợ cho các gia đình có hoàn cảnh khó khăn, từ đó giảm thiểu rào cản tài chính trong tiếp cận dịch vụ.

5.2.2. Đối với CB, GV làm công tác TV

Cần tích cực cập nhật kiến thức, nâng cao kỹ năng TV thông qua các khóa đào tạo chuyên sâu, học hỏi kinh nghiệm từ đồng nghiệp và chuyên gia

Chú trọng rèn luyện kỹ năng giao tiếp với phụ huynh, thường xuyên ghi nhận ý kiến phản hồi từ phụ huynh sau các buổi TV để điều chỉnh cách tiếp cận phù hợp với từng đối tượng.

5.2.3. Đối với cơ quan quản lý giáo dục và chính quyền địa phương

Đưa nội dung giáo dục, truyền thông về RLPTK và vai trò của TV vào các chương trình truyền hình, truyền thông cộng đồng để nâng cao nhận thức toàn xã hội, giảm thiểu kỳ thị.

Khuyến khích và giám sát việc đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn cho đội ngũ cán bộ tại các trung tâm giáo dục đặc biệt.

5.2.4. Đối với cha mẹ trẻ RLPTK

Chủ động tìm hiểu kiến thức khoa học về RLPTK và vai trò của TV, tránh những nhận thức sai lệch dẫn đến chậm trễ trong việc tìm kiếm sự hỗ trợ.

Tích cực tham gia các lớp tập huấn, nhóm hỗ trợ phụ huynh để chia sẻ kinh nghiệm, học hỏi kỹ năng và nâng cao khả năng tự chăm sóc bản thân cũng như đồng hành cùng con.

Thăng thấn góp ý, phản hồi với trung tâm và cán bộ TV để cải thiện chất lượng dịch vụ, đồng thời đề xuất nhu cầu cụ thể để được hỗ trợ hiệu quả hơn.

6. KẾT LUẬN

Việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn của cha mẹ có con RLPTK có ý nghĩa thực tiễn sâu sắc trong bối cảnh ngày càng nhiều gia đình đối diện với khó khăn trong việc chăm sóc, giáo dục và đồng hành cùng con. Hiểu rõ các yếu tố tác động đến quyết định tìm kiếm hỗ trợ tâm lý không chỉ giúp các trung tâm tư vấn điều chỉnh nội dung, phương

pháp tiếp cận mà còn góp phần định hình các chính sách hỗ trợ phù hợp với nhu cầu thực tế của phụ huynh.

Nghiên cứu đã góp phần làm rõ thực trạng về một số yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn của cha mẹ trẻ RLPTK tại Trung tâm Tư vấn và Giáo dục hòa nhập Gia An. Những phân tích này không chỉ mang tính mô tả mà còn hướng đến việc nhận diện các rào cản cụ thể nhằm đề xuất các giải pháp cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ tham vấn cho phụ huynh.

Nghiên cứu này vì chỉ giới hạn trong phạm vi một trung tâm do đó chưa phản ánh đầy đủ bức tranh toàn diện về nhu cầu tham vấn của cha mẹ trẻ RLPTK. Ngoài ra, chưa phân tích sâu mối quan hệ giữa các yếu tố ảnh hưởng và hành vi sử dụng dịch vụ. Trong thời gian tới, cần mở rộng địa bàn khảo sát, tăng cường phương pháp định lượng và tích hợp quan điểm từ nhiều bên liên quan để xây dựng các mô hình hỗ trợ hiệu quả và phù hợp hơn với thực tiễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed, M., Alqarni, T. M., & Alamoudi, S. (2023). *Factors influencing the lives of parents of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia: A comprehensive review*. <https://www.researchgate.net/publication/376311624>
2. Anh, N. N. (2013). *Nhận thức của cha mẹ về việc giáo dục trẻ RLPTK tại gia đình ở thành phố Hà Nội* [Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội].
3. Brookman-Frazee, L., Vismara, L., Drahota, A., & Stahmer, A. (2022). Advances in supporting parents in interventions for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35934491>
4. ICD-11. (n.d.). *Autism spectrum disorder*. <https://icd-11.online/5317>
5. Liên, N. T. T. (2009). *Thái độ của cha mẹ đối với con có chứng tự kỷ* [Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội]. <https://www.slideshare.net/slideshow/luan-van-thai-do-cua-cha-me-doi-voi-con-co-chung-tu-ki-hay>
6. Michelle, A. M. M. (2015). *The psychological impact on parents of raising a child with autism spectrum disorder*. Springer International Publishing.
7. Nefdt, N., Koegel, R., Singer, G., & Gerber, M. (2010). The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12(1), 23-32.
8. Nhân, T.T.T. (2013). *Tìm hiểu tâm lý của những bà mẹ có con đầu lòng bị tự kỷ*. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Văn Hiến. <https://js.vhu.edu.vn/index.php/vhujsvn/article/view/226>
9. Thê, M. N. (2020). *Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp cho trẻ tự kỷ*. <https://www.researchgate.net/publication/348808479>
10. Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Vaillancourt, T., Szatmari, P., Georgiades, S., & Volden, J. (2018). Examination of bidirectional relationships between parent stress and child behavior problems in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 430-441. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3331-2>
11. Zuckerman, K. E. et al. (2015). Parent health beliefs, social determinants, and health-seeking behavior for autism spectrum disorder. *Academic Pediatrics*, 15(3), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.12.004>

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI, HÀ NỘI

PGS.TS. Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Hoàng Đức²

Tóm tắt: Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng rối loạn lo âu của sinh viên tại Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội. Dữ liệu được thu thập từ 147 sinh viên thông qua phương pháp điều tra bằng bảng hỏi và sử dụng thang đo lo âu Zung. Kết quả cho thấy 32.7% sinh viên có dấu hiệu rối loạn lo âu, trong đó mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Phân tích cho thấy điều kiện kinh tế khó khăn và các yếu tố thuộc về bản thân sinh viên (như áp lực cá nhân và khả năng quản lý cảm xúc) là những yếu tố chính liên quan đến tình trạng này. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình hỗ trợ sức khỏe tâm lý toàn diện, bao gồm hỗ trợ tài chính, can thiệp tâm lý và trang bị kỹ năng tự quản lý cho sinh viên.

Từ khoá: Rối loạn lo âu, thang đo Zung, sinh viên.

THE CURRENT STATE OF ANXIETY DISORDER OF STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF LABOR AND SOCIAL AFFAIRS, HANOI

Abstract: This study aimed to assess the current status of anxiety disorders among students at the University of Labor and Social Affairs, Hanoi. Data were collected from 147 students through a questionnaire survey and the Zung anxiety scale. The results showed that 32.7% of students showed signs of anxiety disorders, of which mild levels accounted for the highest proportion. The analysis showed that difficult economic conditions and factors related to the students themselves (such as personal pressure and emotional management ability) were the main factors related to this condition. The study emphasized the need for comprehensive mental health support programs, including financial support, psychological interventions, and equipping students with self-management skills.

Keywords: Anxiety disorders, Zung scale, students.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là một tình trạng tâm lý phổ biến, thể hiện qua nhiều biểu hiện khác nhau. Một trong những dấu hiệu thường gặp nhất là cảm giác lo lắng về một điều bất hạnh sẽ xảy ra, căng thẳng hoặc sợ hãi không thể kiểm soát được. Đôi khi, người bệnh có thể cảm thấy lo lắng mà không rõ nguyên nhân. (1) Trong những năm gần đây, rối loạn lo âu đang trở thành một vấn đề đáng báo động trên toàn cầu. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thống kê, năm 2019, cứ 8 người có 1 trường hợp, tương đương 970 triệu người trên thế giới mắc rối loạn tâm lý, trong đó phổ biến là rối loạn lo âu và trầm cảm, rối loạn lo âu được đánh giá là rối loạn đặc trưng nhất trong các rối loạn tâm lý được đề cập đến. (2) Trong những năm gần đây, vấn đề sức khỏe tâm thần của sinh viên đại học đã trở thành một trong những mối quan tâm hàng đầu của xã hội. Rối loạn lo âu là một trong những vấn đề phổ biến nhất, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và hiệu suất học tập của sinh viên. Tổ chức Y tế Thế giới đã tiến hành một cuộc khảo sát dịch tễ học đối với 1527 sinh viên đại học và 4178 sinh viên không phải đại học cùng độ tuổi từ 21

^{1,2} Trường Đại học Lao động - Xã hội

quốc gia khác nhau. Theo dữ liệu khảo sát, rối loạn lo âu là rối loạn phổ biến nhất trong tất cả các nhóm (11,7% -14,7%). (3) Theo các nghiên cứu gần đây, tỷ lệ sinh viên mắc rối loạn lo âu và trầm cảm đang gia tăng đáng kể. Ở Châu Á, một nghiên cứu cắt ngang đối với 617 sinh viên đại học ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn lo âu là 30%, cao hơn so với tỷ lệ mắc trầm cảm là 18%. (4) Nghiên cứu của Lê Hồng Hoài Linh và cộng sự trên 2550 sinh viên ở 20 trường đại học tại phố Hồ Chí Minh cho thấy có 59,1% sinh viên mắc rối loạn lo âu và 40,0% sinh viên mắc trầm cảm; các yếu tố có liên quan đến lo âu, trầm cảm ở sinh viên bao gồm: tuổi, giới, tình trạng tài chính của bản thân và có đi làm thêm. (5)

Tỷ lệ mắc chứng rối loạn lo âu trên toàn thế giới ở sinh viên đại học rất cao, ảnh hưởng tiêu cực đến các quốc gia, trường học, gia đình và từng sinh viên ở nhiều mức độ khác nhau. (6) Rối loạn lo âu không chỉ ảnh hưởng đến tâm trạng và cảm xúc của sinh viên mà còn gây ra các vấn đề về giấc ngủ, tập trung và khả năng học tập. Điều này làm giảm hiệu suất học tập và tăng nguy cơ bỏ học. Một nghiên cứu của American College Health Association vào năm 2020 cho thấy khoảng 61,2% sinh viên đại học đã từng trải qua cảm giác lo âu nghiêm trọng, và 25,5% trong số đó cho biết lo âu ảnh hưởng đến hiệu suất học tập của họ. (7) Sinh viên đại học là một nhóm đối tượng đặc thù, đang trải qua giai đoạn chuyển tiếp quan trọng từ vị thành niên sang trưởng thành. Đây là thời kỳ mà họ không chỉ định hình hệ giá trị cá nhân, phát triển khả năng thích nghi mà còn hình thành quan điểm toàn cầu và triết lý sống. Đồng thời, sinh viên phải đối mặt với hàng loạt áp lực, bao gồm sự thay đổi trong vai trò xã hội, yêu cầu học tập khắt khe, các mối quan hệ liên cá nhân phức tạp và áp lực từ việc làm thêm hoặc định hướng nghề nghiệp. Trong bối cảnh này, sự xuất hiện của các rối loạn tâm lý như trầm cảm, lo âu cùng những triệu chứng liên quan không chỉ gây ra đau khổ tinh thần mà còn làm suy giảm đáng kể kết quả học tập và khả năng tương tác xã hội của sinh viên. (8) Mặc dù lo âu đang gia tăng, nhiều sinh viên vẫn chưa nhận được sự hỗ trợ đầy đủ do thiếu thông tin hoặc do sự kỳ thị về sức khỏe tâm thần. Việc nhận diện và can thiệp sớm vào các vấn đề tâm lý giúp ngăn chặn sự tiến triển của rối loạn lo âu thành các vấn đề nghiêm trọng hơn như trầm cảm hoặc rối loạn tâm thần khác

2. TỔNG QUAN VÀ MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN

2.1. Tổng quan

Liên quan đến vấn đề này, chúng ta tìm ra một số nghiên cứu có liên quan, Nghiên cứu của Long Xuan Nguyen trên 5.730 sinh viên Việt Nam (2021) được công bố năm 2021 đã cho thấy 16,2% sinh viên có triệu chứng lo âu khi đánh giá bằng thang đo GAD7. Các yếu tố có liên quan bao gồm: giới tính (nữ có tỷ lệ cao hơn), kết quả học tập, tình trạng sức khỏe tâm thần trong đại dịch COVID-19, cũng như mức độ hài lòng với môi trường sống và quan hệ xã hội. Nghiên cứu cho thấy lo âu ở sinh viên Việt Nam không chỉ xuất phát từ gánh nặng học tập mà còn từ các yếu tố tâm lý - xã hội rộng hơn. (19)

Một khảo sát tại Trường Cao đẳng Công nghiệp và Thương mại Việt Nam (2023) được thực hiện trên 420 sinh viên cho kết quả đáng chú ý: 37,1% sinh viên bị stress, 56,4% có triệu chứng lo âu và 40% có dấu hiệu trầm cảm. Những yếu tố ảnh hưởng chủ yếu gồm sự quan tâm của cha mẹ, chất lượng giấc ngủ, tính cách cá nhân và thói quen vận động. Điều này cho thấy

môi trường sống và thói quen sinh hoạt đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành và duy trì trạng thái lo âu. (20).

Nghiên cứu của Quynh Chi và cộng sự khảo sát 724 sinh viên đại học ở Hà Nội chỉ ra 25,9% sinh viên nhận diện đúng triệu chứng lo âu và 42,3% nhận diện đúng triệu chứng trầm cảm. Ngoài ra, nhận thức về các phương pháp hỗ trợ tâm lý ban đầu còn rất hạn chế. Điều này phản ánh sự thiếu hụt nghiêm trọng trong kiến thức tâm lý học cơ bản của sinh viên, từ đó làm gia tăng nguy cơ kéo dài hoặc trầm trọng hóa các rối loạn lo âu.(21)

Dessauvagie & cộng sự (2022) trong bài “Mental Health of University Students in South-eastern Asia: A Systematic Review” cho biết mức độ lo âu trung bình ở sinh viên các nước Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam, lên tới 42,4%, một con số đáng lo ngại. Các yếu tố phổ biến dẫn đến lo âu bao gồm áp lực học tập cao, lo ngại về việc làm sau khi tốt nghiệp và thiếu hỗ trợ tâm lý tại trường học. Nghiên cứu này đã gióng lên hồi chuông cảnh báo về sự cần thiết phải can thiệp sớm nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần cho nhóm dân số đặc thù này. (22)

Nghiên cứu tại Đại học Y Hà Nội trên 1723 sinh viên sử dụng thang đo GAD-7 cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu lan tỏa là 9,8%, đồng thời xác định các yếu tố nguy cơ như gánh nặng tài chính, phải thi lại, hút thuốc, uống rượu bia và mức độ hoạt động thể chất ảnh hưởng đến tình trạng này. (23) Các nghiên cứu quốc tế cũng phản ánh tình trạng tương tự; một tổng quan từ 69 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu ở sinh viên đại học dao động rộng từ 7,4% đến 55%, với mức trung bình khoảng 32%. (24). Như vậy, tổng quan các nghiên cứu trong và ngoài nước đều khẳng định rối loạn lo âu là vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến và nghiêm trọng ở sinh viên đại học. Các nghiên cứu đã làm rõ các yếu tố nguy cơ, mức độ ảnh hưởng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần, từ đó làm cơ sở khoa học cho việc xây dựng các chương trình can thiệp, hỗ trợ phù hợp nhằm cải thiện sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống cho sinh viên.

2.2. Một số khái niệm cơ bản

- Rối loạn lo âu:

Theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, lo âu là cảm giác lo lắng, sợ hãi, căng thẳng hoặc lo âu bình thường khi đối mặt hoặc dự đoán một mối đe dọa thực sự hoặc được nhận thức (ví dụ: vấn đề, thách thức và sự kiện có kết quả chưa biết. Mặt khác, các rối loạn lo âu được đặc trưng bởi sự lo lắng và sợ hãi dai dẳng, quá mức, ảnh hưởng đến hoạt động bình thường. Phiên bản thứ năm của Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Sức khỏe Tâm thần (DSM-5) bao gồm chín loại rối loạn lo âu. Các loại này có tỷ lệ mắc bệnh cao và tất cả đều có đặc điểm là lo lắng, sợ hãi và các rối loạn hành vi liên quan. Các loại rối loạn lo âu khác nhau tùy theo tình huống, đối tượng hoặc hoạt động gây ra các đặc điểm lo âu.

Rối loạn lo âu là một nhóm các rối loạn tâm lý đặc trưng bởi trạng thái lo lắng, sợ hãi quá mức, dai dẳng và không tương xứng với mức độ đe dọa thực tế, ảnh hưởng tiêu cực đến hoạt động và cuộc sống của người bệnh. Theo Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ (APA), rối loạn lo âu bao gồm nhiều dạng như rối loạn lo âu lan tỏa (GAD), rối loạn hoảng sợ, các chứng sợ hãi đặc biệt, và rối loạn lo âu xã hội, với đặc điểm chung là cảm xúc lo lắng, sợ hãi hoặc ám ảnh sợ hãi cực độ.(13)

Theo ICD - 11, rối loạn lo âu tổng quát được đặc trưng bởi các triệu chứng lo âu rõ rệt kéo dài ít nhất vài tháng, trong nhiều ngày hơn là không, biểu hiện bằng sự lo lắng chung (tức là ‘lo lắng tự do’) hoặc lo lắng quá mức tập trung vào nhiều sự kiện hàng ngày, thường liên quan đến gia đình, sức khỏe, tài chính và trường học hoặc công việc, cùng với các triệu chứng bổ sung như căng cơ hoặc bồn chồn vận động, hoạt động quá mức của hệ thần kinh giao cảm, trải nghiệm chủ quan về sự lo lắng, khó duy trì sự tập trung, cáu kỉnh hoặc rối loạn giấc ngủ. Các triệu chứng dẫn đến sự đau khổ đáng kể hoặc suy giảm đáng kể trong các lĩnh vực hoạt động cá nhân, gia đình, xã hội, giáo dục, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác. Các triệu chứng không phải là biểu hiện của tình trạng sức khỏe khác và không phải do tác động của chất hoặc thuốc lên hệ thần kinh trung ương. (14).

Theo tác giả Nguyễn Thị Hằng Phương (2009), rối loạn lo âu (RLLA) được hiểu là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của chủ thể, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.(15) Theo bác sĩ Nguyễn Trọng Tuấn, Bệnh viện tâm thần thành phố Hồ Chí Minh, Hội chứng: Rối loạn lo âu hay rối nhiều lo âu là rối loạn đặc trưng bởi sự lo lắng thái quá và căng thẳng thường xuyên mà không có lý do rõ ràng. Những trải nghiệm cảm xúc lo lắng, sợ hãi thái quá này ảnh hưởng trực tiếp đến các hoạt động chức năng và cuộc sống của người bệnh. Rối loạn lo âu bao gồm rối loạn lo âu toàn thể, hội chứng sợ xã hội, rối loạn lo âu phân ly và rối loạn đặc hiệu. Bạn có thể mắc một hoặc nhiều rối loạn cùng lúc. Nhưng dù là bất kể dạng rối loạn nào thì cũng cần được điều trị ngay (16)

- *Sinh viên:*

Sinh viên là những người học theo phương thức nghiên cứu, tìm tòi khám phá tri thức khoa học. Ở nhiều quốc gia như Mỹ, Úc, Singapore, “sinh viên” (student) dùng để chỉ tất cả người học ở bậc cao đẳng, đại học, cao học và nghiên cứu sinh. Từ “student” trong tiếng Anh mang nghĩa là người nghiên cứu, sử dụng phương pháp nghiên cứu để hoàn thành nhiệm vụ học tập của mình. Ở Việt Nam, sinh viên được hiểu là người học ở bậc đại học và cao đẳng, khác với học sinh ở các bậc học thấp hơn (17).

Theo Từ điển Giáo dục học: “Sinh viên là người học của cơ sở giáo dục cao đẳng, đại học”. Theo Từ điển Tiếng Việt: Khái niệm “sinh viên” được dùng để chỉ người học ở bậc đại học. Theo Từ điển Hán - Việt: “Sinh viên là người học ở bậc đại học, bao gồm hệ cao đẳng và hệ đại học”. Theo Luật Giáo dục Đại học: Sinh viên là người đang học tập và nghiên cứu khoa học tại cơ sở giáo dục đại học, theo học chương trình đào tạo cao đẳng, chương trình đào tạo đại học. (18). Như vậy, có thể thấy khái niệm sinh viên được hiểu khá thống nhất và thường được dùng với nghĩa phổ thông nhất là người học trong các trường cao đẳng và đại học.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu văn bản

Phương pháp này nhằm tổng hợp, phân tích các tài liệu liên quan đến rối loạn lo âu ở sinh viên, từ đó xây dựng cơ sở lý luận vững chắc cho nghiên cứu. Đồng thời, phương pháp này giúp so sánh thực trạng rối loạn lo âu của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội với các nghiên cứu trước đây để tìm ra điểm tương đồng và khác biệt.

Tìm kiếm tài liệu từ các nguồn tin cậy như sách, tạp chí khoa học, luận văn, nghiên cứu về rối loạn lo âu và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng này. Sàng lọc tài liệu theo tiêu chí liên quan trực tiếp đến chủ đề rối loạn lo âu của sinh viên. Xem xét các báo cáo thống kê, số liệu về sức khỏe tâm lý của sinh viên đại học. Phân tích nội dung tài liệu, trích dẫn các nghiên cứu có giá trị và tổng hợp thành cơ sở lý luận cho bài nghiên cứu.

3.2. Phương pháp phỏng vấn sâu

Bên cạnh khảo sát định lượng, nghiên cứu này sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu bán cấu trúc nhằm khai thác sâu sắc trải nghiệm cá nhân và nhận thức của sinh viên về các nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu. Phương pháp này cho phép người tham gia chia sẻ cảm nhận, kinh nghiệm cá nhân trong môi trường linh hoạt, tạo điều kiện để người nghiên cứu hiểu rõ hơn các yếu tố tâm lý - xã hội ảnh hưởng đến rối loạn lo âu ở sinh viên.

3.3. Tra bằng bảng hỏi

Phương pháp này nhằm thu thập dữ liệu thực tiễn về mức độ rối loạn lo âu của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội, qua đó đánh giá thực trạng và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng lo âu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 147 sinh viên đại học. Trong đó bao gồm: 45 sinh viên chuyên ngành Tâm lý học và 102 sinh viên chuyên ngành Quản trị nhân lực, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội. Nghiên cứu sử dụng thang đánh giá lo âu Zung bao gồm các biểu hiện: biểu hiện về vấn đề nhận thức, biểu hiện về vấn đề thần kinh tự trị, biểu hiện về vấn đề vận động, biểu hiện về vấn đề thần kinh trung ương. Thang đo dùng để sàng lọc về mức độ lo âu ở người trưởng thành với 4 biểu hiện: nhận thức, tự chủ, vận động và hệ thần kinh trung ương, thang đo đã được chuẩn hóa phiên bản tiếng Việt với độ nhạy là 70,7%, độ đặc hiệu là 79,0% (9) và độ tin cậy nội bộ Cronbach's alpha là 0,76, được sử dụng phổ biến trong dân số để theo dõi và phát hiện các rối loạn tâm thần.(9)

Thang đo Zung (10) gồm 20 câu hỏi, mỗi câu có 4 lựa chọn từ 1-4, tổng điểm là 80 điểm. Mức độ rối loạn lo âu được đánh giá như sau:

- Không lo âu: < 41 điểm.
- Lo âu mức độ nhẹ: 41-50 điểm.
- Lo âu mức độ vừa: 51-60 điểm.
- Lo âu mức độ nặng: 61-70 điểm.
- Lo âu mức độ rất nặng: 71-80 điểm.

Trong phân tích các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu, biến số phụ thuộc rối loạn lo âu được phân thành 2 nhóm:

- Không lo âu: < 41 điểm.
- Rối loạn lo âu: 41-80 điểm.

3.4. Phương pháp xử lý số liệu bằng phần mềm toán học

Số liệu khảo sát được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27 phân tích mô tả tần suất và điểm trung bình để phân tích dữ liệu về thực trạng rối loạn lo âu của sinh viên.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Khách thể nghiên cứu (n=147)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ(%)
Giới tính	Nữ	114	77.6
	Nam	33	22.4
Ngành học	Tâm lý học	45	30.6
	Quản trị nhân lực	102	69.4
Học lực	Giỏi	101	68.7
	Khá	46	31.3
Nơi ở hiện tại	Gia đình, người quen	54	36.7
	Ở trọ, kí túc xá	93	63.3
Điều kiện kinh tế	Khá giả	9	6.1
	Đủ sống	100	68
	Khó khăn	38	25.9

Có thể thấy rằng mẫu nghiên cứu có sự phân bố tương đối rõ ràng về các đặc điểm nhân khẩu học và xã hội học. Trước hết, xét về giới tính, tỷ lệ nữ là cao hơn với 77,6%, trong khi nam chỉ chiếm 22,4%. Sự chênh lệch này phản ánh thực tế cơ cấu giới tính sinh viên trong trường hoặc cũng có thể do nữ giới có xu hướng quan tâm nhiều hơn đến các vấn đề tâm lý, nên sẵn sàng tham gia nghiên cứu. Về ngành học, phần lớn sinh viên đến từ ngành Quản trị nhân lực (69,4%), còn lại 30,6% thuộc ngành Tâm lý học. Về học lực, sinh viên có học lực giỏi chiếm phần lớn (68,7%), tiếp theo là khá (31,3%). Xét đến nơi ở hiện tại, đa số sinh viên sống ở trọ hoặc ký túc xá (63,3%), số còn lại sống cùng gia đình hoặc người quen (36,7%). Một yếu tố quan trọng khác là điều kiện kinh tế, khi có đến 25,9% sinh viên sống trong hoàn cảnh khó khăn, 68,4% sinh viên có điều kiện đủ sống và chỉ 6,1% có điều kiện khá giả. Nhìn chung, đặc điểm mẫu nghiên cứu cho thấy sự đa dạng về hoàn cảnh sống, năng lực học tập và điều kiện kinh tế - những yếu tố có ảnh hưởng sâu sắc đến mức độ và biểu hiện của rối loạn lo âu ở sinh viên đại học hiện nay.

4.2. Thực trạng mức độ rối loạn lo âu của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội.

Bảng 2. Đánh giá mức độ rối loạn lo âu của sinh viên(n=147)

Rối loạn lo âu		Điểm Zung	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Không lo âu		<41	99	67.3
Có rối loạn lo âu		41-80	48	32.7
Mức độ rối loạn lo âu	Nhẹ	41-50	40	27.2
	Vừa	51-60	5	3.4
	Nặng	61-70	2	1.36
	Rất nặng	71-80	1	0.68

Dữ liệu thu thập được cho thấy trong tổng số 147 sinh viên, có 99 sinh viên (67,3%) không có dấu hiệu rối loạn lo âu, trong khi 48 sinh viên (32,7%) có mức độ rối loạn lo âu từ nhẹ đến rất nặng. Trong số những sinh viên có rối loạn lo âu, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (27,2%), trong khi lo âu vừa (3,4%), lo âu nặng (1,36%) và lo âu rất nặng (0,68%) có tỷ lệ thấp hơn

đáng kể. So sánh với các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ lo âu trong nhóm mẫu này có phần tương đồng với nhiều nghiên cứu về lo âu trong cộng đồng. Cụ thể, một nghiên cứu của Quek et al. (2019) trên sinh viên y khoa cho thấy tỷ lệ lo âu dao động từ 33% đến 39%, cao hơn một chút so với kết quả thu được trong nghiên cứu này. (11) Một nghiên cứu tại Navi Mumbai cho thấy tỷ lệ rối loạn lo âu ở sinh viên là 50%, bao gồm cả mức độ nhẹ và nghiêm trọng. (12) Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu hiện tại nhưng vẫn phản ánh thực trạng chung rằng rối loạn tâm lý là một vấn đề phổ biến trong nhóm tuổi này. Dữ liệu cho thấy phần lớn đáp viên không có dấu hiệu rối loạn lo âu, tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ đáng kể trải qua lo âu ở mức độ nhẹ. Đây có thể là dấu hiệu cảnh báo rằng, mặc dù lo âu mức độ cao ít phổ biến, nhưng những người có lo âu nhẹ vẫn cần được quan tâm để tránh nguy cơ phát triển thành mức độ nghiêm trọng hơn.

4.3. Đánh giá mức độ rối loạn lo âu

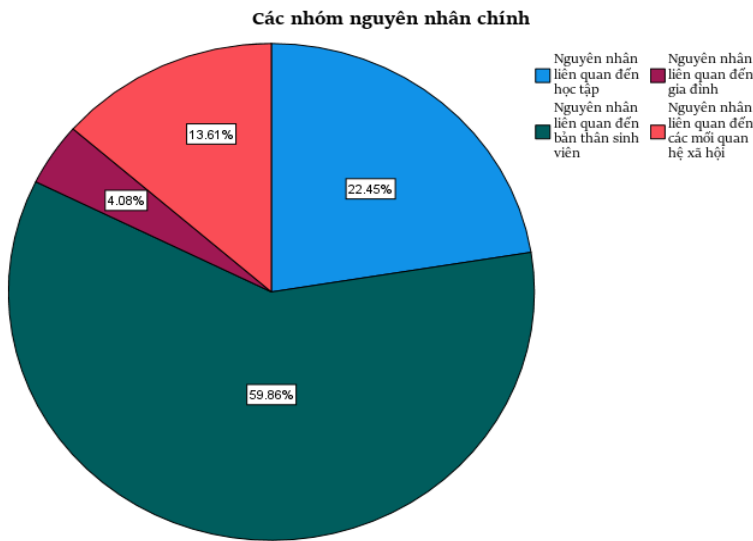
Bảng 3: Thống kê mô tả điểm Zung theo đặc điểm mẫu nghiên cứu

		N	Điểm trung bình	Std
Giới tính	Nam	33	39.33	11.087
	Nữ	114	38.77	6.192
Ngành học	Tâm lý học	45	39.64	8.054
	Quản trị nhân lực	102	38.57	7.300
Học lực	Giỏi	101	39.05	7.309
	Khá	46	38.57	8.060
Nơi ở hiện tại	Gia đình, người quen	54	38.85	8.951
	Ở trọ, kí túc xá	73	38.92	6.616
Điều kiện kinh tế	Khá giả	9	38.89	13.025
	Đủ sống	100	38.04	6.713
	Khó khăn	38	41.16	7.621

Về giới tính, sinh viên nam có điểm Zung trung bình là 39.33, cao hơn một chút so với sinh viên nữ (38.77). Đối với ngành học, sinh viên ngành Tâm lý học có điểm trung bình là 39.64, cao hơn so với sinh viên ngành Quản trị nhân lực (38.57). Về học lực, sinh viên giỏi có điểm trung bình là 39.05, cao hơn một chút so với sinh viên khá (38.57). Điều này có thể cho thấy rằng áp lực học tập và kỳ vọng cao ở nhóm sinh viên giỏi có thể góp phần làm tăng mức độ lo âu. Nơi ở hiện tại cũng cho thấy sự khác biệt nhỏ, khi sinh viên sống ở gia đình hoặc với người quen có điểm trung bình là 38.85, thấp hơn so với nhóm sống ở trọ hoặc ký túc xá (38.92). Điều này gợi ý rằng việc sống xa gia đình có thể làm tăng mức độ lo âu do thiếu sự hỗ trợ từ người thân. Đáng chú ý nhất là điều kiện kinh tế, khi sinh viên thuộc nhóm “Khó khăn” có điểm trung bình cao nhất (41.16) so với nhóm “Đủ sống” (38.04) và “Khá giả” (38.89). Điều này phản ánh rằng khó khăn về tài chính là yếu tố quan trọng làm tăng mức độ lo âu ở sinh viên, phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tác động của điều kiện kinh tế đối với sức khỏe tâm lý. *Bạn N.H.Đ, sinh viên ngành Tâm lý học chia sẻ đã trải qua những khó khăn về kinh tế trong gia đình, điều này giúp mình hiểu rõ hơn về cách điều kiện kinh tế ảnh hưởng đến tâm lý con người. Mình nhận thấy rằng áp lực tài chính có thể dẫn đến rối loạn lo âu, khiến người ta cảm thấy bất an và thiếu tự tin. Tuy nhiên, với kiến thức về quản lý stress và hỗ trợ tinh thần, chúng ta có thể giảm thiểu những tác động tiêu cực này. Mình hy vọng sẽ đóng góp vào việc cải thiện cuộc sống của những người gặp khó khăn thông qua công việc của mình.*

Kết quả trên cho thấy rằng các yếu tố như giới tính, ngành học, học lực, nơi ở và điều kiện kinh tế đều có ảnh hưởng nhất định đến mức độ lo âu của sinh viên, trong đó điều kiện kinh tế nổi bật nhất. Sinh viên gặp khó khăn về tài chính có nguy cơ bị rối loạn lo âu cao hơn đáng kể so với các nhóm khác.

4.4. Các nhóm nguyên nhân chính dẫn đến rối loạn lo âu



Biểu đồ: Một số nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu của sinh viên

Biểu đồ trên trình bày tỷ lệ các nhóm nguyên nhân chính dẫn đến rối loạn lo âu ở sinh viên. Trong đó, nguyên nhân liên quan đến bản thân sinh viên chiếm tỷ lệ cao nhất (59.86%), vượt trội so với các nhóm nguyên nhân khác. Điều này cho thấy rằng các yếu tố nội tại, như áp lực cá nhân, sự tự ti, hoặc khả năng quản lý cảm xúc, đóng vai trò chủ đạo trong việc gây ra rối loạn lo âu. Đây là một vấn đề đáng chú ý, vì nó phản ánh rằng nhiều sinh viên đang gặp khó khăn trong việc tự điều chỉnh và đối mặt với những thách thức tâm lý. Nguyên nhân liên quan đến học tập chiếm tỷ lệ 22.45%, đứng thứ hai trong các nhóm nguyên nhân. Áp lực từ việc học tập, kỳ vọng về thành tích và thời gian biểu dày đặc có thể là những yếu tố chính làm tăng mức độ lo âu ở sinh viên. Điều này phù hợp với thực tế rằng môi trường học đường thường tạo ra nhiều áp lực, đặc biệt đối với sinh viên có mục tiêu học tập cao. Nguyên nhân liên quan đến gia đình chiếm 13.61%, cho thấy rằng mối quan hệ gia đình và sự hỗ trợ từ người thân cũng ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm lý của sinh viên. Những vấn đề như xung đột gia đình, thiếu sự đồng cảm hoặc áp lực từ kỳ vọng của cha mẹ có thể làm tăng nguy cơ rối loạn lo âu. Cuối cùng, nguyên nhân liên quan đến các mối quan hệ xã hội chiếm tỷ lệ thấp nhất (4.08%). Mặc dù không phải là yếu tố chính, nhưng những khó khăn trong giao tiếp xã hội hoặc cảm giác bị cô lập cũng có thể góp phần vào tình trạng rối loạn lo âu ở một số sinh viên. *P.A, sinh viên chuyên ngành Quản trị nhân lực khi được hỏi về nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu ở sinh viên, bạn cho rằng yếu tố bản thân đóng vai trò quan trọng. “Mình từng trải qua áp lực học tập và hoạt động ngoại khóa, nhưng sau khi thay đổi cách quản lý thời gian và thiết lập mục tiêu thực tế, Mình đã kiểm soát được tình trạng lo âu của bản thân. Mình tin rằng, bằng cách nhận thức và điều chỉnh cách phản ứng với áp lực, sinh viên có thể giảm thiểu rối loạn lo âu và cải thiện chất lượng cuộc sống.”*

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng rối loạn lo âu của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội, Hà Nội, sử dụng thang đo Zung, đã cho thấy một số kết quả đáng chú ý. Tỷ lệ sinh viên có dấu hiệu rối loạn lo âu (32.7%) cho thấy đây là một vấn đề sức khỏe tâm lý cần được quan tâm trong môi trường đại học. Mặc dù phần lớn sinh viên không có dấu hiệu rối loạn lo âu, vẫn có một tỷ lệ đáng kể (27.2%) trải qua lo âu ở mức độ nhẹ. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc sàng lọc và can thiệp sớm để ngăn ngừa sự tiến triển của rối loạn.

Phân tích thống kê mô tả điểm Zung theo các yếu tố liên quan cho thấy điều kiện kinh tế khó khăn có liên quan đến mức độ lo âu cao hơn (điểm trung bình là 41.16 so với 38.04 và 38.89 ở nhóm “Đủ sống” và “Khá giả” tương ứng). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tác động của tình trạng kinh tế lên sức khỏe tâm lý. Phân tích nguyên nhân cho thấy yếu tố thuộc về bản thân sinh viên (như áp lực cá nhân, sự tự ti, hoặc khả năng quản lý cảm xúc) chiếm tỷ lệ cao nhất (59.86%) trong các nhóm nguyên nhân dẫn đến rối loạn lo âu. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc trang bị cho sinh viên các kỹ năng tự quản lý và đối phó với stress. Các yếu tố khác như giới tính, ngành học, học lực và nơi ở cũng có ảnh hưởng nhất định đến mức độ lo âu, tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng không đáng kể so với điều kiện kinh tế và yếu tố bản thân. Để cải thiện sức khỏe tâm lý của sinh viên, cần thiết phải triển khai các chương trình hỗ trợ tâm lý, nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần và cung cấp các kỹ năng quản lý căng thẳng hiệu quả. Sự hợp tác giữa nhà trường, gia đình và cộng đồng là cần thiết để tạo ra môi trường hỗ trợ toàn diện cho sinh viên. Qua đó, không chỉ giúp giảm thiểu rối loạn lo âu mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu suất học tập của sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (World Health Organization), 2002, “*Mental disorders*”
2. WHO (World Health Organization), 8/6/2022, “*Mental disorders*”
3. Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G.,... & Bruffaerts, R. (2016). “*Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys*”. *Psychological medicine*, 46(14), 2955-2970.
4. Ghrouz, A.K., Noohu, M.M., Dilshad Manzar, M. *et al.* (2019). “*Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students*”. *Sleep Breath* 23, 627-634 <https://doi.org/10.1007/s11325-019-01780-z>.
5. Lê Hồng Hoài Linh, Bùi Hồng Cẩm, Huỳnh Thanh Tân, Nguyễn Tuấn Đạt, Châu Văn Trờ, (2024). “*Rối loạn lo âu, trầm cảm và nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của sinh viên Thành Phố Hồ Chí Minh*”. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 181(8), 140-148. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v181i8.2683>.
6. Liu, X. Q., Guo, Y. X., & Xu, Y. (2023). “*Risk factors and digital interventions for anxiety disorders in college students: Stakeholder perspectives*.” *World journal of clinical cases*, 11(7), 1442-1457. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i7.1442>
7. American College Health Association. (2020). *National College Health Assessment*)
8. Ramsay, J. E., Yang, F., Pang, J. S., Lai, C. M., Ho, R. C., & Mak, K. K. (2015). “*Divergent pathways to influence: Cognition and behavior differentially mediate the effects of optimism on physical and mental quality of life in Chinese university students*.” *Journal of health psychology*, 20(7), 963-973.
9. Tran, T. D., Tran, T., La, B., Lee, D., Rosenthal, D., & Fisher, J. (2011). “*Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instruments*.” *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.038>

10. Trần Hữu Bình, Trần Nguyễn Ngọc (2024), “*Chẩn đoán, điều trị các rối loạn tâm thần và hành vi*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2024, trang 200-201.
11. Quek, T. T., Tam, W. W., Tran, B. X., Zhang, M., Zhang, Z., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). “*The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis*”. International journal of environmental research and public health, 16(15), 2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>.
12. Shah, Tanvi Deepak; Pol, Titiksha (2020), “*Prevalence of Depression and Anxiety in College Students*”, Journal of Mental Health and Human Behaviour 25(1):p 10-13, Jan-Jun 2020. | DOI: 10.4103/jmhbb.jmhbb_16_20
13. Anxiety disorder. APA Dictionary of Psychology.
14. World Health Organization. (2019). “*International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*”. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
15. Nguyễn Thị Hằng Phương (2009). “Thực trạng và nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu ở học sinh trường trung học phổ thông chuyên Quảng Bình”, Tạp chí *Tâm lý học*, số 6 (123), 6 - 2009
16. NLS HCMUAF. (2024). “*Một số đặc điểm tâm lý cơ bản của sinh viên*”. Trường Đại học Nông Lâm TP. HCM.
17. Trần Quốc Thành (2023), “*Tâm Lý Học dạy ĐH*”, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, 2023.
18. Vũ Thị Mai Hương, Vũ Thị Hiên (2021), “Vấn đề việc làm sau tốt nghiệp của sinh viên khoa địa lý, trường đại học sư phạm Hà Nội”, HNUE JOURNAL OF SCIENCE. Educational Sciences, 2021, Volume 66, Issue 2, pp. 88-102 DOI: 10.18173/2354-1075.2021-0024
19. Nguyen, L. X., Dao, L. T. D., Ta, A. N., Le, H. T., Nguyen, H. V., Nguyen, L. T. M., Nguyen, P. T., Nguyen, T. T., Ta, T. C., Nguyen, T. H., Nguyen, T. T., Huynh, T. A., Hoang, A. Q., Duong, L. T. H., Do, L. H., & Pham, N. T. (2023). “*Anxiety and associated factors among Vietnamese students during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*”. *Medicine*, 102(16), e33559. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033559>
20. Hồ, T. N., & Hoàng, T. X. H. (2024). “Đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu, stress của sinh viên trường cao đẳng công thương Việt Nam năm 2023”. Tạp chí *Y học Việt Nam*, 538(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v538i2.9438>
21. Thai Quynh-Chi, N., Hoang-Minh, D., & Thi Kim-Anh, L. (2021). “*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*, 8(1), 20551029211015116. <https://doi.org/10.1177/20551029211015116>
22. Dessauvagie AS, Dang H-M, Nguyen TAT, Groen G. (2022) “*Mental Health of University Students in Southeastern Asia: A Systematic Review*”. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2021;34(2-3):172-181. doi:10.1177/10105395211055545
23. Nguyễn Tiến Đạt, Hà Thảo Linh, Lê Đại Minh, Dương Ngọc Lê Mai, Phạm Thanh Tùng, Nguyễn Thị Thu Trang và Kim Bảo Giang (2021), “Ti lệ rối loạn lo âu lan tỏa và một số yếu tố liên quan ở sinh viên đại học Y Hà Nội năm học 2018 - 2019”. Tạp chí *Nghiên cứu y học*, 140 (4) - 2021
24. Gabriel X.D. Tan, Xun Ci Soh, Andree Hartanto, Adalia Y.H. Goh, Nadyanna M. Majeed (2023), “*Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review*”, *Journal of Affective Disorders Reports*, Volume 14, 2023, 100658, ISSN 2666-9153, <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100658>

CÔNG TÁC XÃ HỘI HỌC ĐƯỜNG TRONG HỖ TRỢ HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG GẶP VẤN ĐỀ RỐI LOẠN LO ÂU (Nghiên cứu tại một số trường THPT trên địa bàn thành phố Thái Nguyên)

ThS. Nguyễn Thị Hồng Trâm¹

Tóm tắt: Học sinh trung học phổ thông, đặc biệt ở độ tuổi vị thành niên, đang đối mặt với nhiều áp lực từ học tập, kỳ vọng gia đình và sự biến đổi xã hội, làm gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm thần, nổi bật là rối loạn lo âu. Công tác xã hội học đường được xác định là một công cụ quan trọng nhằm phát hiện sớm, can thiệp và hỗ trợ tâm lý cho học sinh. Nghiên cứu khảo sát 350 học sinh và phỏng vấn sâu 10 cán bộ tại một số trường THPT tại Thái Nguyên cho thấy 32,6% học sinh có biểu hiện lo âu từ mức trung bình đến cao, chủ yếu liên quan học tập và giao tiếp xã hội. Tuy nhiên, chỉ 17,9% học sinh tìm kiếm sự hỗ trợ. Nhận thức của học sinh và phụ huynh về sức khỏe tâm thần còn hạn chế, cơ sở vật chất và nhân lực tư vấn học đường chưa đáp ứng được nhu cầu. Nghiên cứu sử dụng bảng hỏi GAD-7, phân tích định lượng bằng Excel và xử lý dữ liệu định tính từ phỏng vấn qua mã hóa chủ đề. Kết quả cho thấy hoạt động tư vấn và giáo dục kỹ năng sống bước đầu giúp giảm lo âu và tăng kỹ năng đối phó. Từ đó, nghiên cứu đề xuất nhóm giải pháp dành riêng cho nhà trường, ngành giáo dục, phụ huynh và học sinh, nhằm nâng cao hiệu quả công tác xã hội học đường trong hỗ trợ học sinh rối loạn lo âu.

Từ khóa: Công tác xã hội học đường, sức khỏe tâm thần, rối loạn lo âu, học sinh, hỗ trợ tâm lý.

SCHOOL SOCIAL WORK IN SUPPORTING HIGH SCHOOL STUDENTS WITH ANXIETY DISORDERS (A Study at Selected High Schools in Thai Nguyen City)

Abstract: High school students, especially adolescents, are facing increasing pressure from academics, family expectations, and rapid social changes—factors contributing to a rise in mental health issues, particularly anxiety disorders. School social work has been identified as a crucial tool for early detection, intervention, and psychological support for students. This study surveyed 350 students and conducted in-depth interviews with 10 staff members at selected high schools in Thai Nguyen. The findings reveal that 32.6% of students exhibited moderate to high levels of anxiety, primarily related to academic stress and social interactions. However, only 17.9% of students sought help. Awareness of mental health among students and parents remains limited, and existing school counseling facilities and personnel fall short of meeting students' needs. Using the GAD-7 questionnaire, quantitative data were analyzed with Excel, while qualitative interview data were coded thematically. Results indicate that counseling and life skills education activities initially help reduce anxiety and enhance coping skills. Based on these findings, the study proposes a set of solutions tailored to schools, the education sector, parents, and students to improve the effectiveness of school social work in supporting students with anxiety disorders.

Keywords: school social work, mental health, anxiety disorders, students, psychological support.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, sự gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm thần trong học sinh phổ thông, đặc biệt là rối loạn lo âu, đã trở thành mối quan tâm lớn đối với gia đình, nhà trường và xã hội. Áp lực học tập, kỳ vọng từ gia đình và những biến động của môi trường xã hội hiện đại đã và đang tạo ra những tác động tiêu cực đến tâm lý học sinh, ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết

¹ Trường Đại học Khoa học, Đại học Thái Nguyên, Email: tramnth@tnus.edu.vn, SĐT: 0972.766.467.

quả học tập, sự phát triển nhân cách và khả năng hội nhập xã hội của các em. Trong bối cảnh đó, công tác xã hội học đường như một giải pháp thiết yếu nhằm phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và hỗ trợ tâm lý cho học sinh. Tuy nhiên, tại nhiều trường phổ thông, hoạt động tư vấn học đường vẫn còn nhiều hạn chế về nhân sự, năng lực chuyên môn và hiệu quả triển khai. Chính vì vậy, việc nghiên cứu vai trò, thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả công tác xã hội học đường trong hỗ trợ học sinh gặp vấn đề rối loạn lo âu là yêu cầu cấp thiết, góp phần bảo đảm sức khỏe tinh thần, tạo nền tảng cho sự phát triển toàn diện và bền vững của học sinh phổ thông. Nghiên cứu sử dụng phương pháp hỗn hợp (mixed methods). Khảo sát được thực hiện từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2024 tại 3 trường trung học phổ thông trên địa bàn thành phố Thái Nguyên. Mẫu khảo sát gồm 350 học sinh được chọn ngẫu nhiên theo lớp học, kết hợp 10 cuộc phỏng vấn sâu với cán bộ quản lý, giáo viên và nhân viên tư vấn học đường để bổ sung thông tin định tính.

1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI HỌC ĐƯỜNG TRONG HỖ TRỢ HỌC SINH GẶP RỐI LOẠN LO ÂU

1.1. Khái niệm rối loạn lo âu ở học sinh

Theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (American Psychiatric Association, 2013), rối loạn lo âu (anxiety disorders) là nhóm rối loạn đặc trưng bởi cảm giác lo lắng, sợ hãi quá mức và kéo dài, kèm theo những phản ứng tránh né, gây ảnh hưởng đến chức năng học tập, xã hội, nghề nghiệp.

Trong môi trường học đường, rối loạn lo âu thường biểu hiện qua ba dạng chính: lo âu học tập (sợ thất bại, sợ điểm thấp), lo âu giao tiếp xã hội (sợ phát biểu, sợ bị phê bình) và lo âu tổng quát (lo lắng mơ hồ về tương lai, ngoại hình, sức khỏe). Nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, rối loạn lo âu có thể dẫn đến giảm sút thành tích học tập, suy giảm sức khỏe tinh thần, tăng nguy cơ trầm cảm và các vấn đề hành vi khác.

1.2. Vai trò của công tác xã hội học đường trong hỗ trợ học sinh gặp rối loạn lo âu

Công tác xã hội học đường là lĩnh vực chuyên môn nhằm hỗ trợ học sinh giải quyết các khó khăn tâm lý - xã hội, qua đó tạo điều kiện thuận lợi cho việc học tập, phát triển cá nhân và hội nhập xã hội. Trong bối cảnh gia tăng rối loạn lo âu ở học sinh, nhân viên công tác xã hội học đường đóng vai trò quan trọng trong việc sàng lọc, phát hiện sớm những học sinh có dấu hiệu bất ổn tâm lý; thực hiện các can thiệp phù hợp như tư vấn cá nhân, sinh hoạt nhóm; đồng thời kết nối học sinh với các nguồn lực hỗ trợ chuyên sâu khi cần thiết (NASW, 2012).

Bên cạnh đó, công tác xã hội học đường còn tham gia tổ chức các hoạt động nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần, phòng ngừa nguy cơ rối loạn lo âu thông qua chương trình kỹ năng sống, quản lý cảm xúc, giải tỏa căng thẳng học tập. Khảo sát tại Norwalk, Connecticut (The Hour, 2024) cho thấy tỷ lệ học sinh cảm thấy lo âu gần như luôn giảm từ 27% năm 2022 xuống còn 22% năm 2024; đồng thời, tỷ lệ học sinh cảm thấy buồn bã hoặc tuyệt vọng trong hai tuần liên tiếp cũng giảm từ 23% xuống 19%. Những cải thiện này được ghi nhận nhờ việc tăng cường các biện pháp hỗ trợ sức khỏe tâm thần trong trường học. Ngoài ra, nghiên cứu tại Úc về chương trình Smiling Mind (Herald Sun, 2024) chỉ ra rằng việc thực hành chánh niệm trong trường tiểu học giúp học sinh cải thiện khả năng tập trung, quản lý căng thẳng và phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề. Cụ thể, một phần ba học sinh tham gia cho biết họ tập trung hơn trong lớp, 24% thấy giờ chơi thú vị hơn và 16% dễ dàng giải quyết các vấn đề về tình bạn.

1.3. Mô hình hỗ trợ sức khỏe tâm thần học đường hiện nay

Trên thế giới, nhiều quốc gia đã áp dụng các mô hình hỗ trợ sức khỏe tâm thần học đường, trong đó mô hình hỗ trợ ba tầng (Multi-Tiered System of Supports - MTSS) được xem là điển hình. Mô hình này chia thành ba cấp độ: (1) can thiệp phổ quát cho toàn bộ học sinh; (2) can thiệp có mục tiêu cho nhóm học sinh có nguy cơ; và (3) can thiệp chuyên sâu cho những học sinh có biểu hiện rối loạn rõ rệt. Áp dụng MTSS, các trường học tại Mỹ đã đạt nhiều kết quả tích cực: theo báo cáo của SAMHSA (2019), việc triển khai MTSS giúp giảm 20-30% tỷ lệ học sinh có biểu hiện lo âu trầm trọng trong vòng một năm học.

Tại Việt Nam, mặc dù mô hình MTSS chưa được áp dụng rộng rãi, song một số sáng kiến ban đầu đã cho kết quả khả quan. Mô hình hỗ trợ sức khỏe tâm thần học đường đang từng bước được xây dựng theo ba cấp độ can thiệp chính: phòng ngừa phổ quát, can thiệp có mục tiêu và can thiệp chuyên sâu. Ở cấp độ phòng ngừa phổ quát, các trường học tổ chức hoạt động giáo dục kỹ năng sống, quản lý cảm xúc, nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần cho toàn bộ học sinh. Ở cấp độ can thiệp có mục tiêu, nhà trường cung cấp hỗ trợ nhóm hoặc cá nhân cho học sinh có dấu hiệu lo âu, trầm cảm, khó khăn học tập hoặc giao tiếp xã hội. Cấp độ chuyên sâu được triển khai thông qua việc liên kết với các cơ sở y tế, chuyên gia tâm lý để hỗ trợ học sinh gặp vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng.

Một số mô hình thực tiễn tiêu biểu có thể kể đến như chương trình RECAP-VN (triển khai tại Hà Nội, Đà Nẵng), giúp đào tạo kỹ năng xã hội cho học sinh và hỗ trợ giáo viên trong quản lý hành vi lớp học, hay mô hình phòng tư vấn học đường tại Quận 3, TP. HCM, tập trung xây dựng kênh lắng nghe, hỗ trợ học sinh và nâng cao năng lực cho đội ngũ giáo viên, nhân viên y tế trường học. Dự án “Trường học hạnh phúc” do UNICEF và Bộ Giáo dục và Đào tạo triển khai năm 2020 tại một số tỉnh thành thí điểm, với nội dung tăng cường hỗ trợ tâm lý cho học sinh.

2. THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU Ở HỌC SINH PHỔ THÔNG

2.1. Tỷ lệ học sinh có biểu hiện rối loạn lo âu

Kết quả khảo sát trên 350 học sinh trung học phổ thông tại thành phố Thái Nguyên cho thấy tình trạng rối loạn lo âu ở học sinh đang ở mức khá cao. Cụ thể, có tới 32,6% học sinh được ghi nhận có biểu hiện lo âu ở mức trung bình đến cao, trong đó 19,4% ở mức trung bình và 13,2% ở mức cao, theo thang đo GAD-7.

Bảng 1: Phân bố mức độ lo âu của học sinh THPT tại thành phố Thái Nguyên theo kết quả tự đánh giá bằng hỏi GAD-7 (N = 350)

Mức độ lo âu	Khoảng điểm GAD-7	Số lượng học sinh (n)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Không có lo âu đáng kể	0-4 điểm	140	40,0%	Sức khỏe tâm thần tốt
Lo âu nhẹ	5-9 điểm	96	27,4%	Lo âu mức thấp, cần theo dõi
Lo âu trung bình	10-14 điểm	68	19,4%	Cần hỗ trợ tâm lý sớm
Lo âu cao	15-21 điểm	46	13,2%	Cần can thiệp chuyên sâu
Tổng cộng		350	100%	

(Nguồn: Số liệu khảo sát)

Tỷ lệ này phản ánh thực trạng đáng chú ý về sức khỏe tâm thần học sinh phổ thông trong bối cảnh hiện nay. Kết quả này cũng phù hợp với bức tranh chung về sức khỏe tâm thần học

sinh tại Việt Nam. Ví dụ, khảo sát của Bệnh viện Tâm thần Trung ương I (2021) trên 600 học sinh trung học tại một số địa phương cho thấy có 27,4% học sinh có biểu hiện lo âu mức vừa đến nặng, chủ yếu tập trung ở lo âu học tập và lo âu giao tiếp. Kết quả khảo sát tại Thái Nguyên cho thấy mức độ vấn đề ở học sinh Việt Nam cũng đang ở mức tương đương, cần được quan tâm đúng mức trong các chính sách và chương trình hỗ trợ tâm lý học đường.

2.2. Phân loại rối loạn lo âu thường gặp ở học sinh THPT

Phân tích sâu các dạng lo âu thường gặp cho thấy, học sinh phổ thông ở thành phố Thái Nguyên chủ yếu gặp phải ba nhóm vấn đề chính. Thứ nhất, lo âu liên quan đến học tập chiếm tỷ lệ cao nhất, với 68,2% học sinh lo lắng trước các kỳ kiểm tra, sợ điểm thấp hoặc không đạt kỳ vọng của gia đình. Thứ hai, lo âu trong giao tiếp xã hội chiếm 21,7%, với các biểu hiện như né tránh phát biểu trong lớp, sợ bị đánh giá tiêu cực từ bạn bè. Thứ ba, khoảng 10,1% học sinh có lo âu tổng quát, biểu hiện qua việc thường xuyên lo lắng vô cớ về các tình huống hàng ngày như ngoại hình, tương lai hoặc sức khỏe cá nhân.

Bảng 2. Phân loại rối loạn lo âu ở học sinh THPT

Phân loại rối loạn lo âu	Tỷ lệ (%)
Lo âu liên quan đến học tập	68,2%
Lo âu giao tiếp xã hội	21,7%
Lo âu tổng quát về tương lai, ngoại hình	10,1%

(Nguồn: Số liệu khảo sát)

Những kiểu dạng lo âu này không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến thành tích học tập mà còn làm giảm chất lượng các mối quan hệ xã hội và cản trở sự phát triển toàn diện của học sinh. Việc nhận diện sớm các dạng lo âu phổ biến sẽ giúp các nhân viên công tác xã hội học đường thiết kế các chương trình can thiệp phù hợp, đáp ứng đúng nhu cầu tâm lý của từng nhóm đối tượng.

2.3. Biểu hiện rối loạn lo âu thường gặp ở học sinh

Rối loạn lo âu ở học sinh trung học phổ thông thường biểu hiện đa dạng, bao gồm cả khía cạnh cảm xúc, hành vi, nhận thức và thể chất. Các biểu hiện này không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình học tập mà còn tác động tiêu cực đến sức khỏe tinh thần và khả năng giao tiếp xã hội của học sinh.

Kết quả khảo sát trên 350 học sinh THPT tại thành phố Thái Nguyên cho thấy các biểu hiện rối loạn lo âu thường tập trung vào các nhóm chính, với tỷ lệ phân bố được thể hiện cụ thể:

Bảng 3. Tỷ lệ học sinh có biểu hiện rối loạn lo âu theo nhóm triệu chứng (N = 350)

Nhóm biểu hiện	Tỷ lệ (%)
Cảm xúc	41,7
Hành vi - nhận thức	35,4
Thể chất	29,1
Hành vi tránh né	12,8

(Nguồn: Số liệu khảo sát)

Phân tích kết quả khảo sát cho thấy: Nhóm biểu hiện cảm xúc chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%), nổi bật là cảm giác lo lắng quá mức, sợ thất bại, dễ căng thẳng và khó kiểm soát cảm xúc. Điều

này phản ánh áp lực học tập lớn, kỳ vọng từ gia đình, thầy cô và bản thân học sinh. Nhóm biểu hiện hành vi - nhận thức chiếm tỷ lệ 35,4%, thể hiện ở việc học sinh né tránh những tình huống gây lo âu (như phát biểu, thi cử), giảm khả năng tập trung, hay quên và thường xuyên cần được trấn an. Đây là nhóm biểu hiện quan trọng giúp giáo viên và phụ huynh nhận diện sớm dấu hiệu lo âu học đường. Nhóm biểu hiện thể chất (29,1%) gồm các triệu chứng sinh lý như đau đầu, mất ngủ, tim đập nhanh, mệt mỏi, thường xuất hiện kèm theo lo âu tâm lý, tạo ra vòng xoáy bệnh lý giữa tâm lý và cơ thể. Ngoài ra, hành vi tránh né được ghi nhận ở khoảng 12,8% học sinh, dưới dạng nghỉ học không lý do, rút khỏi hoạt động nhóm, hạn chế giao tiếp xã hội, làm gia tăng nguy cơ cô lập và suy giảm thành tích học tập.

Những số liệu trên phản ánh mức độ phức tạp và đa chiều của rối loạn lo âu học đường, đòi hỏi các nhà trường, gia đình và chuyên gia công tác xã hội học đường phối hợp chặt chẽ để thiết kế các chương trình sàng lọc, nhận diện sớm và can thiệp kịp thời. Việc phân tích cụ thể các nhóm biểu hiện giúp xây dựng giải pháp hỗ trợ phù hợp, từ nâng cao kỹ năng đối phó cá nhân đến tổ chức các chương trình kỹ năng sống, quản lý cảm xúc, tư vấn học đường.

2.4. Nhận thức và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của học sinh

Mặc dù tỷ lệ học sinh có biểu hiện lo âu ở mức đáng kể, nhận thức về sức khỏe tâm thần và hành vi tìm kiếm hỗ trợ vẫn còn nhiều hạn chế. Kết quả khảo sát trên 350 học sinh tại Thái Nguyên cho thấy chỉ 17,9% học sinh có biểu hiện lo âu chủ động tìm đến các dịch vụ tư vấn học đường hoặc chia sẻ với giáo viên, bạn bè. Ngược lại, 82,1% còn lại chọn cách tự đối phó hoặc im lặng, xuất phát từ tâm lý e ngại, sợ bị kỳ thị, hoặc thiếu tin tưởng vào hiệu quả của dịch vụ hỗ trợ. Kết quả khảo sát này tương đồng với kết quả nghiên cứu của UNICEF (2022) chỉ ra rằng khoảng 21,7% thanh thiếu niên Việt Nam đã trải qua các vấn đề sức khỏe tâm thần (bao gồm 18,6% lo âu và 4,3% trầm cảm) nhưng chỉ có khoảng 8,4% trong số đó thực sự tiếp cận được các dịch vụ hỗ trợ cần thiết hoặc nhận được tư vấn về các thách thức cảm xúc, hành vi. Đáng chú ý, một phần nguyên nhân xuất phát từ nhận thức chủ quan: nhiều học sinh dù nhận biết được sự bất ổn trong cảm xúc vẫn có xu hướng đánh giá thấp tầm quan trọng của việc can thiệp sớm hoặc cho rằng lo âu chỉ là “chuyện bình thường”, không cần tìm kiếm sự giúp đỡ. Ngoài ra, sự kỳ thị xã hội đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần và thiếu niềm tin vào hiệu quả của dịch vụ hỗ trợ cũng góp phần làm giảm hành vi tìm kiếm trợ giúp của học sinh.

Như vậy vấn đề cốt lõi không chỉ nằm ở năng lực cung cấp dịch vụ hỗ trợ tâm lý trong trường học, mà còn ở niềm tin của học sinh vào hệ thống này. Do đó, bên cạnh việc củng cố đội ngũ tư vấn học đường, xây dựng quy trình can thiệp chuyên nghiệp, các nhà trường và ngành giáo dục cần đẩy mạnh truyền thông nâng cao nhận thức, giảm kỳ thị, đồng thời lồng ghép giáo dục kỹ năng tự chăm sóc tinh thần, giúp học sinh dám chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ khi cần thiết.

2.5. Hiệu quả của công tác xã hội học đường trong hỗ trợ học sinh rối loạn lo âu

Kết quả khảo sát trên 350 học sinh THPT tại thành phố Thái Nguyên cho thấy học sinh đã từng tiếp cận hoặc tham gia một số hoạt động hỗ trợ của công tác xã hội với tỷ lệ như sau:

Bảng 4. Tỷ lệ học sinh tham gia các hoạt động công tác xã hội học đường (N = 350)

Hoạt động	Tỷ lệ (%)
Tư vấn, tham vấn học đường (cá nhân/nhóm)	18,1
Tham gia chương trình kỹ năng sống	29,1
Tham gia hoạt động truyền thông, tọa đàm	25,1
Được sàng lọc, phát hiện vấn đề tâm lý	15,4
Tham gia phối hợp cùng giáo viên, phụ huynh	12,3

(Nguồn: Số liệu khảo sát)

Kết quả cho thấy nhóm học sinh tham gia chương trình kỹ năng sống chiếm tỷ lệ cao nhất (29,1%), phản ánh nhu cầu được trang bị kỹ năng ứng phó áp lực học đường. Tuy nhiên, tỷ lệ học sinh được tư vấn, tham vấn (18,1%) cho thấy mặc dù nhu cầu hỗ trợ cá nhân cao, học sinh vẫn e ngại tiếp cận dịch vụ này - có thể do thiếu nhân lực chuyên môn, hoặc do học sinh chưa tin tưởng hiệu quả tư vấn. Hoạt động sàng lọc, phát hiện vấn đề tâm lý đạt tỷ lệ thấp (15,4%), phản ánh hạn chế về quy mô triển khai và sự thiếu đồng bộ trong quy trình đánh giá học sinh. Kết quả này cũng cho thấy cần mở rộng dịch vụ chuyên môn, tăng cường nhân sự tư vấn, đồng thời nâng cao niềm tin của học sinh vào hiệu quả các dịch vụ hỗ trợ. Việc phối hợp giữa nhà trường, giáo viên và phụ huynh cũng cần được củng cố nhằm xây dựng mạng lưới hỗ trợ toàn diện cho học sinh.

Mặc dù còn nhiều khó khăn, hoạt động công tác xã hội học đường tại một số trường phổ thông ở Thái Nguyên đã bước đầu mang lại hiệu quả tích cực đối với học sinh gặp vấn đề rối loạn lo âu. Qua chương trình tư vấn cá nhân, sinh hoạt nhóm và hoạt động giáo dục kỹ năng sống. Cụ thể, các chương trình hỗ trợ giúp học sinh cải thiện kỹ năng đối phó với căng thẳng và nâng cao sự tự tin: 72,3% học sinh tham gia đánh giá đã học được kỹ năng quản lý cảm xúc và stress; 64,1% học sinh tự đánh giá bản thân tự tin hơn khi đối mặt với các thử thách học tập và giao tiếp xã hội.

Bảng 5. Kết quả cải thiện tâm lý học sinh sau tham gia chương trình hỗ trợ (N=114 học sinh được hỗ trợ)

Nội dung cải thiện	Tỷ lệ (%)
Giảm chỉ số lo âu trung bình	35,6%
Học sinh cải thiện kỹ năng đối phó stress	72,3%
Học sinh tự tin hơn sau chương trình hỗ trợ	64,1%

(Nguồn: Số liệu khảo sát)

Những kết quả này chứng minh rằng, nếu được tổ chức bài bản, công tác xã hội học đường có thể đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu tác động tiêu cực của rối loạn lo âu đối với học sinh.

2.6. Những khó khăn trong hoạt động hỗ trợ tâm lý học đường

Bên cạnh các kết quả tích cực, hoạt động hỗ trợ tâm lý học đường tại Thái Nguyên vẫn bộc lộ nhiều hạn chế. Một trong những vấn đề lớn nhất là sự thiếu hụt nhân sự chuyên trách: phần lớn các trường không có nhân viên công tác xã hội học đường chuyên môn sâu, hoặc chỉ bố trí giáo viên kiêm nhiệm mà chưa qua đào tạo chuyên biệt.

Ngoài ra, nguồn lực tài chính dành cho hoạt động tư vấn tâm lý còn rất hạn chế, dẫn đến thiếu thôn về cơ sở vật chất, chương trình can thiệp không đa dạng, thiếu tài liệu tham khảo chuẩn hóa. Thêm vào đó, nhận thức xã hội về sức khỏe tâm thần học đường vẫn còn thấp: nhiều học sinh e ngại bị kỳ thị khi tìm kiếm hỗ trợ; phụ huynh chưa thực sự ủng hộ, thậm chí có thái độ né tránh khi con em gặp vấn đề tâm lý.

Cuối cùng, quy trình sàng lọc - tư vấn - chuyển tuyến tại các trường học còn thiếu bài bản, chưa hình thành hệ thống hỗ trợ liên thông hiệu quả với các cơ sở y tế chuyên sâu khi cần thiết.

3. TIỀM NĂNG PHÁT TRIỂN MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI HỌC ĐƯỜNG TRONG CẢI THIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN HỌC SINH

3.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả hỗ trợ tâm lý học đường

Thứ nhất, yếu tố nhận thức xã hội: Tại Thái Nguyên cũng như nhiều địa phương khác, sức khỏe tâm thần học đường vẫn chưa được nhìn nhận đầy đủ. Nhiều phụ huynh và học sinh còn mang định kiến rằng tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý đồng nghĩa với việc “yếu đuối” hoặc “bất bình thường”. Tâm lý e ngại kỳ thị khiến học sinh không dám chia sẻ khó khăn, dẫn đến tình trạng các vấn đề lo âu bị che giấu và trầm trọng hóa. Một môi trường xã hội cởi mở, chấp nhận và ủng hộ chăm sóc sức khỏe tâm thần sẽ là điều kiện tiên quyết để mô hình công tác xã hội học đường phát huy hiệu quả.

Thứ hai, yếu tố nguồn lực tài chính: Nguồn lực đầu tư cho hoạt động tư vấn tâm lý học đường hiện còn rất hạn chế. Theo báo cáo của Bộ Giáo dục và Đào tạo Việt Nam (2022), chưa đến 40% trường học phổ thông có bố trí kinh phí ổn định cho hoạt động tư vấn học đường. Tại Thái Nguyên, phần lớn các phòng tư vấn tâm lý được xây dựng bằng nguồn hỗ trợ dự án hoặc kinh phí kiêm nhiệm, thiếu tính bền vững. Việc thiếu nguồn tài chính khiến hoạt động hỗ trợ tâm lý không thể mở rộng quy mô, đa dạng hóa chương trình hoặc duy trì đội ngũ chuyên trách dài hạn.

Thứ ba, yếu tố năng lực đội ngũ nhân viên: Một trong những thách thức lớn nhất hiện nay là sự thiếu hụt nhân viên công tác xã hội học đường có trình độ chuyên môn sâu về tư vấn tâm lý học đường. Phần lớn đội ngũ hiện nay là giáo viên kiêm nhiệm hoặc nhân viên mới được đào tạo ngắn hạn, thiếu kỹ năng sàng lọc, đánh giá, can thiệp bài bản đối với các vấn đề tâm lý học sinh. Điều này làm giảm hiệu quả hỗ trợ, thậm chí trong một số trường hợp còn gây phản tác dụng nếu tư vấn không đúng cách.

3.2. Đánh giá tiềm năng phát triển mô hình công tác xã hội học đường trong cải thiện sức khỏe tâm thần học sinh

Thứ nhất, nhu cầu thực tế về chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh là rất lớn, với hơn 30% học sinh có biểu hiện rối loạn lo âu hoặc các vấn đề tâm lý khác, tạo ra “thị trường” tự nhiên cho sự phát triển của dịch vụ hỗ trợ tâm lý học đường.

Thứ hai, về chính sách, Quyết định số 1442/QĐ-BGDĐT ngày 01/6/2022 của Bộ Giáo dục và Đào tạo đã phê duyệt Chương trình giáo dục sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025, đặt nền móng pháp lý cho việc xây dựng hệ thống tư vấn học đường bài bản và đồng bộ. Chương trình đề ra các mục tiêu cụ thể, gồm: 100% học sinh được tuyên truyền, nâng cao kiến thức và hiểu biết về sức khỏe tâm thần; 50% trường học thực hiện đánh giá, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh không lây nhiễm và rối loạn tâm thần; ít nhất

60% nhân viên y tế trường học, nhân viên công tác xã hội, tư vấn tâm lý được nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe tinh thần; và 90% cơ sở giáo dục có cơ chế phối hợp với các cơ sở y tế địa phương nhằm thực hiện chăm sóc, giáo dục, phục hồi cho học sinh, sinh viên gặp vấn đề sức khỏe tâm thần. Bên cạnh đó, chương trình cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tăng cường truyền thông, giáo dục cho cán bộ quản lý, giáo viên, học sinh; dự phòng và phát hiện sớm nguy cơ rối loạn tâm thần; từ đó góp phần xây dựng mạng lưới can thiệp, bảo vệ và chăm sóc sức khỏe tinh thần toàn diện trong trường học.

Thứ ba, xã hội Việt Nam đang từng bước thay đổi thái độ đối với vấn đề sức khỏe tâm thần. Các chiến dịch truyền thông cộng đồng, sự xuất hiện của các tổ chức phi chính phủ trong lĩnh vực này (ví dụ như Save the Children, UNICEF) đang góp phần làm thay đổi nhận thức và tạo điều kiện cho việc mở rộng các mô hình hỗ trợ học sinh.

Cuối cùng, đội ngũ nhân viên công tác xã hội học đường đang từng bước được đào tạo bài bản thông qua các chương trình đại học, sau đại học về công tác xã hội và tâm lý học đường tại các trường đại học lớn. Đây sẽ là nguồn lực quan trọng để đảm bảo tính chuyên nghiệp và bền vững cho mô hình công tác xã hội học đường trong tương lai.

4. ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP HOÀN THIÊN MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI HỌC ĐƯỜNG

Để nâng cao hiệu quả công tác xã hội học đường trong hỗ trợ học sinh trung học phổ thông gặp vấn đề rối loạn lo âu, cần có những giải pháp đồng bộ và cụ thể, phân theo từng nhóm đối tượng liên quan trong hệ thống giáo dục.

Đối với nhà trường, cần ưu tiên bố trí nhân sự chuyên trách cho hoạt động công tác xã hội học đường, thay vì chỉ phân công giáo viên kiêm nhiệm như hiện nay. Bên cạnh đó, nhà trường cần xây dựng quy trình hỗ trợ tâm lý học đường theo hướng chuẩn hóa, bao gồm các bước sàng lọc - đánh giá - can thiệp - theo dõi - chuyển tuyến, nhằm đảm bảo hỗ trợ kịp thời và hiệu quả cho học sinh. Các hoạt động truyền thông nội bộ như lớp học kỹ năng sống, buổi tọa đàm với chuyên gia hay ngày hội sức khỏe tâm thần nên được tổ chức thường xuyên để nâng cao nhận thức và giảm kỳ thị trong cộng đồng học đường.

Đối với ngành giáo dục, cần triển khai các chương trình đào tạo và tập huấn chuyên sâu, định kỳ nhằm nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân viên công tác xã hội học đường, trong đó chú trọng kỹ năng tư vấn, sàng lọc và can thiệp tâm lý học sinh. Đồng thời, ngành giáo dục nên xây dựng cơ chế tài chính ổn định, cấp kinh phí thường xuyên cho hoạt động tư vấn học đường, từ đó tạo điều kiện để các phòng tư vấn hoạt động lâu dài và chuyên nghiệp. Việc khuyến khích các trường học liên kết với các tổ chức y tế, trung tâm tâm lý và cơ quan bảo trợ xã hội cũng cần được đẩy mạnh nhằm xây dựng mô hình hỗ trợ liên ngành hiệu quả.

Đối với phụ huynh học sinh, cần được nâng cao nhận thức về vai trò của sức khỏe tâm thần trong sự phát triển toàn diện của con em. Phụ huynh nên chủ động tham gia các buổi truyền thông, tập huấn tại trường học để hiểu đúng và đồng hành với nhà trường trong việc hỗ trợ con em vượt qua các vấn đề tâm lý. Đồng thời, cần khuyến khích phụ huynh hợp tác, cởi mở trao đổi với giáo viên, nhân viên tư vấn khi con em có biểu hiện bất ổn tâm lý, thay vì né tránh hoặc đổ lỗi cho học sinh.

Đối với học sinh, cần được trang bị các kỹ năng cơ bản như tự nhận diện cảm xúc, kiểm soát căng thẳng, giao tiếp hiệu quả và tìm kiếm sự giúp đỡ khi cần thiết. Việc tham gia tích cực vào các lớp học kỹ năng sống, tư vấn nhóm hay hoạt động giáo dục ngoài giờ không chỉ giúp học sinh nâng cao khả năng đối phó với áp lực mà còn góp phần tạo nên môi trường học đường cởi mở, thân thiện. Quan trọng hơn, học sinh cần được khuyến khích phá vỡ sự e ngại và dám chủ động tìm kiếm sự hỗ trợ tâm lý khi gặp khó khăn.

Ngoài ra, nghiên cứu đề xuất một số giải pháp cụ thể như sau:

Thứ nhất, nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ nhân viên công tác xã hội học đường: Một trong những giải pháp trọng tâm là đầu tư nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ nhân viên công tác xã hội học đường. Cần triển khai các chương trình đào tạo bài bản về tâm lý học đường, kỹ năng tư vấn, kỹ năng can thiệp khủng hoảng, sàng lọc và đánh giá rối loạn tâm thần cho nhân viên công tác xã hội. Các khóa tập huấn ngắn hạn kết hợp với chương trình đào tạo liên tục (CPD - Continuing Professional Development) sẽ giúp nhân viên công tác xã hội học đường cập nhật kiến thức mới, đảm bảo tính chuyên nghiệp trong hoạt động hỗ trợ học sinh. Ngoài ra, cần xây dựng bộ tiêu chuẩn nghề nghiệp cho nhân viên công tác xã hội học đường, trong đó quy định rõ các yêu cầu về trình độ đào tạo, năng lực hành nghề và đạo đức nghề nghiệp, nhằm đảm bảo chất lượng dịch vụ tư vấn học đường trên toàn hệ thống giáo dục.

Thứ hai, thiết lập quy trình hỗ trợ tâm lý học đường chuẩn hóa: Việc thiết lập một quy trình hỗ trợ tâm lý học đường chuẩn hóa là giải pháp quan trọng để đảm bảo tính hệ thống và hiệu quả của công tác hỗ trợ. Quy trình này cần bao gồm các bước cơ bản: (1) Sàng lọc định kỳ học sinh có nguy cơ; (2) Đánh giá mức độ khó khăn tâm lý; (3) Thiết kế kế hoạch can thiệp cá nhân; (4) Triển khai hoạt động tư vấn, hỗ trợ phù hợp; (5) Theo dõi, đánh giá hiệu quả can thiệp; (6) Chuyển tuyến khi cần thiết đến các cơ sở y tế chuyên sâu. Quy trình cần được xây dựng trên cơ sở tham khảo các mô hình quốc tế đã được kiểm chứng như MTSS (Mỹ), mô hình “Chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện trong trường học” (Anh) và điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện thực tiễn tại Việt Nam. Việc áp dụng quy trình chuẩn hóa sẽ hạn chế tình trạng hỗ trợ tự phát, thiếu chuyên môn, đồng thời tăng cường hiệu quả hỗ trợ học sinh.

Thứ ba, tăng cường đầu tư nguồn lực cho công tác xã hội học đường: Nguồn lực tài chính và cơ sở vật chất là điều kiện cần thiết để mô hình công tác xã hội học đường phát triển bền vững. Các trường học cần được cấp ngân sách riêng cho hoạt động tư vấn học đường, bao gồm kinh phí chi trả nhân sự, tổ chức hoạt động truyền thông, sinh hoạt nhóm kỹ năng, mua sắm tài liệu tham khảo và xây dựng không gian tư vấn thân thiện. Bên cạnh nguồn lực từ ngân sách nhà nước, cần khuyến khích xã hội hóa bằng cách vận động tài trợ từ các tổ chức phi chính phủ, doanh nghiệp và cộng đồng để hỗ trợ phát triển các trung tâm tư vấn tâm lý học đường. Ngoài ra, việc ứng dụng công nghệ thông tin (thiết lập cổng thông tin tư vấn trực tuyến, phần mềm sàng lọc sức khỏe tâm thần...) cũng cần được đẩy mạnh nhằm mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ cho học sinh.

Thứ tư, nâng cao nhận thức xã hội về sức khỏe tâm thần học đường: Để xóa bỏ những rào cản kỳ thị và khuyến khích học sinh chủ động tìm kiếm sự hỗ trợ, cần đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục cộng đồng về sức khỏe tâm thần học đường. Các chiến dịch tuyên

truyền cần tập trung vào việc: (1) Thay đổi nhận thức sai lệch về vấn đề tâm thần học đường; (2) Khuyến khích thái độ tích cực, chấp nhận và hỗ trợ những học sinh gặp khó khăn tâm lý; (3) Nâng cao kỹ năng nhận diện sớm dấu hiệu rối loạn tâm lý ở học sinh cho phụ huynh và giáo viên. Các hình thức truyền thông cần đa dạng, sáng tạo như: truyền thông học đường thông qua lớp học kỹ năng sống, talkshow chia sẻ với chuyên gia, xây dựng clip truyền thông ngắn gọn dễ hiểu, tổ chức các ngày hội sức khỏe tâm thần trong trường học.

Thứ năm, tăng cường sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ học sinh: Hoàn thiện mô hình công tác xã hội học đường đòi hỏi phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các bên liên quan: nhà trường - gia đình - y tế - cơ quan bảo trợ xã hội. Nhà trường cần xây dựng mạng lưới liên kết với các trung tâm y tế, bệnh viện tâm thần, trung tâm công tác xã hội để sẵn sàng chuyển tuyến hỗ trợ chuyên sâu cho những trường hợp nặng. Mô hình phối hợp liên ngành sẽ giúp đảm bảo tính toàn diện, liên tục và chuyên sâu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, đồng thời tạo ra sự đồng thuận và thống nhất trong các biện pháp hỗ trợ.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra thực trạng 32,6% học sinh THPT tại Thái Nguyên có biểu hiện lo âu trung bình đến cao, chủ yếu liên quan học tập, giao tiếp xã hội và lo âu tổng quát, gây ảnh hưởng tiêu cực đến học tập và đời sống tinh thần. Công tác xã hội học đường bước đầu đóng vai trò tích cực thông qua hoạt động tư vấn, kỹ năng sống, giúp học sinh giảm lo âu, tăng kỹ năng đối phó, nhưng vẫn đối mặt nhiều hạn chế về nhân sự, tài chính, nhận thức xã hội và quy trình can thiệp. Nghiên cứu khẳng định tiềm năng phát triển mô hình công tác xã hội học đường tại Việt Nam, nhất là khi nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ngày càng cấp thiết và hành lang chính sách dần hoàn thiện. Trên cơ sở đó, các giải pháp then chốt được đề xuất gồm: tăng cường đào tạo nhân lực, chuẩn hóa quy trình hỗ trợ, đẩy mạnh truyền thông và phối hợp liên ngành, hướng tới xây dựng hệ thống hỗ trợ học sinh hiệu quả, bền vững, đáp ứng yêu cầu của xã hội hiện đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2022), Công văn số 4252/BGDĐT-GDCTHSSV về việc tăng cường triển khai công tác hỗ trợ, tư vấn tâm lý cho học sinh phổ thông.
3. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2022), Kế hoạch triển khai Chương trình giáo dục sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025 (Ban hành kèm theo Quyết định số 1442/QĐ-BGDĐT ngày 01/6/2022).
4. Tổ chức Y tế Thế giới (2022), World mental health report: Transforming mental health for all.
5. UNICEF Việt Nam (2022), Nghiên cứu toàn diện về các yếu tố liên quan đến trường học ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện của trẻ vị thành niên tại Việt Nam.

XÂY DỰNG MÔ HÌNH HỖ TRỢ PHÒNG NGỪA TRONG CÔNG TÁC XÃ HỘI DÀNH CHO NGƯỜI CHƯA THÀNH NIÊN BỊ SANG CHẤN TÂM LÝ

TS. Đặng Quang Trung¹, TS. Nguyễn Trung Hải², ThS. Nguyễn Văn Ngo², Ths. Hứa Sỹ Đức²

Tóm tắt: Hiện tượng sang chấn tâm lý (SCTL) đang diễn ra khá phức tạp ở các nhóm xã hội khác nhau. Về mặt thể chất - tâm lý - xã hội thì người chưa thành niên (CTN) là những người đang trong quá trình phát triển về sinh lý, tâm lý, ý thức. Đây là giai đoạn diễn ra nhiều biến đổi đặc biệt, đó là sự phát triển mất cân bằng về cơ thể có thể dẫn đến sự mất cân bằng tạm thời về cảm xúc. Sự mất cân bằng này tiếp đó có thể gây ra những cơn SCTL ở những người chưa kịp thời có sự chuẩn bị thích ứng. Bài viết dựa trên các số liệu tập trung: (1) Nhận diện các hoạt động cần thiết cho việc thiết kế mô hình; (2) Phân tích yếu tố con người trong xây dựng mô hình; (3) Đánh giá năng lực triển khai mô hình từ phía nhân viên/giảng viên công tác xã hội... Đây là những yếu tố cơ bản, đảm bảo cho những mô hình hỗ trợ phòng ngừa có khả năng ứng dụng phù hợp với bối cảnh xã hội và thực tiễn tại nước ta, qua đó góp phần thúc đẩy chuyên nghiệp hóa nghề CTXH. Bài viết sử dụng bộ số liệu của đề tài cấp Bộ "Nghiên cứu xây dựng mô hình công tác xã hội với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý" do TS. Nguyễn Trung Hải (2024) làm chủ nhiệm.

Từ khóa: người chưa thành niên, mô hình hỗ trợ phòng ngừa trong công tác xã hội, sang chấn tâm lý

DEVELOPING A PREVENTIVE SUPPORT MODEL IN SOCIAL WORK FOR PSYCHOLOGICALLY TRAUMATIZED MINORS

Abstract: The phenomenon of psychological trauma is increasingly complex across various social groups. From a physical - psychological - social perspective, minors are individuals undergoing biological, psychological, and cognitive development. This stage is characterized by significant changes, particularly the imbalance in physical development that may lead to temporary emotional instability. Such imbalance can trigger psychological trauma in minors who are not adequately prepared or equipped to adapt. This paper is based on focused data addressing: (1) The identification of essential activities for designing the support model; (2) The analysis of human factors in model development; (3) The assessment of the implementation capacity of social work staff and educators. These are fundamental elements ensuring that preventive support models are practically applicable and contextually relevant in Vietnam, thereby contributing to the professionalization of the social work field. The article utilizes data from the Ministry-level research project "Developing a social work model for psychologically traumatized minors" led by Nguyen Trung Hai (2024).

Keywords: minors, preventive support model in social work, psychological trauma

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xây dựng mô hình hỗ trợ phòng ngừa trong công tác xã hội dành cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý là vô cùng quan trọng. Nó giúp phát hiện sớm các dấu hiệu sang chấn, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời, giảm thiểu những ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển của trẻ. Mô hình này không chỉ tập trung vào việc điều trị sau khi sang chấn xảy ra, mà còn nhấn mạnh vào việc phòng ngừa, tạo môi trường an toàn, hỗ trợ

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: trungulsa@gmail.com

² Trường Đại học Lao động - Xã hội.

tin thần cho thanh thiếu niên. Việc này góp phần quan trọng vào việc giảm thiểu gánh nặng cho hệ thống y tế và xã hội.

Trên thực tế, báo cáo Tóm tắt của Unicef (2015) cho thấy tỷ lệ người CTN gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần, bao gồm SCTL, dao động lên tới 29. Đối chiếu số liệu dân số của Tổng cục Thống kê năm 2019 và tính toán theo tỷ lệ UNICEF cảnh báo thì nhóm người CTN ở Việt Nam có nguy cơ bị SCTL có thể tương đương 7% tổng dân số (Hải và nnk, 2024). Để trợ giúp người CTN gặp SCTL, nhiều quốc gia đã xây dựng nhiều mô hình công tác xã hội (CTXH) và ứng dụng vào thực tiễn. Nhiều mô hình đã mang lại hiệu quả cao trong trợ giúp nhóm xã hội này giảm thiểu các tác động tiêu cực, phục hồi chức năng xã hội, hòa nhập cộng đồng (Hà, 2020). Tại Việt Nam, số liệu Tổng điều tra dân số năm 2019 cho thấy nước ta có khoảng 60% dân số trẻ, khoảng 1/3 đang ở độ tuổi CTN. Song, một vấn đề cần được quan tâm đó chính là tỷ lệ SCTL ở tuổi dậy thì dường như có dấu hiệu đang ngày càng gia tăng mạnh mẽ, gây nhiều lo lắng đối với gia đình, nhà trường và xã hội. Tuy nhiên, việc chăm sóc, bảo vệ người CTN, bao gồm nhóm bị SCTL, còn gặp nhiều thách thức.

Trong khi đó, báo cáo của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (2015) đã chỉ ra nhiều điểm hạn chế của các cơ sở CTXH công lập trong can thiệp, trợ giúp các đối tượng xã hội. Cụ thể là đội ngũ NVCTXH còn thiếu kiến thức, kỹ năng cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt, thiếu các dịch vụ chuyên môn, như: tham vấn... Tương tự, nhiều cơ sở CTXH ngoài cộng đồng cũng chưa được thiết kế phù hợp để cung cấp dịch vụ trợ giúp chuyên sâu. Đội ngũ NV CTXH còn gặp nhiều hạn chế về kiến thức, kỹ năng can thiệp, hỗ trợ phục hồi, phát triển hòa nhập.

Mặc dù các mô hình CTXH đã được triển khai tại Việt Nam, nhưng về cơ bản, chúng chưa thực sự chuyên nghiệp. Các mô hình CTXH về can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa, hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL còn rất hạn chế. Vì vậy, bài viết này tập trung vào nghiên cứu khả năng: *“Xây dựng mô hình hỗ trợ phòng ngừa trong công tác xã hội dành cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý”*

Mục tiêu nghiên cứu của bài viết tập trung vào: (1) Nhận diện các hoạt động cần thiết cho việc thiết kế mô hình; (2) Phân tích yếu tố con người trong xây dựng mô hình; (3) Đánh giá năng lực triển khai mô hình từ phía nhân viên/giảng viên công tác xã hội...

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng kết hợp các phương pháp nghiên cứu định tính và phương pháp nghiên cứu định lượng.

Phương pháp nghiên cứu định lượng: Bài viết sử dụng một phần kết quả khảo sát 270 giảng viên/nhân viên CTXH của đề tài cấp Bộ về “*Nghiên cứu xây dựng mô hình CTXH với người CTN bị SCTL*” do TS. Nguyễn Trung Hải (2024) làm chủ nhiệm. Nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện tại cộng đồng, tại các cơ sở xã hội/bệnh viện/trường học..., nơi có triển khai các hoạt động CTXH.

Tổng cỡ mẫu NV/GV CTXH tham gia khảo sát

		Số lượng	%
Độ tuổi	Từ 35 trở xuống	86	31,9
	Từ 36 đến 40	101	37,4
	Từ 41 trở lên	83	30,7
Giới tính	Nam	69	25,6
	Nữ	201	74,4
Vị trí công việc	NV CTXH	123	45,6
	GV CTXH	147	54,4
Nơi làm việc chính về CTXH	Trung tâm/ cơ sở/ phòng CTXH	135	50,0
	Trường đại học	109	40,4
	Khác (cộng tác về CTXH)	26	9,6
Thâm niên CTXH	Từ 5 năm trở xuống	84	31,1
	Từ 6 đến 10 năm	102	37,8
	Trên 10 năm	84	31,1
Địa bàn làm việc	Trong Hà Nội	150	55,6
	Ngoài Hà Nội	120	44,4
	Tổng	270	100,0

Phương pháp phỏng vấn sâu: Bài viết cũng sử dụng một phần kết quả khảo sát bằng phương pháp phỏng vấn sâu 20 giảng viên/nhân viên CTXH của đề tài nêu trên. Nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện và người trước giới thiệu người tiếp theo. Những thông tin cần thu thập tập trung vào Đánh giá, xây dựng, thực nghiệm mô hình CTXH; Định hướng giải pháp và điều kiện áp dụng mô hình CTXH với người CTN bị SCTL.

3. KHÁI NIỆM VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

3.1. Khái niệm

Trong khuôn khổ nghiên cứu, bài viết viện dẫn những luận giải từ cuốn sách chuyên khảo do Hải và nnk (2024) biên soạn về “Thực nghiệm các mô hình CTXH tại cộng đồng: trường hợp với người CTN bị SCTL” để nhận diện người CTN bị SCTL “là người từ 15 đến dưới 18 tuổi gặp những cú sốc lớn vượt quá khả năng phòng vệ của cơ thể dẫn đến những phản ứng tâm lý bất thường như: buồn bã, khóc, cười vô cớ, đổ lỗi cho bản thân, cho người khác, thậm chí có biểu hiện kinh hoàng, khiếp sợ, vô vọng, chết lặng, sững sờ, gào thét, hoảng loạn, có ý tưởng tự tổn hại bản thân ...”.

Tương tự, mô hình hỗ trợ phòng ngừa trong CTXH đối với người CTN bị SCTL được hiểu “là tập hợp các hoạt động và cách thức NV CTXH triển khai các hoạt động hỗ trợ giảm thiểu khả năng xảy ra các vấn đề gây ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của những người từ 15 đến dưới 18 tuổi đang gặp những cú sốc lớn vượt quá khả năng phòng vệ của cơ thể, chúng dẫn đến những phản ứng tâm lý bất thường ở nhóm xã hội này”.

3.2. Tổng quan nghiên cứu

- *Mô hình CTXH dành cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý*

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu tập trung phân tích về các mô hình CTXH với người tâm thần nói chung, với người CTN nói riêng, đó có thể là trụ cột can thiệp tại cơ sở BTXH, trụ cột can thiệp dựa vào cộng đồng hay trụ cột can thiệp kết hợp hoặc phòng ngừa và phát triển, song, trong bối cảnh của xã hội Việt Nam thì những nghiên cứu chuyên sâu về các trụ cột can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa và hỗ trợ phát triển trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL còn chưa được đề cập nhiều.

Bài viết của Silva và Teles (2019) trong bài viết về “*Nâng cao sức khỏe tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên: Đóng góp của CTXH trong việc xây dựng mạng lưới hợp tác*” Các tác giả nhấn mạnh khía cạnh hành động tập thể của CTXH với người CTN nhằm nâng cao năng lực trao quyền của họ, cả ở cấp độ cá nhân và tập thể. Trong mô hình này, NV CTXH tập trung vào các khía cạnh xã hội, song chưa chuyên sâu vào lĩnh vực can thiệp, trợ giúp tâm lý. Các hoạt động can thiệp chuyên sâu đó được kết nối đến các nhà tâm lý lâm sàng

Tổ chức liên hiệp quốc gia về vấn đề tâm thần (2021) cũng đưa ra nhận định cho rằng người CTN gặp SCTL cần được chăm sóc tập trung ở mức độ cao hơn so với các mô hình CTXH can thiệp ngoại trú. Họ có thể yêu cầu các dịch vụ CTXH cả ngày và đêm với các cán bộ chăm sóc chuyên sâu. Mô hình CTXH về chăm sóc nội trú tại các cơ sở tập trung là một trong những cách đáp ứng những nhu cầu này. Trong các cơ sở chăm sóc CTXH, người CTN bị SCTL có thể được can thiệp CTXH một cách toàn diện với cường độ cao cũng như được giám sát để giữ an toàn.

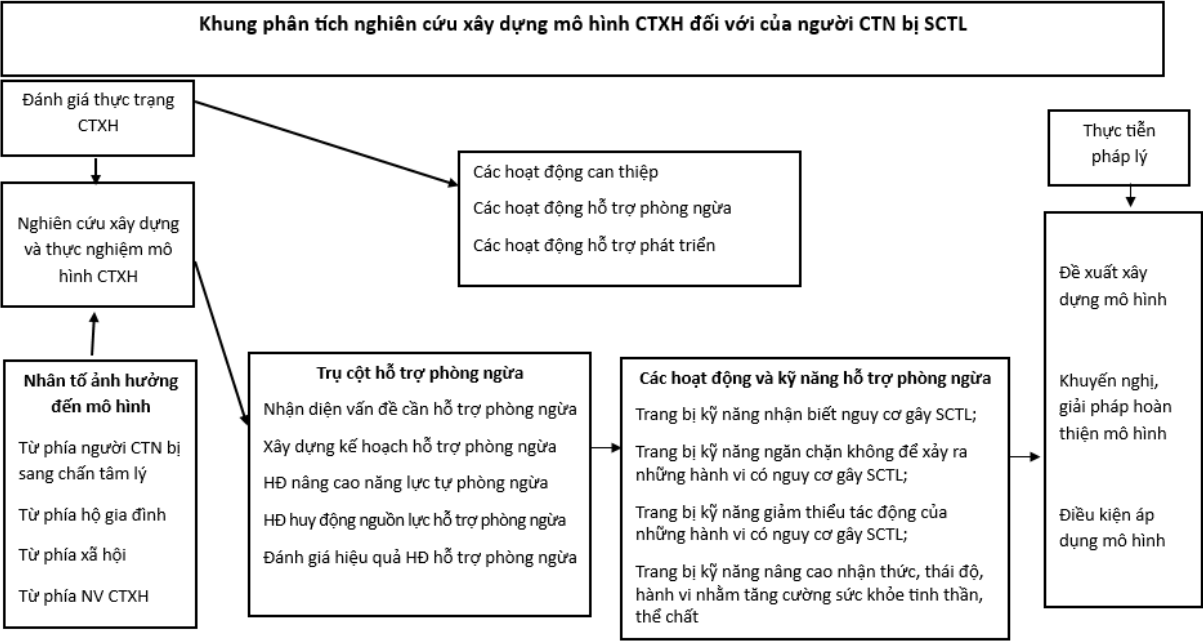
Tại Việt Nam, gần như chưa có tài liệu, công trình nghiên cứu tập trung chuyên sâu vào lĩnh vực CTXH đối với người CTN bị SCTL. Thay vào đó, các tài liệu, giáo trình giảng dạy hiện nay mới chỉ đề cập một cách tổng quát về lĩnh vực CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nghiên cứu được thực hiện bởi tổ chức UNICEF và Bộ Lao động thương binh xã hội (2009) cho thấy tại mỗi tỉnh đều có các trung tâm BTXH thực hiện chức năng cung cấp dịch vụ CTXH cho các đối tượng yếu thế như trẻ mồ côi, bị bỏ rơi, người già cô đơn, người khuyết tật, người tâm thần... Khảo sát cho thấy hầu hết các cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung dài hạn, tuy nhiên chất lượng còn hạn chế và chưa đa dạng, mô hình CTXH phổ biến được áp dụng là chăm sóc, nuôi dưỡng mà chưa có các mô hình CTXH chuyên sâu dành cho các nhóm xã hội bị SCTL, như can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa nguy cơ tái SCTL và hỗ trợ phát triển hòa nhập sau khi thoát khỏi SCTL.

Bàn về mạng lưới cung cấp mô hình, dịch vụ CTXH dành cho các nhóm đối tượng yếu thế trong đó có người tâm thần, tác giả Nguyễn Hải Hữu (2011) đã đưa ra những khuyến nghị về phát triển mạng lưới CTXH ở Việt Nam dành cho các đối tượng có vấn đề xã hội ở các cấp và tại cộng đồng. Các cơ sở ngoài việc cung cấp dịch vụ trực tiếp như tư vấn, tham vấn, cung cấp kỹ năng nâng cao năng lực còn thực hiện các hoạt động kết nối dịch vụ để trợ giúp các nhóm đối tượng trong đó có người tâm thần. Tuy nhiên, đây là những bàn luận mang tính chất lý luận nhiều hơn là thực tiễn. Yếu tố thực nghiệm còn đang bị bỏ ngỏ trong bài viết này.

Các nghiên cứu về mô hình CTXH ở Việt Nam hiện nay thường dừng lại ở góc độ lý thuyết mà thiếu những nghiên cứu chuyên sâu mang tính thực nghiệm, do vậy cần có những nghiên cứu thực nghiệm về các mô hình CTXH, cụ thể là trụ cột can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa và hỗ trợ phát triển đối với từng nhóm xã hội đặc thù, như là nhóm người CTN bị SCTL. Theo tính chất của CTXH thì mọi can thiệp của NV CTXH đều bắt đầu từ nhu cầu của thân chủ.

Trong nghiên cứu này, thân chủ là những người CTN bị SCTL. Điều đó có nghĩa thân chủ trước hết có nhu cầu CTXH để được can thiệp giảm thiểu những tác động tiêu cực của SCTL, sau đó mới đến các nhu cầu khác. Do vậy, mô hình CTXH cần xây dựng và thực nghiệm trong đề tài tập trung trước hết về can thiệp, sau mới đến hỗ trợ phòng ngừa và hỗ trợ phát triển.



4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa trong công tác xã hội đối với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý tại các cơ sở công tác xã hội

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ chưa sẵn sàng của nhiều cơ sở CTXH trong cung cấp các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa SCTL dành cho người CTN. Tuy nhiên, so với trụ cột can thiệp thì trụ cột hỗ trợ phòng ngừa có sự mở rộng hơn.

Bảng 1. Thực trạng hoạt động hỗ trợ phòng ngừa đối với người CTN bị SCTL

	Vị trí công việc		Địa bàn làm việc		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	NV CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng nhận biết nguy cơ gây SCTL					
Chưa triển khai	53,7	47,6	48,7	52,5	50,4
Đã triển khai	46,3	52,4	51,3	47,5	49,6
Trang bị kỹ năng ngăn chặn không để xảy ra hành vi có nguy cơ gây SCTL					
Chưa triển khai	55,3	57,8	56,7	56,7	56,7
Đã triển khai	44,7	42,2	43,3	43,3	43,3
Trang bị kỹ năng giảm thiểu tác động của những hành vi có nguy cơ gây SCTL					
Chưa triển khai	54,5	56,5	54,7	56,7	55,6
Đã triển khai	45,5	43,5	45,3	43,3	44,4
Trang bị kỹ năng nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần, thể chất					
Chưa triển khai	50,4	41,5	46,0	45,0	45,6
Đã triển khai	49,6	58,5	54,0	55,0	54,4

Nguồn: Hải và nnk, 2023

Theo bảng số liệu trên, mức độ sẵn sàng cung cấp các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phòng ngừa trong CTXH chiếm khoảng 50%. Tương ứng với mức trung bình 2 người được hỏi thì 1 người cho biết cơ sở nơi họ làm việc hoặc cộng tác làm việc về CTXH có triển khai các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa SCTL cho người CTN. Điều này có nghĩa, các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa đang được các cơ sở CTXH quan tâm, chú trọng triển khai tích cực hơn so với các hoạt động can thiệp.

Bảng 2. Đánh giá mức độ cần thiết về việc triển khai các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa đối với người CTN bị SCTL

	Vị trí công việc		Địa bàn làm việc		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	NV CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Không cần thiết	3,3	3,4	4,0	2,5	3,3
Có thể cần thiết	18,7	22,4	23,3	17,5	20,7
Rất cần thiết	78,0	74,1	72,7	80,0	75,9

(Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, 2023)

Từ bảng số liệu trên có thể thấy đa số nhóm khách thể khảo sát đều thừa nhận việc triển khai các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phòng ngừa dành cho người CTN là “Rất cần thiết”. đa số nhóm khách thể khảo sát đều thừa nhận việc triển khai các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phòng ngừa dành cho người CTN là “Rất cần thiết”. Tỷ lệ thừa nhận thực tế này lên tới 75,9%. So sánh với tỷ lệ 3,3% cho rằng “Không cần thiết” thì việc nghiên cứu xây dựng trụ cột hỗ trợ phòng ngừa là phù hợp với bối cảnh xã hội hiện nay

4.2. Tác động của yếu tố con người trong xây dựng mô hình phòng ngừa trong công tác xã hội dành cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý

Phân tích yếu tố con người trong xây dựng mô hình phòng ngừa cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý đòi hỏi sự hiểu biết sâu sắc về tâm lý, tình cảm và hoàn cảnh sống của họ. Nhận diện và giới hạn trụ cột hỗ trợ phòng ngừa trong CTXH vào 5 nội dung cụ thể là: (1) Nhận diện vấn đề cần hỗ trợ phòng ngừa; (2) Xây dựng kế hoạch hỗ trợ phòng ngừa; (3) Hoạt động nâng cao năng lực tự phòng ngừa cho thân chủ; (4) Hoạt động huy động nguồn lực hỗ trợ phòng ngừa; và (5) Đánh giá hiệu quả hoạt động hỗ trợ phòng ngừa. Những hoạt động hỗ trợ phòng ngừa thuộc trụ cột này được khái quát lại thành:

- ❖ Trang bị kỹ năng nhận biết nguy cơ gây SCTL;
- ❖ Trang bị kỹ năng ngăn chặn không để xảy ra hành vi có nguy cơ gây SCTL;
- ❖ Trang bị kỹ năng giảm thiểu tác động của những hành vi có nguy cơ gây SCTL;
- ❖ Trang bị kỹ năng nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần, thể chất; và
- ❖ Trang bị kỹ năng huy động nguồn lực hỗ trợ phòng ngừa. (Hải và nnk, 2024).

Bảng 3. Những hoạt động cần thiết để xây dựng trụ cột phòng ngừa với người CTN bị SCTL

	Vị trí công việc		Địa bàn		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	NV CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng nhận biết nguy cơ gây SCTL					
Không cần thiết	2,4	0,7	1,3	1,7	1,5
Có thể cần thiết	19,5	20,4	22,7	16,7	20,0
Rất cần thiết	78,0	78,9	76,0	81,7	78,5
Trang bị kỹ năng ngăn chặn không để xảy ra những hành vi có nguy cơ gây SCTL					
Không cần thiết	3,3	1,4	2,0	2,5	2,2
Có thể cần thiết	23,6	22,4	25,3	20,0	23,0
Rất cần thiết	73,2	76,2	72,7	77,5	74,8
Trang bị kỹ năng giảm thiểu tác động của những hành vi có nguy cơ gây sang chấn					
Không cần thiết	3,3	2,0	2,7	2,5	2,6
Có thể cần thiết	29,3	25,9	30,7	23,3	27,4
Rất cần thiết	67,5	72,1	66,7	74,2	70,0
Trang bị kỹ năng nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần, thể chất					
Không cần thiết	2,4	0,0	0,7	1,7	1,1
Có thể cần thiết	22	19,2	22,8	17,5	20,4
Rất cần thiết	75,6	80,8	76,5	80,8	78,4
Trang bị kỹ năng huy động nguồn lực hỗ trợ phòng ngừa					
Không cần thiết	34,1	21,3	25,9	29,2	27,4
Có thể cần thiết	22,8	36,0	28,8	30,8	29,7
Rất cần thiết	43,1	42,6	45,3	40	42,9

(Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, Hải. N.T & nnk năm 2023)

Bảng số liệu trên cho thấy 78,5% nhóm khách thể khảo sát thừa nhận hoạt động “*Trang bị kỹ năng nhận biết nguy cơ gây SCTL*” là “*rất cần thiết*” cho nghiên cứu xây dựng trụ cột hỗ trợ phòng ngừa; 74,8% đối với hoạt động “*Trang bị kỹ năng ngăn chặn không để xảy ra những hành vi có nguy cơ gây SCTL*”. Tỷ lệ này đối với các hoạt động “*Trang bị kỹ năng giảm thiểu tác động của những hành vi có nguy cơ gây sang chấn*” và “*Trang bị kỹ năng nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần, thể chất*” lần lượt đạt 70,0% và 78,4%.

Thực tế trên cho thấy các hoạt động được liệt kê nêu trên có độ phù hợp cao trong nghiên cứu xây dựng trụ cột hỗ trợ phòng ngừa trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL. Kết quả khảo sát cho thấy hoạt động nghiên cứu xây dựng “con người” phù hợp trở nên cần thiết.

“*Em nghĩ điều quan trọng nhất là phải có ai đó lắng nghe tụi em mà không phán xét. Nếu ở trường có người tư vấn dễ tiếp cận hơn, hoặc có lớp dạy cách hiểu và kiểm soát cảm xúc từ sớm, thì có thể em đã không giữ mọi thứ trong lòng quá lâu. Ngoài ra, em mong cha mẹ được học cách nói chuyện với con, thay vì chỉ la mắng hay ép buộc.*” (N.T.M., nữ, 18 tuổi, từng trải qua sang chấn tâm lý ở tuổi 14)

4.3. Năng lực thực hiện mô hình can thiệp trong công tác xã hội dành cho người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý

Việt Nam đã thực hiện Đề án 32 về phát triển nghề CTXH giai đoạn 2010 - 2020, hiện tại, đang tiếp tục triển khai Chương trình phát triển CTXH giai đoạn 2021 - 2030 theo Quyết định số 112/QĐ-TTg.

Nhiều cơ sở đào tạo về CTXH cũng đã chú trọng đầu tư nâng cấp chất lượng đào tạo, cải thiện năng lực đội ngũ giảng viên, nhiều cơ sở cung cấp dịch vụ CTXH cũng tập trung nguồn lực phát triển đội ngũ CTXH chuyên nghiệp. Đặc biệt, đội ngũ NV CTXH cũng chú trọng tham gia nhiều cuộc hội thảo, tập huấn, học tập nâng cao kiến thức, kinh nghiệm làm việc cho bản thân. Nhiều phiên thảo luận, tọa đàm đến từ nhiều chuyên gia trong nước và quốc tế về chia sẻ kinh nghiệm nghiên cứu và thực hành đã góp phần tích cực nâng cao năng lực nghề cho đội ngũ NV CTXH.

Nghiên cứu xây dựng trụ cột hỗ trợ phòng ngừa thông qua các hoạt động nêu trên đặc biệt càng có ý nghĩa thúc đẩy phát triển nghề CTXH ở Việt Nam

Bảng 4. Năng lực tự đánh giá của NV CTXH khi triển khai các hoạt động phòng ngừa với người CTN bị SCTL

(Đơn vị: %; N = 270)	Vị trí công việc		Địa bàn		Tổng
	NV CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng nhận biết nguy cơ gây SCTL					
Chưa tự tin, đảm bảo	35	17	26,7	23,3	25,2
Có chút tự tin, đảm bảo	37,4	53,7	46	46,7	46,3
Rất tự tin, đảm bảo	27,6	29,3	27,3	30	28,5
Trang bị kỹ năng ngăn chặn không để xảy ra những hành vi có nguy cơ gây SCTL					
Chưa tự tin, đảm bảo	32,5	15	25,3	20	23
Có chút tự tin, đảm bảo	45,5	59,2	52,7	53,3	53
Rất tự tin, đảm bảo	22	25,9	22	26,7	24,1
Trang bị kỹ năng giảm thiểu tác động của những hành vi có nguy cơ gây SCTL					
Chưa tự tin, đảm bảo	32,5	15,6	24,7	21,7	23,3
Có chút tự tin, đảm bảo	43,9	55,8	50,7	50	50,4
Rất tự tin, đảm bảo	23,6	28,6	24,7	28,3	26,3
Trang bị kỹ năng nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi nhằm tăng cường sức khỏe tinh thần, thể chất					
Chưa tự tin, đảm bảo	30,1	11,6	23,3	15,8	20
Có chút tự tin, đảm bảo	40,7	53,7	46,7	49,2	47,8
Rất tự tin, đảm bảo	29,3	34,7	30	35	32,2

Nguồn: Hải và nnk, năm 2024

Theo bảng số liệu nêu trên, có khoảng 24,1% đến 46,3% nhóm khách thể khảo sát thừa nhận bản thân “rất tự tin, đảm bảo” có đủ năng lực triển khai các hoạt động này trong thực tiễn. Kết quả này tiếp tục cho thấy khoảng cách lớn giữa thực tế và kỳ vọng. Điều này có nghĩa lộ trình mà nghề CTXH tại Việt Nam cần vượt qua để đạt mức phát triển trung bình trong khu vực ASEAN, sau đó là mức trung bình của các quốc gia phát triển còn dài, còn nhiều chông gai, khó khăn, thách thức đang tồn tại trước mắt.

5. KẾT LUẬN

Sang chấn tâm lý là một hiện tượng đang diễn ra phổ biến ở nhóm người CTN và việc xây dựng mô hình hỗ trợ phòng ngừa là vô cùng cần thiết. Thực tiễn khảo sát cũng cho thấy, đây là những hoạt động được đội ngũ NV/GV CTXH thừa nhận là cần thiết, phù hợp với bối cảnh của xã hội Việt Nam. Trong thiết kế nghiên cứu thì 3 trụ cột CTXH được đề cập trong đề tài có

mối liên kết mật thiết với nhau, trong đó, vai trò của trụ cột hỗ trợ phòng ngừa là hỗ trợ giảm thiểu khả năng xảy ra các vấn đề gây ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của những người CTN bị SCTL. Điều này có nghĩa, NV CTXH phù hợp với mô hình này cũng cần được đào tạo bài bản và có nền tảng tâm lý lâm sàng vững chắc.

Tuy nhiên, kết quả khảo sát cũng phản ánh sự chưa tự tin từ phía NV/GV CTXH trong việc đảm nhận vai trò triển khai các hoạt động này. Điều này đòi hỏi cần có những kiểm nghiệm thực tiễn bằng thực nghiệm từ những trường hợp điển hình nhằm bổ sung thêm minh chứng thuyết phục cho việc đề xuất xây dựng mô hình hỗ trợ phòng ngừa trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL tại Việt Nam./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angy. (2023). *Ultimate Social Work Intervention Strategies*. Copyright©2023 Social Work Haven.
2. Cúc, V.T.K & Thắng, M.T.V & Hoa, N.T & Khanh, Đ.N & Hằng, Đ.L. (2003). *Những tổn thương tâm lý của thiếu niên do bố mẹ ly hôn*. NXB Khoa học xã hội.
3. Carleton, K. (2011). *How to help teens*. Public Health Agency of Canada, Ottawa.
4. Đức, T.T.M. (2012). *Giáo trình tham vấn tâm lý*. NXB. Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Gapp, K & Soldado-Magraner, S & Alvarez-Sánchez, M & Bohacek, J & Vernaz, G. (2014). Early life stress in fathers improves behavioural flexibility in their offspring. *Nature Communications* 5: 5466
6. Giulio, P. (2020). *Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts, Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries*. Università Politecnica delle Marche.
7. Hải, N.T & Hà, N.T, Thanh, N.T.P & nnk. (2024). *Thực nghiệm các mô hình công tác xã hội tại cộng đồng: Trường hợp với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý*. NXB Khoa học xã hội.
8. Hải, N.T và nnk. (2024). Đề tài cấp Bộ “Nghiên cứu xây dựng mô hình công tác xã hội với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý”. Bộ Lao động thương binh Xã hội. Hà Nội.
9. Marie-Pier, A & Marie, D. (2014), Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d’Ottawa. *Reflets*, vol 20(2), pp. 190-200.
10. Medizin Hilft e.V. (2020). *Traumatic disorder*. Impressum ©, Hà Nội.
11. Organisation Mondiale de la santé (2015). *Santé des adolescents*. Soixante huitième assemblée mondiale de la santé. Genève.
12. Peter, M & Alison. W. (2014). *Services de santé adaptés aux adolescents - Un programme pour le changement*. Département Santé et développement de l’enfant et de l’adolescent, OMS Genève.
13. Perrotta, G. (2019). *Psicologia clinica*. Luxco Ed., 1st ed.
14. Santarnecchi, E & Bossini, L & Vatti, G & Fagiolini, A & La Porta P. (2019). Psychological and brain connectivity changes following trauma-focused CBT and EMDR treatment in single-episode PTSD patients. *In Frontiers in Psychology* 10: 129
15. Sathish, K. R. (2015). *Understanding Adolescent Health in the Social Work Perspective and Models*. In book: ADOLESCENT HEALTH -A Trans-disciplinary perspective (pp.440-455). Publisher: Allied Publication
16. Son, H.V & My, N.T.D & Giang Thiên Vũ, G.T & Khoa, Đ.V. (2019). “Biểu hiện tổn thương tâm lý của trẻ em trong gia đình không toàn vẹn qua xúc cảm, tình cảm của trẻ với gia đình và cuộc sống xã hội”. Tạp chí *Khoa học Đại học Đà Lạt*, tập 9, số 4, tr. 45 - 54.
17. Stéphane, R & Laurent, O. (2015). *Dictionnaire pratique du travail social*. Ed. Dunod.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ NHỮNG YẾU TỐ TIỀM ẨN TỪ BẠO LỰC HỌC ĐƯỜNG CỦA SINH VIÊN NGÀNH CÔNG TÁC XÃ HỘI – TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

Tiêu Thị Minh Hường, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Hoàng Như Phương Linh²

Tóm tắt: Sức khỏe tâm thần của sinh viên ngày nay ngày càng trở thành một vấn đề quan trọng, khi áp lực học tập, cuộc sống và các yếu tố xã hội có thể ảnh hưởng sâu sắc đến tinh thần và cảm xúc của họ. Nghiên cứu tập trung tìm hiểu về nguyên nhân và các yếu tố tiềm ẩn từ hành vi bạo lực học đường đến sức khỏe tâm thần của các sinh viên ngành công tác xã hội tại trường Lao động - Xã hội. Phương pháp nghiên cứu chính là phương pháp điều tra bằng hỏi. Kết quả cho thấy nguyên nhân lớn nhất là do giáo dục chưa đúng đắn, thiếu sự quan tâm từ gia đình, chiếm tỷ lệ thấp nhất là nguyên nhân đến từ căm ghét 41%. Hành vi bạo lực học đường ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tâm thần của sinh viên như là: tự thu mình và có biểu hiện lo lắng quá mức khi phải tiếp xúc, hay gia nhập đám đông mất khả năng đối mặt với căng thẳng, thường xuyên có hành vi mất kiểm soát với những sợ hãi hay suy nghĩ tiêu cực,... Điều này đòi hỏi nhà trường, xã hội và gia đình phải phối hợp thực hiện các biện pháp hiệu quả để can thiệp và ngăn chặn kịp thời những tác động xấu do hành vi bạo lực học đường gây ra, từ đó nâng cao chất lượng giáo dục của nhà trường.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, bạo lực học đường, sinh viên, ngành Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

MENTAL HEALTH AND POTENTIAL FACTORS OF SCHOOL VIOLENCE AMONG SOCIAL WORK STUDENTS – UNIVERSITY OF LABOR AND SOCIAL AFFAIRS

Abstract: The mental health of students today is becoming an increasingly important issue, when the pressure of studying, life and social factors can deeply affect their spirit and emotions. The study focuses on the causes and potential factors from school violence to the mental health of social work students at the School of Labor - Social Affairs. The main research method is the questionnaire survey method. The results show that the biggest cause is due to improper education, lack of attention from the family, accounting for the lowest percentage is the cause of hatred 41%. School violence has a great impact on students' mental health such as: withdrawing and showing excessive anxiety when having to interact, or joining a crowd, losing the ability to cope with stress, often having uncontrolled behavior with fears or negative thoughts, etc. This requires schools, society and families to coordinate to implement effective measures to intervene and promptly prevent the negative impacts caused by school violence, thereby improving the quality of education of the school.

Keywords: Mental health, school violence, students, Social Work, University of Labor and Social Affairs

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực học đường, theo khoản 5 Điều 2 Nghị định số 80/2017/NĐ-CP, được hiểu là các hành vi cố ý gây tổn hại về thể chất và tinh thần của người học trong cơ sở giáo dục, bao gồm hành hạ, đánh đập, xúc phạm danh dự, nhân phẩm, cô lập, lăng mạ hoặc xâm phạm thân thể, sức khỏe. Trong bối cảnh xã hội hiện đại, đặc biệt dưới tác động của công nghệ số, bạo lực học đường ngày càng biến đổi phức tạp với nhiều hình thức tinh vi như bạo lực mạng, quay chụp

¹ Giảng viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội
² Sinh viên lớp D19TL01, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội

đe dọa, lan truyền thông tin sai lệch, tấn công danh dự cá nhân trên nền tảng trực tuyến. Những hành vi này không chỉ vượt ra khỏi phạm vi vật lý mà còn xâm nhập sâu vào đời sống tinh thần của sinh viên, để lại hậu quả lâu dài đối với sức khỏe tâm thần.

Sự phát triển nhận thức của sinh viên về quyền lợi trong giáo dục ngày càng nâng cao, tuy nhiên, mức độ tổn thương từ bạo lực học đường lại không giảm, mà trái lại, đang có xu hướng gia tăng về mức độ và tần suất, đặc biệt trong các môi trường học đường có tính đặc thù cao. Đối với sinh viên ngành Công tác xã hội - lực lượng dự kiến sẽ trực tiếp tham gia vào công tác hỗ trợ, phòng ngừa và can thiệp các vấn đề xã hội trong tương lai - việc phải đối mặt hoặc chứng kiến bạo lực học đường lại đặt ra những thách thức kép: vừa là nạn nhân, vừa là người học về nghề nghiệp giúp đỡ người khác.

Tuy đã có nhiều nghiên cứu về bạo lực học đường nói chung, nhưng các nghiên cứu chuyên sâu về ảnh hưởng tâm lý từ bạo lực học đường đối với sinh viên ngành Công tác xã hội còn khá hạn chế. Đây là khoảng trống quan trọng cần được lấp đầy, nhằm hiểu rõ hơn những yếu tố tiềm ẩn có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần, khả năng thích ứng nghề nghiệp và phát triển nhân cách của sinh viên. Bài viết này nhằm phân tích các vấn đề sức khỏe tâm thần có liên quan đến trải nghiệm bạo lực học đường của sinh viên ngành Công tác xã hội tại Trường Đại học Lao động - Xã hội, từ đó đề xuất các định hướng hỗ trợ phù hợp về mặt tâm lý và giáo dục nghề nghiệp.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Tổng quan các công trình nghiên cứu

2.1.1. Các nghiên cứu ở nước ngoài

Bạo lực học đường trong môi trường đại học đang ngày càng trở nên phức tạp, không chỉ dừng lại ở các hình thức thể chất mà còn lan rộng sang bạo lực tâm lý, bạo lực mạng, quấy rối tình dục và phân biệt giới. Theo báo cáo từ dự án UniSAFE do Liên minh Châu Âu tài trợ (2022), Htrong số 42.186 phản hồi từ 46 cơ sở giáo dục đại học, có đến 62% người tham gia từng trải nghiệm ít nhất một hình thức bạo lực dựa trên giới. Cụ thể, 57% từng bị bạo lực tâm lý, 31% bị quấy rối tình dục, 10% chịu bạo lực kinh tế, 8% bị bạo lực mạng, 6% bị bạo lực thể chất và 3% bị bạo lực tình dục. Đáng chú ý, chỉ 13% số người bị hại lựa chọn báo cáo vụ việc với cơ quan có thẩm quyền, phản ánh sự hạn chế trong hệ thống hỗ trợ và tiếp cận công lý hiện hành (UniSAFE, 2022).

Tại Hoa Kỳ, theo số liệu từ National Center for Education Statistics (2022), có tới 86% trường đại học báo cáo ít nhất một vụ bạo lực xảy ra trong khuôn viên trường. Tổng cộng có 9.727 vụ việc được ghi nhận với nhiều hình thức khác nhau như tấn công, đe dọa, quấy rối và hành hung. Những con số này cho thấy tính phổ biến và mức độ nghiêm trọng của bạo lực học đường hiện nay trong môi trường đại học toàn cầu.

Từ góc nhìn tâm lý học, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng trải nghiệm bạo lực học đường có thể gây ảnh hưởng tiêu cực nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của sinh viên, bao gồm các biểu hiện như lo âu, trầm cảm, mất ngủ, giảm khả năng học tập và rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) (Cowie & Myers, 2017; Turner et al., 2021). Đặc biệt, các hình thức bạo lực gián

tiếp như bạo lực mạng hoặc bạo lực tâm lý thường khó phát hiện hơn nhưng lại để lại hệ quả sâu sắc và lâu dài hơn (Zalaquett & Chatters, 2014).

Tuy nhiên, vẫn còn thiếu vắng các nghiên cứu tập trung vào đối tượng sinh viên ngành Công tác xã hội - những người không chỉ dễ bị tổn thương như các sinh viên khác mà còn đóng vai trò là lực lượng chủ chốt trong công tác hỗ trợ, phòng ngừa và can thiệp bạo lực trong tương lai. Việc tìm hiểu ảnh hưởng tâm lý của bạo lực học đường đối với nhóm đối tượng này là cần thiết nhằm xây dựng chương trình đào tạo và hỗ trợ hiệu quả hơn.

2.1.2. Tổng quan nghiên cứu ở Việt Nam

Trong những năm gần đây, bạo lực học đường, đặc biệt là các hành vi quấy rối tình dục và bạo lực trên không gian mạng, đã trở thành vấn đề nổi bật trong môi trường giáo dục đại học tại Việt Nam. Các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ sinh viên và giảng viên trải qua các hình thức bạo lực học đường là đáng lo ngại, với mức độ và hình thức ngày càng đa dạng.

Theo khảo sát do UN Women (2022) thực hiện tại ba trường đại học ở Hà Nội, Thanh Hóa và Thái Nguyên, có đến 51% sinh viên trong tổng số 1.809 người và 30,2% trong số 350 cán bộ giảng viên báo cáo từng trải qua ít nhất một lần bị bạo lực học đường, chủ yếu dưới hình thức quấy rối tình dục bằng lời nói. Kết quả này cho thấy tính phổ biến của quấy rối giới tính trong môi trường giáo dục và đặt ra nhu cầu cấp thiết về các biện pháp phòng ngừa và can thiệp hiệu quả hơn.

Song song với đó, các hình thức bạo lực trên không gian mạng đang gia tăng mạnh mẽ, nhất là trong bối cảnh sinh viên ngày càng sử dụng mạng xã hội và nền tảng kỹ thuật số trong học tập và giao tiếp. Nghiên cứu năm 2023 về “Nhận diện và phòng, chống hành vi bạo lực trên không gian mạng trong môi trường giáo dục đại học” tại ba trường đại học ở TP. Hồ Chí Minh cho thấy 69% sinh viên được khảo sát thừa nhận từng là nạn nhân của các hành vi bạo lực mạng.

Đáng chú ý, nghiên cứu mới nhất của Đặng Thị Văn Anh và Phạm Việt Cường (2024) về sinh viên Trường Đại học Y tế Công cộng cho thấy tỷ lệ sinh viên từng liên quan đến bạo lực mạng lên đến 89,5%. Trong đó, 84,9% là nạn nhân, 55,6% là người từng thực hiện hành vi bạo lực mạng, và 82,4% đã chứng kiến các hành vi này dưới nhiều hình thức như văn bản, hình ảnh và âm thanh. Những con số này phản ánh một thực trạng đáng báo động về mức độ phổ biến và mức độ len lỏi của bạo lực trong không gian mạng, vốn có thể để lại hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe tâm thần sinh viên.

Những kết quả trên cho thấy rằng bạo lực học đường - bao gồm cả bạo lực trực tiếp và gián tiếp qua không gian mạng - không chỉ là hiện tượng xã hội mang tính cá biệt, mà đang dần trở thành một vấn đề có hệ thống, tác động sâu rộng đến môi trường giáo dục đại học. Việc mở rộng nghiên cứu về hậu quả tâm lý của các hình thức bạo lực này, đặc biệt trên nhóm sinh viên ngành Công tác xã hội - những người đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ cộng đồng - là cần thiết để xây dựng chiến lược can thiệp và đào tạo hiệu quả hơn trong tương lai.

2.2. Một số khái niệm liên quan

2.2.1. Khái niệm bạo lực học đường

Khái niệm về bạo lực học đường có rất nhiều các quan điểm khác nhau về vấn đề này. Theo tổ chức Y tế Thế giới, bạo lực học đường là *“Hành vi cố ý dùng sức mạnh thể chất hoặc uy quyền để đe dọa hoặc thực hiện hành vi chống đối lại bản thân, người khác hoặc một nhóm người hay một cộng đồng, gây ra hoặc làm gia tăng khả năng tổn thương về tâm lý, ảnh hưởng đến sự phát triển hay gây ra sự mất mát”* (WHO, 2002). Tại Việt Nam, Lê Văn Anh (2013) lại cho rằng, *“Bạo lực học đường được hiểu là những hành vi bạo lực diễn ra trong phạm vi trường học, hoặc là những hành vi bạo lực của học sinh, sinh viên, các em trong độ tuổi đến trường. Bạo lực học đường bao gồm bạo lực ngôn từ, bạo lực tinh thần, bạo lực thân thể diễn ra trong các mối quan hệ của học sinh với học sinh, học sinh với giáo viên, giáo viên với giáo viên, trong đó phổ biến hơn cả là bạo lực giữa học sinh với nhau. Hành vi bạo lực có thể xảy ra trong và ngoài trường học.”* (Lê Văn Anh, 2013)

Tuy có nhiều các khái niệm khác nhau được đưa ra nhưng các nhà khoa học vẫn thống nhất rằng, bạo lực học đường biểu hiện dưới nhiều hình thức và mức độ khác nhau, bao gồm cả bạo lực thể chất (đánh đập, xô xát,...), bạo lực tinh thần (đe dọa, miệt thị, cô lập,...), và bạo lực qua mạng (bôi nhọ, tung tin giả,...). Dù biểu hiện ở hình thức nào, bạo lực học đường đều để lại những hậu quả nghiêm trọng đối với sự phát triển nhân cách, tinh thần và học tập của người tham gia học tập.

2.2.2. Khái niệm sinh viên

Trong “Từ điển Giáo dục học” (2001): *“Sinh viên, người học của một cơ sở giáo dục cao đẳng, đại học. Có thể phân loại sinh viên đại học theo những phạm trù khác nhau. Sinh viên tập trung, sinh viên chính quy, sinh viên không tập trung...”*

Theo đó, sinh viên là khái niệm dùng để chỉ những người đang theo học ở bậc đại học, cao đẳng và được dùng để phân biệt với học sinh phổ thông.

2.2.3. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) : *“Sức khỏe tâm thần không chỉ là trạng thái không có rối loạn tâm thần hay bất kỳ vấn đề gì về tinh thần, mà còn bao gồm khả năng suy nghĩ, học hỏi và hiểu được cảm xúc của một người và phản ứng của người khác. Các yếu tố thể chất, tâm lý, xã hội, văn hóa, tinh thần và các yếu tố liên quan khác đều tham gia vào việc tạo ra sự cân bằng này.”* (WHO, 2001). Từ điển Tâm lý học của tác giả Vũ Dũng (2008) đưa ra khái niệm như sau: *“Sức khỏe tâm thần là một trạng thái thoải mái, dễ chịu về tinh thần, không có các biểu hiện rối loạn về tâm thần, một trạng thái đảm bảo cho sự điều khiển hành vi, hoạt động phù hợp với môi trường”*. Như vậy, các nhà khoa học đều khẳng định rằng, sức khỏe tâm thần là trạng thái khỏe mạnh về tinh thần giúp con người có thể đương đầu với những căng thẳng cuộc sống, phát huy được khả năng của con người về học tập, làm việc, đóng góp cho cộng đồng. Đóng vai trò rất quan trọng đối với sự phát triển cá nhân, cộng đồng và kinh tế - xã hội.

2.3. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Khách thể nghiên cứu

Khảo sát tiến hành tìm hiểu trên 100 khách thể là sinh viên 02 ngành tại Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội. Trong đó, có 50% khách thể là sinh viên ngành Tâm lý học và 50% khách thể là sinh viên ngành Công tác xã hội. Có 33% số sinh viên là nam và 67% số sinh viên là nữ do đặc thù của 02 ngành chủ yếu nữ nhiều hơn nam. Đặc điểm khách thể nghiên cứu được cụ thể ở bảng 1 dưới đây.

Bảng 1. Đặc điểm khách thể nghiên cứu

Đặc điểm	Các tiêu chí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	33	33
	Nữ	67	67
Ngành học	Tâm lý học	50	50
	Công tác xã hội	50	50

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu chính trong đề tài là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Ngoài bảng hỏi về giới tính ngành học chúng tôi còn xây dựng 9 câu hỏi tần suất chứng kiến hành vi bạo lực học đường, 7 câu hỏi tần suất mức độ hành vi phản ứng của sinh viên theo thang đo likert 5 mức độ với số điểm tương ứng như sau: 1 = Rất thường xuyên, 2 = Thường xuyên, 3 = thỉnh thoảng, 4 = Hiếm khi, 5 = Không bao giờ. Mức độ tương ứng như sau: 1 - 1,8 = Rất thường xuyên, 1,9 - 2,6 = Thường xuyên, 2,7 - 3,4 = Thỉnh thoảng, 3,5 - 4,2 = Hiếm khi, 4,2 - 5 = Không bao giờ.

Ngoài ra, đề tài còn sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu văn bản và phương pháp xử lý số liệu bằng phần mềm toán học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tần suất chứng kiến các hành vi bạo lực học đường của sinh viên khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

Kết quả nghiên cứu về tần suất chứng kiến các hành vi bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội được thể hiện cụ thể tại bảng 2 dưới đây.

Bảng 2. Tần suất chứng kiến hành vi bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

STT	Hành vi	Tổng thể		Mức độ (%)				
		ĐTB	ĐLC	1	2	3	4	5
1	Đánh nhau	2,74	1,27	23	16	33	24	4
2	Đe dọa bắt nạt	2,9	1,03	4	34	38	20	4
3	Chửi bới, lăng mạ	2,51	1,03	19	26	44	9	2
4	Nói xấu	1,75	0,88	50	29	17	4	0
5	Tung tin, quay phim chụp ảnh tung lên mạng	3,57	1,58	11	13	28	26	22
6	Cô lập một cách có chủ ý	2,41	1,12	23	34	26	15	2
7	Phá hoại tài sản	2,79	1,25	13	31	34	15	7
8	Trấn lột tài sản	3,25	1,43	13	18	24	33	12
9	Xâm hại, cưỡng bức tình dục	4,8	1,3	1	3	11	35	50

Ghi chú: 1= Rất thường xuyên; 2= Thường xuyên; 3= Thỉnh thoảng; 4= Hiếm khi; 5= Không bao giờ

Kết quả khảo sát tại bảng 2 cho thấy: Mức độ tần suất chứng kiến những hành vi bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội tại Trường Đại học Lao động - Xã hội có ĐTB = 2.96 nằm ở mức độ thỉnh thoảng. Tuy nhiên, các biểu hiện được thể hiện ra ở các mức độ khác nhau, trong đó, hành vi “Nói xấu” với ĐTB = 1,75 ở mức độ “Rất thường xuyên”. Hai hành vi là “Cô lập một cách có chủ ý” có ĐTB = 2,41 và “Chửi bới, lăng mạ” có ĐTB = 2,51 đều ở mức độ thường xuyên, các hành vi còn lại đều có mức độ tần suất khác nhau.

Nói xấu là hành vi mà các sinh viên rất thường xuyên chứng kiến. Hầu hết sinh viên đều tham gia vào việc nói xấu và xem nó là bình thường và không xem nó là một hình thức bạo lực học đường nhưng nói cũng là phần nhiều trong nguyên nhân dẫn đến các hình thức bạo lực nghiêm trọng khác. Thường chỉ xem bạo lực là cách gây ra tổn thương về mặt thể chất bằng hung khí hay tác động vật lý; nhưng thực chất việc nói xấu, chửi bới, lăng mạ đã có gây tổn thương đến tinh thần rất nghiêm trọng đối với những người có sức khỏe tâm thần yếu. Phỏng vấn sâu sinh viên A (năm nhất, ngành Công tác xã hội) : *“Em thấy việc nói xấu chỉ là nói với bạn bè của mình, không gây ảnh hưởng gì tới người bị nói xấu nên không có ảnh hưởng gì quá nghiêm trọng”*; sinh viên C (năm 2, ngành Tâm lý học) : *“Em nghĩ phải có bạo lực học đường thường là phải đánh nhau hoặc cô lập, phải có tác động trực tiếp. Chứ đối với việc nói xấu em thấy nó là việc bình thường”*. Nhưng ngược lại vẫn có nhiều sinh viên nhận biết rõ ràng về bạo lực học đường là gây tổn thương về cả thể chất và nghiêm trọng hơn là ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần để lại những hệ lụy không mong muốn. Phỏng vấn sâu sinh viên L (năm 2, ngành Tâm lý học): *“Mình nghĩ bạo lực học đường hiện diện ở nhiều mặt, nếu nó là hành vi tiêu cực có chủ ý nhắm lên người học thì đó là hành vi của bạo lực học đường”*.

Cô lập có chủ ý và chửi bới, lăng mạ là hai hành vi mà sinh viên thường xuyên chứng kiến do tính phổ biến, dễ thực hiện và khó bị xử lý rõ ràng. Cô lập thường diễn ra âm thầm, không để lại dấu vết cụ thể nên dễ bị bỏ qua, trong khi chửi bới, lăng mạ đôi khi bị xem nhẹ như một hình thức đùa giỡn hoặc thể hiện cảm xúc cá nhân. Tâm lý đám đông, sự thờ ơ của người ngoài cuộc và văn hóa giao tiếp thiếu tôn trọng cũng góp phần khiến hai hành vi này trở nên “bình thường hóa” trong môi trường học đường. Ngoài ra, ảnh hưởng từ mạng xã hội và sự thiếu can thiệp kịp thời của nhà trường khiến sinh viên dù chứng kiến nhiều nhưng ít khi lên tiếng hay can thiệp.

Như vậy, có thể thấy, sinh viên chủ yếu chứng kiến các hành vi như nói xấu, cô lập... Những hành vi này diễn ra phổ biến nhưng thường bị xem nhẹ hoặc không được xử lý kịp thời. Tính chất gián tiếp, khó phát hiện và sự bình thường hóa trong văn hóa giao tiếp khiến bạo lực học đường trở nên dai dẳng. Việc chứng kiến thường xuyên các hành vi này không chỉ ảnh hưởng đến tâm lý cá nhân mà còn làm suy giảm môi trường học tập an toàn, tích cực.

3.2. Các hành vi phản ứng khi chứng kiến bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

Bảng 3. Mức độ hành vi phản ứng khi chứng kiến bạo lực học đường của sinh viên Khoa công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

STT	Hành vi phản ứng	Tổng thể		Mức độ (%)				
		ĐTB	ĐLC	1	2	3	4	5
1	Không quan tâm, tránh đi nơi khác	2,4	1,23	33	19	29	13	6
2	Ủng hộ bằng lời nói	3,59	1,36	8	20	13	23	36
3	Xúi giục	3,88	1,31	6	12	20	12	50
4	Quay phim, chụp ảnh đưa lên mạng	4,45	0,84	1	1	14	20	64
5	Cản ngăn	3,11	1,36	8	21	37	20	14
6	Gọi người giúp đỡ	2,71	1,03	9	37	36	10	8
7	Báo cáo với giáo viên	2,78	1,26	19	22	34	12	13

Ghi chú: 1= Rất thường xuyên; 2= Thường xuyên; 3= Thỉnh thoảng; 4= Hiếm khi; 5= Không bao giờ

Kết quả khảo sát nhận thấy rằng, phần lớn các hành vi phản ứng của sinh viên là ở mức thỉnh thoảng trở xuống, tuy nhiên, có sự khác nhau giữa các phản ứng. Cụ thể, hành vi mà sinh viên phản ứng nhiều nhất là “Không quan tâm, tránh đi nơi khác” ở mức thường xuyên, còn lại đều ở mức thỉnh thoảng. Các hành vi phản ứng “Ủng hộ bằng lời nói” (ĐTB= 3,59), “Xúi giục” (ĐTB=3,88) ở mức hiếm khi và phản ứng bằng “Quay phim, chụp ảnh đưa lên mạng” ở mức độ không bao giờ.

Giữa các hành vi bạo lực học đường, sinh viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội có mức phản ứng nhiều nhất là Không quan tâm, tránh đi nơi khác. Phỏng vấn sâu, sinh viên D (năm 3, ngành Công tác xã hội) : “*Mình luôn tránh đi khi thấy có xảy ra xung đột hoặc đánh nhau trong trường vì sợ bị liên lụy*”; sinh viên M (năm 1, ngành Tâm lý học): “*Em không liên quan và đó là việc riêng của họ nên không muốn can thiệp hay quan tâm*”. Điều này có thể lý giải bởi tâm lý thận trọng và lo ngại bị liên lụy, đặc biệt trong bối cảnh các hành vi bạo lực thường mang tính nhạy cảm hoặc khó can thiệp rõ ràng. Mặc dù được đào tạo về kỹ năng hỗ trợ xã hội, sinh viên vẫn có thể cảm thấy thiếu tự tin, thiếu quyền lực hoặc không chắc chắn về vai trò của mình trong tình huống cụ thể. Bên cạnh đó, tâm lý “an toàn cá nhân” và hiện tượng thờ ơ của người ngoài cuộc khiến hành vi né tránh trở thành lựa chọn phổ biến, phản ánh khoảng cách giữa kiến thức lý thuyết và ứng dụng thực tế trong can thiệp xã hội.

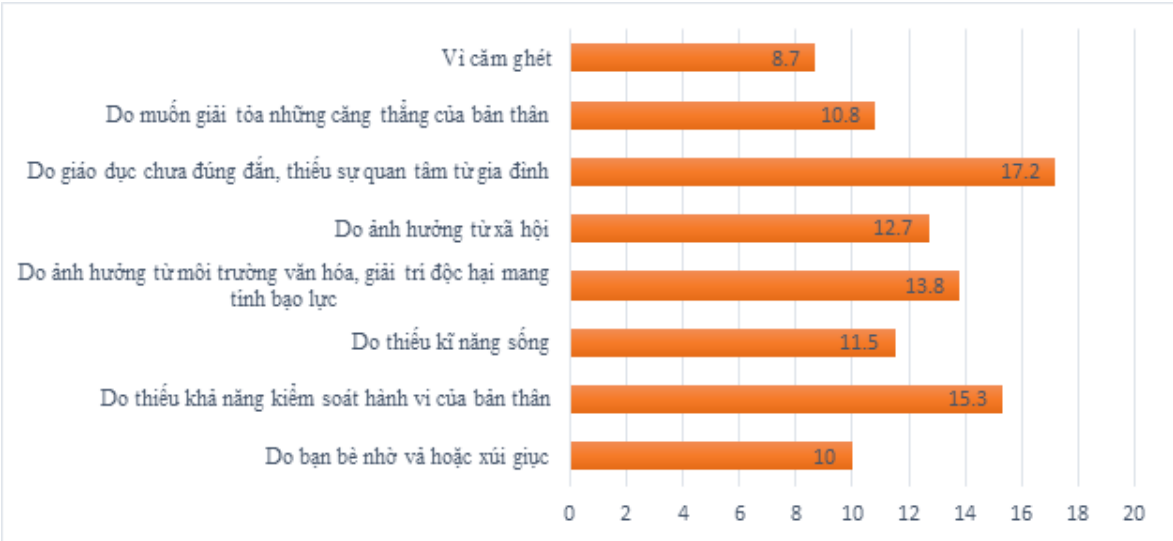
Phản ứng của sinh viên khi chứng kiến bạo lực học đường cho thấy sự thận trọng và xu hướng né tránh là phổ biến, thể hiện qua hành vi không quan tâm hoặc rời khỏi hiện trường. Điều này phản ánh tâm lý e ngại, thiếu tự tin trong can thiệp, dù thuộc nhóm ngành có kiến thức về hỗ trợ xã hội.

Tuy nhiên, điểm tích cực là việc ủng hộ bằng lời nói, xúi giục hay quay phim, chụp ảnh đưa lên mạng gần như là phản ứng mà không sinh viên nào làm khi chứng kiến các hành vi bạo lực học đường. Điều này cho thấy sinh viên vẫn giữ được ranh giới đạo đức và ý thức được hậu quả nghiêm trọng của việc cổ vũ hoặc lan truyền hành vi bạo lực. Việc không tham gia vào

các hành vi tiêu cực gián tiếp này phản ánh phần nào nhận thức đúng đắn của sinh viên về tính nhạy cảm và hệ lụy xã hội của bạo lực, đặc biệt trong bối cảnh mạng xã hội có sức lan tỏa lớn và dễ gây tổn thương sâu sắc cho nạn nhân.

3.3. Nguyên nhân dẫn đến bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến các hành vi bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội. Kết quả cho thấy, nguyên nhân lớn nhất được các em sinh viên đánh giá là do giáo dục chưa đúng đắn, thiếu sự quan tâm từ gia đình (17,2%), thứ hai là do thiếu khả năng kiểm soát hành vi của bản thân (15,3%), thứ ba là do ảnh hưởng từ môi trường văn hóa, giải trí độc hại mang tính bạo lực. Nguyên nhân do bạn bè nhờ vả hoặc xúi giục và vì căm ghét là hai nguyên nhân được đánh giá là thấp nhất. Kết quả được cụ thể bằng biểu đồ dưới đây.



Biểu đồ 1: Nguyên nhân dẫn đến bạo lực học đường của sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội

Do giáo dục chưa đúng đắn, thiếu sự quan tâm từ gia đình được nhiều sinh viên đánh giá là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các hành vi bạo lực học đường. Việc sinh viên đánh giá giáo dục chưa đúng đắn và thiếu sự quan tâm từ gia đình là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các hành vi bạo lực học đường phản ánh nhận thức sâu sắc về vai trò nền tảng của môi trường nuôi dưỡng và định hướng hành vi. Gia đình là môi trường giáo dục đầu tiên, giúp con người hình thành các giá trị đạo đức, kĩ năng kiểm soát cảm xúc và cách ứng xử xã hội; khi thiếu đi sự quan tâm, định hướng hoặc giáo dục phù hợp, dễ phát triển hành vi lệch chuẩn, thiếu khả năng đồng cảm và giải quyết xung đột một cách tích cực. Đồng thời, giáo dục nhà trường nếu chỉ chú trọng thành tích mà bỏ qua giáo dục cảm xúc, kỹ năng sống sẽ không đủ để điều chỉnh hành vi. Như vậy, sự phối hợp không hiệu quả giữa gia đình và nhà trường chính là lỗi hổng tạo điều kiện cho bạo lực học đường phát sinh và kéo dài.

Do sự thiếu kiểm soát hành vi của bản thân là nguyên nhân lớn thứ hai khiến các sinh viên nảy sinh các hành vi bạo lực học đường. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của yếu tố tâm lý cá nhân trong việc hình thành hành vi lệch chuẩn. Khi không được trang bị đầy đủ kỹ năng quản lý cảm xúc, kiểm soát xung đột hay giải tỏa áp lực một cách lành mạnh, sinh viên dễ phản

ứng bộc phát bằng lời nói hoặc hành vi mang tính công kích. Điều này đặc biệt phổ biến trong giai đoạn tuổi trẻ - thời kỳ nhiều biến động về tâm sinh lý và bản sắc cá nhân. Việc thiếu sự hướng dẫn và hỗ trợ tâm lý kịp thời từ nhà trường và gia đình càng khiến nguy cơ bạo lực trở nên rõ rệt hơn trong môi trường học đường.

Dữ liệu từ biểu đồ cho thấy ảnh hưởng của môi trường văn hóa và xã hội là những yếu tố đáng lưu ý trong việc hình thành hành vi bạo lực học đường. Cụ thể, có 13,8% ý kiến cho rằng bạo lực học đường bắt nguồn từ ảnh hưởng của môi trường văn hóa, giải trí mang tính bạo lực, và 12,7% cho rằng nguyên nhân đến từ các yếu tố xã hội. Những con số này phản ánh mức độ tác động tương đối lớn từ việc tiếp xúc thường xuyên với các sản phẩm văn hóa chứa nội dung bạo lực (như trò chơi điện tử, phim ảnh, mạng xã hội) cũng như từ môi trường sống bất ổn, thiếu hành vi tích cực trong cộng đồng. Những ảnh hưởng này có thể làm suy giảm khả năng nhận diện đúng sai, thúc đẩy xu hướng giải quyết xung đột bằng bạo lực và làm giảm sự đồng cảm trong giao tiếp.

Mặc dù được đánh giá thấp trong số các nguyên nhân khiến sinh viên có các hành vi bạo lực học đường, nhưng cũng có 10% số sinh viên cho rằng bạo lực bắt nguồn từ sự xúi giục hoặc ảnh hưởng từ bạn bè, cho thấy tầm ảnh hưởng của nhóm - một yếu tố xã hội quan trọng trong giai đoạn trưởng thành. Cuối cùng, nguyên nhân vì cảm ghét có tỷ lệ thấp nhất (8,7%), nhưng vẫn là một biểu hiện của cảm xúc tiêu cực.

Từ những yếu tố trên có thể dẫn đến nhiều hậu quả đáng tiếc đối với sức khỏe tâm thần của sinh viên ở các mức độ khác nhau tạo nên những hành vi tiêu cực đáng ngại đối với bản thân các sinh viên bị ảnh hưởng.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, các hành vi bạo lực học đường ở sinh viên Khoa Công tác xã hội - Trường Đại học Lao động - Xã hội chỉ xảy ra ở mức thỉnh thoảng, trong đó chủ yếu là hành vi nói xấu, cô lập... Tuy nhiên, khi chứng kiến các hành vi bạo lực học đường, chủ yếu sinh viên sẽ phản ứng bằng việc không quan tâm, tránh đi là chủ yếu. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến hành vi này, trong đó, nguyên nhân lớn nhất là do giáo dục chưa đúng đắn, thiếu sự quan tâm từ gia đình, thứ hai là do thiếu khả năng kiểm soát hành vi của bản thân. Đây sẽ là cơ sở thực tiễn quan trọng giúp các giảng viên, cán bộ trong Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội nói riêng và các cán bộ của các trường đại học, cao đẳng nói chung xây dựng các giải pháp kết hợp với gia đình và các tổ chức xã hội để can thiệp nhằm giảm thiểu các hành vi bạo lực học đường của các sinh viên và ngăn chặn kịp thời những tác động xấu do các hành vi đó gây ra, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho sinh viên và chất lượng giáo dục của nhà trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Minh Đức (2010). Hành vi gây hấn, phân tích từ góc độ tâm lý học xã hội, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Trần Thị Minh Đức (Chủ nhiệm), (2013), “Thanh thiếu niên với game bạo lực - Thực trạng và giải pháp”, Quỹ Phát triển khoa học và công nghệ Quốc gia (Nafosted). duc.
3. Phan Mai Hương (2009), “Thực trạng bạo lực học đường hiện nay”, Kỷ yếu Hội thảo khoa học quốc tế, Hà Nội, tr.28-33.

4. Đặng Hoàng Minh và Trần Thành Nam (2011), Hành vi bạo lực ở thanh thiếu niên - Con đường hình thành và cách tiếp cận đánh giá”, Tạp chí Tâm lý học (12), tr.22- 26.
5. Hoàng Bá Thịnh (2009), “Bạo lực học đường: Một vấn đề xã hội hiện nay”, Hội thảo quốc tế: Nhu cầu, định hướng đào tạo tâm lý học đường tại Việt Nam, Hà Nội, tr 73- 75.
6. Phạm Minh Hạc (2016), “Tâm lý học và vấn đề bạo lực học đường”, Tạp chí *Khoa học Giáo dục*, số 130, tháng 7/2016, tr.1-2.
7. Trương Thị Thu Thủy (2022), “Bạo lực học đường giữa học sinh: Một nghiên cứu tổng quan từ các nghiên cứu quốc tế”, Tạp chí *Giáo dục*, 22(21), tr.59-64.
8. UNESCO (2016). Báo cáo nghiên cứu bạo lực học đường trên cơ sở giới tại Việt Nam (2016), Place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, Pháp và Văn phòng UNESCO Hà Nội và Văn phòng UNESCO Băng Cốc.
9. Lê Văn Anh, 2013, Giải pháp ngăn ngừa hành vi bạo lực trong học sinh trung học phổ thông, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam, Đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Bộ
10. Berkowitz, R. 2014. “Student and teacher responses to violence in school: The divergent views of bullies, victims, and bully-victims”. *School Psychology International*, Vol. 35(5).
11. Estévez, E., Jiménez, T. I., Musitu, G. 2008. Violence and victimization at school in adolescence. In: *School Psychology* ISBN 978-1-60456-521-8 Editor: David H. Molina, pp. 79-115.
12. R.F. and Chayet, E.F. 1984. “Why Do Victims Fail to Report? The Psychology of Criminal Victimization”. *Journal of Social, Issue*
13. Cowie, H., & Myers, C.-A. (2017). *Cyberbullying and its impact on young people’s emotional health and well-being*. *The Psychiatrist*, 37(5), 167-170.
14. National Center for Education Statistics. (2022). *Campus Safety and Security Survey*. U.S. Department of Education.
15. Turner, H. A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2021). *Polyvictimization and youth violence exposure across contexts: A developmental-ecological perspective*. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 2396-2416.
16. UniSAFE. (2022). *Gender-based violence in higher education institutions in Europe: Prevalence, impacts and reporting*. European Commission Project Report.
17. Zalaquett, C. P., & Chatters, S. J. (2014). *Cyberbullying in college: Frequency, characteristics, and practical implications*. *SAGE Open*, 4(1).

ỨNG DỤNG GIÁO DỤC CẢM XÚC XÃ HỘI (SEL) TRONG HOẠT ĐỘNG PHÒNG NGỪA TẠI TRƯỜNG TIỂU HỌC THỰC NGHIỆM VICTORY

TS. Nguyễn Thị Thuý Mai¹, ThS. Nguyễn Thị Thu Hằng², ThS. Nguyễn Thanh Thanh An³

Tóm tắt: Chương trình giáo dục cảm xúc xã hội (SEL) tại trường Tiểu học Thực nghiệm Victory được triển khai như một giải pháp phòng ngừa khó khăn tâm lý cho học sinh trong trường học. Trên cơ sở khung lý thuyết năm năng lực cốt lõi của CASEL và tham khảo nội dung từ chương trình Step by Step của Ngân hàng Thế giới, chương trình SEL được thiết kế phù hợp với đặc điểm phát triển của học sinh Tiểu học Thực nghiệm Victory, tập trung vào việc xây dựng kỹ năng quản lý cảm xúc, giao tiếp hiệu quả, giải quyết xung đột và phát triển mối quan hệ tích cực cho học sinh. Nghiên cứu sử dụng thang đo SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) để đánh giá hiệu quả chương trình trên 682 học sinh từ lớp 1 đến lớp 5. Kết quả cho thấy SEL giúp làm giảm rõ rệt các khó khăn về cảm xúc, hành vi và các vấn đề liên quan đến mối quan hệ bạn bè, đồng thời thúc đẩy kỹ năng xã hội, quản lý cảm xúc làm tiền đề thúc đẩy môi trường học tập tích cực. Bài viết cũng chỉ ra được những thách thức trong việc triển khai SEL ở khối lớn cấp tiểu học và đưa ra các khuyến nghị về việc tích hợp chương trình SEL vào chương trình chính khóa, cá nhân hóa nội dung theo độ tuổi, tương cường vai trò giáo viên và phụ huynh cũng như chính sách hỗ trợ từ cơ quan giáo dục có thẩm quyền.

APPLICATION OF SOCIAL-EMOTIONAL LEARNING (SEL) IN PREVENTIVE ACTIVITIES AT VICTORY EXPERIMENTAL PRIMARY SCHOOL

Abstract: This study presents the implementation of a Social and Emotional Learning (SEL) program at Victory Experimental Primary School as a preventive approach to address students' psychological difficulties in the school context. Grounded in CASEL's five core competencies and informed by the Step by Step program developed by the World Bank, the SEL program was tailored to the developmental characteristics of primary school students. It focuses on enhancing emotional regulation, effective communication, conflict resolution, and the development of positive peer relationships. The effectiveness of the program was evaluated using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) with a sample of 682 students from grades 1 to 5. Findings revealed significant improvements in emotional and behavioral issues as well as peer-related difficulties, along with enhanced social skills and emotional self-regulation, contributing to a more positive and inclusive learning environment. The study also discusses challenges in implementing SEL for upper primary grades and proposes recommendations for integrating SEL into the official curriculum, age-appropriate content personalization, strengthening the roles of teachers and parents, and securing policy support from educational authorities.

Từ khóa: giáo dục cảm xúc xã hội, phòng ngừa, học sinh tiểu học, phòng tâm lý học đường, công tác xã hội trong trường học, tâm lý học đường

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2019, cứ 8 người trên toàn cầu thì có 1 người sống chung với rối loạn tâm thần, trong đó rối loạn lo âu và trầm cảm là phổ biến nhất. Đại dịch COVID-19 đã làm trầm trọng thêm tình trạng này, với ước tính số người bị rối loạn lo âu và trầm cảm tăng hơn 25% trong năm đầu tiên của đại dịch [12]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần thường gặp là 14,9% dân số, tương đương gần 15 triệu người, trong đó trầm cảm và lo âu chiếm tỷ lệ cao, khoảng 5-6% dân số. Đáng chú ý, ở trẻ em, các vấn đề sức khỏe tâm thần chiếm khoảng 12%, tương đương hơn 3 triệu trẻ em cần được chăm sóc sức khỏe tâm thần [8]. Những con số này đặt ra yêu cầu cấp thiết cho các giải pháp mang tính phòng ngừa trong trường học.

Giáo dục cảm xúc xã hội (SEL) được chứng minh hiệu quả trong việc giảm thiểu các hành vi bạo lực, cải thiện kỹ năng xã hội và xây dựng mối quan hệ tích cực [12]. Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory đã triển khai chương trình SEL nhằm phát triển toàn diện cho học sinh thông qua các hoạt động quản lý cảm xúc, giao tiếp hiệu quả và giải quyết xung đột. Đồng thời, chương trình cũng đóng vai trò phòng ngừa, giúp học sinh tránh được những nguy cơ tâm lý thông qua các can thiệp sớm và thực tiễn dựa trên dữ liệu [8].

Tuy nhiên, việc triển khai SEL vẫn đối mặt với nhiều thách thức, đặc biệt là trong việc đánh giá hiệu quả và đảm bảo tính bền vững của chương trình [3] [4] [10] [11]. Từ đó, nghiên cứu này tập trung phân tích và đánh giá tác động của SEL trong việc tạo dựng môi trường giáo dục tích cực tại Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory, đồng thời đưa ra những bài học kinh nghiệm và khuyến nghị nhằm tối ưu hóa ứng dụng SEL tại trường Tiểu học Thực nghiệm Victory nói riêng và trong giáo dục Việt Nam nói chung.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

Năng lực cảm xúc - xã hội là năng lực mà con người làm chủ bản thân, nhận biết thế giới xung quanh và chủ động điều tiết các mối quan hệ xã hội cũng như hoạt động hiệu quả trong cuộc sống [6]. Giáo dục cảm xúc xã hội là hoạt động giáo dục cho người học những kỹ năng cần thiết để nhận thức và quản lý bản thân, nhận thức xã hội, từ đó đưa ra quyết định có trách nhiệm với cuộc sống và cải thiện kỹ năng giao tiếp, phát triển mối quan hệ. Từ đó, thúc đẩy sự bình đẳng và phát huy những yếu tố tốt đẹp trong giáo dục thông qua sự phối hợp giữa nhà trường - gia đình - cộng đồng nhằm thiết lập các môi trường và trải nghiệm học tập an toàn, lành mạnh giúp phát triển các mối quan hệ tin cậy và hợp tác [2]. Dựa trên nền tảng thuyết đa trí thông minh của Gardner, thuyết trí tuệ cảm xúc của Goleman và thuyết học tập xã hội của Bandura, tác giả Pantin đã vận dụng các lý thuyết này để làm rõ cơ sở khoa học và tính hiệu quả của chương trình SEL trong môi trường giáo dục [11]. Mô hình SEL được trình bày dựa trên khung lý thuyết của CASEL, gồm 5 năng lực chính: Tự nhận thức, quản lý bản thân, nhận thức xã hội, kỹ năng liên quan đến mối quan hệ và khả năng ra quyết định có trách nhiệm [11]. (1) Tự nhận thức (Self-Awareness): khả năng nhận thức của cá nhân về mọi đặc điểm của chính mình trên mọi phương diện, từ cảm xúc đến hành vi, từ phẩm chất đến năng lực, từ giá trị của bản thân đến các mối quan hệ xã hội. (2) Quản lý bản thân (Self-Management): khả năng điều chỉnh cảm xúc, suy nghĩ và hành vi của cá nhân một cách có hiệu quả trong các tình huống khác nhau, bao gồm cả khả năng quản lý căng thẳng, kiểm soát xung động, kỷ luật tự giác, tạo động cơ cho bản thân, thiết lập mục tiêu và kỹ năng tổ chức để hướng tới việc đạt được mục tiêu cá nhân và mục tiêu học tập. (3) Nhận thức xã hội (Social Awareness): khả năng đứng trên những quan điểm của người khác, tôn trọng sự khác biệt và đồng cảm với những người xuất thân từ những hoàn cảnh sống và từ những nền văn hóa khác với cá nhân mình để hiểu rõ các chuẩn mực đạo đức xã hội của hành vi và xác định được các nguồn lực hỗ trợ từ phía gia đình, trường học và cộng đồng. (4) Kỹ năng liên quan đến mối quan hệ (Relationship Skills): khả năng thiết lập và duy trì mối quan hệ lành mạnh và bổ ích với các cá nhân và các nhóm xã hội khác nhau, bao gồm: giao tiếp rõ ràng, lắng nghe tích cực, hợp tác, chống lại áp lực xã hội không phù hợp, đàm phán giải quyết xung đột trên tinh thần xây dựng, tìm kiếm và cung cấp

sự giúp đỡ khi cần thiết. (5) Ra quyết định có trách nhiệm (Responsible Decision-Making): khả năng thực hiện những lựa chọn mang tính xây dựng và tôn trọng hành vi cá nhân và tương tác xã hội trên cơ sở xem xét mọi yếu tố ảnh hưởng như: các tiêu chuẩn đạo đức, sự bình ổn về tâm lý, các chuẩn mực xã hội, kết quả/hậu quả của các hành động khác nhau, hạnh phúc của mình và người khác. Đây là năng lực thể hiện khả năng nhận biết vấn đề, phân tích hoàn cảnh, giải quyết vấn đề, đánh giá, phản hồi và có trách nhiệm đạo đức ở cá nhân [2] [11].

Những nghiên cứu về chương trình SEL và hiệu quả của các chương trình này đã cho thấy việc áp dụng SEL trong môi trường giáo dục không chỉ cải thiện kết quả học tập mà còn giúp giảm thiểu các hành vi kém thích ứng như: bắt nạt, nghỉ học, căng thẳng tâm lý, ...Chương trình SEL thực hiện trong trường học cải thiện hiệu suất học tập của học sinh lên tới 11%, đồng thời tăng cường các kỹ năng xã hội và giảm các vấn đề hành vi [3]. SEL giúp học sinh hiểu bản và thúc đẩy phát triển tự chủ, tăng cường khả năng thích nghi với biến đổi, ứng phó với khó khăn [9]. Học sinh tham gia chương trình SEL có biểu hiện giảm căng thẳng, lo âu, các hành vi kém thích ứng. Kết học tập và kỹ năng xã hội được cải thiện nên mức độ hài lòng trong học tập và giao tiếp xã hội tăng lên [10]. Trường học có tích hợp chương trình SEL thúc đẩy môi trường học tập tích cực, dẫn đến tăng cường khả năng tham gia của học sinh cũng như tăng cảm nhận an toàn và gắn kết ở học sinh với môi trường học đường [11]. Từ kết quả nghiên cứu trên, mặc dù các chương trình SEL được triển khai chưa khẳng định rõ ràng về tính hiệu quả lâu dài và bền vững nhưng bước đầu đã cho thấy vai trò như một chương trình phòng ngừa khó khăn tâm lý trong trường học, giúp giảm đáng kể các biểu hiện khó khăn tâm lý về cảm xúc, hành vi, đồng thời hỗ trợ sự phát triển toàn diện về cảm xúc - xã hội của học sinh [3] [10] [11].

3. Chương trình giáo dục cảm xúc xã hội tại trường Tiểu học Thực nghiệm Victory

Trên tinh thần của các Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT, Quyết định số 1895/QĐ-TTg ngày 11/11/2019 và số 1373/QĐ-TTg ngày 30/7/2021, trường Tiểu học Thực nghiệm Victory đã triển khai chương trình SEL từ năm học 2022 - 2023 đến nay. Mục tiêu của chương trình là cung cấp kiến thức, kỹ năng về SEL cho học sinh nhằm hình thành khả năng nhận diện và quản lý cảm xúc, cải thiện kỹ năng giao tiếp, giải quyết xung đột và xây dựng mối quan hệ tích cực trong trường học.

Chương trình này được triển khai dưới hình thức chương trình phòng ngừa khó khăn tâm lý diện rộng, trên cơ sở khung chương trình giảng dạy của trường Tiểu học Thực nghiệm Victory và chương trình giáo dục phổ thông 2018. Nội dung chương trình SEL triển khai tại trường Tiểu học Thực nghiệm Victory bám sát theo 5 năng lực SEL, tham khảo từ chương trình “Step by Step” của Ngân hàng Thế giới và tương ứng với quy định về hình thành, phát triển ba năng lực chung trong Chương trình giáo dục phổ thông 2018, là: năng lực tự chủ và tự học, năng lực giao tiếp và hợp tác, năng lực giải quyết vấn đề và sáng tạo.

Thang đo SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) được sử dụng làm công cụ để đánh giá tính hiệu quả của chương trình SEL đối với học sinh Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory. Thang đo đánh giá 5 lĩnh vực gồm: khó khăn cảm xúc, hành vi ứng xử, tăng động giảm chú ý, quan hệ bạn bè và hành vi xã hội, phản ánh sát các biểu hiện tâm lý hội liên quan các năng lực SEL [1] [5].

Người xây dựng và triển khai chương trình SEL là những cán bộ tại phòng tâm lý học đường của Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory. Đây là những nhân sự được đào tạo chuyên môn, có kinh nghiệm về công tác xã hội trong trường học và tâm lý học đường. Nhân sự đảm nhiệm có kỹ năng trong việc truyền tải kiến thức, trang bị tốt để học sinh có kỹ năng ứng phó với những khó khăn tâm lý mình có thể gặp trong hành trình tới trường. Từ việc triển khai chương trình này, cán bộ tâm lý học đường có cơ hội theo dõi sát sao với học sinh cũng như kết nối với giáo viên, gia đình kịp thời để sàng lọc những học sinh có khó khăn nhằm hỗ trợ kịp thời bằng các hình thức phù hợp như tham vấn cá nhân hoặc nhóm mục tiêu.

4. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

Kết quả nghiên cứu được thu thập và xử lý bằng phương pháp thống kê toán học, sử dụng phần mềm JASP phiên bản 19.3. Nghiên cứu sử dụng bảng hỏi điểm mạnh và khó khăn SDQ dành cho học sinh từ lớp 2 đến lớp 5 và SDQ dành cho phụ huynh lớp 1 theo bốn mức độ bình thường, ranh giới, nguy cơ cao, nguy cơ rất cao. Khảo sát thực hiện trên 682 học sinh trong đó có 255 học sinh nữ (45,36%), 306 học sinh nam (54,64%). Học sinh khối 1 là 164 học sinh (29,23%), khối 2 là 159 (28,34%), khối 3 là 101 (18%), khối 4 là 131 (23,35%) và khối 5 127 (22,64%). Tổng số bảng hỏi phát ra là 68, thu về 561 hợp lệ. Dưới đây trình bày chi tiết các kết quả thu được, phân tích những tác động của chương trình SEL, đồng thời thảo luận các điểm mới, thách thức và bài học rút ra từ quá trình triển khai.

Hiệu quả của chương trình SEL trong năm học 2022-2023

Chương trình Giáo dục Cảm xúc Xã hội (SEL) tại Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory đã mang lại những cải thiện đáng kể cho toàn bộ học sinh trong năm học 2022-2023. Toàn trường ghi nhận sự giảm mạnh ở các nhóm nguy cơ rất cao trên nhiều khía cạnh. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn về cảm xúc mức rất cao giảm từ 11,89% xuống còn 9,44%. Kết quả này cho thấy sự hướng chuyển biến tích cực ở khó khăn này của học sinh Tiểu học Thực nghiệm Victory. Tuy nhiên đây là khó khăn mang tính nội sinh, đòi hỏi thời gian hỗ trợ, can thiệp dài hạn, chuyên sâu cho từng cá nhân kết hợp duy trì chương trình phòng ngừa phổ quát để đảm bảo hiệu quả bền vững. Vấn đề tăng động - giảm chú ý cũng cho thấy sự cải thiện rõ rệt với tỷ lệ nguy cơ rất cao giảm từ 14,75% xuống chỉ còn 1,24%. Đây là nhóm khó khăn phổ biến ở bậc Tiểu học, liên quan tới những biểu hiện bốc đồng, mất tập trung và hiếu động quá mức. Một phần những biểu hiện này thường gặp phải ở trẻ đầu Tiểu học, có xu hướng giảm ở những năm tiếp theo trên cơ sở đặc điểm tâm lý lứa tuổi [7]. Mặc khác, việc can thiệp kịp thời và hỗ trợ phù hợp đã khiến cho những biểu hiện này ở học sinh có nguy cơ cao có xu hướng giảm. Tương tự, các vấn đề liên quan đến hành vi ứng xử và hành vi xã hội cũng được cải thiện, với tỷ lệ học sinh ở mức rất cao giảm lần lượt từ 6,25% xuống 0,83% (hành vi ứng xử) và từ 30,61% xuống 9% (hành vi xã hội) điều này cho thấy khả năng điều chỉnh hành vi thông qua môi trường học tập tích cực và cũng như mô hình hóa hành vi cá nhân trong lớp học trên cơ sở thuyết học tập xã hội đã đạt hiệu quả nhất định. Những con số này phản ánh rõ hiệu quả của các hoạt động giáo dục cảm xúc xã hội, các buổi tham vấn tâm lý và các chương trình phòng ngừa khác được triển khai đồng bộ, toàn diện trong môi trường Tiểu học, xuyên suốt một năm học.

Ở cấp độ khối lớp, các cải thiện này thể hiện rõ hơn qua từng nhóm đối tượng.

Khối 1 chứng kiến sự thay đổi đáng mừng trong các khía cạnh cảm xúc, hành vi và kỹ năng xã hội. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn về cảm xúc ở mức rất cao giảm từ 14,29% xuống 10%. Về hành vi, tỷ lệ nguy cơ rất cao giảm mạnh từ 6,25% xuống chỉ còn 0,83%. Hành vi xã hội cũng được cải thiện vượt bậc, khi tỷ lệ nhóm nguy cơ rất cao giảm từ 30,61% xuống 9%. Những kết quả này cho thấy học sinh ở độ tuổi nhỏ dễ dàng tiếp thu các kỹ năng cơ bản như nhận diện cảm xúc và quản lý hành vi thông qua các bài học SEL. Đây vốn là giai đoạn “vàng” trong việc tiếp nhận những kiến thức, kỹ năng cảm xúc xã hội. Do trẻ ở lứa tuổi này bắt đầu có sự hình thành nhận thức xã hội và hành vi thích nghi trong môi trường trường học [7]. Sự cải thiện ở nhóm này cho thấy bài học SEL đã đạt hiệu quả ở cấp phổ quát, đặc biệt là các nội dung bài học về nhận diện cảm xúc, tuân thủ quy tắc và thể hiện hành vi xã hội như giúp đỡ mọi người xung quanh.

Ở khối 2, sự cải thiện tập trung vào các khía cạnh cảm xúc và tăng động - giảm chú ý. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn cảm xúc mức rất cao giảm từ 11,89% xuống 9,44%, trong khi vấn đề tăng động - giảm chú ý cũng giảm từ 2,74% xuống còn 1%. Sự thay đổi này được lý giải bởi tính nhất quán trong các bài học về tự quản lý và kiểm soát cảm xúc, cùng với sự phối hợp hiệu quả từ giáo viên chủ nhiệm. Kết quả này cho thấy cảm xúc của học sinh khối 2 ổn định hơn và các em có khả năng kiểm soát hành vi tốt hơn. Học sinh khối 2 phần nào nhận thức được trạng thái bên trong và ứng xử có chủ đích. Các em dần được hình thành khả năng tự đánh giá hành vi và điều chỉnh hành vi theo chuẩn mực xã hội để chuẩn bị cho sự chuyển tiếp ở khối lớp trên.

Khối 3 cũng đạt được những cải thiện đáng kể, đặc biệt trong các vấn đề tăng động - giảm chú ý. Tỷ lệ nguy cơ rất cao giảm từ 6,10% xuống 3,70%. Tuy nhiên, vấn đề bạn bè ở khối này lại có dấu hiệu tăng nhẹ ở nhóm mức rất cao, từ 26,58% lên 33,33%, cho thấy cần thêm các hoạt động hỗ trợ để xây dựng mối quan hệ xã hội tích cực. Thực tế, đối với học sinh khối 3, vấn đề về bạn bè thể hiện ở con số trên cũng tương ứng với sự chuyển biến tâm lý lứa tuổi. Trong lớp học, các em bắt đầu hình thành chơi theo nhóm xã hội, chú ý tới sự đánh giá và chấp nhận từ bạn bè trong lớp và dễ bị tác động bởi xung đột nhóm [7]. Vì thế, nội dung bài học SEL ở khối lớp 3 cần đi sâu hơn vào nhóm kỹ năng liên quan đến mối quan hệ như: kỹ năng hợp tác, giải quyết xung đột, lắng nghe và đồng cảm.

Khối 4 có sự cải thiện rõ rệt ở vấn đề cảm xúc và tăng động - giảm chú ý. Tỷ lệ học sinh gặp khó khăn cảm xúc ở mức rất cao giảm từ 14,40% xuống 6%. Điều này cho thấy học sinh đã biết cách xử lý cảm xúc nội tâm hiệu quả hơn. Tuy nhiên, vấn đề hành vi xã hội tại khối này lại có xu hướng tăng ở nhóm mức rất cao, từ 14,20% lên 28%. Nguyên nhân có thể đến từ những áp lực học tập và mối quan hệ xã hội phức tạp hơn ở giai đoạn chuyển tiếp tiền dậy thì. Học sinh dần có xu hướng khẳng định bản thân, dễ bị xao động bởi áp lực đồng trang lứa và thiếu hụt một số kỹ năng duy trì mối quan tích cực trong nhóm bạn [7]. Cho nên, việc tập trung đẩy mạnh các nhóm bài liên quan đến kỹ năng giao tiếp tích cực và duy trì mối quan hệ là điều cần thiết đối với khối lớp này.

Khối 5, các vấn đề về bạn bè và hành vi xã hội ở nhóm mức rất cao lại tăng đáng kể, lần lượt từ 17,50% lên 82% và từ 16,53% lên 48,74%. Kết quả là dấu hiệu rõ ràng của khủng

hoảng quan hệ xã hội ở lứa tuổi cuối Tiểu học. Học sinh trong giai đoạn này bước vào quá trình hình thành bản sắc cá nhân, dễ tổn thương trước sự đánh giá của bạn bè đồng đẳng và bắt đầu gặp khó khăn trong việc định vị hình ảnh, vai trò trong xã hội thu nhỏ - lớp học [7]. Vì vậy, khối lớp 5 cần được hỗ trợ nhiều hơn về hoạt động can thiệp nhóm mục tiêu và nội dung SEL cần tập trung vào các chủ đề liên quan đến thể hiện, khẳng định bản thân, giao tiếp bạn bè, ra quyết định có trách nhiệm với bản thân và cộng đồng.

Khảo sát đầu năm học 2023-2024

Dựa trên sự hiệu quả của chương trình SEL trong năm học trước, đến nay học 2023-2024 trường tiếp tục duy trì triển khai. Trong đầu năm học khi học sinh quay lại trường, cán bộ tham vấn học đường thực hiện sàng lọc đầu năm qua test SDQ và cho thấy những thay đổi của con số vấn đề so với năm học 2022-2023 như sau:

Về mặt cảm xúc, tỷ lệ học sinh gặp khó khăn ở mức nguy cơ rất cao giảm từ 11,89% xuống còn 9,44%, trong khi nhóm gần trung bình tăng từ 52,74% lên 62,74%. Kết quả này cho thấy các bài học về nhận diện và quản lý cảm xúc, kết hợp với các hoạt động phòng ngừa như triển lãm School of Wellbeing, đã giúp học sinh nhận diện cảm xúc tốt hơn, góp phần nhận diện vấn đề của bản thân. Bên cạnh đó chương trình cũng giúp học sinh điều hòa cảm xúc hiệu quả hơn và giảm bớt các trạng thái cảm xúc tiêu cực.

Tương tự, ở khía cạnh hành vi, tỷ lệ học sinh gặp khó khăn ở mức rất cao giảm đáng kể từ 6,25% xuống chỉ còn 0,83%, cho thấy chương trình đã hỗ trợ tốt trong việc giúp học sinh điều chỉnh hành vi không phù hợp. Dù vậy, tỷ lệ học sinh ở nhóm gần trung bình giảm nhẹ từ 72,92% xuống 65,84%, phản ánh sự cần thiết của việc tiếp tục củng cố kỹ năng quản lý hành vi. Trong vấn đề tăng động - giảm chú ý, chương trình SEL đã mang lại hiệu quả vượt bậc khi tỷ lệ học sinh gặp khó khăn mức rất cao giảm mạnh từ 14,75% xuống 0%, đồng thời nhóm gần trung bình tăng từ 81,71% lên 92,60%. Sự cải thiện này phần lớn nhờ các buổi học tập trung vào kỹ năng tự quản lý và nâng cao khả năng tập trung của học sinh.

Về vấn đề bạn bè, tỷ lệ học sinh gặp khó khăn ở mức rất cao giảm từ 34,88% xuống 17,49%, phản ánh tác động tích cực của các hoạt động như “Ngày hội Áo hồng” và các bài học về xây dựng mối quan hệ tích cực. Tuy nhiên, đây vẫn là khía cạnh cần chú ý, đặc biệt ở các khối lớp lớn hơn. Cuối cùng, trong hành vi xã hội, tỷ lệ học sinh gặp khó khăn mức rất cao giảm từ 30,61% xuống còn 9%, cho thấy sự tiến bộ trong việc phát triển các hành vi hợp tác và giao tiếp tích cực giữa học sinh. Kết quả này minh chứng cho hiệu quả của chương trình SEL trong việc xây dựng một môi trường học đường an toàn, tích cực và gắn kết.

Lý giải và Kết luận

Sự cải thiện trên toàn trường có thể được lý giải bởi tính toàn diện của chương trình SEL, bao gồm 67 bài học về kỹ năng cảm xúc xã hội, các hoạt động phòng ngừa như “Ngày hội Áo hồng” và các buổi tham vấn cá nhân. Tuy nhiên, những thách thức ở khối lớp lớn hơn cho thấy rằng các chương trình SEL cần điều chỉnh để đáp ứng nhu cầu đặc thù của từng độ tuổi, với sự tập trung đặc biệt vào kỹ năng xây dựng mối quan hệ và giảm căng thẳng xã hội.

Như vậy, kết quả của chương trình SEL tại trường Victory phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó SEL được chứng minh là giảm căng thẳng, cải thiện kỹ năng giao tiếp và quản lý cảm

xúc [2], đặc biệt là với khối lớp nhỏ (lớp 1 - 2), thời điểm mà học sinh đang trong giai đoạn định hình nền tảng. Tuy nhiên, những thách thức tại các khối lớp lớn hơn ở Victory, giai đoạn mà học sinh phải đối mặt với những thách thức phức tạp và quan hệ xã hội và bản sắc cá nhân. Vì vậy, chương trình cần được điều chỉnh theo hướng cá thể hóa, chuyên sâu hơn và tăng cường can thiệp nhóm mục tiêu. Điều này sẽ giúp SEL có kết nối thống nhất tốt hơn với các hoạt động hỗ trợ tâm lý trong nhà trường, xây dựng được kết nối xã hội tích cực và lành mạnh.

5. GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Giải pháp

Tích hợp SEL vào chương trình học chính khóa:

Lồng ghép các nội dung thuộc 5 năng lực SEL vào môn Đạo đức, Tiếng Việt, Hoạt động trải nghiệm,... giúp học sinh vận dụng kiến thức vào tình huống thực tiễn. [9]

Xây dựng các hoạt động SEL dựa trên đặc điểm khối lớp:

Dựa trên kết quả sàng lọc đầu năm/cuối năm, giáo viên và phòng Tâm lý học đường điều chỉnh hoạt động SEL cho phù hợp với từng nhóm tuổi.

Trường Tiểu học Thực nghiệm Victory áp dụng chương trình Step by Step (WB), vì vậy việc bản địa hóa nội dung cho phù hợp với văn hóa và đặc điểm học sinh Việt Nam là cần thiết.

Tổ chức các hoạt động trải nghiệm, sự kiện học đường gắn với SEL

Tạo cơ hội cho học sinh thực hành kỹ năng xã hội, ứng xử tình huống, nhận diện và điều chỉnh cảm xúc trong môi trường gần gũi. Ví dụ: Ngày hội Cảm xúc, hoạt động theo chủ đề tại góc bình an... [10].

Tăng cường tập huấn và ứng dụng SEL trong đội ngũ giáo viên

Giáo viên chủ động thực hành SEL để trở thành người hướng dẫn có năng lực cảm xúc - xã hội. Giáo viên khối 1, 4, 5 cần đặc biệt chú ý hỗ trợ học sinh trong giai đoạn phát triển chuyển tiếp. Khuyến khích giáo viên chia sẻ kinh nghiệm triển khai trong nội bộ trường.

Đồng hành cùng phụ huynh trong thực hành SEL tại nhà

Kết nối qua nhóm lớp, công thông tin để phổ biến kỹ năng, tài liệu hướng dẫn SEL.

Tổ chức các buổi workshop, talkshow để cha mẹ cùng học cách quản lý cảm xúc và tương tác lành mạnh với con.

Từ đó giúp học sinh quan sát và học theo hành vi mẫu của cha mẹ trong thực tế [3].

5.2. Kiến nghị

Ban hành khung hướng dẫn SEL quốc gia

Xây dựng tài liệu chuẩn hóa, dễ tiếp cận và phù hợp với hệ thống giáo dục Việt Nam, làm căn cứ triển khai thống nhất SEL trong các trường phổ thông.

Hỗ trợ tài chính và chuyên môn

Cấp ngân sách cho các trường tổ chức tập huấn, xây dựng tài nguyên học tập (sách, bảng cảm xúc, góc SEL,...) và tổ chức các hoạt động SEL thực tiễn.

Tổ chức đánh giá hiệu quả và cải tiến chương trình SEL

Triển khai khảo sát, nghiên cứu đánh giá trên diện rộng.

zXây dựng các mô hình SEL mẫu để nhân rộng cho các địa phương khác.

Đưa SEL vào chính sách bồi dưỡng giáo viên

Tích hợp nội dung SEL vào chương trình đào tạo và bồi dưỡng thường xuyên.

Cung cấp công cụ đánh giá năng lực cảm xúc - xã hội cho giáo viên nhằm tăng tính hiệu quả triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Arif, M. I., Rafi, M.S., & Saeed, A. (2020). *The impact of social and emotional learning on behavior and academic outcomes: Evidence from Pakistani elementary schools*. Children and Youth Services Review, 111, 104848. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104848>
- [2] CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning). (2020). *Core SEL Competencies*. Retrieved from: <https://CASEL.org/core-competencies/>
- [3] Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). *The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions*. Child Development, 82, 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- [4] Huỳnh Văn Sơn và Nguyễn Thị Tứ. (2019). “Thực trạng ứng dụng mô hình giáo dục năng lực cảm xúc xã hội SEL của giáo viên vào hoạt động giáo dục ở bậc trung học cơ sở địa bàn thành phố Hồ Chí Minh”. VJE Tạp chí Giáo dục, 23(20), 42-48.
- [5] Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2019). *Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of SEL?* Psychology in the Schools, 56(10), 1520-1536. <https://doi.org/10.1002/pits.22279>
- [6] Trần Thị Tú Anh và Trịnh Thị Thúy. (2017). *Phát triển năng lực cảm xúc - xã hội cho học sinh lớp 3 thông qua dạy học môn tiếng Việt*. Tạp chí Khoa học và Giáo dục, 04(44), 72-72. <https://vjol.info.vn/index.php/DHSP-DHH/article/view/36145>
- [7] Trương Thị Khánh Hà. (2013). *Giáo trình Tâm lý học phát triển*. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- [8] Ministry of Health of Vietnam. (2023). *Tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần*. Retrieved from https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/hoi-thao-tang-cuong-he-thong-cham-soc-suc-khoe-tam-than
- [9] Nguyễn Diệp Ngọc và Nguyễn Hạnh Linh. (2023). *Giải pháp nâng cao hiệu quả giáo dục năng lực cảm xúc - xã hội (SEL) cho học sinh tiểu học*. VJE Tạp chí Giáo dục, 23(7), 42-46.
- [10] Oberle, E., & Schonert-Reichl, K. A. (2017). *Social and emotional learning: Recent research and practical strategies for promoting children's social and emotional competence in schools*. In Autism and Child Psychopathology Series (pp. 175-197). https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6_11
- [11] Pantin Dear, C. (2017). *Understanding social and emotional learning in elementary schools: A guide for teachers, administrators, and parents*. Master's thesis, Department of Graduate and Undergraduate Studies in Education, Faculty of Education, Brock University, St. Catharines, Ontario, 6. https://dr.library.brocku.ca/bitstream/handle/10464/12573/Brock_Pantin%20Dear_Chерise_2017.pdf?sequence=1
- [12] World Health Organization. (2019). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved from <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/publications/9789290619376>

THỰC TRẠNG NHU CẦU THAM VẤN TÂM LÝ CỦA CHA MẸ TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN TẠI TRUNG TÂM THAM VẤN HỌC ĐƯỜNG VÀ CAN THIỆP SỚM, TRƯỜNG ĐẠI HỌC THỦ ĐÔ HÀ NỘI

ThS. Vũ Thị Thanh Nga¹

Tóm tắt: Bài viết khảo sát nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ có con rối loạn phát triển tại Trung tâm Tham vấn học đường và Can thiệp sớm, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội. Kết quả cho thấy, cha mẹ có nhu cầu được chia sẻ, hỗ trợ về tâm lý, kỹ năng chăm sóc và kết nối xã hội trong quá trình nuôi dạy trẻ. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn bao gồm đặc điểm cá nhân, mức độ rối loạn của trẻ và môi trường xã hội. Nghiên cứu sử dụng phương pháp định tính và định lượng, thu thập dữ liệu qua bảng hỏi và phỏng vấn sâu với phụ huynh.

Từ khóa: Can thiệp sớm, cha mẹ, nhu cầu, tham vấn tâm lý, trẻ có rối loạn phát triển.

THE CURRENT STATUS OF THE NEEDS FOR PSYCHOLOGICAL CONSULTATION OF PARENTS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AT THE CENTER FOR SCHOOL CONSULTATION AND EARLY INTERVENTION, HANOI CAPITAL UNIVERSITY

Abstract: The article surveys the psychological consultation needs of parents with children with developmental disorders at the School Counseling and Early Intervention Center, Hanoi Capital University. The results show that parents have a need to share, support psychologically, care skills and social connection in the process of raising children. Factors affecting the need for consultation include personal characteristics, the level of disorder of the child and the social environment. The study uses qualitative and quantitative methods, collecting data through questionnaires and in-depth interviews with parents

Keywords: Early intervention, parents, needs, psychological consultation, children with developmental disorders

1. MỞ ĐẦU

Hiện nay, số lượng trẻ có rối loạn phát triển (RLPT) ngày càng gia tăng nhanh chóng, trở thành một vấn đề xã hội được đặc biệt quan tâm. Cha mẹ của trẻ RLPT thường phải đối mặt với nhiều khó khăn trong quá trình chăm sóc và giáo dục con. Họ dễ rơi vào trạng thái bối rối, hoài nghi, khủng hoảng tâm lý, thậm chí cảm thấy thất vọng và chán nản. Không ít phụ huynh không biết phải hành động như thế nào, tìm kiếm sự trợ giúp ở đâu, dẫn đến cảm giác cô lập trong chính gia đình mình. Áp lực từ những định kiến xã hội, sự chú ý không mong muốn của người xung quanh cũng góp phần làm tăng cảm giác tự ti và khép kín ở các bậc cha mẹ. Bên cạnh đó, họ còn phải gánh chịu những khó khăn về kinh tế, thiếu kiến thức chuyên môn liên quan đến RLPT, thiếu kỹ năng chăm sóc và khó tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ xã hội - giáo dục. Những yếu tố này, nếu không được can thiệp kịp thời, có thể khiến đời sống tinh thần của gia đình, đặc biệt là cha mẹ trẻ RLPT, trở nên căng thẳng và dễ phát sinh thêm nhiều vấn đề khác.

¹ Trường Đại học Thủ đô Hà Nội, Em ail: vttnnga@daihocthudo.edu.vn.

Trong bối cảnh đó, hoạt động tham vấn tâm lý dành cho cha mẹ trẻ RLPT trở nên cần thiết, dù hiện nay vẫn còn là lĩnh vực tương đối mới mẻ và chưa được chú trọng đúng mức tại Việt Nam. Trên thế giới, tham vấn tâm lý đã phát triển từ đầu thế kỷ XX và ngày càng chứng minh hiệu quả trong việc hỗ trợ con người nâng cao năng lực ứng phó với các khó khăn trong cuộc sống và các mối quan hệ xã hội. Đối với cha mẹ trẻ RLPT, tham vấn tâm lý được coi là một biện pháp hỗ trợ phù hợp, giúp họ vượt qua khủng hoảng, giải quyết các khó khăn trong chăm sóc con, đồng thời tăng cường khả năng thích nghi và năng lực giải quyết vấn đề. Tham vấn cũng góp phần cải thiện nhận thức, điều chỉnh cảm xúc tiêu cực và tạo dựng bầu không khí tích cực trong gia đình. Hơn nữa, việc hỗ trợ tinh thần hiệu quả cho cha mẹ sẽ giúp họ trở thành nhân tố đồng hành tích cực trong quá trình can thiệp và giáo dục trẻ, bổ sung cho các biện pháp chuyên môn tại các cơ sở giáo dục và trị liệu.

Trung tâm Tham vấn học đường và Can thiệp sớm (TVHD và CTS) trực thuộc Khoa Khoa học Xã hội và Nhân văn, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội, là đơn vị có chức năng nghiên cứu và triển khai các hoạt động trong lĩnh vực Tâm lý - Giáo dục, Công tác xã hội, Giáo dục đặc biệt. Trung tâm cung cấp dịch vụ tham vấn tâm lý học đường, hỗ trợ sức khỏe tinh thần, can thiệp sớm cho trẻ có nhu cầu đặc biệt, đồng thời thực hiện các hoạt động bồi dưỡng, đào tạo và hợp tác chuyên môn. Thực tế cho thấy, nhiều cha mẹ có con đang được can thiệp tại trung tâm hiện đang gặp khó khăn trong việc nuôi dạy con và đối diện với những vấn đề tâm lý đáng kể, do đó, nhu cầu được tham vấn tâm lý là rất lớn.

Bài viết này tập trung làm rõ khái niệm, các biểu hiện và những yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ có con RLPT. Qua đó, góp phần nâng cao hiệu quả hỗ trợ tại Trung tâm Tham vấn học đường và Can thiệp sớm, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của gia đình và thúc đẩy quá trình can thiệp sớm cho trẻ một cách hiệu quả hơn.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Cơ sở lý thuyết của nghiên cứu

Tham vấn tâm lý là một quá trình tương tác giữa nhà tham vấn - người có chuyên môn, kỹ năng tham vấn với những nguyên tắc nghề nhất định với thân chủ- cha mẹ có con RLPT đang gặp khó khăn về tâm lý. Nhà tham vấn thông qua việc trao đổi, chia sẻ, giúp đỡ các thân chủ hiểu và chấp nhận hoàn cảnh gia đình mình hiện tại, đồng thời phát hiện giải pháp và tự lựa chọn những giải pháp tốt nhất để giải quyết những khó khăn cho bản thân.

Nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT là đòi hỏi được tương tác, được trao đổi, được trợ giúp tâm lý về nội dung và hình thức tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT khi gặp khó khăn tâm lý, mẹ học sinh có RLPT cần chia sẻ với nhà tham vấn nhằm tìm kiếm giải pháp và giải quyết những khó khăn tâm lý của mình.

Từ khái niệm này cho thấy:

1/ Nhà tham vấn thông qua việc tổ chức hoạt động tham vấn tâm lý để cha mẹ học sinh có RLPT khai thác được tiềm năng của mình. Những tiềm năng này phải phù hợp với đặc điểm tâm lý và hoạt động của bản thân, và phải gắn liền với cách thức dạy phù hợp với từng trẻ.

2/ Cha mẹ học sinh có RLPT có nhu cầu tham vấn tâm lý là những người không thể tự giải quyết vấn đề khó khăn với trẻ và phải cần nhờ đến sự trợ giúp của nhà tham vấn tâm lý. Vì vậy, ngoài các kiến thức, kỹ năng về tham vấn, nhà tham vấn còn rất cần những kiến thức về trẻ có RLPT, cách chăm sóc và nuôi dạy tối ưu cũng như các chính sách liên quan đến trẻ có RLPT nói chung.

3/ Nhà tham vấn khi tiến hành ca tham vấn cần biết chính xác xem nhu cầu tham vấn tâm lý của thân chủ có thật là chính đáng hay không, thân chủ có thật là cha mẹ của các trẻ có RLPT, có mục đích tham vấn để giải quyết vấn đề chăm sóc và nuôi dạy trẻ có RLPT sao cho hiệu quả hay không? Nội dung biểu hiện và mức độ có thể rất đa dạng nhưng liên quan trực tiếp đến việc hòa nhập với cuộc sống thường ngày. Trong quá trình tham vấn, cần tập trung cho cha mẹ thấy những người mà trẻ cảm thấy thân cận nhất cũng như tiềm năng nhận thấy ở trẻ để đề ra được phương án nuôi dạy trẻ tốt nhất.

4/ Điều kiện và phương thức thỏa mãn nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT còn bị ảnh hưởng bởi đặc điểm và tính chất của ca tham vấn, do mức độ vấn đề mà cha mẹ gặp phải, khả năng có thể giải quyết vấn đề của thân chủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết trình bày các phân tích số liệu từ kết quả điều tra của đề tài nghiên cứu “*Giải pháp phát triển hoạt động tham vấn tâm lý cho cha mẹ học sinh có RLPT tại trung tâm tham vấn học đường và can thiệp sớm, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội*”. Để có được một nghiên cứu với thông tin đa chiều, khách quan và toàn diện, tác giả đã áp dụng đồng thời phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Số liệu điều tra được thu thập bằng phương pháp điều tra khảo sát xã hội học. Bảng hỏi được xây dựng trên cơ sở lý luận của vấn đề nghiên cứu. Đối tượng được hỏi bao gồm hai nhóm với hai bảng hỏi được thiết kế riêng biệt: (1) 45 phụ huynh học sinh có RLPT đang theo học và tư vấn tại trung tâm tham vấn học đường và can thiệp sớm và các trường mầm non liên kết; (2) 9 giáo viên can thiệp sớm và chuyên viên tham vấn học đường. Những kỹ thuật thu thập thông tin ngoài bảng hỏi điều tra, bao gồm: (i) Nghiên cứu các nguồn tài liệu có sẵn liên quan tới vấn đề nghiên cứu; (ii) Phương pháp quan sát trực tiếp và quan sát tham dự tại các gia đình, trường học, cộng đồng; (iii) Phương pháp phỏng vấn sâu được áp dụng để thu thập thông tin chi tiết mang tính trường hợp của 6 gia đình có con RLPT đang theo học hòa nhập, 2 giáo viên can thiệp sớm và 2 chuyên viên tham vấn học đường; (iv) Phương pháp thảo luận nhóm với phụ huynh có con RLPT trong các diễn đàn online (forum), quan điểm và những phương pháp mà họ đã thực hiện nhằm giúp con cái họ hòa nhập với cộng đồng dễ dàng, hiệu quả nhất. [3]

2.3. Kết quả nghiên cứu

Mặc dù các cha mẹ học sinh có RLPT đã tìm nhiều cách khác nhau để giải quyết khó khăn, nhưng họ vẫn gặp phải một số khó khăn về tâm lý. Như vậy họ có nhu cầu cần được tham vấn tâm lý nhằm giải tỏa các các vấn đề khó khăn tâm lý ấy trong suốt quá trình chăm sóc giáo dục trẻ có RLPT không?

Kết quả cho thấy rằng, trong số 45 cha mẹ tham gia khảo sát, chỉ có duy nhất 2 cha mẹ không cảm thấy có nhu cầu ở bất cứ vấn đề nào, chiếm 4,4%, còn lại có đến 117 cha mẹ có nhu

cầu tham vấn tâm lý ở các vấn đề khác nhau ở các mức độ khác nhau, chiếm đến 95,6%. Như vậy, đa số cha mẹ học sinh RLPT đều có nhu cầu tham vấn tâm lý, mặc dù ở các mức độ khác nhau và có các vấn đề khác nhau.

Bảng 1: Mức độ thông tin về dịch vụ tham vấn tâm lý của cha mẹ trẻ có RLPT

STT	Mức độ thông tin về dịch vụ tham vấn tâm lý	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Chưa từng nghe nói đến	15	33,3
2	Đã có nghe nói đến nhưng chưa từng sử dụng dịch vụ	18	40
3	Đã từng sử dụng	12	26,7

Có 26,7% số cha mẹ tham gia khảo sát có nhu cầu tham vấn đã biết hoặc đã sử dụng dịch vụ. Số lượng cha mẹ đã có nghe đến dịch vụ nhưng chưa từng sử dụng chiếm 40%. Tỷ lệ này là phù hợp với kết quả lựa chọn phương thức giải quyết khi gặp khó khăn tâm lý của cha mẹ học sinh RLPT. Điều này chứng tỏ cha mẹ học sinh RLPT đã phần nào nhận thức được mức độ cần thiết của hoạt động tham vấn tâm lý đối với bản thân họ. Tuy nhiên, vẫn có đến 33,3% số cha mẹ con có RLPT có nhu cầu chưa từng biết đến dịch vụ tham vấn tâm lý trước đây. Điều này chứng tỏ mức độ thông tin về dịch vụ tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT chưa cao, có một tỷ lệ tương đối lớn chưa biết đến loại hình dịch vụ này.

Bảng 2: Thực trạng nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT

STT	Các biểu hiện nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1	Nhu cầu tham vấn tâm lý nhằm giải tỏa cảm xúc	3,03	0,79	1
2	Nhu cầu đòi hỏi đối xử công bằng, tránh kỳ thị	2,34	0,92	5
3	Nhu cầu tham vấn tâm lý nhằm cung cấp kiến thức liên quan tới các dạng RLPT ở trẻ em	2,88	0,87	3
4	Nhu cầu tham vấn tâm lý nhằm cung cấp kỹ năng chăm sóc trẻ có RLPT	2,85	0,84	4
5	Nhu cầu tham vấn tâm lý về tiếp cận các dịch vụ xã hội	2,92	0,8	2
	Chung	2,76	0,55	

Qua bảng 2 cho thấy các biểu hiện nhu cầu về nội dung tham vấn, cha mẹ đánh giá nhu cầu cao nhất là nhu cầu tham vấn tâm lý khi gặp khó khăn trong việc giải tỏa cảm xúc tiêu cực (ĐTB = 3,03), thứ hai là nhu cầu tham vấn tâm lý khi gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ xã hội (ĐTB= 2,92). Biểu hiện cha mẹ đánh giá ít nhu cầu nhất là nhu cầu tham vấn tâm lý đòi hỏi đối xử công bằng, tránh kì thị với ĐTB là 2,34. Kết quả này phù hợp với đánh giá của cha mẹ có con RLPT về những khó khăn cha mẹ gặp phải trong suốt quá trình chăm sóc, nuôi dạy con.

Cha mẹ học sinh RLPT gặp nhiều khó khăn, nhất là khó khăn về việc giải tỏa các cảm xúc tiêu cực trong suốt quá trình chăm sóc trẻ. Việc có những cảm xúc tiêu cực khi căng thẳng, khó chịu, chán nản, bất lực... sẽ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống và mức chăm sóc trẻ có RLPT của cha mẹ. Phỏng vấn sâu chị T.N.H [34 tuổi, Hà Nội] về vấn đề này thì nhận được phản hồi: “*Em rất lo lắng về tương lai của con mình sau này, bởi hiện tại con em hơn 5 tuổi rồi còn chưa biết gì, không biết có thể đi học lớp 1 được không? Bố mẹ thì chẳng thể nào nuôi con được mãi. Không biết sau này con em làm gì để kiếm sống?*”. Vì vậy, khi nảy sinh các cảm xúc tiêu cực đó, cha mẹ có nhu cầu được trợ giúp để giải tỏa những cảm xúc đó, từ đó có lối suy nghĩ tích cực trong việc chăm sóc trẻ có RLPT, nâng cao chất lượng cuộc sống.

Khi gặp những khó khăn đó, cha mẹ trẻ có RLPT có nhu cầu được trợ giúp từ các nhà tham vấn để vượt qua những khó khăn ấy, nhằm giúp cha mẹ hiểu rõ hơn về dạng RLPT con gặp phải, từ đó có những định hướng đúng đắn cho việc chăm sóc con cũng như cách thức trị liệu con sau này. Biểu hiện của nhu cầu tham vấn này được thể hiện thông qua biểu hiện nhu cầu tham vấn tâm lý về thông tin, nguyên nhân và tiêu chí đánh giá RLPT ở trẻ em, thiếu hụt kiến thức chăm sóc trẻ RLPT, thiếu kiến thức giáo dục trẻ và thiếu kiến thức về các hình thức trị liệu dành cho trẻ RLPT.

Phòng văn sâu anh T.V.N [40 tuổi, Hà Nội]: “Mặc dù đã rất cố gắng kiên nhẫn với con nhưng mỗi lần dạy cháu một điều gì mới tôi đều cảm thấy mình bất lực. Điều này dẫn đến việc con chưa học được thì bố đã bỏ cuộc rồi. Tôi hoàn toàn hiểu cần phải kiên nhẫn hơn nhưng sao khó làm quá”,

Phòng văn sâu cô giáo tại trung tâm H.T.S [47 tuổi, Hà Nội], một giáo viên về những khó khăn khi cha mẹ chăm sóc trẻ có RLPT thì được chia sẻ: “Cha mẹ trẻ nhỏ thì thường quan tâm đến việc ăn với ngủ của trẻ nhiều hơn. Có những trẻ chỉ ăn một loại thức ăn nhất định và có những thức ăn đặc biệt ghét. Cha mẹ không thể thiết lập thời gian ăn uống với trẻ, bởi rất nhiều trẻ em không biết nhai và nuốt như trẻ cùng độ tuổi. Thêm nữa, cha mẹ nếu không có kỹ năng cũng khó giúp trẻ có giấc ngủ đúng giờ, bởi nhiều trẻ bị rối loạn giấc ngủ. Nói chung, nếu cha mẹ mà không biết các kỹ năng chăm sóc trẻ thì khó mà chăm sóc trẻ tốt được”. Việc thiếu kỹ năng chăm sóc trẻ RLPT khiến cha mẹ không hiểu rõ về con, không tìm ra những cách chăm sóc con tốt để cải thiện tình trạng của con. Chính vì vậy, cha mẹ luôn có nhu cầu được nhà chuyên môn chia sẻ, trao đổi kinh nghiệm cũng như hỗ trợ cha mẹ có thêm các kỹ năng để chăm sóc trẻ RLPT.

Tóm lại, về tổng thể, cha mẹ có con RLPT có nhu cầu tham vấn tâm lý ở mức tương đối. Xét riêng từng yếu tố, cha mẹ có nhu cầu tham vấn nhất trong việc giải tỏa cảm xúc tiêu cực, tiếp đến là nhu cầu tham vấn nhằm tiếp cận dịch vụ xã hội - giáo dục và ít có nhu cầu tham vấn nhất về vấn đề đòi hỏi đối xử công bằng, tránh kì thị.

2.4. Những yếu tố ảnh hưởng tới nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh rối loạn phát triển

2.4.1. Kiến thức, kinh nghiệm cá nhân cha mẹ học sinh

Thành công trong công việc, cuộc sống, mức độ thích nghi xã hội cao, trách nhiệm cá nhân với những sự kiện của cuộc sống, sự đồng cảm và tinh thần trách nhiệm giúp cho con người có khả năng tự nhìn nhận vấn đề một cách thấu đáo, khách quan, phân tích vấn đề để có được nhiều phương án giải quyết vấn đề khác nhau. Đối với cha mẹ học sinh RLPT, trước rất nhiều các vấn đề mà cha mẹ phải đối mặt, đặc biệt là các vấn đề trong chăm sóc trẻ thì kinh nghiệm của mỗi cha mẹ để thích ứng và xử lý một cách tốt nhất với những vấn đề đó là điều rất có ý nghĩa. Bằng kinh nghiệm sống được tích lũy cùng với kiến thức tự tìm hiểu, sự quyết tâm của bản thân... cha mẹ có những cách giải quyết vấn đề phù hợp với hoàn cảnh và từng bước tự giải quyết khó khăn mà mình gặp phải.

Kinh nghiệm của cá nhân cha mẹ học sinh RLPT còn được thể hiện ở việc cha mẹ tự xác định được mức độ khó khăn tâm lý mà họ đang phải đối mặt nhờ đó mà lựa chọn được cách ứng phó đúng đắn nhất. Thông thường, kinh nghiệm cá nhân có thể giúp cho cha mẹ học sinh

RLPT tự giải quyết khó khăn một cách phù hợp, tuy nhiên nếu không vận dụng kinh nghiệm ấy một cách sáng suốt thì cách ứng phó có thể trở nên cứng nhắc, độc đoán, một chiều. Vì vậy, kinh nghiệm cá nhân có một ảnh hưởng không nhỏ đến việc giải quyết khó khăn tâm lý và từ đó ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh RLPT.

2..4.2. Khó khăn tâm lý

Khó khăn tâm lý là một trong những tiền đề ảnh hưởng lớn đến nhu cầu tham vấn tâm lý. Tùy theo mức độ khó khăn tâm lý và ảnh hưởng của nó đến cá nhân mà cá nhân đó có nhu cầu tham vấn tâm lý ở mức độ nào. Nếu khó khăn tâm lý ở mức độ thấp và có ít ảnh hưởng đến cuộc sống, cũng như ít ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và giáo dục con thì nhu cầu tham vấn tâm lý bộc lộ ở mức độ thấp hoặc hầu như không có. Ngược lại, nếu khó khăn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT phải đối mặt ở mức độ cao, có ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống cũng như đến việc chăm sóc, giáo dục con thì nhu cầu tham vấn tâm lý có thể xuất hiện ở mức độ cao, thậm chí là rất bức thiết.

2.4.3. Đặc điểm văn hóa vùng miền, văn hóa gia đình

Sự khác biệt trong các giá trị văn hóa cũng có thể ảnh hưởng đến thái độ, nhu cầu tham vấn của phụ huynh. Văn hóa Á Châu hướng đến việc kìm nén cảm xúc của bản thân khi họ trải nghiệm những cảm xúc mạnh mẽ, nhất là những cảm xúc tiêu cực. Hai tác giả này cũng nhận thấy các giá trị văn hóa Á Châu khuyến khích cá nhân tuân giữ những tiêu chuẩn của gia đình và xã hội. Việc gặp các khó khăn tâm lý như là một việc đi lệch hướng so với các chuẩn mực và có thể được xem là chống lại các giá trị truyền thống và làm xấu mặt gia đình. Ngay từ bé, dưới sự ảnh hưởng của giáo dục gia đình và truyền thống, trẻ em ít khi được khuyến khích chia sẻ những cảm tưởng và suy nghĩ của mình, nhất là khi gặp các vấn đề tâm lý hoặc các vấn đề nhạy cảm. Người phương Đông thường ít cởi mở và sẵn sàng chia sẻ các khó khăn tâm lý của mình với người khác. Vì vậy, khi gặp các khó khăn tâm lý, có thể cha mẹ học sinh sẽ chọn cách giải quyết là âm thầm chịu đựng.

2.4.4. Quan niệm về tham vấn trong cộng đồng

Hiện nay, ở Việt Nam đã có các cơ sở hoạt động tham vấn chuyên nghiệp. Tuy nhiên, không phải ai cũng hiểu biết đầy đủ về bản chất, nguyên tắc, vai trò cũng như sự khác biệt của hoạt động tham vấn với các hình thức trợ giúp khác. Khi chưa nhận thức đầy đủ và chính xác về tham vấn thì họ không có nhu cầu hoặc hiểu không rõ ràng về nhu cầu đó ở chính bản thân mình. Để có thể làm xuất hiện và thúc đẩy nhu cầu tham vấn của cha mẹ học sinh, đòi hỏi cần phải có biện pháp tác động đến nhận thức, thái độ và hành vi của phụ huynh để họ có nhận thức đúng đắn về tham vấn cũng như xác định được rõ mức độ nhu cầu tham vấn. Vì vậy, những quan niệm khác nhau trong cộng đồng về tham vấn cũng có ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ học sinh có RLPT.

Hoạt động tham vấn hiện đã tồn tại và từng ngày phát triển. Tuy nhiên, các cơ sở hoạt động tham vấn chưa thật sự chất lượng để tác động đến nhiều người trong cộng đồng, chi phí cho hoạt động tham vấn cũng đang ở mức cao so với mức thu nhập của cha mẹ học sinh có RLPT nên đôi khi họ không có điều kiện tài chính để chi trả cho hoạt động này.

Ngoài ra một số yếu tố khác như giới tính, nghề nghiệp, mức độ khuyết tật của trẻ... cũng có những ảnh hưởng nhất định đến hoạt động tham vấn tâm lý cho cha mẹ học sinh.

3. KẾT LUẬN

Hầu hết cha mẹ học sinh có RLPT tại trung tâm Tham vấn học đường và Can thiệp sớm tham gia khảo sát đều có nhu cầu tham vấn tâm lý khi gặp khó khăn tâm lý về các vấn đề giải toả cảm xúc, đòi hỏi đối xử bình đẳng, tránh kì thị, thiếu kiến thức liên quan đến tự kỉ, thiếu kĩ năng chăm sóc con có RLPT, tiếp cận dịch vụ xã hội, môi trường và hình thức giáo dục phù hợp với trẻ có RLPT. Tuy nhiên, những nhu cầu tham vấn tâm lý này chỉ ở mức tương đối. Điều này có nghĩa là, cha mẹ có con RLPT vẫn còn những băn khoăn, lưỡng lự nhất định khi tìm đến hoạt động trợ giúp tâm lý, cha mẹ có nhiều người đã biết, thậm chí đã từng sử dụng dịch vụ này, tuy nhiên việc giải quyết khó khăn tâm lý bằng tham vấn tâm lý chưa đạt đến mức độ cần thiết.

Có 4 yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tham vấn tâm lý của cha mẹ có con RLPT được nhắc đến là kiến thức, kinh nghiệm của cha mẹ có con RLPT về tham vấn tâm lý; Các khó khăn tâm lý gặp phải của cha mẹ; Đặc điểm vùng miền, văn hóa gia đình; Quan niệm về hoạt động tham vấn tâm lý.

Việc được hỗ trợ tham vấn về tâm lý, được trang bị kiến thức, kỹ năng để cha mẹ học sinh RLPT có thể thích nghi và chăm sóc, giáo dục được trẻ là một nhu cầu vô cùng cần thiết. Từ đó đề xuất một số giải pháp phát triển hoạt động tham vấn tâm lý cho cha mẹ học sinh tại trung tâm Tham vấn học đường và CTS, Khoa Khoa học Xã hội và Nhân văn, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu của phụ huynh và học sinh, nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ có RLPT và gia đình trong bối cảnh hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dương Diệu Hoa và cộng sự (2007), *Khó khăn tâm lý và nhu cầu tham vấn tâm lý của học sinh trung học phổ thông*, Tạp chí Tâm lý học, số 2
- [2] Đỗ Thị Lam (2020), *Nhu cầu tham vấn tâm lý của phụ huynh trẻ khuyết tật trí tuệ trên địa bàn thành phố Đà Nẵng*, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Đà Nẵng.
- [3] Vũ Thị Thanh Nga (2023), *Giải pháp phát triển hoạt động tham vấn tâm lý cho cha mẹ học sinh trung tâm tham vấn học đường và can thiệp sớm, trường Đại học Thủ đô Hà Nội*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường.
- [4] Phạm Thanh Bình, (2014), *Nhu cầu tham vấn tâm lý học đường của học sinh trung học cơ sở*, Luận án tiến sĩ Tâm lý học, Đại học Sư phạm Hà Nội.
- [5] Phạm Minh Hạc, Lê Đức Phúc (2003), *Một số vấn đề nghiên cứu về nhân cách*, NXB Chính trị quốc gia - Sự thật.

MÔ HÌNH DỊCH VỤ TÂM LÝ HỌC TRƯỜNG HỌC TẠI MỸ VÀ BÀI HỌC CHO VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH HIỆN NAY

Vũ Thu Thủy¹, Lại Vũ Kiều Trang²

Tóm tắt: Tâm lý học trường học được ra đời từ cuối thế kỷ XIX, đầu thế kỷ XX, tâm lý học trường học có liên quan đến công việc của nhà tâm lý học với các công việc khác nhau, ở đó mỗi mô hình dịch vụ tâm lý học trường học quy định lĩnh vực hoạt động, các công việc cần thực hiện của nhà tâm lý học trường học và các mục tiêu hướng đến. Bài viết tập trung khái quát các mô hình dịch vụ tâm lý học trường học đã và đang được vận hành trong thực tiễn tại Mỹ và Việt Nam; đánh giá các nhân tố có ảnh hưởng đến quá trình cung cấp các dịch vụ tâm lý học trường học. Trên cơ sở những hiểu biết đó có thể vận dụng vào việc tổ chức, vận hành mô hình tâm lý học trường học cho một trường học cụ thể.

Từ khóa: Mô hình dịch vụ, tâm lý học, trường học, quy trình triển khai mô hình, bối cảnh hiện nay

THE MODEL OF SCHOOL PSYCHOLOGICAL SERVICES IN THE UNITED STATES AND LESSONS FOR VIETNAM IN THE CURRENT CONTEXT

Abstract: School psychology emerged in the late 19th century and early 20th century. It is related to the work of psychologists in various roles, where each model of school psychology service defines the area of activity, the tasks to be performed by school psychologists, and the goals to be achieved. The article focuses on summarizing the models of school psychology services that have been and are being implemented in practice both domestically and internationally, as well as evaluating the factors that influence the process of providing school psychology services. Based on this understanding, it can be applied to the organization and operation of a school psychology model for a specific school.

Keywords: Service model, psychology, school, model implementation process, current context

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm lý học trường học xuất hiện từ cuối thế kỷ XIX, đầu thế kỷ XX, trong bối cảnh giáo dục bắt đầu chú trọng đến nhu cầu cá nhân của học sinh và tầm quan trọng của sức khỏe tinh thần trong học tập. Ở giai đoạn sơ khai, hoạt động của nhà tâm lý học trường học chủ yếu tập trung vào đánh giá tâm lý và năng lực học tập, nhằm xác định khả năng tiếp thu và phân loại học sinh theo mức độ phù hợp với chương trình học.

Bước sang nửa sau thế kỷ XX, cùng với sự phát triển của tâm lý học ứng dụng và nhu cầu can thiệp toàn diện hơn trong trường học, các mô hình dịch vụ tâm lý học bắt đầu mở rộng. Vào năm 1997, nhà nghiên cứu M. R. Bitianova đã đưa ra quan điểm rằng hoạt động tâm lý học trường học chỉ thực sự có giá trị khi hướng tới việc điều hòa các giá trị và thái độ của nhà chuyên môn trong tác động đến trẻ, thông qua các phương pháp làm việc cụ thể. Cách tiếp cận này làm nổi bật vai trò đạo đức - nhân văn và năng lực chuyên môn của nhà tâm lý học trường học, không chỉ như người đánh giá mà còn là người đồng hành phát triển cùng học sinh.

¹ Học viện Quản lý giáo dục.

² Trường Đại học Văn hóa Hà Nội.

Đến đầu thế kỷ XXI, tâm lý học trường học tiếp tục phát triển mạnh mẽ theo hướng toàn diện và hệ thống hơn. Một cột mốc quan trọng là tác phẩm “School Psychology: A Blueprint for Training and Practice III” được công bố vào năm 2006. Nhóm tác giả trong công trình này cho rằng tâm lý học trường học đã phát triển từ nền tảng đánh giá giáo dục - tâm lý, tiến tới một mô hình cung cấp dịch vụ toàn diện, bao gồm đánh giá, can thiệp, thay đổi hệ thống và đặc biệt nhấn mạnh công tác phòng ngừa ở cấp độ trường học. Tư tưởng chủ đạo của mô hình này là đưa tâm lý học trường học trở thành một phần thiết yếu trong hệ sinh thái giáo dục, không chỉ xử lý vấn đề mà còn chủ động xây dựng môi trường học đường lành mạnh.

Trải qua hơn một thế kỷ hình thành và phát triển, có thể thấy rằng tâm lý học trường học đã không ngừng mở rộng về mặt lý thuyết lẫn thực hành. Tuy nhiên, mô hình dịch vụ tâm lý học trường học vẫn có sự khác biệt rõ rệt giữa các quốc gia, phụ thuộc vào đặc điểm văn hóa, hệ thống giáo dục và chính sách xã hội. Mỗi mô hình xác định những nhiệm vụ trọng tâm khác nhau cho nhà tâm lý học: từ đánh giá, chẩn đoán, trị liệu đến phòng ngừa và phát triển tâm lý học đường.

Từ góc độ nghiên cứu, việc nhìn lại tiến trình lịch sử phát triển mô hình dịch vụ trong tâm lý học trường học không chỉ giúp nhận diện các xu hướng lý luận chủ đạo, mà còn là cơ sở quan trọng để xây dựng những mô hình phù hợp với bối cảnh giáo dục hiện nay - nơi mà vai trò của nhà tâm lý học trường học ngày càng được khẳng định như một mắt xích không thể thiếu trong hỗ trợ sự phát triển toàn diện của học sinh.

2. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.1. Các mô hình dịch vụ tâm lý học tại Mỹ

Theo khảo sát của Jimerson, Steward, Skokut, Cardenas và Malone (2009), trên thế giới hiện có khoảng 76.000 đến 87.000 nhà tâm lý học trường học đang hành nghề tại 48 quốc gia, trong đó có 32.300 nhà tâm lý học trường học ở Mỹ. Sau Mỹ, Thổ Nhĩ Kỳ cũng có số lượng các nhà tâm lý học trường học lớn (11.327), tiếp theo là Tây Ban Nha (3.600), và sau đó là Canada và Nhật Bản (3.500) [10]. Có thể nói, nước Mỹ chiếm gần một nửa số người thực hành về tâm lý học trong trường học, bởi vậy các mô hình dịch vụ của họ cũng được thừa nhận rộng rãi trên thế giới. Dưới đây là các mô hình dịch vụ tâm lý học trường học tiêu biểu nhất tại Mỹ được sắp xếp theo trình tự thời gian áp dụng và vận hành:

2.1.1. Mô hình giải quyết vấn đề

Mô hình giải quyết vấn đề được đề xuất bởi Bransford và Stein từ năm 1984 dựa trên nền tảng của lý thuyết hành vi và được sử dụng phổ biến ở Mỹ trong hơn 1 thập kỷ. Mô hình này hướng đến 4 câu hỏi theo trình tự logic giải quyết vấn đề: (1) Vấn đề là gì?; (2) Nguyên nhân của vấn đề?; (3) Giải quyết vấn đề như thế nào?; (4) Mức độ hiệu quả của quá trình can thiệp?

Bước 1 - Xác định vấn đề (X).

Nhiệm vụ của nhà tâm lý học trường học trong bước này là phải xác định được vấn đề bằng các khung tham chiếu như: Sự bất thường trong hành vi của cá nhân hoặc nhóm học sinh so với đa số; sự khác biệt giữa kì vọng xã hội với biểu hiện ở một cá nhân; kết quả học tập hạn chế...

Bước 2 - Phân tích nguyên nhân (Y).

Nhiệm vụ của nhà tâm lý học trường học trong bước này là phải phân tích được căn nguyên của vấn đề, tìm được câu trả lời cho câu hỏi vì sao vấn đề lại xảy ra với cá nhân hoặc nhóm học sinh đó. Tìm ra căn nguyên không chỉ giúp thấu hiểu vấn đề của học sinh mà còn giúp nhà tâm lý có phương hướng can thiệp, trợ giúp phù hợp. Điểm mấu chốt của bước này là xác định được các biến số của vấn đề, điều gì là hệ quả, điều gì là nguyên nhân... Việc xác định sai có thể biến một vấn đề bình thường thành bệnh lý hoặc ngược lại.

Bước 3 - Lựa chọn giải pháp (Z).

Nhiệm vụ của nhà tâm lý học trường học trong bước này là cân nhắc để lựa chọn cách thức giải quyết vấn đề thay cho cách ứng phó không hiệu quả mà học sinh đang sử dụng. Trên cơ sở nhận dạng và phân tích vấn đề (bước 1 và 2), việc can thiệp có thể diễn ra tại chỗ (trong phòng tâm lý nhà trường) hoặc gửi học sinh đến các cơ sở chuyên biệt khác. Điểm mấu chốt của bước này là nhà tâm lý học trường học phải xây dựng được một kế hoạch can thiệp. Đó là kịch bản chi tiết các việc làm nhằm thay đổi môi trường để đạt được hành vi mong muốn ở học sinh.

Bước 4 - Lượng hóa kết quả.

Nhiệm vụ của nhà tâm lý học trường học tại bước này là thực hiện các kỹ năng nghề nghiệp để đánh giá mức độ hiệu quả của biện pháp can thiệp đã được thực hiện trong bước 3. Nếu giải pháp được đánh giá là hiệu quả thì cần tiếp tục. Ngược lại, nếu không hiệu quả thì phải quay lại bước 3, thậm chí là quay lại từ đầu. Việc xác định mức độ hiệu quả của quá trình can thiệp là tất yếu bởi không một nhà thực hành tâm lý nào lại có thể chắc chắn về hiệu quả của phương pháp mình chọn trước khi thực hiện. Cách thức triển khai là đánh giá chính sự tiến bộ của học sinh so với thời điểm bắt đầu can thiệp, xem xét cường độ hành vi, hiệu suất của hành vi so với chuẩn chung.

Theo đánh giá của những người làm thực hành tâm lý, mô hình giải quyết vấn đề có ưu điểm là cung cấp cấu trúc tư duy cần thiết để đóng khung những vấn đề trong các nhà trường, hướng việc giải quyết vấn đề theo các bước rất tường minh. Nó cung cấp một cách tiếp cận lặp đi lặp lại và tự sửa chữa trong nội bộ mỗi trường. Nó cũng cho phép phụ huynh và giáo viên đánh giá một cách khách quan từ cả quá trình lẫn hiệu quả tác động. Hạn chế của mô hình này là người thực thi hầu hết là giáo viên trong trường và họ chưa đủ chuyên môn để làm tốt các công việc như đánh giá và lựa chọn giải pháp cũng như các chiến lược sửa đổi hành vi. Thực tế, trong hơn 10 năm triển khai, mô hình này vận dụng vào những trường hợp học sinh có vấn đề từ trung bình đến nặng, do đó, số lượng đông đảo học sinh có vấn đề ở mức độ nhẹ hoặc các chương trình can thiệp sớm, các hoạt động phòng ngừa là không hề được tính đến.

2.1.2. Mô hình Heartland

Trong bối cảnh tự chủ, trường học giống như một doanh nghiệp, mô hình giải quyết vấn đề cần phải thay đổi từ cấu trúc lẫn hệ thống thực hành. Quan trọng nhất là suy nghĩ xem làm thế nào các dịch vụ có thể được cung cấp trong mối quan hệ trực tiếp với nhu cầu. Học sinh cần được phân vào các nhóm riêng biệt và việc cung cấp dịch vụ phải phù hợp với từng nhóm riêng biệt. Một số học sinh cần nhiều hơn hoặc ít hơn dịch vụ so với các nhóm khác. Bởi vậy,

mô hình mới đòi hỏi phải tạo ra được những dịch vụ khác biệt về tỷ lệ cho từng nhóm học sinh, thay vì chờ đợi học sinh tụt hậu so với thành tích của các em để đủ điều kiện cho giáo dục đặc biệt và các can thiệp tâm lý chuyên sâu.

Từ những đòi hỏi mới đó, những người thực hành tâm lý học trường học trong học khu Heartland ở Mỹ đã nghiên cứu và phát triển mô hình mới vào năm 1995, lấy tên học khu làm tên mô hình. Cơ sở pháp lý của mô hình là Đạo luật giáo dục cho tất cả trẻ em khuyết tật 1975 (Education for All Handicapped Children Act of 1975); Đạo luật giáo dục người khuyết tật IDEA (Individuals with Disabilities Education Act) và Phát triển chương trình giáo dục cá nhân IEP (Individualized Educational Program). Các văn bản này tạo một hành lang pháp lý thông thoáng hơn cho các dịch vụ mang tính hệ thống có cơ hội phát triển trong trường học mà chưa cần đến một chương trình phổ rộng cấp quốc gia được ấn hành. Các tiểu bang có quyền xây dựng mô hình và chương trình áp dụng cho riêng tiểu bang mình, miễn là không đi ngược với pháp luật. Vì vậy, giai đoạn này, ở Mỹ xuất hiện nở rộ các mô hình. Nhưng trong số ấy, mô hình của học khu Heartland là thành công nhất. Đây là mô hình được vận dụng phổ biến trong hầu khắp các trường học của Mỹ trong vòng khoảng 15 năm (1995 - 2010) với cấu trúc mô hình dịch vụ như sau:

Mô hình Heartland bao gồm 4 cấp độ dịch vụ, các cấp này nằm trong một liên hệ nối tiếp và bị chi phối bởi 2 yếu tố: cường độ của vấn đề (trục có phương nằm ngang trên biểu đồ) và số lượng nguồn lực cần có để giải quyết vấn đề (trục có phương nằm dọc trên biểu đồ). Về cường độ của vấn đề, học sinh có thể gặp phải ở những mức độ khác nhau, từ nhẹ cho đến nặng, từ thấp cho đến cao. Đó là các vấn đề liên quan đến học tập, các mối quan hệ và các vấn đề hành vi cũng như cảm xúc. Số lượng nguồn lực cần huy động để giải quyết sẽ khác nhau đối với từng vấn đề, nhẹ thì huy động ít nguồn lực, trường hợp nặng thì số nguồn lực tham gia sẽ cần tăng lên. Đóng góp cho nguồn lực là các giáo viên, hiệu trưởng, phụ huynh, cố vấn học tập, nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội, nhà tâm lý học trường học, nhà ngôn ngữ trị liệu, nhà vật lý trị liệu...

Mặc dù ưu việt hơn mô hình giải quyết vấn đề là có sự phân cấp mức độ gặp phải của học sinh, phân bổ nguồn lực tương ứng và vận hành quy trình giải quyết vấn đề một cách tuần tự, nhưng theo các nhà thực hành tâm lý, hạn chế lớn nhất của mô hình Heartland chính là dễ bỏ sót vấn đề của học sinh hoặc đánh giá sai lầm vấn đề khi những dịch vụ ban đầu lại được cung cấp từ giáo viên và phụ huynh là những người trợ giúp ban đầu chuyên nghiệp.

2.1.3. Mô hình Tháp 3 tầng

Đây là mô hình dịch vụ tâm lý học trường học lấy ý tưởng từ mô hình phổ biến trong Y khoa. Nó được xây dựng và triển khai bởi Hiệp hội tâm lý học trường học Mỹ NASP từ năm 2005, được sử dụng rộng rãi (trong vòng khoảng 15 năm trở lại đây) không chỉ trong trường học tại hầu khắp các Bang của Mỹ mà nó còn được nhân rộng ra nhiều quốc gia. Thời gian tồn tại và mức độ phổ biến đó đã chứng minh cho tính ưu việt của mô hình này.

Có thể nói, Three tier model (2005) đã khắc phục được những thiếu sót mà các mô hình giải quyết vấn đề trước đó mắc phải. Lịch sử ra đời của NASP 2005 có liên quan với Đạo luật NCLB “No child left behind” (tạm dịch: Không có đứa trẻ nào bị bỏ lại phía sau) được ban

hành bởi Quốc Hội Mỹ năm 2002 (cụm từ NCLB được nhắc đến 111 lần trong đạo luật). Tất cả các Bang có trách nhiệm như nhau trong việc hướng tới mục tiêu toàn bộ học sinh sẽ thành thạo như nhau với các kỹ năng cơ bản.

2.2. Quá trình nghiên cứu và triển khai các mô hình dịch vụ tâm lý học trường học tại Việt Nam

Trong việc xây dựng và phát triển Tâm lý học trường học, vấn đề trọng tâm là mô hình dịch vụ và phương thức triển khai các dịch vụ tâm lý học trường học trong nhà trường. Mô hình hoạt động chi phối việc xây dựng chương trình, triển khai và tổ chức áp dụng tâm lý học trong trường học. Đây cũng là cơ sở để xây dựng các chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho đội ngũ làm công tác tâm lý học trong trường học. Tính đến nay, trên thế giới đã phát triển rất nhiều mô hình dịch vụ về lĩnh vực này, tuy nhiên, vẫn rất cần thiết phải xây dựng được mô hình mới cho phù hợp với đặc điểm văn hóa, con người Việt Nam, thích ứng trong bối cảnh giáo dục cụ thể của Việt Nam. Trên tinh thần đó, tính đến nay, các học giả và những người làm thực hành đã nghiên cứu, đề xuất và thử nghiệm một số mô hình dịch vụ sau:

2.2.1. Mô hình vĩ mô - mô hình mạng lưới

Đây là mô hình được đề xuất bởi nhóm nghiên cứu thuộc ĐH Quốc gia Hà Nội (2013) trong bối cảnh ngành giáo dục bước đầu triển khai mô hình tâm lý học trong trường học. Theo đó, mô hình được xây dựng trên căn cứ pháp lý cũng như những luận cứ về mặt chuyên môn, nghiệp vụ và cơ sở thực tiễn.

Về đối tượng cần trợ giúp: Hoạt động tham vấn học đường hướng đến đông đảo các đối tượng bao gồm học sinh, phụ huynh học sinh, giáo viên, cán bộ quản lý giáo dục. Đối với học sinh, có thể chia thành 3 nhóm: Nhóm thứ nhất gồm các học sinh phát triển bình thường, chiếm đa số. Với số này hoạt động tham vấn cần tổ chức là các hoạt động phòng ngừa, giúp cho học sinh phát triển tốt kỹ năng sống, có nhận thức đúng đắn và xác định được những giá trị sống phù hợp. Nhóm thứ hai gồm những học sinh có nguy cơ cao bị rối nhiễu tâm lý. Nhóm này chiếm tỷ lệ ít hơn, khoảng 20 đến 30% (dựa trên các kết quả nghiên cứu của các tác giả Ngô Thị Thu Dung, Ngô Thanh Hòai, Nguyễn Thị Mùi...). Số học sinh này cần có sự hỗ trợ của các tham vấn viên trong việc phát hiện, theo dõi và tổ chức tham vấn trị liệu sao cho các em sớm cân bằng trở lại. Nhóm thứ ba gồm các học sinh có biểu hiện rối nhiễu cần can thiệp, trị liệu chuyên sâu, có thể tại trường hoặc gửi đến các cơ sở trị liệu chuyên biệt.

2.2.2. Mô hình tâm lý học trường học theo Thông tư số 31 của Bộ Giáo dục và Đào tạo

Trước những đòi hỏi bức thiết của nhu cầu hỗ trợ tâm lý, đảm bảo sức khỏe tâm thần học đường cho học sinh, Bộ GD&ĐT đã ban hành nhiều văn bản, quyết định về công tác tư vấn, tham vấn tâm lý và công tác giáo dục chính trị, tư tưởng cho học sinh sinh viên. Tháng 12/2017, GD&ĐT đã ban hành Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT “Hướng dẫn thực hiện công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông”, có hiệu lực từ 2/2/2018 (Thông tư 31). Thông tư số 31 đã không chỉ hướng dẫn chi tiết công tác tư vấn học đường trong giai đoạn hiện nay, mà còn chỉ ra mô hình tư vấn học đường vận hành tại các trường phổ thông trong hệ thống giáo dục Việt Nam.

Theo Thông tư số 31, mô hình tâm lý học trường học có thể được gọi là mô hình kiêm nhiệm, với các đặc trưng sau:

Về mục tiêu: Mô hình này nhấn mạnh đến công tác phòng ngừa, hỗ trợ và can thiệp (khi cần thiết) đối với học sinh đang gặp phải khó khăn về tâm lý trong học tập và cuộc sống để tìm hướng giải quyết phù hợp, giảm thiểu tác động tiêu cực có thể xảy ra; góp phần xây dựng môi trường giáo dục an toàn, lành mạnh, thân thiện và phòng, chống bạo lực học đường. Ngoài ra, công tác tham vấn còn hướng đến hỗ trợ học sinh rèn luyện kỹ năng sống; tăng cường ý chí, niềm tin, bản lĩnh, thái độ ứng xử phù hợp trong các mối quan hệ xã hội; rèn luyện sức khỏe thể chất và tinh thần, góp phần xây dựng và hoàn thiện nhân cách.

Về nội dung: Trên cơ sở mục tiêu nói trên, mô hình này hướng đến các hoạt động tư vấn và tham vấn tâm lý cho cá nhân học sinh và các nhóm học sinh. Cụ thể: (1) Tư vấn tâm lý lứa tuổi, giới tính, hôn nhân, gia đình, sức khỏe sinh sản vị thành niên phù hợp với lứa tuổi; (2) Tư vấn, giáo dục kỹ năng, biện pháp ứng xử văn hóa, phòng, chống bạo lực, xâm hại và xây dựng môi trường giáo dục an toàn, lành mạnh, thân thiện; (3) Tư vấn tăng cường khả năng ứng phó, giải quyết vấn đề phát sinh trong mối quan hệ gia đình, thầy cô, bạn bè và các mối quan hệ xã hội khác; (4) Tư vấn kỹ năng, phương pháp học tập hiệu quả và định hướng nghề nghiệp (tùy theo cấp học); (5) Tham vấn tâm lý đối với học sinh gặp khó khăn cần hỗ trợ, can thiệp, giải quyết kịp thời. Giới thiệu, hỗ trợ đưa học sinh đến các cơ sở, chuyên gia điều trị tâm lý đối với các trường hợp học sinh bị rối loạn tâm lý nằm ngoài khả năng tư vấn của nhà trường.

Về hình thức: Tương ứng với các nội dung trên, hình thức thực hiện của mô hình phòng tư vấn tâm lý trong nhà trường theo quy định của Thông tư bao gồm: (1) Xây dựng các chuyên đề về tư vấn tâm lý cho học sinh và bố trí thành các bài giảng riêng hoặc lồng ghép trong các tiết sinh hoạt lớp, sinh hoạt dưới cờ. Tổ chức dạy tích hợp các nội dung tư vấn tâm lý cho học sinh trong các môn học chính khóa và hoạt động trải nghiệm, hoạt động giáo dục ngoài giờ lên lớp. (2) Tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề, hoạt động ngoại khóa, câu lạc bộ, diễn đàn về các chủ đề liên quan đến nội dung cần tư vấn cho học sinh. (3) Thiết lập kênh thông tin, cung cấp tài liệu, thường xuyên trao đổi với cha mẹ học sinh về diễn biến tâm lý và các vấn đề cần tư vấn, hỗ trợ cho học sinh. (4) Tư vấn, tham vấn riêng, tư vấn nhóm, trực tiếp tại phòng tư vấn; tư vấn trực tuyến qua mạng nội bộ, trang thông tin điện tử của nhà trường, email, mạng xã hội, điện thoại và các phương tiện thông tin truyền thông khác. (5) Phối hợp với các tổ chức, cá nhân liên quan tổ chức các hoạt động tư vấn tâm lý cho học sinh.

Về nhân sự: Mỗi nhà trường sẽ có một tổ tư vấn tâm lý cho học sinh. Tổ này do Hiệu trưởng hoặc ít nhất là một Hiệu phó làm tổ trưởng, các thành viên tùy theo điều kiện, khả năng, năng lực có số lượng khoảng từ 3 - 7 người và tất cả giáo viên tham gia đều phải có chứng chỉ bồi dưỡng về công tác tư vấn tâm lý.

Về cơ sở vật chất: Theo mô hình này, phòng tư vấn tâm lý được bố trí riêng (đối với trường tiểu học có thể bố trí phòng hoặc góc tư vấn tùy theo quy mô và điều kiện nhà trường) đảm bảo tính riêng tư, kín đáo, dễ tiếp cận và phù hợp để tổ chức hoạt động tư vấn; trang bị cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài liệu, học liệu cần thiết để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ tư vấn.

Sau hơn 2 năm triển khai mô hình, bước đầu một số phòng tham vấn đã đi vào hoạt động và đạt được những kết quả ban đầu, tuy nhiên, những khó khăn, hạn chế cũng đã bộc lộ khá nhiều. Vì vậy, việc đề xuất và xây dựng một mô hình mới, kế thừa những ưu điểm của các mô

hình đang vận hành, đồng thời gắn chặt với thực tiễn các trường học ở Việt Nam là yêu cầu cấp thiết.

Có thể nói, hiện nay tồn tại và đang vận hành 3 loại mô hình tâm lý học trường học ở Việt Nam: Loại 1, là mô hình chuyên nghiệp, được sự hỗ trợ trực tiếp từ các chuyên gia và chịu ảnh hưởng từ mô hình nước ngoài. Số này không nhiều. Loại 2, là mô hình tiệm cận chuyên nghiệp, đang vận hành ở số ít các trường phổ thông (chủ yếu là ngoài công lập). Họ mạnh dạn đưa tâm lý học vào trường học, tuyển dụng nhân sự có bằng cấp chuyên môn, được đào tạo bài bản, xây dựng được một số chương trình hoạt động hướng đến sự phát triển và hạnh phúc của người học. Loại 3 là mô hình kiêm nhiệm theo hướng dẫn của Thông tư số 31 (mô hình quá độ) đang vận hành ở hầu khắp các trường phổ thông (chủ yếu là công lập) trên khắp cả nước, kể từ đầu 2018 đến nay.

Mỗi mô hình đều có những ưu và nhược điểm riêng. Với loại mô hình thứ nhất, ưu điểm là tính chuyên nghiệp, hiệu quả, song còn hạn chế về tính phổ quát vì khó có thể nhân rộng trong điều kiện giáo dục nước ta hiện nay. Bởi vậy, nó mới dừng lại ở tính chất thí điểm, thử nghiệm. Khi không còn nguồn viện trợ và sự hỗ trợ chuyên môn, sẽ gặp nhiều khó khăn trong việc duy trì.

Đối với loại mô hình thứ 2, ưu điểm là họ có nhân sự chuyên trách, những người này phần lớn được đào tạo bài bản, có chuyên môn phù hợp với công việc của một nhà tâm lý học đường. Tuy nhiên, họ thường thiếu đội ngũ cố vấn, chuyên gia, đa số phải “tự biên, tự diễn”. Đặt trong bối cảnh trường có phòng tham vấn tâm lý trường không, việc hoạt động như một thành viên của hiệp hội hay tổ chức tham vấn học đường (cấp Quận, Huyện, Tỉnh, Thành...) là chưa hề có. Do đó, sẽ gặp nhiều khó khăn trong công việc kết nối, giám sát và phát triển nghề nghiệp.

Đối với loại mô hình tâm lý học trường học đang vận hành theo Thông tư số 31, có thể nhìn nhận thấy ưu điểm gồm: Đáp ứng nhanh và kịp thời trước một số vấn đề cấp thiết đặt ra trong mỗi nhà trường; không tốn thêm nguồn ngân sách của nhà nước cho vị trí kiêm nhiệm trong mỗi nhà trường; nguồn nhân lực kiêm nhiệm có sự hiểu biết thấu đáo lịch sử nhà trường cũng như các vấn đề của người học nên thường nhanh chóng có được sự gần gũi với học sinh.

3. KẾT LUẬN

Mô hình hoạt động của tâm lý học trường học tại Mỹ và ở Việt Nam có sự khác biệt đáng kể, bắt nguồn từ sự đa dạng trong quan điểm lý luận cũng như cách tiếp cận thực hành nghề nghiệp. Ở mỗi quốc gia hoặc khu vực, tâm lý học trường học được hình thành và phát triển dựa trên nền tảng riêng biệt về khoa học giáo dục, hệ thống phúc lợi xã hội, định hướng chính sách và nhu cầu phát triển con người. Chính điều này dẫn đến việc xác định đối tượng nghiên cứu, vai trò nghề nghiệp và mục tiêu can thiệp của nhà tâm lý học trường học cũng có sự thay đổi tương ứng.

Mỗi mô hình hoạt động được xây dựng đều có hệ thống quy định cụ thể về phạm vi công việc, bao gồm những nhiệm vụ mà nhà tâm lý học trường học cần thực hiện như đánh giá, tham vấn, trị liệu, phòng ngừa, phát triển kỹ năng tâm lý - xã hội cho học sinh, cũng như làm việc với giáo viên, phụ huynh và các thành viên khác trong nhà trường. Tùy thuộc vào mô hình, các

mục tiêu can thiệp cũng khác nhau, có thể ưu tiên về học tập, hành vi, sức khỏe tinh thần hoặc định hướng nghề nghiệp.

Bên cạnh đó, trong cùng một quốc gia như Việt Nam, hoạt động hỗ trợ tâm lý tại các trường học cũng không hoàn toàn đồng nhất. Sự khác biệt này chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như vị trí địa lý (thành thị - nông thôn - vùng sâu vùng xa), điều kiện kinh tế - xã hội, trình độ nhận thức về tâm lý học của cộng đồng, văn hóa địa phương cũng như truyền thống giáo dục đặc thù của từng vùng miền. Ngoài ra, tại mỗi thời điểm lịch sử khác nhau, tùy theo nhu cầu cấp thiết của xã hội, mô hình hoạt động cũng có thể thay đổi - chẳng hạn, trong giai đoạn sau đại dịch, nhu cầu về hỗ trợ sức khỏe tinh thần học sinh trở thành ưu tiên hàng đầu trong nhiều trường học.

Tóm lại, mô hình dịch vụ trong tâm lý học trường học là một cấu trúc linh hoạt, cần được xây dựng và điều chỉnh phù hợp với bối cảnh cụ thể về lịch sử, văn hóa, chính sách và thực tiễn giáo dục tại nơi nó được triển khai. Việc nghiên cứu sự khác biệt này là cơ sở quan trọng để phát triển các mô hình hiệu quả, phù hợp với từng hệ thống giáo dục quốc gia cũng như từng địa bàn cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tiếng việt

1. Kỷ yếu Hội thảo khoa học, Tâm lý học đường triển khai và ứng dụng vào thực tiễn nhà trường Việt Nam (2008), Viện Nghiên cứu sư phạm thuộc Trường ĐHSPHN.
2. Kỷ yếu Hội thảo khoa học quốc tế, Nhu cầu, định hướng và đào tạo tâm lý học đường tại Việt Nam (2009), Viện Khoa học xã hội Việt Nam.
3. Kỷ yếu Hội thảo khoa học, Tâm lý học đường - lý luận, thực tiễn và định hướng phát triển (2012), NXB Đại học Sư phạm.
4. Kỷ yếu hội thảo Tâm lý học đường lần IV, *Xây dựng và quản lý chất lượng chương trình đào tạo và cơ sở thực hành tâm lý học đường ở Việt Nam* (2014), NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. Phạm Quang Trung, Hoàng Trung Học và nhóm tác giả (2021), *Tài liệu bồi dưỡng năng lực tư vấn học đường cho giáo viên phổ thông*, NXB Đại học Kinh tế quốc dân.
6. Nguyễn Khắc Viện (1997), *Nỗi khổ của con em chúng ta*, NXB Trẻ.

B. Tiếng Anh

8. Batsche G. M., Castillo, J. M., Dixon, D. N., & Forde, S. (2008), Best practices in linking assessment to intervention, Bethesda, MD: NASP Publications.
9. Deno, S. L. (1995). School psychologist as problem solver. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), Best practices in school psychology III (pp. 471-484). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
10. "Graduate Student Fact Sheets", National Association of School Psychologists (NASP), Retrieved 2020-07-05.

SỰ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG HỖ TRỢ CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

TS. Nguyễn Hồng Linh, ThS. Phạm Thị Thu Trang¹

Tóm tắt: Sức khỏe tâm thần là một yếu tố then chốt trong chăm sóc toàn diện cho người bệnh, đặc biệt tại các cơ sở điều trị chuyên sâu như Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Hiện nay, công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ bệnh nhân và gia đình thông qua các can thiệp tâm lý - xã hội, kết nối nguồn lực và thúc đẩy sự thích nghi tích cực với bệnh tật. Tuy nhiên, để đảm bảo hiệu quả hỗ trợ toàn diện, cần có sự phối hợp chặt chẽ từ nhiều lĩnh vực khác nhau, bao gồm y học, công tác xã hội, tâm lý học lâm sàng, điều dưỡng, các phòng ban trong viện và các tổ chức xã hội.

Bài viết này tập trung phân tích thực trạng sự phối hợp liên ngành thể hiện qua phân tích hoạt động cung cấp dịch vụ tư vấn, tham vấn cho người bệnh và dịch vụ vận động, điều phối nguồn lực hỗ trợ tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Trên cơ sở đó, đề xuất một số khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần có sự phối hợp liên ngành tại viện huyết học truyền máu trung ương.

Từ khóa: Dịch vụ công tác xã hội; sức khỏe tâm thần; phối hợp liên ngành; chăm sóc toàn diện.

INTERDISCIPLINARY COORDINATION IN PROVIDING SOCIAL WORK SERVICES AND MENTAL HEALTH CARE AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Summary: Mental health is a key factor in providing comprehensive care for patients, especially at specialized medical institutions such as the National Institute of Hematology and Blood Transfusion.

Currently, social work plays a vital role in supporting patients and their families through psychosocial interventions, resource coordination, and promoting positive adaptation to illness. However, to ensure effective and holistic support, close interdisciplinary collaboration is essential. This includes cooperation among medical professionals, social workers, clinical psychologists, nurses, various departments within the institute, and external social organizations.

This article focuses on analyzing the current state of interdisciplinary collaboration, illustrated through the delivery of counseling services and the mobilization and coordination of support resources at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion. Based on this analysis, it proposes several recommendations to enhance the quality of interdisciplinary mental health care at the institute.

Keywords: Social work services; mental health; interdisciplinary collaboration; comprehensive care.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, Công tác xã hội ngày càng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ các nhóm dân cư dễ bị tổn thương, thúc đẩy sự công bằng và phát triển bền vững trong xã hội. Kể từ ngày 25/08/2010. Bộ nội vụ ban hành thông tư số 08/2010/TT- BNV quy định mã nghề Công tác xã hội trong hệ thống ngành nghề tại Việt Nam, Công tác xã hội đã khẳng định sứ mệnh cao cả của mình như trợ giúp cá nhân, nhóm, cộng đồng, những người gặp hoàn cảnh

¹ Trường Đại học Lao động - xã hội (CS I), Email: Nguyenhonglinhulsa@gmail.com

khó khăn, đặc biệt những vấn đề con người thường gặp phải về sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần. Dịch vụ CTXH có vai trò quan trọng, là một trong những mắt xích trong quy trình khám chữa bệnh của người bệnh tại bệnh viện, tạo nên sự cân bằng, giảm thiểu sự lo lắng, căng thẳng của người bệnh và gia đình người bệnh tại cơ sở y tế. Tại Việt Nam hiện nay chính phủ đã ban hành khung pháp lý cơ bản đối với nghề CTXH để tiến hành tổ chức các hoạt động CTXH trong bệnh viện nói riêng, và một số lĩnh vực khác. Quyết định số 2514/QĐ - BYT ban hành ngày 15/7/2011 phê duyệt Đề án “Phát triển nghề Công tác xã hội trong ngành Y tế giai đoạn 2011-2020”. Mục tiêu của Đề án là tăng cường chất lượng và hiệu quả của CTXH trong lĩnh vực y tế, nhằm nâng cao sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và cải thiện sức khỏe nhân dân. Thông tư số 43/2015/TT - BYT ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế, quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện công tác xã hội trong bệnh viện. Ngày 21/3/2022 Bộ Y tế đã ký Quyết định số 712/QĐ - BYT với nội dung ban hành kế hoạch phát triển CTXH trong ngành Y tế giai đoạn 2021 - 2030, nội dung của quyết định này nhấn mạnh đến mục tiêu phát triển dịch vụ CTXH trong các cơ sở y tế trên toàn quốc. Như vậy kể từ khi phê duyệt đề án “Phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế năm 2011 thì đến nay 100% các bệnh viện tuyến trung ương đã có phòng CTXH. Trong quá trình hoạt động phòng CTXH ở các bệnh viện đều thực hiện đúng quy định và nhiệm vụ, hình thức tổ chức theo thông tư 43/2015/TT- BYT.

Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương là cơ sở y tế đầu ngành, nơi tiếp nhận và điều trị cho hàng nghìn bệnh nhân mắc các bệnh lý huyết học phức tạp và hiểm nghèo như ung thư máu, tan máu bẩm sinh, suy tủy xương,... Những bệnh lý này không chỉ gây ra đau đớn về thể chất mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần của người bệnh và người thân. Trong bối cảnh đó, dịch vụ công tác xã hội đóng vai trò hỗ trợ bệnh nhân thích nghi với hoàn cảnh bệnh tật, kết nối nguồn lực hỗ trợ tài chính, tâm lý. Sức khỏe tâm thần đang ngày càng được nhìn nhận là một thành tố không thể tách rời trong chăm sóc sức khỏe toàn diện, đặc biệt đối với những nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý mạn tính, hiểm nghèo hoặc phải điều trị kéo dài. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022), rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến hơn 970 triệu người trên toàn cầu, trong đó người mắc bệnh mạn tính có nguy cơ cao gấp đôi so với dân số chung. Tại Việt Nam, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh trong các bệnh viện chuyên khoa, đặc biệt ở nhóm bệnh huyết học và ung thư, thường xuyên trải qua các trạng thái trầm cảm, lo âu, sang chấn tâm lý kéo dài (Nguyễn Thị Hồng, 2020). Tuy nhiên, để phát huy hiệu quả, công tác xã hội cần có sự phối hợp liên ngành giữa bác sĩ điều trị, chuyên viên tâm lý, điều dưỡng, các tổ chức xã hội, nguồn tài trợ về kinh phí chữa bệnh cho bệnh nhân...

Bài viết này tập trung làm rõ thực trạng và đề xuất giải pháp tăng cường sự phối hợp liên ngành trong cung cấp dịch vụ công tác xã hội hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, góp phần thúc đẩy chăm sóc toàn diện cho người bệnh.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Khái niệm dịch vụ Công tác xã hội: Theo tác giả Bùi Thị Xuân Mai (2013): “*Dịch vụ CTXH có thể được coi là một loại hình dịch vụ xã hội được cung cấp, điều phối bởi các nhân viên CTXH. Việc cung cấp các dịch vụ CTXH không thể tách rời với các dịch vụ y tế, dịch vụ giáo dục, dịch vụ truyền thông và các dịch vụ khác. Chính vì vậy, nhân viên CTXH phải có sự kết nối chặt*

chẽ với các dịch vụ xã hội khác trong quá trình thực hiện dịch vụ CTXH”. Theo tác giả, dịch vụ công tác xã hội không tồn tại độc lập, mà là một bộ phận quan trọng trong mạng lưới dịch vụ xã hội, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ với các lĩnh vực như y tế, giáo dục, truyền thông và các dịch vụ xã hội khác. Nhân viên công tác xã hội không chỉ là người cung cấp dịch vụ, mà còn là người hỗ trợ, điều phối, kết nối và vận hành các nguồn lực nhằm hỗ trợ cá nhân, nhóm và cộng đồng một cách hiệu quả và toàn diện. Họ đóng vai trò “cầu nối” giữa người cần giúp đỡ và hệ thống dịch vụ, đảm bảo rằng mọi nhu cầu được đáp ứng phù hợp với hoàn cảnh cụ thể của từng đối tượng. Cách tiếp cận này thể hiện tư duy liên ngành, khẳng định tính tổng thể và hệ thống trong việc hỗ trợ con người, đặc biệt là trong bối cảnh những vấn đề xã hội ngày càng phức tạp và đan xen. Đây là cơ sở lý luận quan trọng góp phần định hình sự phát triển liên ngành giữa dịch vụ CTXH với các lĩnh vực khác theo hướng chuyên nghiệp và bền vững.

Sức khỏe tâm thần: Sức khỏe tâm thần được định nghĩa bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) “là trạng thái hoàn toàn thoải mái mà ở đó mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và năng suất và đóng góp cho cộng đồng.” (Theo Bộ Y tế, 2011). Một người có sức khỏe tâm thần tốt là người: - Có khả năng tư duy/ suy nghĩ rõ ràng và logic. - Có khả năng giải quyết các vấn đề trong cuộc sống. - Có khả năng tương tác, giao tiếp tốt với mọi người xung quanh (bạn bè, đồng nghiệp, gia đình...). Nói tới sức khỏe tâm thần là nói tới trạng thái tích cực, hoạt động hiệu quả của tâm thần chứ không chỉ nói tới tình trạng trạng thái có rối loạn tâm thần. Người có sức khỏe tâm thần tốt là người biết được điểm mạnh, điểm yếu, năng lực, giá trị và tiềm năng của bản thân, biết tự quản lý cảm xúc của mình và tự đưa ra các quyết định phù hợp với bản thân. Ngoài ra, họ cũng có thể tự mình đối phó với những căng thẳng trong cuộc sống như trong học tập, công việc, gia đình. Người có sức khỏe tâm thần tốt cũng có năng suất làm việc cao, có tính hiệu quả... Như vậy có thể thấy sức khỏe tâm thần là một trạng thái tích cực và năng động, chứ không đơn thuần là sự xuất hiện của bệnh lý tâm thần như trước kia người ta từng nghĩ. Vì vậy WHO đã nhấn mạnh trạng thái hoàn toàn thoải mái, khả năng đối phó với stress, làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng. Trong phối hợp liên ngành giữa y tế và công tác xã hội, khái niệm này được vận dụng để xây dựng mô hình chăm sóc toàn diện, không chỉ điều trị triệu chứng bệnh mà còn phục hồi chức năng xã hội, nghề nghiệp và tinh thần cho người bệnh. Công tác xã hội đóng vai trò đánh giá nhu cầu, tư vấn kỹ năng sống, hỗ trợ gia đình, huy động nguồn lực cộng đồng, góp phần giúp cá nhân tự quản lý sức khỏe và tái hòa nhập xã hội bền vững.

Phối hợp liên ngành: *Phối hợp liên ngành là quá trình nhiều ngành nghề khác nhau cùng làm việc với nhau một cách có tổ chức, nhằm đạt được mục tiêu chung, trong đó mỗi ngành đóng góp chuyên môn riêng biệt và tương tác với nhau để giải quyết các vấn đề phức tạp một cách toàn diện.* (Theo Bộ Y tế - 2015).

Phối hợp liên ngành trong công tác xã hội sức khỏe tâm thần là sự kết nối, chia sẻ thông tin và phối hợp hành động giữa các chuyên gia thuộc các lĩnh vực như y tế, tâm lý, công tác xã hội, giáo dục, pháp luật nhằm đánh giá toàn diện nhu cầu của thân chủ và đưa ra các can thiệp đa chiều tối ưu hóa hiệu quả hỗ trợ. (Theo Bộ Y tế - 2016). Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, công tác xã hội giữ vai trò trung tâm trong việc phối hợp liên ngành nhằm cung cấp

dịch vụ toàn diện cho người bệnh. Nhân viên công tác xã hội là người kết nối với điều dưỡng, chuyên gia tâm lý, các tổ chức xã hội, đặc biệt và nhân viên pháp lý để đánh giá toàn diện nhu cầu của thân chủ, từ y tế, tâm lý đến xã hội. Họ đóng vai trò là cầu nối, đảm bảo thông tin được chia sẻ hiệu quả giữa các chuyên gia, đồng thời đại diện cho tiếng nói và quyền lợi của người bệnh trong quá trình lập kế hoạch điều trị. Phối hợp liên ngành giúp các can thiệp trở nên nhất quán, cá nhân hóa và chuyên nghiệp hơn, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống. Đây là yếu tố then chốt trong sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ dịch vụ CTXH đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần tại viện huyết học truyền máu trung ương.

Chăm sóc toàn diện: Theo Thông tư số 07/2011/TT-BYT, chăm sóc người bệnh toàn diện là sự chăm sóc của người hành nghề và gia đình người bệnh, lấy người bệnh làm trung tâm, đáp ứng các nhu cầu điều trị và sinh hoạt hàng ngày nhằm bảo đảm an toàn, chất lượng và sự hài lòng của người bệnh. Trước đó, Chỉ thị số 05/2003/CT-BYT nhấn mạnh rằng chăm sóc người bệnh toàn diện là nhiệm vụ của toàn thể cán bộ, công chức, viên chức và nhân viên trong bệnh viện, nhằm đảm bảo chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh. Chăm sóc sức khỏe toàn diện là một mô hình lấy người bệnh làm trung tâm, nhằm đáp ứng đồng thời các nhu cầu về thể chất, tinh thần, tâm lý - xã hội trong suốt quá trình điều trị và phục hồi. Trong đó, chăm sóc sức khỏe tâm thần đóng vai trò thiết yếu, đặc biệt trong bối cảnh áp lực của cuộc sống, kinh tế và bệnh tật ngày càng gia tăng khiến các vấn đề tâm lý, rối loạn cảm xúc và stress trở nên phổ biến. Việc tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn diện không chỉ giúp sàng lọc, phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn mà còn tạo điều kiện hỗ trợ người bệnh được lắng nghe, thấu hiểu và can thiệp kịp thời. Đồng thời, yếu tố này góp phần củng cố niềm tin, cải thiện sự hợp tác điều trị, từ đó nâng cao hiệu quả phục hồi toàn diện cả về thể chất lẫn tinh thần, hướng đến mục tiêu y tế công bằng, nhân văn và bền vững. Trong chăm sóc sức khỏe toàn diện, đặc biệt với những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính hoặc hiểm nghèo, nhu cầu không chỉ dừng lại ở điều trị triệu chứng y học mà còn bao gồm hỗ trợ tâm lý - xã hội nhằm nâng cao chất lượng sống. Cách tiếp cận này đòi hỏi sự tham gia của nhiều chuyên ngành khác nhau. *Phối hợp liên ngành (interdisciplinary collaboration)* là mô hình làm việc nhóm chuyên sâu, trong đó các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực khác nhau cùng chia sẻ thông tin, ra quyết định và phối hợp thực hiện kế hoạch chăm sóc một cách đồng bộ. Đây là một xu hướng tất yếu trong hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện đại (Bronstein, L. R. (2003). *Mô hình phối hợp liên ngành*. Tạp chí Công tác xã hội (Social Work). Đối với lĩnh vực sức khỏe tâm thần, sự phối hợp liên ngành càng trở nên cần thiết do bản chất phức tạp và đa chiều của các vấn đề tâm lý. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO.2021), các rối loạn tâm thần thường xuất hiện đồng thời với các yếu tố xã hội bất lợi như nghèo đói, kỳ thị, sang chấn, hoặc áp lực điều trị lâu dài. Việc can thiệp đơn lẻ từ một chuyên ngành thường không đủ để mang lại hiệu quả bền vững. Thay vào đó, các nghiên cứu cho thấy mô hình phối hợp giữa bác sĩ điều trị, nhân viên công tác xã hội, chuyên viên tâm lý, điều dưỡng và các tổ chức hỗ trợ bên ngoài có thể cải thiện đáng kể kết quả điều trị và sự hài lòng của bệnh nhân (Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017).

Tóm lại, chăm sóc sức khỏe toàn diện theo định nghĩa của Bộ Y tế là một quá trình chăm sóc liên tục, toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm, nhằm đáp ứng đầy đủ các nhu cầu về

thể chất, tinh thần và xã hội của người bệnh, với sự tham gia của cả nhân viên y tế, nhân viên CTXH, các tổ chức và gia đình người bệnh.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu lý luận và thực tiễn, cụ thể là phương pháp định lượng với việc kế thừa số liệu các chỉ báo về sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ cung cấp dịch vụ CTXH trong bệnh viện của TS. Hà Thị Thu (2024) và có chỉnh sửa bổ sung cho phù hợp với việc khảo sát 95 bệnh nhân điều trị nội trú tại viện, trong phân tích và xử lý số liệu về thực trạng dịch vụ CTXH trong bệnh viện, sự phối hợp liên ngành và các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ CTXH trong bệnh viện đối với người bệnh. Trong đó về mặt phương pháp luận, bài viết tham khảo một số công trình nghiên cứu trong nước và ngoài nước. Các nghiên cứu này hầu hết cho rằng sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ dịch vụ CTXH đối với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh giữ vai trò rất quan trọng giúp người bệnh vượt qua hoàn cảnh, yên tâm về mặt tâm lý - xã hội để điều trị bệnh và sớm hòa nhập với cuộc sống. Các nghiên cứu trước cũng chỉ ra các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh gồm: điều kiện sống, thu nhập, điều kiện cá nhân, truyền thông, sự phát triển của khoa học kỹ thuật, một số yếu tố khách quan như chính sách, luật pháp, cơ sở hạ tầng, truyền thông... Qua đó có thể thấy sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ dịch vụ CTXH đối với sức khỏe tâm thần của người bệnh rất quan trọng, có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và hòa nhập cộng đồng của người bệnh. Trong khuôn khổ bài viết này tập chung phân tích và làm rõ thực trạng sự phối hợp liên ngành trong cung cấp dịch vụ CTXH đối với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của người bệnh tại viện huyết học truyền máu trung ương.

Một số đặc điểm của địa bàn nghiên cứu: Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương (Viện HH-TMTW), thành lập ngày 31/12/1984 theo Quyết định số 1531/BYT-QĐ của Bộ Y tế, là cơ sở đầu ngành trong lĩnh vực huyết học và truyền máu tại Việt Nam. Viện đảm nhận nhiều chức năng quan trọng như khám, chữa bệnh chuyên khoa; nghiên cứu khoa học; đào tạo nhân lực; chỉ đạo tuyên và hợp tác quốc tế trong lĩnh vực huyết học và truyền máu. Viện HH-TMTW là cơ sở lớn nhất của nước ta trong điều trị các bệnh về máu, đặc biệt là các bệnh máu ác tính và hiếm gặp. Viện thường xuyên có trên 1.000 bệnh nhân nội trú, với hệ thống chẩn đoán và điều trị tiên tiến, triển khai nhiều kỹ thuật chẩn đoán mới và phương pháp điều trị hiện đại nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Cùng với xu thế phát triển của ngành y tế, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đã chú trọng đẩy mạnh các hoạt động công tác xã hội như một phần không thể thiếu trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và chăm sóc toàn diện người bệnh. Phòng Công tác xã hội được chính thức thành lập vào năm 2015, với chức năng hỗ trợ người bệnh về mặt tâm lý, xã hội, tài chính và kết nối nguồn lực cộng đồng nhằm cải thiện điều kiện điều trị và chất lượng sống và giúp bệnh nhân hòa nhập với cộng đồng sau khi kết thúc đợt điều trị.

Một trong những hoạt động trọng tâm của phòng CTXH là hướng dẫn, tiếp nhận và hỗ trợ người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh, đặc biệt đối với các trường hợp đến từ vùng sâu vùng xa, người cao tuổi hoặc bệnh nhân có hoàn cảnh đặc biệt. Nhân viên công tác xã hội đảm nhiệm vai trò tư vấn, hỗ trợ hoàn thiện thủ tục hành chính, bảo hiểm y tế và phối hợp với các khoa phòng nhằm đảm bảo người bệnh được tiếp cận dịch vụ y tế một cách nhanh chóng, thuận tiện.

Bên cạnh đó, công tác hỗ trợ bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn được triển khai thông qua việc vận động các tổ chức từ thiện, doanh nghiệp, cá nhân hảo tâm quyên góp, hỗ trợ kinh phí điều trị, thuốc men và sinh hoạt cho bệnh nhân mắc các bệnh lý huyết học nghiêm trọng như ung thư máu, suy tủy, tan máu bẩm sinh. Nhiều chương trình mang ý nghĩa thiết thực đã được tổ chức như: “Mỗi giọt máu - Một tấm lòng”, “Hành trình đỏ”, “Giọt hồng yêu thương”... góp phần đem lại hy vọng sống cho hàng ngàn người bệnh¹.

Cùng với việc hỗ trợ vật chất, các hoạt động chăm sóc tinh thần và hỗ trợ tâm lý xã hội cũng được duy trì thường xuyên, thông qua các buổi giao lưu văn nghệ, tọa đàm, trò chuyện với chuyên gia tâm lý, tổ chức sinh nhật cho bệnh nhi, tặng quà vào các dịp lễ, Tết... Những hoạt động này không chỉ giúp bệnh nhân và người nhà giảm bớt căng thẳng, lo âu mà còn góp phần tạo dựng môi trường bệnh viện nhân văn, thân thiện và gần gũi.

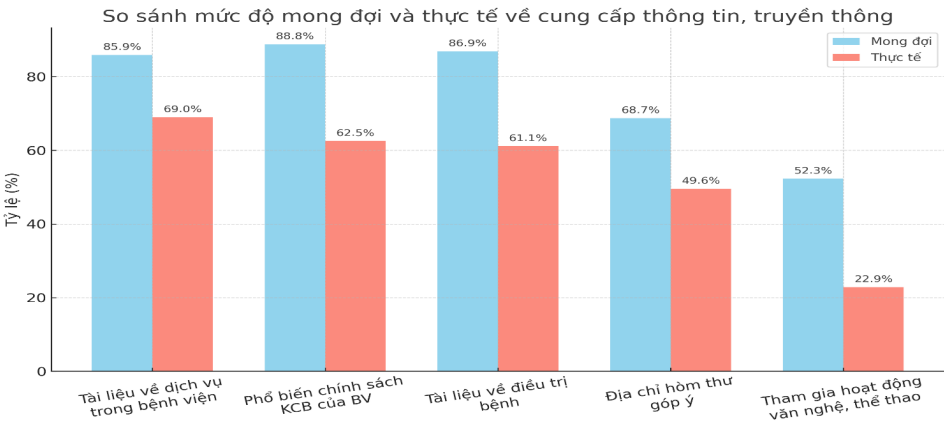
Ngoài ra, Phòng Công tác xã hội còn là cầu nối giữa bệnh viện và cộng đồng trong công tác truyền thông, tuyên truyền vận động hiến máu tình nguyện và huy động các nguồn lực xã hội hóa nhằm phục vụ cho công tác khám chữa bệnh cũng như cải thiện điều kiện điều trị cho người bệnh¹. Những hoạt động đa dạng và chuyên sâu của viện HH-TMTW đã khẳng định vai trò quan trọng của Viện trong hệ thống y tế Việt Nam, đóng góp tích cực vào công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Để thực hiện được hiệu quả các hoạt động như vậy, không thể thiếu được sự phối hợp liên ngành của bệnh viện và các cơ sở đã kể trên.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng thực hiện các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đối với người bệnh tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

* *Thực hiện dịch vụ cung cấp thông tin, truyền thông:* Tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, dịch vụ cung cấp thông tin và truyền thông trong hoạt động công tác xã hội được triển khai một cách chuyên nghiệp và toàn diện thông qua Phòng Công tác xã hội. Phòng CTXH đảm nhiệm vai trò kết nối, hỗ trợ người bệnh, người nhà và nhân viên y tế trong suốt quá trình khám chữa bệnh, đồng thời nâng cao nhận thức cộng đồng về các vấn đề liên quan đến sức khỏe và an sinh xã hội. Thông qua kết quả khảo sát thực tế hiện nay việc tiếp cận dịch vụ cung cấp thông tin, truyền thông được triển khai thực hiện thông qua các hoạt động được thể hiện dưới biểu đồ sau:

Biểu đồ 1: Sự mong đợi và thực tế được tiếp cận dịch vụ cung cấp thông tin, truyền thông của người bệnh



(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài năm 2024)

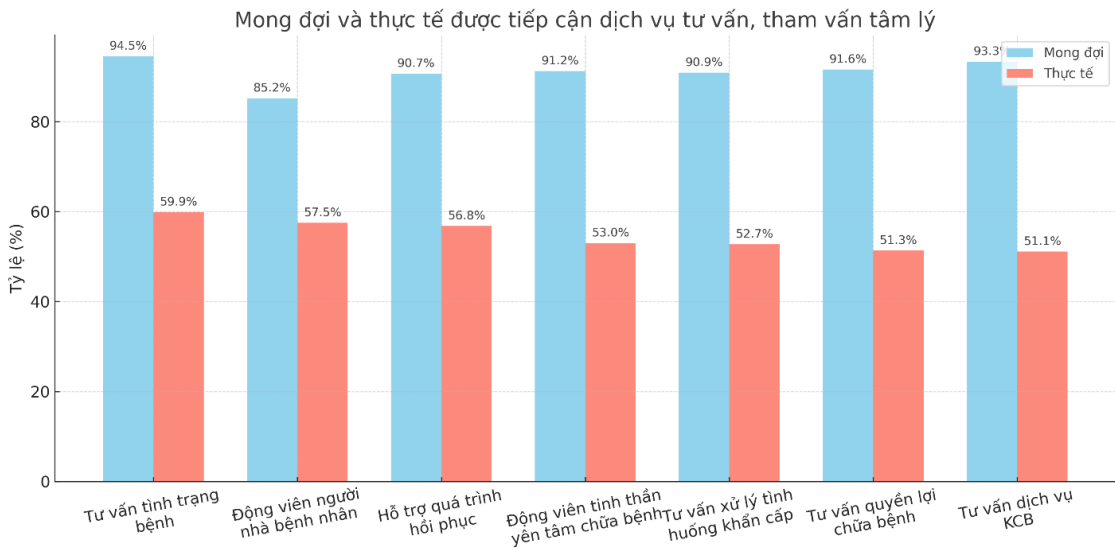
Qua bảng số liệu trên có thể nhận thấy có sự khác biệt về mong đợi của bệnh nhân đối với các hoạt động thực hiện dịch vụ cung cấp thông tin và truyền thông và thực tế tại viện. Đây là các hoạt động thiết thực đối với người bệnh bởi việc cung cấp tài liệu về dịch vụ trong bệnh viện có tỷ lệ mong đợi của người bệnh là 85.9% nhưng thực tế chỉ có 69% bệnh nhân nhận được tài liệu này, đối với người bệnh tài liệu về dịch vụ trong bệnh viện rất cần thiết bởi cung cấp cho họ hiểu rõ cách lựa chọn, nhưng thông tin chính thống về điều trị thăm khám trong viện. Việc phổ biến về chính sách khám chữa bệnh, cung cấp tài liệu về điều trị, hòm thư góp ý và tham gia các hoạt động văn nghệ thể thao cũng có sự chênh lệch đáng kể so với thực tế. 88,8% bệnh nhân mong đợi được phổ biến về chính sách khám chữa bệnh của bệnh viện nhưng thực tế chỉ có 62,5% cho biết họ tiếp nhận được thông tin. Sự chênh lệch này cho thấy việc truyền tải chính sách đến bệnh nhân chưa thực hiện tốt tại bệnh viện. Bởi đây là những chính sách thiết thực, liên quan trực tiếp đến quyền lợi của bệnh nhân. Thông qua dữ liệu biểu đồ cho thấy sự chênh lệch đáng kể giữa kỳ vọng và thực tế trong hoạt động cung cấp thông tin, truyền thông của công tác xã hội tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Trong thực tế, nhu cầu được tham gia hoạt động văn nghệ, thể thao - một yếu tố hỗ trợ tâm lý tích cực - có mong đợi 52,3% nhưng thực tế chỉ 22,9%. Điều này phản ánh khoảng trống trong việc phối hợp liên ngành giữa các bộ phận như công tác xã hội, y tế và truyền thông nội viện. Nếu được tổ chức hiệu quả hơn, sự phối hợp này không chỉ cải thiện chất lượng cung cấp thông tin mà còn góp phần chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, hướng đến sự hài lòng và phục hồi bền vững cho người bệnh.

** Thực hiện dịch vụ tư vấn, tham vấn tâm lý*

Tư vấn, tham vấn tâm lý là quá trình được các nhà tâm lý, nhân viên CTXH hỗ trợ cho cá nhân, hoặc người bệnh nhằm giúp họ hiểu rõ hơn về cảm xúc, hành vi, khó khăn trong cuộc sống hoặc các vấn đề tâm lý mà họ đang gặp phải.

Kết quả khảo sát ở biểu đồ 2 cho thấy sự chênh lệch đáng kể giữa sự mong đợi và thực tế trong việc tiếp cận các dịch vụ tư vấn, tham vấn tâm lý tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương như sau: Có 94,5% người bệnh mong muốn được tư vấn về tình trạng bệnh, nhưng thực tế chỉ 59,9% được đáp ứng. Việc động viên người nhà bệnh nhân - yếu tố quan trọng góp phần ổn định tinh thần cho người bệnh - có 85,2% mong đợi, song mới chỉ 57,5% thực sự được hỗ trợ. Hoạt động hỗ trợ trong quá trình hồi phục cũng ghi nhận chênh lệch đáng kể giữa 90,7% mong đợi và 56,8% thực tế. Các nội dung liên quan đến tư vấn xử lý tình huống khẩn cấp, tư vấn quyền lợi và dịch vụ khám chữa bệnh đều có trên 90% người bệnh kỳ vọng, nhưng mức độ đáp ứng thực tế dao động chỉ từ 51,1% đến 53%. Những số liệu này cho thấy rõ nhu cầu của người bệnh về sự hỗ trợ tâm lý - xã hội là rất lớn, nhưng trong thực tế chưa đáp ứng được sự mong đợi đó, đồng thời cũng đặt ra yêu cầu cấp thiết về sự phối hợp liên ngành giữa công tác xã hội, nhân viên y tế, bác sỹ và nhà tâm lý, nhằm thiết kế các can thiệp chuyên nghiệp, kịp thời và toàn diện hơn cho người bệnh trong quá trình điều trị.

Biểu đồ 2: Mong đợi và thực tế được tiếp cận dịch vụ tư vấn tham vấn tâm lý của bệnh nhân tại Viện huyết học truyền máu trung ương.

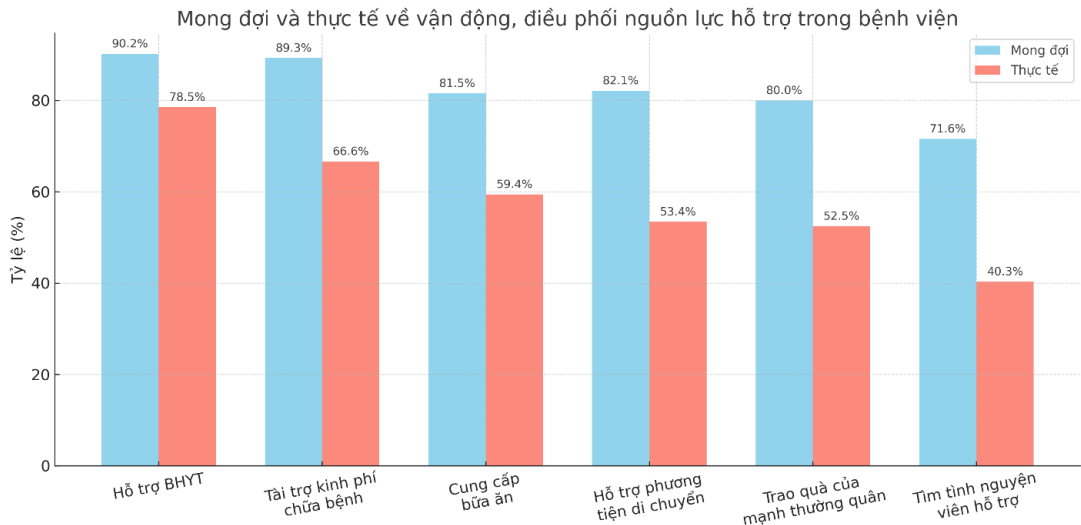


(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài năm 2024)

** Thực hiện dịch vụ vận động và điều phối nguồn lực hỗ trợ*

Dịch vụ vận động và điều phối nguồn lực hỗ trợ trong công tác xã hội tại bệnh viện là quá trình huy động, kết nối và phân phối các nguồn lực (tài chính, vật chất, tinh thần, dịch vụ...) từ bên trong và bên ngoài bệnh viện nhằm hỗ trợ người bệnh và gia đình họ vượt qua khó khăn trong quá trình khám chữa bệnh. Đây là dịch vụ quan trọng thể hiện rõ sự kết nối và vận động của nhân viên CTXH. Dịch vụ này không chỉ góp phần giảm gánh nặng chi phí, mà còn tạo điều kiện cho người bệnh tiếp cận tốt hơn với điều trị y tế và hỗ trợ tâm lý, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Biểu đồ 3: Mong đợi và thực tế được tiếp cận hỗ trợ người bệnh làm thủ tục khám, chữa bệnh và xuất viện



(Nguồn: Kết quả khảo sát đề tài năm 2024)

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ mong đợi của người bệnh đối với các dịch vụ vận động và điều phối nguồn lực hỗ trợ tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương là rất cao, song tỷ lệ đáp ứng thực tế còn hạn chế. Cụ thể, nội dung được mong đợi cao nhất là hỗ trợ bảo hiểm y tế (90,2%), nhưng mới chỉ 78,5% người bệnh thực sự được tiếp cận. Việc tìm nguồn tài trợ kinh phí chữa bệnh cũng được 89,3% người bệnh kỳ vọng, trong khi thực tế chỉ đạt 66,6%. Cung cấp bữa ăn, hỗ trợ phương tiện di chuyển và trao quà của mạnh thường quân lần lượt có tỷ lệ mong đợi từ 80% trở lên, nhưng mức độ đáp ứng thực tế vẫn thấp hơn 60%. Đáng chú ý, việc hỗ trợ tìm tình nguyện viên có 71,6% mong đợi, song chỉ 40,3% thực sự được hỗ trợ. Sự chênh lệch này phản ánh nhu cầu cấp thiết về sự phối hợp liên ngành nhằm nâng cao hiệu quả tiếp cận nguồn lực cho người bệnh.

4.2. Sự phối hợp liên ngành trong quá trình thực hiện các dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Từ việc phân tích thực trạng thực hiện các dịch vụ CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại viện huyết học truyền máu trung ương có thể nhận thấy thông qua các hoạt động trên sự phối hợp liên ngành thể hiện rõ nhất ở hai hoạt động tư vấn, tham vấn tâm lý và dịch vụ vận động, điều phối nguồn lực hỗ trợ, sự phối hợp đó được thể hiện như sau:

Sự phối hợp liên ngành trong thực hiện dịch vụ tư vấn và tham vấn tâm lý

Số liệu khảo sát về dịch vụ tư vấn và tham vấn tâm lý tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương cho thấy sự chênh lệch đáng kể giữa kỳ vọng của người bệnh và mức độ đáp ứng thực tế. Hầu hết các nội dung như tư vấn về tình trạng bệnh (94,5% mong đợi - 59,9% thực tế), hỗ trợ trong quá trình hồi phục (90,7% - 56,8%), tư vấn quyền lợi chữa bệnh (91,6% - 51,3%) hay xử lý tình huống khẩn cấp (90,9% - 52,7%) đều ghi nhận tỷ lệ kỳ vọng rất cao nhưng chưa được đáp ứng như mong đợi. Thực trạng này phản ánh hoạt động tư vấn và tham vấn tâm lý hiện chưa được triển khai đầy đủ, bài bản, thiếu sự phối hợp giữa các bộ phận chức năng trong bệnh viện. Như sự phối hợp giữa các chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội, điều dưỡng, bác sĩ điều trị và các tổ chức hỗ trợ bên ngoài. Việc thiếu nhân lực chuyên trách, chưa có quy trình liên ngành rõ ràng khiến dịch vụ này khó tiếp cận tới người bệnh một cách đồng bộ, hiệu quả. Để khắc phục tình trạng này có thể gợi ý một số đề xuất như sau:

Cần xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành ngay trong nội viện, đào tạo nhân lực chuyên sâu, tăng cường sự hiện diện của nhân viên công tác xã hội và chuyên gia tâm lý trong đội ngũ điều trị, đồng thời tích hợp hoạt động tư vấn - tham vấn vào quy trình chăm sóc sức khỏe toàn diện tại bệnh viện.

Bệnh viện cần thành lập nhóm hỗ trợ liên ngành gồm bác sĩ, chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội và điều dưỡng nhằm đánh giá nhu cầu tư vấn - tham vấn tâm lý của người bệnh. Nhóm này sẽ xây dựng kế hoạch hỗ trợ đồng bộ, phù hợp với đặc điểm tâm lý và hoàn cảnh cá nhân của từng bệnh nhân. Cần xây dựng quy trình chuyển tuyến nội bộ giữa các chuyên khoa và bộ phận tâm lý, trong đó bác sĩ điều trị chủ động phát hiện, giới thiệu người bệnh có dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm đến chuyên viên tư vấn tâm lý. Việc phối hợp này giúp can thiệp kịp thời, nâng cao hiệu quả điều trị.

Nhân viên công tác xã hội nên đóng vai trò đầu mối trong phối hợp liên ngành, chịu trách nhiệm tiếp nhận thông tin, sàng lọc nhu cầu và kết nối người bệnh với bộ phận tư vấn. Điều này giúp duy trì thông tin liên tục và đảm bảo người bệnh được hỗ trợ đúng lúc, đúng chuyên môn từ đó nâng cao hiệu quả điều trị bệnh và thể hiện được sự phối hợp liên ngành các phòng ban, khoa chức năng trong nội viện.

Sự phối hợp liên ngành trong dịch vụ vận động và điều phối nguồn lực hỗ trợ

Dịch vụ vận động và điều phối nguồn lực hỗ trợ tại viện huyết học truyền máu trung ương là một trong những dịch vụ được người bệnh mong đợi nhiều nhất bởi nó phản ánh thực tế nhu cầu thiết thực cần thiết của người bệnh và gia đình người bệnh. Các hoạt động như hỗ trợ về bảo hiểm y tế, nguồn kinh phí chữa bệnh, cung cấp các bữa ăn, phương tiện di chuyển cho bệnh nhân ở xa, các phần quà từ các tổ chức xã hội - mạnh thường quân... để thực hiện tốt và hiệu quả các hoạt động trên cần có sự phối hợp liên ngành trong nội viện và bên ngoài. Tuy nhiên, tỷ lệ thực tế được đáp ứng đều thấp hơn đáng kể, dao động từ 40,3% đến 78,5%. Khoảng cách lớn giữa kỳ vọng và thực tế này phản ánh rõ chưa có sự phối hợp liên ngành trong quá trình cung cấp dịch vụ tại viện. Bởi việc vận động và điều phối nguồn lực không thể do một cá nhân hay đơn vị đơn lẻ thực hiện, mà đòi hỏi sự kết nối chặt chẽ giữa nhiều bộ phận: nhân viên công tác xã hội, phòng công tác xã hội, y bác sĩ lâm sàng, điều dưỡng, tổ chức từ thiện, và các cơ quan bảo trợ xã hội... Nếu thiếu cơ chế phối hợp rõ ràng, thông tin về hoàn cảnh người bệnh dễ bị bỏ sót, cơ hội tiếp cận nguồn lực bị chậm trễ hoặc không hiệu quả. Do đó, mối tương quan giữa việc thực hiện dịch vụ vận động nguồn lực với sự phối hợp liên ngành rất rõ ràng: càng có sự kết nối, chia sẻ thông tin và phối hợp hiệu quả giữa các bên, khả năng đáp ứng nhu cầu người bệnh càng cao. Đây là cơ sở để xây dựng mô hình hỗ trợ tích hợp, giúp cải thiện chất lượng chăm sóc toàn diện tại bệnh viện. Để đạt được điều này viện cần xây dựng một quy trình phối hợp liên ngành trong nội viện cụ thể là giữa các phòng ban và các tổ chức bên ngoài viện như :

Mỗi khoa nên có một cán bộ phụ trách kết nối với Phòng Công tác xã hội để kịp thời phát hiện, báo cáo và cập nhật các trường hợp người bệnh có hoàn cảnh khó khăn cần hỗ trợ vận động nguồn lực. Trong bối cảnh hiện nay viện nên cân nhắc để sử dụng phần mềm quản lý bệnh án tích hợp chức năng theo dõi hỗ trợ xã hội, giúp các bộ phận liên quan dễ dàng truy xuất thông tin và thống nhất phương án hỗ trợ, tránh mất thời gian và không bỏ sót thông tin của người bệnh, bên cạnh đó phòng công tác xã hội chủ động xây dựng mạng lưới đối tác hỗ trợ ngoài viện, định kỳ cung cấp danh sách người bệnh khó khăn để huy động nguồn lực phù hợp và kịp thời.

5. KẾT LUẬN

Sự phối hợp liên ngành trong hỗ trợ cung cấp dịch vụ công tác xã hội (CTXH) và chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đóng vai trò thiết yếu trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Kết quả khảo sát cho thấy nhu cầu của người bệnh đối với các dịch vụ như tư vấn - tham vấn tâm lý, vận động và điều phối nguồn lực, cung cấp thông tin - truyền thông đều rất cao, nhưng tỷ lệ tiếp cận thực tế còn thấp, phản ánh những hạn chế trong cơ chế phối hợp giữa các bộ phận. Thực trạng này cho thấy, việc cung cấp dịch vụ CTXH và hỗ trợ sức khỏe tâm thần chỉ đạt hiệu quả khi có sự gắn kết chặt chẽ giữa các chuyên khoa: bác sĩ điều trị, điều dưỡng, công tác xã hội, tâm lý lâm sàng và các tổ chức hỗ trợ cộng đồng. Tuy nhiên, mô hình phối hợp liên ngành tại Viện vẫn còn nhiều điểm hạn chế, ảnh hưởng đến hiệu quả chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh như Thiếu quy trình phối hợp chính thức: hiện nay chưa có văn bản hướng dẫn hoặc quy trình phối hợp liên ngành cụ thể trong can thiệp tâm lý - xã hội. Phần lớn các hoạt động phối hợp mang tính tự phát hoặc theo từng tình huống riêng lẻ. Nhân lực tâm lý và công tác xã hội còn hạn chế:

đội ngũ công tác xã hội còn hạn chế so với số lượng bệnh nhân đến thăm khám và điều trị tại viện, thường xuyên phải kiêm nhiệm nhiều mảng khác nhau như truyền thông, vận động hiến máu, hỗ trợ hồ sơ. Thiếu công cụ đánh giá nhu cầu tâm lý - xã hội: chưa có hệ thống sàng lọc định kỳ các bệnh nhân có nguy cơ rối loạn tâm thần, cũng như công cụ đánh giá mức độ căng thẳng, lo âu, trầm cảm một cách khoa học. Các thông tin liên ngành chưa được công bố rộng rãi : do thiếu nền tảng hồ sơ bệnh án điện tử tích hợp, thông tin giữa các bộ phận còn phân tán, gây khó khăn trong việc theo dõi liên tục và phối hợp. Viện cần tuyển dụng thêm chuyên viên tâm lý lâm sàng. Tăng cường đào tạo liên ngành nội bộ để nâng cao hiểu biết lẫn nhau giữa các bộ phận chuyên môn.

Để cải thiện tình hình, cần xây dựng quy trình phối hợp liên ngành rõ ràng, tăng cường truyền thông nội viện, phát huy vai trò điều phối của nhân viên công tác xã hội, và triển khai các mô hình can thiệp tích hợp. Điều này không chỉ góp phần đáp ứng đầy đủ hơn nhu cầu của người bệnh, mà còn nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng dịch vụ y tế theo hướng toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011). “Đề án phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế giai đoạn 2011 - 2020, Ban hành theo Quyết định số 2514/QĐ - BYT ngày 15/7/2011”
2. Bộ Y tế (2015). “Thông tư số 43/2015/ TT- BYT quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện hoạt động Công tác xã hội trong bệnh viện”.
3. Bộ Y tế (2016). “CV số 2633/ BYT-TCCB, 10/5/2016 hướng dẫn xây dựng đề án thành lập phòng Công tác xã hội trong bệnh viện”
4. Bộ Y tế (2021). “Quyết định số 712/QĐ-BYT, 21/3/2022, quyết định ban hành kế hoạch phát triển công tác xã hội trong ngành Y giai đoạn 2021 - 2030”.
5. BasicNeeds (2011). “Tài liệu tập huấn giảng viên nguồn cho cán Bộ Y tế cộng đồng về sức khỏe tâm thần”.
6. Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
7. Chính phủ (2010),” Quyết định số 32/2010/ QĐ-TTg phê duyệt Đề án phát triển nghề Công tác xã hội Việt Nam giai đoạn 2010 - 2020”.
8. Chính phủ (2013), “Quyết định số 122/ QĐ-TTg về Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn 2030”.
9. Chính phủ (2014), Nghị định số 110/2024/ NĐ-CP, “Nghị định về Công tác xã hội. Ban hành ngày 30/8/2024”.
10. Đỗ Hạnh Nga (2016), Nghiên cứu “Hệ thống khung pháp lý - Cơ sở phát triển nghề CTXH trong ngành y tế, Kỷ yếu Hội thảo khoa học, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh. ISBN: 978-604-73-470-8
11. Hà Thị Thư (2024) đề tài khoa học cấp Bộ “Dịch vụ Công tác xã hội với người bệnh trong bệnh viện ở Hà Nội”
12. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). (2021). Rối loạn tâm thần (Tờ thông tin). Truy cập từ: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
13. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương (2023). Hoạt động công tác xã hội tại Viện được triển khai với nhiều hình thức phong phú. Truy cập tại: <https://vienhuyethoc.vn>
14. Social Work Policy Institute (2011). *Interdisciplinary Collaboration in Social Work Practice and Education*. National Association of Social Workers.

ÁP LỰC THI CỬ ĐỐI VỚI HỌC SINH LỚP 9 TẠI HÀ NỘI

ThS. Hà Thị Thu Hòa¹, TS. Chu Thị Huyền Yến², Trần Tuyết Ngân³

Tóm tắt: Áp lực thi cử là yếu tố chính ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của học sinh, đặc biệt là học sinh cuối cấp. Mặc dù thi cử là yếu tố quyết định tương lai, nhưng nó cũng tạo ra căng thẳng lớn. Khảo sát của WHO (2021) cho thấy 32% học sinh từ 13-17 tuổi trên toàn cầu cảm thấy căng thẳng vì kỳ thi, trong khi ở Việt Nam, gần 45% học sinh lớp 9 gặp phải lo âu, mệt mỏi và mất ngủ trước kỳ thi chuyển cấp (Bộ GD&ĐT, 2022). Áp lực đạt điểm cao và kỳ vọng từ gia đình khiến học sinh gặp khó khăn trong việc duy trì sức khỏe tâm thần, giấc ngủ và khả năng tập trung. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả học tập mà còn có thể tác động tiêu cực đến sự phát triển toàn diện của học sinh. Để giảm thiểu tác động này, cần có sự hỗ trợ kịp thời từ gia đình, nhà trường và xã hội, đồng thời xây dựng môi trường học tập lành mạnh giúp học sinh cân bằng giữa học tập và sức khỏe tâm lý. Bài viết này tổng quan về vấn đề nghiên cứu về áp lực thi cử đối với học sinh lớp 9 trên địa bàn Hà Nội bằng phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính, thực nghiệm, phân tích kết quả khảo sát về thực trạng áp lực thi cử đối với học sinh lớp 9 trung học cơ sở trên địa bàn Thành phố Hà Nội thông qua nhận thức, mức độ thường xuyên... Từ đó, đề xuất một số biện pháp nhằm giảm thiểu áp lực thi cử đối với học sinh lớp 9.

Từ khóa: Áp lực, thi cử, ảnh hưởng, học sinh

EXAM PRESSURE ON 9TH GRADE STUDENTS IN HA NOI

Abstract: Exam pressure is a major factor negatively affecting the mental health of students, especially those in their final years of school. While exams are seen as a key determinant of future success, they also create significant stress. According to a survey by the WHO (2021), 32% of students aged 13-17 worldwide report feeling stressed due to exams, while in Vietnam, nearly 45% of 9th-grade students experience fatigue, anxiety, and insomnia before the transition exam (Ministry of Education and Training, 2022). The pressure to achieve high grades and the expectations from families exacerbate difficulties in maintaining mental health, sleep, and concentration. This not only impacts academic performance but also has the potential to negatively affect students' overall development. To mitigate these effects, timely support from families, schools, and society is crucial, along with creating a healthy learning environment that helps students balance their studies and mental well-being. His paper provides an overview of the research on exam pressure among 9th-grade students in Hanoi, employing both quantitative and qualitative research methods, including experimental approaches and survey result analysis. It examines the current state of exam-related stress experienced by lower secondary school students in Hanoi through various dimensions such as perception and frequency levels. Based on the findings, the study proposes several measures to help alleviate exam pressure for 9th-grade students.

Keywords: Pressure, exams, impact, students.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp lực thi cử từ lâu đã trở thành một vấn đề toàn cầu, ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe tâm thần và kết quả học tập của học sinh, đặc biệt là ở giai đoạn cuối cấp, như lớp 9 - thời điểm quyết định bước ngoặt quan trọng trong sự nghiệp học tập khi các em chuyển tiếp lên

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, thuhoaulsa@gmail.com

² Trường Đại học Lao động - Xã hội, chuhuyenyen@gmail.com

³ D19CT01 Trường Đại học Lao động - Xã hội

bậc trung học phổ thông. Mặc dù vậy, phần lớn các nghiên cứu hiện nay chủ yếu tập trung vào học sinh cấp ba hoặc sinh viên đại học, trong khi nhóm học sinh lớp 9, độ tuổi đầy biến động về tâm lý và thể chất, lại chưa nhận được sự quan tâm đúng mức. Đây là độ tuổi mà các em đang phải đối mặt với kỳ thi chuyển cấp có ý nghĩa lớn đối với tương lai, do đó, yêu cầu nghiên cứu chuyên sâu về áp lực thi cử đối với nhóm học sinh này là hết sức cấp thiết. Cần phải làm rõ mức độ, nguyên nhân và những hậu quả mà áp lực thi cử gây ra đối với tâm lý và hành vi học tập của các em.

2. TỔNG QUAN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

2.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Áp lực thi cử đối với học sinh ở độ tuổi vị thành niên đã được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới, đặc biệt là trong các hệ thống giáo dục có tính cạnh tranh cao. Theo nghiên cứu của Putwain (2007), học sinh trong độ tuổi từ 13-15 thường xuyên trải qua các trạng thái căng thẳng và lo âu, đặc biệt là khi đối mặt với các kỳ thi có tính cạnh tranh. Trong bối cảnh này, học sinh phải đối mặt với một loạt yếu tố như kỳ vọng gia đình, sự so sánh với bạn bè, và lo ngại về kết quả thi, gây ra căng thẳng tâm lý lớn. Tại Ấn Độ, nghiên cứu của Deb, Strodl và Sun (2015) cho thấy hơn 63% học sinh từ lớp 8 đến lớp 10 gặp phải các triệu chứng stress trong kỳ thi, với nguyên nhân chính xuất phát từ kỳ vọng của phụ huynh và nỗi sợ thất bại. Họ cho rằng những yếu tố này góp phần làm tăng mức độ lo âu và căng thẳng trong kỳ thi, ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của học sinh.

Tại Trung Quốc, nghiên cứu của Liu et al. (2020) chỉ ra rằng học sinh trong độ tuổi từ 14-15, đối diện với kỳ thi chuyển cấp, phải chịu một áp lực lớn, dẫn đến các biểu hiện tiêu cực như mất ngủ, suy giảm khả năng tập trung và giảm sút động lực học tập. Các tác động này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả học tập mà còn có thể dẫn đến những vấn đề về sức khỏe tâm thần trong dài hạn. Thêm vào đó, tại Đức, nghiên cứu vào năm 2020 sử dụng phương pháp đa phương thức để đánh giá mức độ căng thẳng của học sinh trong kỳ thi, phát hiện rằng kỳ thi không chỉ liên quan đến cảm giác lo lắng mà còn ảnh hưởng đến các quá trình sinh lý, chẳng hạn như huyết áp và mức độ cortisol trong cơ thể. Những nghiên cứu này khẳng định rằng áp lực thi cử có thể ảnh hưởng sâu sắc đến cả sức khỏe tâm thần và thể chất của học sinh (Deutsche Welle, 2020).

Nghiên cứu tại Thái Lan (2022) khảo sát mối quan hệ giữa áp lực học tập từ phụ huynh và lo âu thi cử ở học sinh trung học, cho thấy rằng áp lực từ phụ huynh là yếu tố chính làm gia tăng lo âu thi cử. Kết quả cho thấy những học sinh có cha mẹ đặt kỳ vọng cao về thành tích học tập thường xuyên gặp phải mức độ lo âu thi cử cao hơn so với những học sinh có môi trường gia đình ít căng thẳng hơn. Báo cáo từ *The Guardian* (2024) nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tích hợp các chương trình tăng cường khả năng phục hồi tâm lý trong giáo dục để giảm thiểu các vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt ở thanh thiếu niên. Các phương pháp như liệu pháp hành vi nhận thức (CBT) và chánh niệm đã được khuyến nghị để giúp học sinh đối phó với áp lực thi cử hiệu quả hơn.

2.2. Tình hình nghiên cứu trong nước

Ở Việt Nam, vấn đề áp lực thi cử cũng đã nhận được sự quan tâm từ các nhà nghiên cứu, mặc dù phần lớn các nghiên cứu hiện nay chủ yếu tập trung vào học sinh trung học phổ thông. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Tâm (2019) tại TP. Hồ Chí Minh cho thấy hơn 50% học sinh lớp 12 chịu áp lực thi đại học và có biểu hiện lo âu học đường. Các học sinh này cho biết họ cảm thấy áp lực lớn từ việc đạt được những điểm số cao để đáp ứng kỳ vọng của gia đình và xã hội, dẫn đến căng thẳng và ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý của các em. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng và cộng sự (2020) tiếp cận học sinh THPT từ góc nhìn tâm lý học phát triển, chỉ ra rằng kỳ vọng về điểm số và sự so sánh với bạn bè là những yếu tố chủ yếu gây ra stress trong kỳ thi. Những yếu tố này, kết hợp với áp lực từ gia đình, đã tạo ra một môi trường học tập căng thẳng, ảnh hưởng đến khả năng tập trung và chất lượng cuộc sống của học sinh.

Nhiều nghiên cứu trong nước cũng chỉ ra rằng học sinh phải đối mặt với áp lực từ nhiều phía, bao gồm kỳ vọng của cha mẹ, sự cạnh tranh giữa bạn bè đồng trang lứa, khối lượng kiến thức lớn và các hình thức thi nặng về ghi nhớ. Nghiên cứu luận văn của thạc sĩ Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) tại Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, ĐHQGHN đã chỉ ra rằng những yếu tố này không chỉ tạo ra áp lực học tập mà còn tác động đến tâm lý học sinh. Cô cũng đề xuất các giải pháp hỗ trợ tâm lý học đường để giảm thiểu áp lực thi cử và cải thiện hiệu quả học tập. Trong luận án tiến sĩ của Lê Thị Phương (2020), nghiên cứu về ảnh hưởng của áp lực thi cử đến sức khỏe tâm thần của học sinh lớp 12 tại TP. HCM, tác giả tập trung vào mối liên hệ giữa lo âu, trầm cảm với áp lực thi cử và vai trò của gia đình và nhà trường trong việc can thiệp, giúp học sinh đối phó với căng thẳng.

Bài viết của Nguyễn Thị Mai (2021) cũng nêu ra những giải pháp đổi mới phương pháp kiểm tra đánh giá, nhằm giảm áp lực thi cử và tăng cường sự phát triển năng lực người học. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân và cộng sự (2021), có tới 68% học sinh trung học cơ sở được khảo sát thừa nhận thường xuyên cảm thấy lo lắng và căng thẳng trong thời gian ôn thi vào lớp 10, cho thấy thực trạng đáng lo ngại về sức khỏe tâm thần của học sinh ở độ tuổi này. Mặc dù giáo dục Việt Nam đang trong quá trình đổi mới, tư duy thành tích và sự phụ thuộc vào thi cử vẫn tiếp tục tạo ra áp lực lớn đối với học sinh.

Đặc biệt, đối với học sinh lớp 9 - nhóm học sinh đang phải đối mặt với kỳ thi tuyển sinh vào lớp 10, có những đặc điểm phát triển tâm lý và thể chất đặc thù, các nghiên cứu hiện nay còn rất hạn chế. Số ít nghiên cứu có đề cập đến áp lực học tập ở lứa tuổi này thường chưa phân biệt rõ giữa áp lực học tập chung và áp lực thi cử trước kỳ thi chuyển cấp. Các nghiên cứu này cũng thiếu các khảo sát chuyên biệt theo địa bàn dân cư và bối cảnh học đường cụ thể, và chưa kết hợp được các góc nhìn đa ngành (tâm lý học, giáo dục học, công tác xã hội) để lý giải toàn diện hiện tượng áp lực thi cử đối với học sinh lớp 9.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp phân tích tài liệu

Phương pháp này bao gồm thu thập và phân tích các tài liệu từ nhiều nguồn khác nhau, bao gồm báo cáo, bài viết, nghiên cứu khoa học và các tài liệu liên quan đến áp lực thi cử của học sinh lớp 9. Mục tiêu của phương pháp này là giúp hiểu rõ hơn về bản chất của áp lực thi

cử, đồng thời tìm ra mối liên hệ giữa áp lực này với các yếu tố khác như hệ thống giáo dục, gia đình và xã hội. Thông qua đó, nghiên cứu cũng đưa ra những giả thuyết mới về nguyên nhân gây ra áp lực thi cử và đề xuất các biện pháp giảm thiểu.

3.2. Phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi

Để thu thập thông tin định lượng, nghiên cứu sử dụng phương pháp khảo sát theo định mức với bảng hỏi, thực hiện trên 55 học sinh lớp 9 trường THCS Tân Định, Phường Tương Mai, Quận Hoàng Mai, Hà Nội. Các học sinh được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện nhằm đảm bảo tính đại diện cho nhóm học sinh lớp 9 tại trường.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Nghiên cứu thực hiện khoảng 15 cuộc phỏng vấn sâu, trong đó có 12 học sinh lớp 9 được lựa chọn từ các nhóm học lực khác nhau và hoàn cảnh gia đình đa dạng, cùng 3 giáo viên ưu tiên là giáo viên chủ nhiệm lớp 9 hoặc giáo viên dạy các môn thi chuyển cấp. Mục đích của phương pháp này là tìm hiểu sâu sắc về cảm nhận của học sinh và giáo viên về áp lực thi cử, cũng như những yếu tố tác động đến tâm lý và hành vi của học sinh trong quá trình ôn thi.

3.4. Phương pháp quan sát

Phương pháp này là công cụ hữu ích để thu thập dữ liệu thực tế, giúp nghiên cứu hiểu rõ hơn về các biểu hiện, hành vi và sự tương tác xã hội của học sinh trong quá trình học tập và ôn thi. Quan sát trực tiếp giúp người nghiên cứu nhận diện những dấu hiệu căng thẳng, lo âu hay các thay đổi trong hành vi của học sinh liên quan đến áp lực thi cử.

4. THỰC TRẠNG ÁP LỰC THI CỬ ĐỐI VỚI HỌC SINH LỚP 9 TRUNG HỌC CƠ SỞ

4.1. Áp lực về thời gian

Nghiên cứu này khắc họa rõ nét những diễn biến tâm lý của học sinh lớp 9 trong bối cảnh đối mặt với áp lực thi cử, đặc biệt là kỳ thi chuyển cấp quan trọng, để đo lường mức độ căng thẳng và sâu sắc hơn là nhận thức, cảm xúc và hành vi của học sinh ở hai thời điểm: đầu năm học và giai đoạn gần kỳ thi. Kết quả không chỉ cung cấp những con số mà còn phản ánh một bức tranh tâm lý phức tạp của học sinh, khi áp lực thi cử ngày càng gia tăng.

Bảng 1. Biểu hiện lo lắng, áp lực trong học tập của học sinh lớp 9

Biểu hiện lo lắng	Đợt 1 (Đầu năm)	Đợt 2 (Trước kỳ thi)
Cảm thấy bình thường	29.3%	8.6%
Cảm thấy có chút áp lực	25.9%	39.7%
Cảm thấy khá áp lực	34.5%	36.2%
Cảm thấy rất áp lực	10.3%	15.5%
Tổng	100%	100%

(Nguồn: Số liệu điều tra)

Kết quả khảo sát cho thấy một sự chuyển biến rõ rệt trong trạng thái lo lắng của học sinh khi kỳ thi đến gần. Ở đợt khảo sát đầu năm, khi áp lực thi cử chưa rõ ràng, tỷ lệ học sinh cảm thấy “bình thường” chiếm ưu thế (29.3%). Tuy nhiên, con số này giảm mạnh xuống còn 8.6% khi kỳ thi đang cận kề. Điều này cho thấy rằng, sự lo lắng đã dần thay thế cảm giác bình tĩnh, và cảm giác áp lực đã gia tăng đáng kể. Cụ thể, tỷ lệ học sinh cảm thấy “có chút áp lực” tăng từ

25.9% lên 39.7%, và “khá áp lực” tăng từ 34.5% lên 36.2%. Đặc biệt, tỷ lệ học sinh cảm thấy “rất áp lực” cũng tăng từ 10.3% lên 15.5%, cho thấy một bộ phận học sinh đang phải đối mặt với mức độ căng thẳng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và kết quả học tập của các em.

Nguyên nhân sâu xa có thể là do tính chất căng thẳng của kỳ thi chuyên cấp. Ở nhiều địa phương, việc thi vào lớp 10 công lập được coi là “cuộc đua” khốc liệt với tỷ lệ chọi cao, khiến học sinh và phụ huynh coi đó như một thử thách sống còn. Áp lực này không chỉ đến từ bài vở mà còn từ các định kiến xã hội, như quan niệm rằng học trường chuyên, lớp chọn là con đường duy nhất dẫn đến thành công. Nhiều em đã phải hy sinh thời gian vui chơi, nghỉ ngơi để tham gia các lớp học thêm, dẫn đến tình trạng kiệt sức cả về thể chất lẫn tinh thần. Đây là một hiện tượng phổ biến đối với học sinh trung học cơ sở trong giai đoạn chuẩn bị thi cử.

Bảng 2. Hành vi ứng xử của học sinh lớp 9 trước áp lực trong học tập

Hành vi ứng xử của học sinh	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý
Lên kế hoạch học tập cho từng môn	17.2%	34.5%	25.9%	12.1%	10.3%
Sắp xếp thời gian đi học thêm	24.1%	39.7%	22.4%	10.8%	3%
Than vãn với bạn bè, người thân	17.2%	31%	32.8%	15.5%	3.5%
Mặc kệ, tự nhủ được đến đâu hay đến đấy	25.9%	31%	27.6%	15.5%	0%
Tìm kiếm tài liệu để tự ôn tập	17.2%	44.8%	29.3%	6%	2.7%
Gặp thầy cô, bạn bè trao đổi vấn đề không hiểu	22.4%	34.5%	24.1%	15.5%	3.5%
Thức khuya ôn tập	24.1%	29.3%	29.3%	15.5%	1.8%

(Nguồn: Số liệu điều tra)

Dữ liệu khảo sát cho thấy, phần lớn học sinh thể hiện tinh thần chủ động trong học tập, yếu tố quan trọng cho sự thành công trong môi trường giáo dục hiện đại. Cụ thể, 62% học sinh (17.2% hoàn toàn đồng ý + 44.8% đồng ý) cho biết họ chủ động tìm kiếm tài liệu để tự ôn tập. Điều này phản ánh sự phát triển độc lập trong học tập, vượt ra ngoài mô hình phụ thuộc vào lớp học thêm truyền thống. Bên cạnh đó, 56.9% học sinh (22.4% hoàn toàn đồng ý + 34.5% đồng ý) chủ động gặp thầy cô và bạn bè để trao đổi các vấn đề chưa hiểu, thể hiện sự cầu thị và kỹ năng hợp tác. Thêm vào đó, 51.7% học sinh (17.2% hoàn toàn đồng ý + 34.5% đồng ý) có ý thức sắp xếp thời gian biểu cho từng môn, điều này cho thấy kỹ năng quản lý thời gian của học sinh - yếu tố quan trọng trong giáo dục hiện đại.

Tuy nhiên, mặc dù có nhiều tín hiệu tích cực, tỷ lệ học sinh tham gia vào các lớp học thêm vẫn khá cao. Cụ thể, 63.8% học sinh (24.1% hoàn toàn đồng ý + 39.7% đồng ý) cho biết họ chủ động sắp xếp thời gian để đi học thêm, điều này phản ánh sự tin tưởng vào mô hình học thêm, mặc dù mô hình này có thể dẫn đến sự phụ thuộc vào giảng dạy ngoài giờ, làm giảm khả năng tự học và tự giải quyết vấn đề của học sinh. Thực tế này cũng làm gia tăng áp lực về thời gian và mệt mỏi. Một điểm cần lưu ý là 56.9% học sinh (25.9% hoàn toàn đồng ý + 31% đồng ý) thừa nhận hành vi “mặc kệ, đến đâu hay đến đấy”, điều này có thể là kết quả của việc áp lực thi cử quá lớn, dẫn đến mất động lực học tập hoặc thiếu định hướng. Thêm vào đó, 53.4% học

sinh (24.1% hoàn toàn đồng ý + 29.3% đồng ý) thừa nhận thức khuya ôn tập, điều này tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần, như căng thẳng thần kinh và giảm hiệu quả học tập do thiếu ngủ. Ngoài ra, hành vi than vãn với bạn bè và người thân cũng khá phổ biến, với 48.2% học sinh (17.2% hoàn toàn đồng ý + 31% đồng ý), cho thấy nhu cầu được chia sẻ cảm xúc và giảm bớt áp lực tinh thần đang ngày càng gia tăng trong học sinh.

Áp lực học tập có thể là một động lực thúc đẩy sự chủ động trong học tập, nhưng nếu không được kiểm soát, nó cũng có thể dẫn đến những hành vi tiêu cực. Sự chủ động trong học tập của học sinh lớp 9 là một tín hiệu tích cực, nhưng cần phải có sự hỗ trợ từ gia đình và nhà trường để giúp các em không chỉ học giỏi mà còn phát triển toàn diện về thể chất và tinh thần. Giáo dục hiện đại cần hướng tới mục tiêu “học để hiểu bản thân và cuộc sống”, thay vì chỉ tập trung vào việc chạy đua với điểm số.

4.2. Áp lực về sức khỏe

4.2.1. Áp lực đối với thể chất học sinh

Áp lực thi cử không chỉ tác động đến sức khỏe tâm lý mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến thể chất của học sinh. Đặc biệt là ở giai đoạn chuẩn bị cho kỳ thi chuyển cấp, như kỳ thi lớp 9, học sinh phải đối mặt với khối lượng bài vở khổng lồ, yêu cầu học tập liên tục và kỳ vọng cao từ gia đình và nhà trường. Các yếu tố này khiến các em phải sống trong trạng thái căng thẳng kéo dài, dẫn đến những biểu hiện tiêu cực về sức khỏe.

Bảng 3. Biểu hiện về mặt sức khỏe thể chất đối với học sinh lớp 9 trước áp lực thi cử

Biểu hiện về mặt sức khỏe thể chất	Mức độ (%)		
	Thường xuyên	Đôi khi	Không bao giờ
Thấy mệt mỏi, uể oải	23.7	62.7	13.6
Thấy lo lắng, căng thẳng quá mức	28.8	39	30.5
Mất tập trung trong học tập	35.5	47.5	15.3
Những thay đổi về ăn uống (ăn quá nhiều hoặc quá ít)	45.8	37.3	15.3
Tim đập nhanh, hồi hộp	39	35.6	23.7

(Nguồn: Số liệu điều tra)

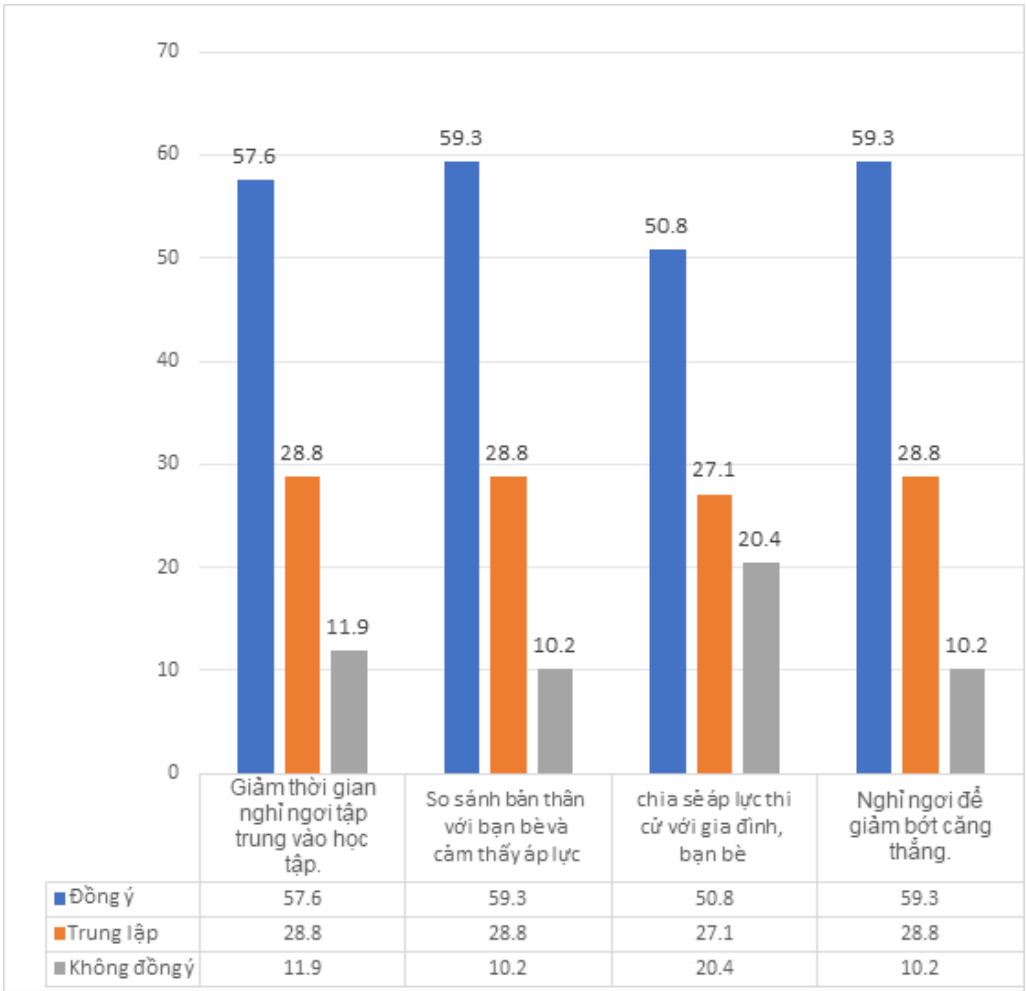
Bảng 3 đã chỉ ra rằng nhiều học sinh lớp 9 cảm thấy mệt mỏi, uể oải trước áp lực thi cử. Cụ thể, có đến 86,4% học sinh cho biết họ thường xuyên hoặc đôi khi cảm thấy kiệt sức, một con số cảnh báo về việc cơ thể học sinh phải chịu đựng những gánh nặng tinh thần và thể chất quá lớn. Khi cơ thể phải liên tục vận hành mà không được nghỉ ngơi đúng mức, hệ miễn dịch bị suy yếu, các em dễ mắc các bệnh vặt như cảm cúm, viêm họng, đau đầu, và các rối loạn tiêu hóa.

Theo khảo sát, 45,8% học sinh cho biết họ gặp phải những thay đổi về ăn uống, chẳng hạn như ăn quá nhiều hoặc ăn quá ít, phản ánh sự mất cân bằng trong thói quen sinh hoạt khi đối mặt với áp lực học tập. Thêm vào đó, 39% học sinh đã ghi nhận triệu chứng tim đập nhanh, hồi hộp - dấu hiệu của sự lo âu cực độ, cho thấy tác động của căng thẳng đã lan đến cả hệ thần kinh và tim mạch.

Những con số này không chỉ phản ánh tình trạng thiếu ngủ hay học quá nhiều mà còn chỉ ra một vấn đề nghiêm trọng: sức khỏe thể chất của học sinh đang bị ảnh hưởng toàn diện. Các em không chỉ cảm thấy mệt mỏi mà còn gặp phải tình trạng rối loạn tiêu hóa, lo lắng và thiếu

tập trung trong học tập. Căng thẳng kéo dài có thể dẫn đến các vấn đề tâm lý phức tạp hơn, ảnh hưởng đến quá trình học tập và phát triển thể chất lâu dài của học sinh.

Chính những biểu hiện này không chỉ là hệ quả mà còn kéo theo sự thay đổi trong hành vi ứng phó của học sinh. Khi sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng, học sinh thường có Các hành vi này có thể bao gồm việc tìm kiếm các phương pháp học tập hiệu quả hơn, thay đổi thói quen sinh hoạt, hoặc tham gia vào các hoạt động thư giãn. Mỗi hành vi này sẽ có những tác động khác nhau đến sức khỏe và tinh thần của học sinh, đồng thời phản ánh cách mà các em cố gắng ứng phó với những khó khăn mà mình phải đối mặt



(Nguồn: Số liệu điều tra)

Biểu đồ 1. Hành vi ứng xử của học sinh lớp 9 về mặt thể chất trước áp lực thi cử năm 2023-2024

Biểu đồ 1 về hành vi ứng xử của học sinh cũng cho thấy sự ảnh hưởng sâu sắc của áp lực thi cử. Nhiều học sinh đã chọn cách giảm thời gian vui chơi, giải trí để tập trung vào việc học. Cụ thể, 57,6% học sinh cho biết họ đã giảm thời gian tham gia các hoạt động thư giãn, thể thao để dành cho học tập. Một học sinh đã chia sẻ rằng cô em không còn thời gian đi bơi vào cuối tuần vì phải học suốt. Đây là dấu hiệu của việc các em đang hy sinh những hoạt động cần thiết cho sự phát triển toàn diện để tập trung vào việc học, điều này có thể gây tổn hại lâu dài đến sức khỏe thể chất và tinh thần. Một học sinh nữ lớp 9A1 chia sẻ: “*Trước đây em hay đi bơi vào*

chiều cuối tuần, nhưng giờ học nhiều quá nên em bỏ luôn. Em cũng thấy mệt mỏi, nhưng nếu nghỉ chơi thì mới có thời gian làm hết đề.” (H.N.9A1. phỏng vấn cá nhân).

Từ chia sẻ này có thể thấy rằng áp lực thi cử khiến học sinh cảm thấy buộc phải cắt giảm hoàn toàn những hoạt động mang tính thư giãn, ngay cả khi điều đó khiến các em mệt mỏi.

Một yếu tố quan trọng góp phần vào tâm lý của học sinh trong quá trình học tập chính là việc so sánh bản thân với bạn bè. Kết quả khảo sát cho thấy 59,3% học sinh thừa nhận rằng các em thường xuyên so sánh mình với bạn bè và cảm thấy áp lực hơn. Đây là một con số đáng chú ý, cho thấy việc so sánh bản thân với người khác trong môi trường học tập là rất phổ biến. Chỉ có 10,2% học sinh không đồng tình với điều này, điều này càng nhấn mạnh mức độ phổ biến của hiện tượng so sánh trong học sinh, đặc biệt trong bối cảnh học tập đầy cạnh tranh.

Việc so sánh này có thể tạo ra một cảm giác không thoải mái, khiến các em cảm thấy mình thua kém hoặc không đạt được kỳ vọng của gia đình, thầy cô và bạn bè. Cảm giác này có thể làm tăng áp lực và dẫn đến các phản ứng tiêu cực, như lo lắng, căng thẳng và mất động lực học tập. Học sinh có thể cảm thấy mệt mỏi và không thể hoàn thành nhiệm vụ học tập một cách tốt nhất khi luôn cảm thấy mình không đủ giỏi hoặc không đủ tốt so với người khác.

Đây là một dấu hiệu rõ rệt của sự ảnh hưởng của môi trường học tập đầy cạnh tranh, khi mà các em phải đối diện với các yêu cầu không chỉ từ chính mình mà còn từ gia đình và xã hội. Tình trạng này có thể dẫn đến các vấn đề tâm lý như trầm cảm, lo âu hoặc cảm giác thiếu tự tin vào bản thân. Các em học sinh có thể gặp khó khăn trong việc duy trì sự tự tin, điều này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng học tập và sự phát triển cá nhân.

Một phân quan trọng khác trong việc đối phó với áp lực thi cử là cách thức các học sinh giải tỏa căng thẳng. Theo khảo sát, 50,8% học sinh cho biết họ chia sẻ áp lực thi cử với gia đình hoặc bạn bè để giảm bớt căng thẳng. Đây là một phương pháp khá hiệu quả để học sinh có thể giải quyết cảm giác căng thẳng, vì việc chia sẻ giúp các em cảm thấy được lắng nghe, cảm thông và nhận được sự hỗ trợ từ những người xung quanh. Việc này không chỉ giúp giảm bớt cảm giác cô đơn mà còn giúp học sinh nhìn nhận vấn đề theo một góc nhìn khác, dễ dàng vượt qua cảm giác lo âu.

Tuy nhiên, cũng có 20,4% học sinh hoàn toàn không chia sẻ những áp lực này với ai. Con số này cho thấy rằng một phần không nhỏ học sinh lựa chọn cách đối diện với áp lực một mình, không tìm kiếm sự giúp đỡ từ gia đình hay bạn bè. Điều này có thể dẫn đến sự tích tụ cảm xúc tiêu cực, làm tăng mức độ căng thẳng và lo âu. Khi không có ai để chia sẻ, học sinh có thể cảm thấy bị cô lập, dẫn đến tình trạng stress kéo dài mà không được giải quyết. Việc thiếu sự kết nối với những người thân thiết cũng có thể khiến các em cảm thấy không được hỗ trợ, từ đó làm tăng cảm giác lo lắng và bất an.

Một điểm đáng chú ý khác là, mặc dù có sự giảm thời gian dành cho các hoạt động vui chơi, vẫn có 59,3% học sinh cho biết họ chọn cách đi chơi, giải trí để giảm bớt căng thẳng. Đây là một phương pháp phổ biến giúp các em thư giãn, tái tạo năng lượng và giảm bớt sự căng thẳng từ học tập. Việc tham gia các hoạt động giải trí là rất cần thiết để cân bằng cuộc sống, giúp học sinh thư giãn và tạo ra không gian cho sự phát triển toàn diện. Tuy nhiên, nếu các em không biết cách điều chỉnh thời gian hợp lý giữa học tập và giải trí, có thể dẫn đến tình trạng quá tải trong học tập hoặc quá phụ thuộc vào các hoạt động giải trí để đối phó với áp lực.

“Cuối tuần em vẫn chơi game, khoảng một tiếng thôi, cho đỡ căng thẳng. Nhưng mẹ em hay mắng là phí thời gian, nên em cũng thấy áp lực vì chơi thì tội lỗi, mà học hoài thì stress.” (N.N.A4, phỏng vấn cá nhân).

Chia sẻ này cho thấy học sinh đang cố gắng tự điều chỉnh để đối phó với áp lực, nhưng vẫn cảm thấy mâu thuẫn giữa việc học và nhu cầu nghỉ ngơi. Sự thiếu hiểu biết hoặc đồng cảm từ gia đình đôi khi càng làm tăng thêm gánh nặng cho các em.

Từ những chia sẻ trên đã phản ánh rõ nét áp lực thi cử đang ảnh hưởng đa chiều đến học sinh lớp 9. Các em không chỉ thay đổi thói quen sinh hoạt, cảm thấy áp lực vì so sánh với bạn bè, mà còn thiếu không gian chia sẻ cảm xúc và gặp khó khăn trong việc tìm cách giảm căng thẳng lành mạnh. Những biểu hiện này cho thấy cần có sự đồng hành từ gia đình, giáo viên và nhà trường trong việc thấu hiểu tâm lý học sinh cuối cấp, tạo điều kiện để các em học tập hiệu quả nhưng vẫn giữ được sự cân bằng về tinh thần.

Qua phân tích, có thể thấy rằng áp lực thi cử không chỉ đến từ yêu cầu học tập mà còn từ các yếu tố ngoại cảnh như kỳ vọng của gia đình và nhà trường, cũng như sự so sánh giữa các bạn học sinh. Mặc dù nhiều học sinh đã tìm cách giải tỏa căng thẳng bằng cách chia sẻ với gia đình và bạn bè, cũng có một tỷ lệ không nhỏ chọn cách giữ cảm xúc cho riêng mình, điều này cho thấy sự thiếu kết nối trong quá trình học tập. Những điều này cho thấy môi trường học tập cần phải tạo ra sự hỗ trợ và thấu hiểu nhiều hơn, đồng thời giúp học sinh học cách đối diện với áp lực và giảm bớt sự so sánh không cần thiết.

4.2.2. Áp lực đối với tâm lý học sinh

Áp lực thi cử hiện nay đang trở thành một vấn đề nghiêm trọng đối với sức khỏe tâm lý của học sinh, đặc biệt trong giai đoạn ôn luyện cho các kỳ thi quan trọng như thi chuyển cấp, thi tốt nghiệp THPT hay kỳ thi đại học. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng áp lực này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả học tập mà còn tác động sâu sắc đến sức khỏe tinh thần của học sinh, dẫn đến các biểu hiện tiêu cực rõ rệt, bao gồm căng thẳng, lo âu, và mất động lực học tập.

Bảng 4. Biểu hiện về mặt tâm lý đối với học sinh lớp 9 trước áp lực của kỳ thi

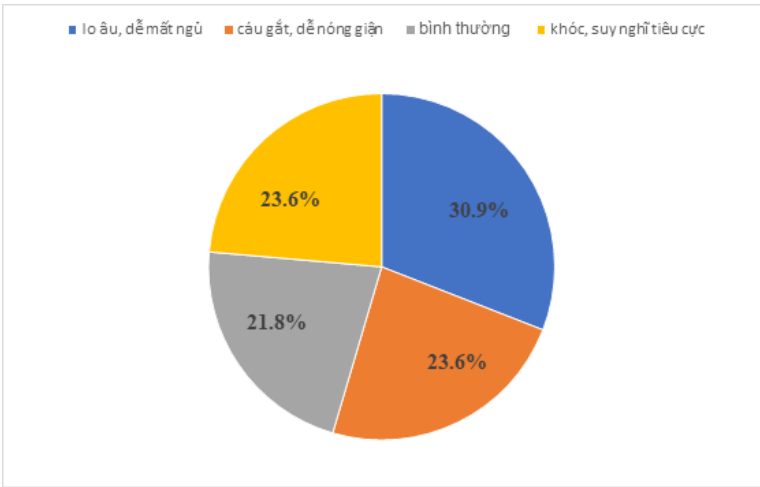
Biểu hiện về mặt tâm lý	Mức độ (%)		
	Thường xuyên	Đôi khi	Không bao giờ
Cảm thấy mệt mỏi vì lượng kiến thức khổng lồ	52.5	39	6.8
cảm thấy thất vọng khi kết quả không mong muốn	49.2	35.6	13.6
Cảm thấy chán nản, muốn bỏ cuộc	27.1	44.1	25.4
không muốn chia sẻ kết quả kỳ thi với cha mẹ	35.6	37.3	25.4
Thấy ngại khi hỏi bài thầy cô, bạn bè	33.9	39	25.4
Cảm thấy áp lực vì kì vọng của gia đình, nhà trường ?	33.9	39	25.4

(Nguồn: Số liệu điều tra)

52,5% học sinh thừa nhận thường xuyên cảm thấy mệt mỏi vì khối lượng kiến thức quá lớn mà các em phải tiếp thu. Đây là một vấn đề lớn, cho thấy chương trình học hiện nay đang tạo ra áp lực quá tải đối với học sinh. Khối lượng kiến thức vượt quá khả năng tiếp thu không chỉ gây căng thẳng mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của các em. Việc học sinh phải dành quá nhiều thời gian để ôn tập mà không có đủ thời gian nghỉ ngơi sẽ dẫn đến cảm giác mệt

mỏi, kiệt sức, làm giảm hiệu quả học tập.Áp lực thi cử không chỉ tác động đến sức khỏe tâm lý mà còn ảnh hưởng đến mối quan hệ gia đình và sự tự tin của học sinh. Việc học sinh phải đối mặt với khối lượng kiến thức khổng lồ và áp lực đạt kết quả cao đang khiến các em rơi vào trạng thái mệt mỏi, chán nản và mất động lực. 49,2% học sinh cho biết họ thường xuyên cảm thấy thất vọng khi kết quả thi không đạt được như mong đợi. Điều này chứng tỏ rằng áp lực thi cử không chỉ đến từ bên ngoài mà còn từ chính kỳ vọng của học sinh đối với bản thân. Những cảm xúc tiêu cực này có thể làm giảm sự tự tin và động lực học tập, khiến các em dễ dàng rơi vào trạng thái tiêu cực. Cảm giác thất vọng và tự ti là một trong những yếu tố góp phần vào việc giảm khả năng học tập và phát triển của học sinh. 27,1% học sinh thừa nhận thường xuyên cảm thấy chán nản và muốn bỏ cuộc, và gần một nửa trong số họ cho biết thỉnh thoảng gặp phải tình trạng này. Đây là một tín hiệu cảnh báo về nguy cơ suy giảm sức khỏe tâm lý ở lứa tuổi học sinh. Tình trạng chán nản và muốn bỏ cuộc có thể dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như trầm cảm hoặc rối loạn tâm lý nếu không được can thiệp kịp thời. 33,9% học sinh cảm thấy ngại khi hỏi bài thầy cô và bạn bè. Điều này có thể bắt nguồn từ sự thiếu tự tin hoặc sợ bị đánh giá. Khi học sinh không dám hỏi bài, các em sẽ gặp khó khăn trong việc tiếp thu kiến thức, và khả năng phát triển học tập sẽ bị hạn chế. Tình trạng này có thể kéo dài và ảnh hưởng đến sự tiến bộ trong học tập của học sinh. 33,9% học sinh cảm thấy áp lực từ kỳ vọng của gia đình và nhà trường, điều này cho thấy sự kỳ vọng này đôi khi trở thành gánh nặng thay vì động lực. Nếu kỳ vọng không được thể hiện một cách hợp lý và thấu hiểu, nó có thể khiến học sinh cảm thấy không đủ khả năng đáp ứng, từ đó làm suy giảm sự tự tin và hạnh phúc của các em.

Các biểu hiện tâm lý và hành vi của học sinh trong thời gian này phản ánh rõ nét sự căng thẳng và mệt mỏi mà các em phải chịu đựng khi đối mặt với kỳ vọng cao từ gia đình và xã hội.



Biểu đồ 2. Hành vi của học sinh lớp 9 trước áp lực thi cử về tâm lý (2023-2024)

Nguồn: Số liệu điều tra

Biểu đồ 2 mô tả hành vi của học sinh lớp 9 trước áp lực thi cử trong năm học 2023-2024, với các hành vi tâm lý tiêu biểu khi các em phải đối diện với kỳ thi chuyển cấp. Theo kết quả khảo sát, các hành vi này phản ánh những tác động nghiêm trọng của áp lực thi cử đối với sức khỏe tinh thần của học sinh, đặc biệt trong giai đoạn chuyển tiếp từ bậc trung học cơ sở lên trung học phổ thông. Lo âu và mất ngủ là hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất trong khảo sát (30,9%), cho thấy lo âu là một vấn đề phổ biến trong đối diện với kỳ thi. Tình trạng này không chỉ ảnh

hưởng đến sức khỏe thể chất của học sinh mà còn làm giảm khả năng ghi nhớ và tư duy, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả học tập. Lo âu và mất ngủ kéo dài có thể dẫn đến các vấn đề tâm lý nghiêm trọng hơn nếu không được hỗ trợ kịp thời. Cáu gắt, dễ nóng giận và khóc chiếm 23,6%: Các biểu hiện này phản ánh một trạng thái mất kiểm soát cảm xúc, điển hình của căng thẳng tinh thần vượt quá giới hạn chịu đựng. Khi học sinh cảm thấy căng thẳng quá mức, các em có thể trở nên dễ cáu gắt và dễ khóc, dẫn đến sự ảnh hưởng không chỉ về mặt tâm lý mà còn tác động xấu đến các mối quan hệ xã hội, như với bạn bè và gia đình. Nếu tình trạng này không được giải quyết kịp thời, có thể dẫn đến các rối loạn tâm lý nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như trầm cảm. Cùng với các hành vi trên, một tỷ lệ học sinh lớn cũng thừa nhận có những suy nghĩ tiêu cực về khả năng của mình, về kết quả thi và tương lai học tập. Những suy nghĩ tiêu cực này chiếm 23,6% có thể gây ảnh hưởng đến tâm lý học sinh, làm giảm động lực học tập và dễ dàng dẫn đến sự thất vọng, tự ti. Một phần học sinh đã chọn cách thu mình và ít giao tiếp chiếm 21,8%, phản ánh một sự thay đổi trong hành vi xã hội. Đây là dấu hiệu của việc học sinh đang cảm thấy cô đơn, không thể chia sẻ được những lo lắng và căng thẳng với người khác. Đây là nhóm có nguy cơ cao bị trầm cảm hoặc mất kết nối xã hội, đặc biệt nếu không nhận được sự quan tâm và hỗ trợ kịp thời từ gia đình và nhà trường.

Những hành vi này chỉ ra rằng áp lực thi cử đang gây ra những tác động tiêu cực rõ rệt đối với sức khỏe tâm lý của học sinh lớp 9. Do đó, ngành giáo dục cần phải triển khai các biện pháp hỗ trợ tâm lý học đường một cách bài bản và bền vững. Thay vì chỉ chú trọng vào thành tích, phụ huynh nên đồng hành, lắng nghe và tạo điều kiện để học sinh phát triển hài hòa cả về trí tuệ và tinh thần. Sự hỗ trợ và thấu hiểu từ gia đình là yếu tố quan trọng giúp học sinh vượt qua áp lực và duy trì sự phát triển bền vững trong học tập cũng như đời sống tinh thần.

4.2.3. Những áp lực về mặt điểm số và kết quả học tập

Áp lực về điểm số và kết quả học tập là một dạng áp lực dai dẳng và phổ biến trong môi trường học đường, đặc biệt trong những giai đoạn học sinh phải đối diện với các kỳ thi quan trọng. Khi điểm số trở thành tiêu chí đánh giá chính cho năng lực học tập và khả năng cạnh tranh, nhiều học sinh cảm thấy áp lực nặng nề trong việc đạt được thành tích cao. Áp lực này không chỉ đến từ mong muốn của bản thân học sinh mà còn từ kỳ vọng của gia đình, thầy cô và môi trường học tập xung quanh.

Bảng 5. Biểu hiện về mặt điểm số và kết quả học tập đối với học sinh lớp 9 trước áp lực của kỳ thi

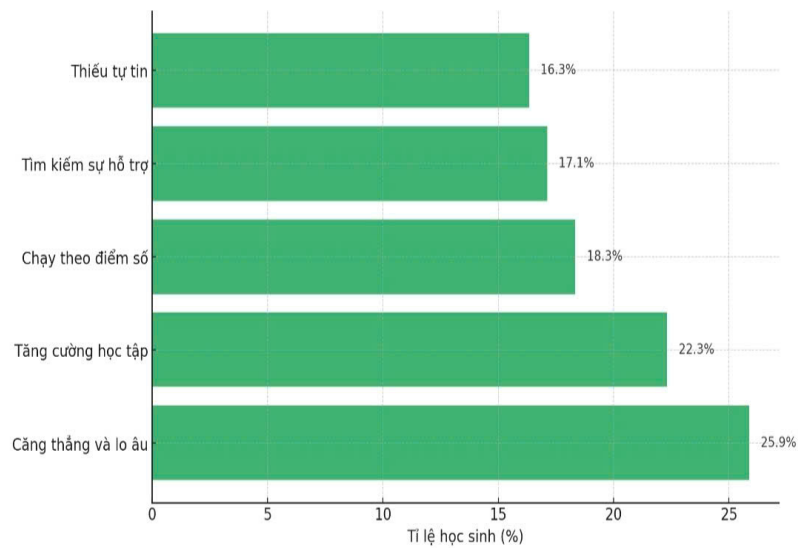
Biểu hiện về mặt điểm số và kết quả học tập	Mức độ (%)		
	Không thường xuyên	Thỉnh thoảng	Thường xuyên
Áp lực trong việc đạt được điểm số cao	11.9	61	25.4
Không đạt được mục tiêu điểm số mà gia đình và giáo viên đặt ra	18.6	45.8	33.9
Áp lực về thứ hạng cao trong lớp	25.4	37.3	35.6
Thất vọng hoặc buồn bã khi không đạt được mục tiêu trong học tập	13.6	37.3	47.5
Mục tiêu học tập quá sức so với lực học	27.1	37.3	32.2

(Nguồn: Số liệu điều tra)

Kết quả khảo sát cho thấy áp lực học tập đối với học sinh lớp 9 là rất lớn. Cụ thể, có đến 86,4% học sinh (61% thỉnh thoảng + 25.4% thường xuyên) cảm thấy áp lực trong việc đạt điểm

số cao, trong đó 25,4% thừa nhận họ thường xuyên rơi vào trạng thái căng thẳng này. Điều này cho thấy việc chạy theo thành tích học tập đang trở thành một gánh nặng lớn đối với học sinh. Áp lực này không chỉ đến từ bản thân các em mà còn từ gia đình và giáo viên. Khoảng 79,7% học sinh (45.8% thỉnh thoảng + 33.9% thường xuyên) thừa nhận họ lo lắng về việc không đạt được mục tiêu điểm số mà gia đình và giáo viên đặt ra, với 33,9% lo lắng ở mức độ thường xuyên. Sự kỳ vọng này rõ ràng đang ảnh hưởng mạnh mẽ đến tinh thần của học sinh. Bên cạnh điểm số, áp lực từ việc xếp hạng trong lớp cũng là yếu tố đáng chú ý. Gần 73% học sinh (37.3% thỉnh thoảng + 35.6 thường xuyên) thừa nhận chịu áp lực về thứ hạng của mình trong lớp, trong đó 35,6% cảm thấy áp lực này thường xuyên. Áp lực này có thể dẫn đến cảm giác thiếu tự tin và tăng cường sự lo âu. Một biểu hiện tâm lý đáng chú ý khác là thất vọng hoặc buồn bã khi không đạt được mục tiêu học tập. 47,5% học sinh cho biết họ thường xuyên cảm thấy thất vọng khi không đạt được kết quả như kỳ vọng. Đây là biểu hiện cao nhất trong các yếu tố khảo sát, cho thấy tâm lý nhạy cảm và dễ tổn thương của học sinh khi đối diện với thất bại trong học tập. Cuối cùng, một vấn đề quan trọng nữa là việc cảm thấy mục tiêu học tập vượt quá khả năng của bản thân. 69,5% học sinh (37.3% thỉnh thoảng + 32.2% thường xuyên) cho biết họ có cảm giác này, trong đó 32,2% cảm thấy thường xuyên như vậy. Cảm giác quá sức có thể dẫn đến mất động lực, lo âu kéo dài và ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của học sinh.

Từ những số liệu trên, có thể thấy rằng học sinh lớp 9 đang phải chịu áp lực học tập khá lớn đến từ chính bản thân, gia đình và môi trường học đường. Điều này đòi hỏi sự quan tâm, chia sẻ và điều chỉnh kỳ vọng hợp lý từ phía cha mẹ, thầy cô để giúp các em phát triển một cách toàn diện cả về kiến thức và tinh thần.



(Nguồn: Số liệu điều tra)

Biểu đồ 3. Hành vi của học sinh lớp 9 trước áp lực về mặt điểm số và kết quả học tập (2023-2024)

Kết quả khảo sát thể hiện sự phân bố tương đối rõ ràng về các hành vi phản ứng tâm lý của học sinh lớp 9 trước áp lực học tập. Trong đó, tỷ lệ học sinh căng thẳng và lo âu chiếm 25,9%, là mức cao nhất, cho thấy đây là vấn đề nổi bật và có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tinh thần của học sinh. Nếu tình trạng này kéo dài mà không có biện pháp can thiệp phù hợp, nó có thể

làm suy giảm hiệu quả học tập và gây ra các rối loạn tâm lý nghiêm trọng. Tiếp theo, hành vi tăng cường học tập chiếm tỷ lệ 22,3%, phản ánh xu hướng chủ động của học sinh trong việc cải thiện kết quả học tập. Điều này có thể xuất phát từ động lực nội tại hoặc từ áp lực bên ngoài, song cũng là dấu hiệu tích cực cho thấy học sinh vẫn giữ được ý thức học tập và sự nỗ lực cá nhân. Hành vi chạy theo điểm số đạt tỷ lệ 18,3%, cho thấy một bộ phận học sinh đang bị cuốn vào lối suy nghĩ coi trọng thành tích, có nguy cơ xem nhẹ quá trình học và sự phát triển kỹ năng toàn diện. Trong môi trường giáo dục chịu ảnh hưởng nặng bởi tư tưởng thành tích, đây là biểu hiện cần được quan tâm điều chỉnh. Tỷ lệ học sinh tìm kiếm sự hỗ trợ đạt 17,1%, phản ánh nhu cầu nhận được sự hướng dẫn và hỗ trợ từ người thân, thầy cô hoặc bạn bè khi gặp khó khăn. Đây là dấu hiệu của sự phụ thuộc nhất định vào môi trường xung quanh, đồng thời cũng cho thấy học sinh nhận thức được giới hạn của bản thân và sẵn sàng tìm đến sự giúp đỡ. Cuối cùng, hành vi thiếu tự tin chỉ chiếm 16,3%, là tỷ lệ thấp nhất trong các yếu tố được khảo sát. Điều này cho thấy phần lớn học sinh vẫn giữ được niềm tin vào khả năng học tập của bản thân, mặc dù vẫn có một nhóm nhỏ gặp khó khăn trong việc duy trì sự tự tin khi đối diện với thử thách.

Học sinh lớp 9 đang chịu tác động mạnh bởi các yếu tố tâm lý trong quá trình học tập, nổi bật là căng thẳng, lo âu, và xu hướng chạy theo điểm số. Bên cạnh đó, các hành vi như tăng cường học tập và tìm kiếm sự hỗ trợ thể hiện nỗ lực thích ứng của học sinh với môi trường học đường. Những số liệu này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý học đường, giảm áp lực thành tích và khuyến khích sự phát triển toàn diện cho học sinh.

5. KẾT LUẬN VÀ GIẢI PHÁP

Từ những phân tích trên cho thấy, áp lực thi cử - đặc biệt trong giai đoạn chuẩn bị cho kỳ thi vào lớp 10 - vừa có thể là động lực học tập, vừa có thể là nguyên nhân gây ra những hệ lụy nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần và hiệu quả học tập của học sinh. Khi áp lực vượt quá ngưỡng chịu đựng, học sinh dễ rơi vào trạng thái căng thẳng, lo âu kéo dài, mất động lực và tự ti về bản thân. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả thi cử mà còn gây tác động tiêu cực đến sự phát triển toàn diện của các em trong giai đoạn vị thành niên.

Để giảm thiểu tác động tiêu cực của áp lực học tập và thi cử, cần có sự phối hợp giữa gia đình, nhà trường và bản thân học sinh. Cha mẹ và giáo viên cần điều chỉnh kỳ vọng phù hợp với năng lực của từng em, tránh tạo áp lực thái quá, đồng thời tạo ra môi trường học tập tích cực, khuyến khích sự tự tin và chủ động. Bên cạnh đó, cần tăng cường các hoạt động tư vấn tâm lý học đường nhằm giúp học sinh nhận diện và điều tiết cảm xúc hiệu quả. Đối với bản thân học sinh, việc xây dựng kế hoạch học tập khoa học, kết hợp giữa học tập và nghỉ ngơi hợp lý, cùng với kỹ năng quản lý thời gian và giải tỏa căng thẳng sẽ góp phần nâng cao khả năng thích ứng và vượt qua thử thách một cách bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu bằng tiếng Việt

1. Bài viết của Nguyễn Thị Mai (2021), “Giải pháp giảm thiểu áp lực thi cử trong bối cảnh đổi mới giáo dục hiện nay”, Tạp chí *Giáo dục*.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2022). *Báo cáo tổng kết năm học 2021-2022 và phương hướng nhiệm vụ năm học 2022-2023*. NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

3. Lê Thị Thanh Tâm. (2019). “Áp lực thi cử và biểu hiện stress ở học sinh lớp 12 tại TP. Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Khoa học Giáo dục*, 17(3), 45-52.
4. Luận án Tiến sĩ của Lê Thị Phương (2020), “*Ảnh hưởng của áp lực thi cử đến sức khỏe tâm thần của học sinh lớp 12 tại TP. HCM*” - Trường Đại học Sư phạm TP. HCM.
5. Luận văn của Thạc sĩ Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018), “*Áp lực học tập và thi cử của học sinh THPT tại Hà Nội*” Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, ĐHQGHN.
6. Nguyễn Thị Hằng, Trịnh Minh Trang, & Nguyễn Văn Cường. (2020). “Ảnh hưởng của kỳ vọng phụ huynh đến lo âu học tập của học sinh trung học phổ thông”. *Tạp chí Tâm lý học*, 11(303), 30-38.
7. Nguyễn, T. H., & Trần, M. T. (2021). Áp lực học tập và sức khỏe tâm thần của học sinh phổ thông ở Việt Nam. *Tạp chí Tâm lý học*, 9(300), 34-42.

Tài liệu bằng tiếng Anh

1. Liu, Y., Wang, Z., & Lu, W. (2020). Academic stress and mental well-being in Chinese adolescents: Moderating roles of parental support and school climate. *Child and Youth Services Review*, 113, 104997. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104997>
2. Putwain, D. (2007). Test anxiety in UK schoolchildren: Prevalence and demographic patterns. *British Journal of Educational Psychology*, 77(3), 579-593. <https://doi.org/10.1348/000709906X161704>
3. Deb, S., Strodl, E., & Sun, J. (2015). Academic stress, parental pressure, anxiety and mental health among Indian high school students. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 5(1), 26-34.
4. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
5. Ferguson, K. M. (2013). *Social work and education: Promoting mental health in schools*. Oxford University Press.
6. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
7. World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

KỸ NĂNG CẦN THIẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

ThS. Hồ Thị Phương¹

Tóm tắt: Trước thực trạng số ca rối loạn tâm thần gia tăng và nguồn nhân lực chuyên ngành còn thiếu, đặc biệt tại tuyến y tế cơ sở, chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trở thành xu hướng tất yếu. Điều này đòi hỏi đội ngũ chăm sóc - bao gồm cán Bộ Y tế, nhân viên xã hội, cộng tác viên và người thân - phải được trang bị đầy đủ kỹ năng phù hợp. Nghiên cứu này, thông qua phân tích tài liệu kết hợp khảo sát thực tiễn tại một số địa phương, đã xác định ba nhóm kỹ năng cốt lõi: (1) kỹ năng giao tiếp - tương tác, (2) kỹ năng chuyên môn - phục hồi chức năng, và (3) kỹ năng quản lý - phối hợp nguồn lực. Kết quả nhấn mạnh vai trò thiết yếu của các kỹ năng này trong nâng cao hiệu quả chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng, đồng thời đề xuất các khuyến nghị về đào tạo, chính sách và mô hình phối hợp nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ sức khỏe tâm thần ở Việt Nam.

ESSENTIAL SKILLS FOR MENTAL HEALTH CAREGIVERS AND REHABILITATION WORKERS IN THE COMMUNITY

Abstract: Given the rising prevalence of mental disorders and the shortage of specialized mental health professionals-particularly at the primary healthcare level-community-based mental health care has become an inevitable trend. This situation requires caregivers, including healthcare workers, social workers, community collaborators, and family members, to be adequately equipped with appropriate skills. This study, through a combination of literature review and field surveys in selected localities, identifies three core skill groups: (1) communication and interaction skills, (2) professional and psychosocial rehabilitation skills, and (3) management and resource coordination skills. The findings highlight the essential role of these competencies in improving the effectiveness of community-based mental health care and rehabilitation, and offer recommendations on training, policy development, and collaborative models to enhance the quality of mental health services in Vietnam.

Từ khóa: Kỹ năng, chăm sóc, phục hồi, tâm thần, cộng đồng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây vấn đề sức khỏe tâm thần đang ngày càng được nhìn nhận như một phần thiết yếu của sức khỏe toàn diện, có vai trò quyết định đến chất lượng cuộc sống, năng suất lao động và sự phát triển bền vững của xã hội. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2022), có khoảng 970 triệu người trên toàn cầu đang sống chung với một dạng rối loạn tâm thần nào đó, trong đó hơn 75% người bệnh không được tiếp cận điều trị đầy đủ, đặc biệt là tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng đó, khi tỷ lệ người mắc rối loạn tâm thần có chiều hướng gia tăng, tỷ lệ người mắc rối loạn tâm thần chiếm khoảng 15% dân số, tương đương gần 15 triệu người, với xu hướng ngày càng gia tăng và trẻ hóa. Trong đó nhiều người được điều trị tại cộng đồng thay vì các cơ sở điều trị tập trung.

¹ Trường Đại học Kinh tế Kỹ thuật Công nghiệp, Email: phuonght@uneti.edu.vn.

Trước tình trạng gia tăng các rối loạn tâm thần và sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn, hệ thống y tế Việt Nam đang từng bước chuyển đổi từ mô hình điều trị nội trú tại cơ sở chuyên khoa sang mô hình chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần dựa vào cộng đồng. Đây là hướng tiếp cận nhân văn, phù hợp với xu thế toàn cầu, giúp người bệnh được điều trị trong môi trường gia đình, tăng cơ hội tái hòa nhập xã hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 cũng đã khẳng định vai trò của chăm sóc cộng đồng, đồng thời nhấn mạnh yêu cầu nâng cao năng lực cho lực lượng chăm sóc tuyến cơ sở như một giải pháp lâu dài và bền vững.

Trong mô hình này, đội ngũ chăm sóc - bao gồm cán Bộ Y tế cơ sở, nhân viên xã hội, cộng tác viên dân số và người thân - giữ vai trò trung tâm trong việc theo dõi, hỗ trợ người bệnh và kết nối với các dịch vụ chuyên môn khi cần thiết. Tuy nhiên, thực trạng cho thấy nguồn nhân lực này còn thiếu cả về số lượng lẫn chất lượng. Nghiên cứu của Lê Thị Bích Thủy và cộng sự (2020) chỉ ra rằng khoảng 60% cán bộ tuyến xã/phường chưa được đào tạo bài bản về chăm sóc tâm thần, trong khi đa số người thân chăm sóc tại nhà thiếu kỹ năng ứng phó với tình huống nguy cơ như kích động, tái phát hay rối loạn hành vi.

Chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần không chỉ đòi hỏi kiến thức y học cơ bản mà còn cần các kỹ năng đa dạng như giao tiếp, đánh giá tâm lý - xã hội, lập kế hoạch cá nhân hóa, xử lý khủng hoảng, giáo dục sức khỏe và tự chăm sóc. Những kỹ năng này không chỉ nâng cao hiệu quả điều trị, mà còn giúp người chăm sóc giảm nguy cơ kiệt sức (burnout), vốn rất phổ biến trong các công việc hỗ trợ dài hạn.

Trên thế giới, nhiều quốc gia đã xây dựng khung năng lực và chương trình đào tạo chính quy cho người chăm sóc cộng đồng. Ví dụ, tại Canada, chương trình “Mental Health First Aid” giúp trang bị kỹ năng ứng phó khủng hoảng cho người không chuyên. Tại Việt Nam, dù đã có một số tài liệu hướng dẫn như “Sức khỏe tâm thần học đường” hay “Mạng lưới phòng ngừa tự tử”, vẫn chưa có bộ tiêu chuẩn kỹ năng cụ thể dành cho người chăm sóc phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng. Điều này gây khó khăn trong việc đào tạo, phân công và giám sát hiệu quả công việc tại các địa phương.

Do đó, việc nghiên cứu xác định và phân loại hệ thống kỹ năng thiết yếu cho người chăm sóc cộng đồng là yêu cầu cấp thiết, góp phần hoàn thiện lý luận và thực tiễn trong mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện đại. Đây cũng là cơ sở quan trọng để xây dựng chương trình đào tạo, chính sách hỗ trợ và mô hình triển khai phù hợp với điều kiện cụ thể tại Việt Nam hiện nay.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu về những kỹ năng cần thiết cho người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần không phải là chủ đề mới trên thế giới và Việt Nam. Đã có nhiều công trình nghiên cứu định lượng về kỹ năng nói chung và kỹ năng mềm cho người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng. Bài viết này sử dụng phù hợp nhất với phương pháp nghiên cứu hỗn hợp (mixed methods) - kết hợp khảo sát định lượng để đo lường và phân tích định tính để hiểu chiều sâu - nhằm xác định đầy đủ, khách quan và toàn diện các kỹ năng cần thiết cho người chăm sóc tâm thần tại cộng đồng. Ngoài ra, nghiên cứu so sánh cũng được khai thác trong giải quyết các vấn đề đặt ra.

3. VAI TRÒ CỦA NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Sức khỏe tâm thần là yếu tố cốt lõi của sự phát triển bền vững về con người và xã hội. Trước thực trạng các rối loạn tâm thần ngày càng phổ biến, mô hình chăm sóc tại cơ sở y tế chuyên khoa bộc lộ nhiều hạn chế về tiếp cận, chi phí và hiệu quả dài hạn. Do đó, mô hình chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng đang được ưu tiên triển khai tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Trong mô hình này, lực lượng chăm sóc cộng đồng đóng vai trò thiết yếu, vừa hỗ trợ người bệnh trong điều trị và sinh hoạt hàng ngày, vừa kết nối giữa cá nhân, gia đình và hệ thống y tế. Nhóm này bao gồm cán Bộ Y tế cơ sở, cộng tác viên y tế - dân số, nhân viên công tác xã hội, người thân và tình nguyện viên có đào tạo kỹ năng cơ bản.

3.1. Hỗ trợ điều trị và thúc đẩy tuân thủ y tế trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng

Trong điều trị và phục hồi chức năng tâm thần, người chăm sóc giữ vai trò then chốt trong việc hỗ trợ người bệnh tuân thủ phác đồ điều trị, đặc biệt ở các trường hợp rối loạn mạn tính. Họ giám sát việc dùng thuốc, phát hiện sớm tác dụng phụ và các biểu hiện bất thường về hành vi, cảm xúc hoặc nhận thức để kịp thời báo cáo cơ sở y tế. Tại các địa phương thiếu nhân lực chuyên môn, người chăm sóc còn tham gia quản lý hồ sơ, theo dõi điều trị và hỗ trợ thực hành các kỹ thuật can thiệp đơn giản. Bên cạnh đó, họ duy trì lịch tái khám, tổ chức sinh hoạt nhóm, hướng dẫn kỹ năng sống và hỗ trợ hòa nhập xã hội. Vì vậy, việc trang bị kiến thức y học cơ bản, kỹ năng tâm lý và khả năng phối hợp liên ngành là điều kiện cần thiết để nâng cao hiệu quả chăm sóc tại cộng đồng.

3.2. Tham gia phục hồi chức năng tâm lý - xã hội

Phục hồi chức năng tâm thần không chỉ tập trung vào kiểm soát triệu chứng lâm sàng mà còn hướng đến việc cải thiện toàn diện chất lượng sống của người bệnh. Quá trình này bao gồm việc phát triển kỹ năng sống, nâng cao năng lực giao tiếp - xã hội, hỗ trợ định hướng nghề nghiệp và thúc đẩy khả năng hòa nhập cộng đồng. Trong đó, người chăm sóc tại cộng đồng đóng vai trò là người đồng hành thường xuyên và trực tiếp, góp phần quan trọng trong việc triển khai các hoạt động phục hồi tâm lý - xã hội. Các hình thức tham gia của người chăm sóc bao gồm:

Thứ nhất, tổ chức hoặc hỗ trợ người bệnh tham gia các hoạt động nhóm, sinh hoạt văn hóa và giao lưu cộng đồng nhằm tăng cường sự tương tác xã hội

Thứ hai, hướng dẫn và rèn luyện kỹ năng tự chăm sóc bản thân như ăn uống, vệ sinh cá nhân, quản lý chi tiêu

Thứ ba, khuyến khích người bệnh tham gia vào các hoạt động lao động nhẹ phù hợp với tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại

Thứ tư, hỗ trợ người bệnh tái thiết lập vai trò trong gia đình, từ đó nâng cao sự tự tin và cảm giác có ích.

Thứ năm, sự tham gia chủ động và có định hướng của người chăm sóc trong các hoạt động này là yếu tố thiết yếu giúp người bệnh phục hồi chức năng tâm lý - xã hội một cách bền vững và có ý nghĩa.

3.3. Hỗ trợ tâm lý và xây dựng môi trường sống tích cực trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng

Môi trường sống đóng vai trò quan trọng, thậm chí mang tính quyết định trong điều trị và phục hồi rối loạn tâm thần. Một không gian ổn định, an toàn và tích cực giúp duy trì trạng thái

tâm lý vững vàng, hỗ trợ quá trình phục hồi và thúc đẩy tái hòa nhập cộng đồng. Người chăm sóc - gồm gia đình và nhân viên y tế cộng đồng - có vai trò trực tiếp trong việc kiến tạo môi trường này thông qua việc tạo cảm giác an toàn, thấu hiểu và không phán xét. Đồng thời, việc kiểm soát các yếu tố gây căng thẳng, thiết lập sinh hoạt điều độ và khuyến khích giao tiếp xã hội cũng góp phần ổn định tâm lý cho người bệnh. Thái độ kiên nhẫn và tinh thần tích cực từ người chăm sóc là yếu tố then chốt thúc đẩy quá trình phục hồi bền vững.

3.4. Vai trò giáo dục và truyền thông trong cộng đồng

Trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, người chăm sóc không chỉ đóng vai trò hỗ trợ trực tiếp cho người bệnh mà còn giữ vai trò quan trọng trong công tác giáo dục và truyền thông nâng cao nhận thức xã hội. Nhờ vào sự gần gũi và kinh nghiệm thực tiễn, họ trở thành cầu nối hiệu quả giữa người bệnh và cộng đồng, góp phần giảm thiểu sự kỳ thị, đồng thời thúc đẩy thái độ tích cực đối với các vấn đề sức khỏe tâm thần.

Thông qua việc chia sẻ trải nghiệm cá nhân, người chăm sóc giúp cộng đồng hiểu rõ hơn về bản chất của các rối loạn tâm thần - rằng đây là những tình trạng bệnh lý cần được quan tâm và điều trị, thay vì đánh giá bằng định kiến hoặc sợ hãi. Những cuộc trò chuyện thường nhật, tham gia hội thảo, truyền thông tại địa phương hay đóng góp vào các nhóm hỗ trợ cộng đồng đều là những kênh truyền tải hiệu quả thông điệp về sự cần thiết của chăm sóc nhân văn trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

Đặc biệt, các nhóm hỗ trợ đồng đẳng (peer support groups) tạo điều kiện để người chăm sóc không chỉ nhận được sự chia sẻ từ những người có hoàn cảnh tương tự mà còn phát huy vai trò chủ động trong việc hỗ trợ các gia đình khác. Đây là môi trường lý tưởng để họ cùng học hỏi, nâng cao kỹ năng, đồng thời trở thành nguồn cảm hứng tích cực cho cộng đồng.

Tổng thể, trong định hướng phát triển y tế tâm thần theo hướng toàn diện và bền vững, người chăm sóc không chỉ đảm nhiệm các chức năng hỗ trợ thể chất, mà còn là nhân tố chiến lược trong việc phục hồi chức năng tâm thần và tái hòa nhập xã hội cho người bệnh. Để phát huy tối đa vai trò này, cần có chính sách đào tạo bài bản, hỗ trợ chuyên môn liên tục và cơ chế khuyến khích sự tham gia của người chăm sóc vào các chương trình giáo dục sức khỏe cộng đồng. Đây là yêu cầu cấp thiết nhằm xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả, nhân văn và mang tính cộng đồng cao tại Việt Nam cũng như trên phạm vi toàn cầu.

4. NHỮNG KỸ NĂNG CẦN THIẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, đội ngũ chăm sóc - từ cán Bộ Y tế cơ sở, nhân viên xã hội đến người nhà - là mắt xích chủ lực kết nối hệ thống y tế với đời sống hằng ngày của người bệnh. Tổ chức Y tế Thế giới khẳng định mô hình này vừa nhân văn, vừa bền vững vì giảm gánh nặng cho bệnh viện chuyên khoa và tăng cơ hội phục hồi hòa nhập xã hội World Health Organization (WHO).

Tuy nhiên, thành công của mô hình không chỉ dựa vào lòng trắc ẩn; nó đòi hỏi một hệ kỹ năng được chuẩn hóa và thích nghi với bối cảnh văn hoá - kinh tế địa phương. Nghiên cứu rà soát nhanh về “chất lượng giao tiếp” cho thấy những chương trình đào tạo kỹ năng cụ thể làm tăng ý thức tự quản sức khỏe, cải thiện tuân thủ và nâng sự hài lòng của bệnh nhân với dịch

vụ BioMed Central. Chuẩn kỹ năng vì thế trở thành nền tảng để đảm bảo can thiệp đồng bộ, giảm tái phát và tối ưu nguồn lực cộng đồng.

4.1. Kỹ năng giao tiếp đối với người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Vai trò của kỹ năng giao tiếp đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Kỹ năng giao tiếp là một trong những năng lực nền tảng và thiết yếu đối với người chăm sóc trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, đặc biệt trong bối cảnh phục hồi chức năng tại cộng đồng. Đây không chỉ là công cụ kết nối thông tin, mà còn là phương tiện để xây dựng mối quan hệ trị liệu, tạo dựng niềm tin và hỗ trợ người bệnh duy trì sự hợp tác trong suốt quá trình điều trị và phục hồi.

Trước hết, giao tiếp hiệu quả giúp người chăm sóc nắm bắt chính xác nhu cầu, cảm xúc và thay đổi tâm lý của người bệnh, từ đó có những phản ứng phù hợp về mặt hỗ trợ và can thiệp. Việc sử dụng ngôn ngữ nhẹ nhàng, lắng nghe chủ động và thể hiện sự thấu cảm góp phần làm giảm lo âu, căng thẳng và tăng cảm giác được tôn trọng nơi người bệnh - yếu tố quan trọng trong phục hồi chức năng tâm lý - xã hội.

Ngoài ra, kỹ năng giao tiếp còn đóng vai trò như cầu nối giữa người bệnh với gia đình, cộng đồng và các dịch vụ chuyên môn. Người chăm sóc có khả năng truyền đạt thông tin y tế một cách rõ ràng, hỗ trợ người bệnh tuân thủ kế hoạch điều trị, đồng thời phối hợp hiệu quả với cán Bộ Y tế, nhân viên xã hội và các bên liên quan khác trong hệ thống chăm sóc đa ngành.

Trong môi trường cộng đồng, nơi nguồn lực y tế còn hạn chế và rào cản về nhận thức còn tồn tại, kỹ năng giao tiếp linh hoạt và phù hợp văn hóa giúp người chăm sóc thực hiện vai trò của mình một cách nhạy bén và nhân văn hơn. Do đó, việc tăng cường đào tạo và rèn luyện kỹ năng giao tiếp cho người chăm sóc là yêu cầu cấp thiết để nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng một cách bền vững.

Các yêu cầu về kỹ năng giao tiếp đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Trong chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng, kỹ năng giao tiếp không chỉ là một năng lực cần có, mà còn đòi hỏi được thực hành một cách có hệ thống, phù hợp với đặc điểm tâm lý người bệnh và hoàn cảnh xã hội cụ thể. Người chăm sóc cần đạt được một số yêu cầu cụ thể về kỹ năng giao tiếp để thực hiện hiệu quả vai trò hỗ trợ trong quá trình phục hồi.

Thứ nhất, người chăm sóc cần có khả năng lắng nghe tích cực, thể hiện qua việc chú ý đến nội dung và cảm xúc được truyền đạt, không phán xét, và phản hồi một cách phù hợp. Đây là nền tảng để xây dựng sự tin tưởng giữa người bệnh và người chăm sóc.

Thứ hai, cần rèn luyện kỹ năng giao tiếp bằng lời nói và phi ngôn ngữ một cách nhất quán, rõ ràng và dễ hiểu, tránh sử dụng ngôn ngữ gây kích động, khó tiếp nhận hoặc thể hiện định kiến. Việc sử dụng ánh mắt, cử chỉ, tư thế cơ thể phù hợp cũng đóng vai trò quan trọng trong việc truyền tải sự đồng cảm và hỗ trợ tâm lý.

Thứ ba, người chăm sóc cần biết điều chỉnh phong cách giao tiếp theo đối tượng và hoàn cảnh, chẳng hạn: ứng xử linh hoạt với người bệnh ở các mức độ rối loạn khác nhau, với người

nhà bệnh nhân hoặc khi phối hợp với nhân viên y tế và các tổ chức cộng đồng. Đây là biểu hiện của năng lực giao tiếp thích ứng trong môi trường đa chiều và nhạy cảm như chăm sóc tâm thần cộng đồng.

Thứ tư, cần trang bị khả năng xử lý tình huống giao tiếp khó như khi người bệnh có hành vi chống đối, rối loạn cảm xúc, hoang tưởng hoặc mất kiểm soát. Khi đó, giao tiếp không chỉ là công cụ truyền đạt mà còn là phương tiện ổn định tâm lý và phòng ngừa khủng hoảng.

Cuối cùng, giao tiếp trong chăm sóc tâm thần đòi hỏi sự kiên nhẫn, nhất quán và thái độ tích cực lâu dài, không chỉ trong một vài lần tương tác mà trong toàn bộ quá trình đồng hành với người bệnh.

4.2. Kỹ năng lắng nghe với người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Vai trò của kỹ năng lắng nghe đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, kỹ năng lắng nghe được xem là một trong những yếu tố then chốt quyết định hiệu quả hỗ trợ và phục hồi chức năng cho người bệnh. Đây không chỉ là thành phần của giao tiếp, mà còn là một kỹ năng độc lập, đòi hỏi sự rèn luyện về thái độ, nhận thức và kỹ thuật tương tác nhằm xây dựng mối quan hệ hỗ trợ tích cực, nhân văn và bền vững.

Trước hết, kỹ năng lắng nghe đóng vai trò thiết yếu trong việc hiểu đúng và đầy đủ các biểu hiện tâm lý của người bệnh, bao gồm cả những cảm xúc không được diễn đạt bằng lời nói. Việc lắng nghe một cách chủ động và thấu cảm giúp người chăm sóc tiếp cận sâu hơn với trải nghiệm chủ quan của người bệnh, từ đó phát hiện sớm các dấu hiệu thay đổi tâm trạng, hành vi hoặc nguy cơ tái phát.

Thứ hai, lắng nghe còn góp phần tăng cường cảm giác được tôn trọng và công nhận nơi người bệnh, giúp họ cảm thấy an toàn trong quá trình giao tiếp và sẵn sàng chia sẻ các vấn đề cá nhân, ngay cả những điều nhạy cảm hoặc khó nói. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh người mắc rối loạn tâm thần thường đối mặt với sự kỳ thị và cô lập xã hội.

Thứ ba, kỹ năng lắng nghe tốt còn giúp người chăm sóc điều chỉnh phản ứng và hỗ trợ một cách phù hợp, tránh đưa ra các phản hồi vội vàng, mang tính phán xét hoặc gây tổn thương tâm lý. Đây là nền tảng để thiết lập mối quan hệ trị liệu tích cực, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh tiếp cận với các can thiệp phục hồi chức năng một cách hiệu quả hơn.

Cuối cùng, trong môi trường cộng đồng - nơi người chăm sóc thường không phải là chuyên gia y tế, kỹ năng lắng nghe chính là công cụ đơn giản nhưng mạnh mẽ, giúp bù đắp phần nào những giới hạn về chuyên môn, đồng thời thúc đẩy sự kết nối, đồng hành và hỗ trợ người bệnh vượt qua khó khăn trong cuộc sống hằng ngày.

Các yêu cầu của kỹ năng lắng nghe đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Quá trình chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng, kỹ năng lắng nghe là một thành phần quan trọng, đòi hỏi không chỉ thái độ tích cực mà còn là khả năng chuyên môn hóa trong giao tiếp trị liệu. Để kỹ năng này phát huy hiệu quả, người chăm sóc cần đáp ứng

một số yêu cầu cụ thể, bao gồm cả kỹ thuật giao tiếp và yếu tố cảm xúc - xã hội phù hợp với đặc thù của người bệnh rối loạn tâm thần.

Thứ nhất, nên tập trung và hiện diện trọn vẹn trong quá trình lắng nghe: Người chăm sóc cần duy trì sự chú ý liên tục, tránh sao nhãng, đồng thời thể hiện thái độ tôn trọng thông qua ngôn ngữ cơ thể phù hợp. Việc hiện diện một cách trọn vẹn giúp người bệnh cảm nhận được sự quan tâm thực sự, từ đó hình thành lòng tin và sẵn sàng chia sẻ.

Thứ hai, lắng nghe một cách chủ động và có định hướng: Khác với lắng nghe thụ động, lắng nghe trong chăm sóc tâm thần cần có mục tiêu rõ ràng. Người chăm sóc phải biết cách định hướng cuộc trò chuyện thông qua các câu hỏi mở, gợi ý hoặc phản hồi ngắn, nhằm thu thập thông tin có giá trị phục vụ việc theo dõi tiến trình phục hồi của người bệnh.

Thứ ba, khả năng thấu cảm, không phán xét: Một yêu cầu quan trọng là người chăm sóc phải duy trì thái độ tiếp nhận và thấu cảm, không đưa ra đánh giá tiêu cực hay phản ứng cá nhân đối với cảm xúc hoặc hành vi của người bệnh. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh người bệnh thường mang tâm lý mặc cảm, tự ti hoặc thiếu niềm tin vào người khác.

Thứ tư, nhạy bén với các tín hiệu phi ngôn ngữ: Nhiều người bệnh tâm thần gặp khó khăn trong việc diễn đạt bằng lời. Do đó, người chăm sóc cần có khả năng quan sát và diễn giải chính xác các dấu hiệu phi ngôn ngữ như ánh mắt, giọng nói, biểu cảm và hành vi để nắm bắt trạng thái tâm lý thực tế của người bệnh.

Thứ năm, tạo không gian giao tiếp an toàn và hỗ trợ: Người chăm sóc cần biết cách thiết lập môi trường giao tiếp không gây áp lực, nơi người bệnh cảm thấy tự do chia sẻ mà không lo sợ bị chỉ trích hay hiểu lầm. Việc này đòi hỏi sự kiên nhẫn, mềm mỏng và điều chỉnh phong cách lắng nghe phù hợp với từng cá nhân.

Thứ sáu, giữ vững ranh giới chuyên môn và cảm xúc cá nhân: Lắng nghe người bệnh tâm thần trong thời gian dài dễ tạo ra mối liên kết cảm xúc sâu sắc, đôi khi gây ảnh hưởng đến sự khách quan của người chăm sóc. Do đó, yêu cầu quan trọng là phải thiết lập ranh giới phù hợp, bảo đảm sự cân bằng giữa hỗ trợ cảm xúc và giữ vững vai trò hỗ trợ chuyên nghiệp.

Những yêu cầu trên cho thấy kỹ năng lắng nghe không chỉ là năng lực giao tiếp cơ bản, mà cần được nhìn nhận như một yếu tố chuyên môn có thể đào tạo, đánh giá và phát triển theo chuẩn năng lực dành cho người chăm sóc tại cộng đồng. Việc tăng cường huấn luyện kỹ năng lắng nghe một cách bài bản là cơ sở để nâng cao chất lượng phục hồi chức năng tâm thần, đồng thời góp phần xây dựng mạng lưới chăm sóc tâm thần cộng đồng hiệu quả và bền vững.

4.3. Kỹ năng hỗ trợ điều trị và tuân thủ y tế đối với người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Vai trò của kỹ năng hỗ trợ điều trị và tuân thủ y tế đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Trong chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, người chăm sóc giữ vai trò trung gian quan trọng giữa người bệnh và các cơ sở y tế. Trong đó, kỹ năng hỗ trợ điều trị và thúc đẩy tuân thủ y tế là một yếu tố thiết yếu, góp phần trực tiếp vào việc duy trì hiệu quả điều trị lâu dài và ngăn ngừa nguy cơ tái phát bệnh lý tâm thần.

Một trong những vai trò cốt lõi của kỹ năng này là duy trì sự ổn định về triệu chứng thông qua giám sát việc dùng thuốc đúng liều lượng, đúng thời điểm và theo đúng chỉ định của cán

Bộ Y tế. Người chăm sóc cũng cần theo dõi phản ứng của người bệnh với thuốc, đặc biệt là các biểu hiện bất thường, nhằm phát hiện sớm các tác dụng phụ hoặc dấu hiệu không đáp ứng điều trị để kịp thời thông báo cho nhân viên y tế.

Bên cạnh đó, kỹ năng hỗ trợ điều trị bao gồm việc hướng dẫn và đồng hành cùng người bệnh trong thực hiện các yêu cầu y tế khác, như duy trì lịch tái khám, tham gia các buổi tư vấn tâm lý, hoặc thực hiện các hoạt động phục hồi chức năng ngoài dược lý. Trong điều kiện tại nhiều địa phương còn thiếu hụt bác sĩ chuyên khoa, người chăm sóc còn có thể đảm nhiệm một số nhiệm vụ hỗ trợ cơ bản dưới sự hướng dẫn từ tuyến chuyên môn, như ghi nhận tình trạng tâm lý - hành vi hoặc hỗ trợ thực hiện các liệu pháp đơn giản.

Hơn nữa, việc người chăm sóc thể hiện được kỹ năng hỗ trợ điều trị đúng cách còn góp phần củng cố niềm tin, tăng cường sự hợp tác và chủ động của người bệnh trong quá trình điều trị. Thái độ tích cực, kiên trì và khả năng động viên kịp thời từ người chăm sóc giúp người bệnh giảm cảm giác bị kiểm soát, tăng cảm nhận về sự tự chủ và cải thiện chất lượng mối quan hệ chăm sóc.

Tóm lại, kỹ năng hỗ trợ điều trị và tuân thủ y tế không chỉ đóng vai trò duy trì tiến trình điều trị ổn định, mà còn là điều kiện cần thiết để đảm bảo người bệnh được phục hồi trong môi trường thân thuộc, giảm sự phụ thuộc vào điều trị nội trú và tăng cường hiệu quả của mô hình chăm sóc cộng đồng.

Yêu cầu về kỹ năng hỗ trợ điều trị và tuân thủ y tế đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Việc hỗ trợ điều trị và đảm bảo tuân thủ y tế đóng vai trò trọng tâm. Đây là một trong những yếu tố quyết định đến hiệu quả can thiệp, khả năng phục hồi và phòng ngừa tái phát bệnh. Do đó, người chăm sóc cần được trang bị đầy đủ các kỹ năng cần thiết để thực hiện tốt nhiệm vụ này một cách khoa học, hiệu quả và an toàn. Điều này thể hiện.

Thứ nhất, người chăm sóc cần có hiểu biết cơ bản về các loại thuốc điều trị tâm thần, bao gồm tên thuốc, công dụng, liều lượng, thời điểm sử dụng và các tác dụng phụ thường gặp. Họ phải có khả năng theo dõi việc dùng thuốc hằng ngày của người bệnh, đảm bảo tuân thủ đúng phác đồ điều trị đã được bác sĩ chỉ định. Đồng thời, họ cũng cần nhận biết được các dấu hiệu bất thường có thể liên quan đến tác dụng phụ của thuốc hoặc dấu hiệu tái phát để kịp thời báo cáo với cán Bộ Y tế.

Thứ hai, có khả năng quan sát và đánh giá là yếu tố quan trọng giúp người chăm sóc phát hiện sớm những thay đổi trong trạng thái tinh thần hoặc hành vi của người bệnh, chẳng hạn như mất ngủ, tăng lo âu, thờ ơ, kích động hoặc xuất hiện ý tưởng tiêu cực. Việc phát hiện sớm các dấu hiệu này cho phép can thiệp kịp thời, giảm nguy cơ trở nặng hoặc nhập viện.

Thứ ba, phải đảm bảo người bệnh được tái khám đúng hẹn là một phần không thể tách rời trong quá trình duy trì điều trị lâu dài. Người chăm sóc cần có khả năng quản lý thông tin bệnh án cơ bản, ghi nhớ các mốc tái khám, xét nghiệm định kỳ cũng như hướng dẫn người bệnh chuẩn bị các giấy tờ, hồ sơ liên quan trong quá trình theo dõi điều trị.

Thứ tư, người chăm sóc cần có khả năng làm việc nhóm, biết cách trao đổi thông tin hiệu quả với bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội hoặc cán Bộ Y tế tuyến cơ sở. Sự phối

hợp nhịp nhàng sẽ giúp xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp với nhu cầu của người bệnh, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và phục hồi chức năng.

Tóm lại kỹ năng hỗ trợ điều trị và đảm bảo tuân thủ y tế là nền tảng không thể thiếu đối với người chăm sóc tại cộng đồng. Việc chuẩn hóa và nâng cao những kỹ năng này sẽ góp phần bảo đảm tính liên tục của điều trị, hỗ trợ người bệnh kiểm soát triệu chứng hiệu quả, đồng thời tăng cường khả năng phục hồi và hòa nhập xã hội một cách bền vững

4.4. Kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Vai trò của kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Trong mô hình điều trị nội trú sang chăm sóc và phục hồi chức năng tại cộng đồng, vai trò của người chăm sóc bệnh nhân tâm thần trở nên đặc biệt quan trọng. Không chỉ giới hạn trong việc hỗ trợ sinh hoạt hằng ngày hay tuân thủ điều trị, người chăm sóc còn đóng vai trò chủ động trong việc tổ chức các hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội, góp phần duy trì và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Để thực hiện hiệu quả nhiệm vụ này, kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi tinh thần và xã hội là một năng lực thiết yếu, vừa mang tính chuyên môn, vừa đòi hỏi sự linh hoạt trong ứng xử cộng đồng.

Trước hết, kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi giúp người chăm sóc thiết lập được môi trường trị liệu an toàn, hỗ trợ bệnh nhân tái hoà nhập cộng đồng thông qua các hoạt động nhóm, giao tiếp xã hội, giải trí có định hướng hoặc tham gia các công việc nhẹ mang tính lao động trị liệu. Các hoạt động này có tác dụng kích thích sự hứng thú, cải thiện tâm trạng, phát triển khả năng giao tiếp và tăng cường các mối quan hệ xã hội cho người bệnh. Nghiên cứu của WHO (2021) chỉ ra rằng việc tổ chức các hoạt động xã hội và tinh thần bài bản trong cộng đồng giúp giảm đáng kể tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân tâm thần nặng, đặc biệt là trong các ca rối loạn cảm xúc và tâm thần phân liệt.

Bên cạnh đó, kỹ năng tổ chức còn giúp người chăm sóc lập kế hoạch, theo dõi và đánh giá tiến trình phục hồi của người bệnh. Việc xây dựng lịch hoạt động phù hợp với khả năng và sở thích cá nhân không chỉ nâng cao hiệu quả trị liệu mà còn giúp người bệnh có cảm giác được tôn trọng và khuyến khích sự chủ động trong hành vi. Người chăm sóc có kỹ năng tổ chức tốt sẽ biết cách kết hợp giữa hoạt động cá nhân và nhóm, giữa các yếu tố trị liệu chuyên môn và hoạt động đời sống gần gũi, từ đó góp phần duy trì tính bền vững trong quá trình phục hồi.

Không thể phủ nhận rằng kỹ năng này cũng tạo điều kiện để người chăm sóc kết nối hiệu quả với các nguồn lực trong cộng đồng như tổ chức xã hội, trung tâm y tế, hội đồng nhân dân địa phương hay các nhóm tự lực. Sự phối hợp liên ngành là yếu tố then chốt để tạo ra mạng lưới hỗ trợ đồng bộ, nơi bệnh nhân không chỉ nhận được dịch vụ y tế mà còn có cơ hội học nghề, làm việc hoặc tham gia sinh hoạt văn hoá. Theo kết quả nghiên cứu của Priebe et al (2022), các chương trình phục hồi có tính tổ chức chặt chẽ và kết nối liên ngành đạt hiệu quả cải thiện chức năng xã hội cao hơn 30% so với các mô hình đơn lẻ.

Kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội đóng vai trò trung tâm trong công tác chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng. Đây là kỹ năng tổng hợp, kết hợp giữa kiến thức chuyên môn, khả năng điều phối và sự thấu cảm trong chăm sóc. Việc đầu tư đào tạo, nâng cao kỹ năng này không chỉ nâng cao hiệu quả phục hồi cho người bệnh mà còn góp phần hoàn thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần theo hướng toàn diện, bền vững và nhân văn.

Các yêu cầu của kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội là một trong những năng lực cốt lõi đối với người chăm sóc bệnh nhân tâm thần trong cộng đồng. Kỹ năng này không chỉ góp phần định hướng quá trình hồi phục mà còn giúp người bệnh từng bước tái hòa nhập vào môi trường sống một cách tự nhiên và hiệu quả. Để đạt được mục tiêu phục hồi toàn diện, người chăm sóc cần đáp ứng một số yêu cầu cụ thể về kiến thức, thái độ và kỹ năng chuyên môn liên quan đến tổ chức hoạt động.

Trước hết, người chăm sóc cần có hiểu biết sâu sắc về các dạng rối loạn tâm thần, quá trình phục hồi chức năng tâm lý - xã hội cũng như các nguyên lý trị liệu phi y học trong cộng đồng. Nắm vững cơ chế bệnh sinh và diễn tiến của các dạng rối loạn tâm thần sẽ giúp họ xây dựng kế hoạch hoạt động phù hợp với đặc điểm cá nhân, mức độ bệnh lý và khả năng tiếp nhận của từng đối tượng. Đây là nền tảng giúp đảm bảo rằng các hoạt động được tổ chức có tính cá thể hóa, hướng đến mục tiêu cụ thể trong phục hồi chức năng.

Thứ hai, người chăm sóc cần thành thạo kỹ năng lập kế hoạch, phân tích nhu cầu và tổ chức các hoạt động trị liệu phù hợp với từng giai đoạn của người bệnh. Điều này bao gồm khả năng xác định mục tiêu trị liệu rõ ràng, thiết kế nội dung hoạt động phù hợp, phân bổ thời gian hợp lý và sử dụng hiệu quả các nguồn lực sẵn có trong cộng đồng. Bên cạnh đó, khả năng đánh giá tiến trình thực hiện và điều chỉnh kế hoạch một cách linh hoạt cũng là một yêu cầu quan trọng nhằm đảm bảo hoạt động phục hồi diễn ra hiệu quả và bền vững.

Thứ ba, yêu cầu về năng lực giao tiếp và làm việc nhóm đóng vai trò thiết yếu trong tổ chức các hoạt động phục hồi có yếu tố xã hội. Người chăm sóc cần xây dựng được mối quan hệ tin cậy với người bệnh, gia đình và các bên liên quan; đồng thời biết cách khích lệ người bệnh tham gia chủ động, phát huy vai trò cá nhân trong từng hoạt động. Kỹ năng này đặc biệt quan trọng trong các hoạt động nhóm hoặc các chương trình tương tác cộng đồng nhằm giúp bệnh nhân rèn luyện kỹ năng xã hội, cải thiện hành vi và hình thành lại cảm giác giá trị bản thân.

Cuối cùng, việc đáp ứng các yêu cầu đạo đức nghề nghiệp là không thể thiếu. Người chăm sóc cần thể hiện sự kiên nhẫn, tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh, bảo mật thông tin cá nhân và hành xử phù hợp trong các tình huống phát sinh. Điều này góp phần tạo ra môi trường phục hồi tích cực, đảm bảo tính nhân văn trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi tinh thần và xã hội đòi hỏi người chăm sóc phải đáp ứng đồng thời nhiều yêu cầu về kiến thức, kỹ năng và thái độ nghề nghiệp. Việc nâng cao năng lực này không chỉ giúp cải thiện chất lượng chăm sóc mà còn góp phần xây dựng mô hình phục hồi chức năng tâm thần cộng đồng theo hướng tích hợp, toàn diện và bền vững.

4.5. Kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi đối với người chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Vai trò của kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Người chăm sóc không chỉ đóng vai trò hỗ trợ sinh hoạt và theo dõi điều trị cho người bệnh, mà còn là lực lượng tuyến đầu trong việc đối diện và ứng phó với các tình huống khẩn cấp phát sinh trong quá trình chăm sóc. Đặc thù của các rối loạn tâm thần là tính không ổn định, dễ xuất hiện các hành vi bất thường, từ đó có thể dẫn đến nguy cơ gây tổn thương cho bản thân người bệnh hoặc người xung quanh. Chính vì vậy, kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi được xem là một trong những năng lực cốt lõi mà người chăm sóc cần phải được trang bị đầy đủ để đảm bảo tính an toàn và hiệu quả trong quá trình hỗ trợ.

Trên thực tế, người bệnh có thể xuất hiện các hành vi mất kiểm soát như kích động, la hét, tự hành hạ bản thân hoặc có xu hướng gây rối trong môi trường sống chung. Những biểu hiện này, nếu không được can thiệp đúng cách và kịp thời, có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng về mặt thể chất, tâm lý cũng như làm gián đoạn quá trình phục hồi. Khi đó, người chăm sóc đóng vai trò là người đầu tiên phản ứng. Khả năng giữ bình tĩnh, đánh giá mức độ nguy hiểm và lựa chọn cách xử lý phù hợp là yêu cầu quan trọng giúp họ kiểm soát tình huống mà không làm tổn hại đến người bệnh hoặc bản thân.

Ngoài ra, kỹ năng kiểm soát hành vi còn bao gồm khả năng sử dụng lời nói, cử chỉ và điều chỉnh môi trường nhằm giảm thiểu sự kích thích từ bên ngoài - một yếu tố có thể gây căng thẳng cho người bệnh. Việc áp dụng các nguyên tắc giao tiếp trấn an, thiết lập khoảng cách an toàn, hướng dẫn người bệnh chuyển sự chú ý sang hoạt động tích cực là những kỹ thuật cần thiết trong chăm sóc thường ngày. Những hành vi này không chỉ mang tính phản ứng trong tình huống khẩn cấp mà còn có vai trò dự phòng lâu dài, giúp người bệnh học cách điều chỉnh cảm xúc và cải thiện khả năng tự kiểm soát.

Không kém phần quan trọng là việc đảm bảo an toàn cho cộng đồng và người chăm sóc. Người chăm sóc cần hiểu rõ quyền hạn, giới hạn của mình, đồng thời biết cách phối hợp với lực lượng y tế, công an hoặc các dịch vụ hỗ trợ xã hội khi gặp tình huống vượt quá khả năng xử lý. Việc nắm vững các quy trình ứng phó với tình huống nguy cấp không chỉ bảo vệ người bệnh mà còn giữ gìn trật tự và sự ổn định trong cộng đồng dân cư.

Yêu cầu của kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi đối với người chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng

Những người làm công tác chăm sóc và phục hồi chức năng đóng vai trò then chốt trong việc hỗ trợ người bệnh ổn định tâm lý và tái hòa nhập xã hội. Một trong những nhóm năng lực cốt lõi cần được chú trọng là kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi, nhằm đảm bảo an toàn cho cả người bệnh và cộng đồng.

Trước hết, kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp đòi hỏi người chăm sóc phải có khả năng nhận diện sớm các dấu hiệu của khủng hoảng tâm lý, như kích động, tự gây tổn thương hoặc có xu hướng bạo lực. Việc phát hiện sớm giúp ngăn chặn các nguy cơ leo thang và cho phép can thiệp kịp thời, giảm thiểu hậu quả tiêu cực. Người chăm sóc cần nắm vững các bước can thiệp cơ bản, từ việc trấn an tâm lý, thiết lập môi trường an toàn, cho đến việc huy động sự hỗ trợ y tế chuyên sâu khi cần thiết.

Bên cạnh đó, kỹ năng kiểm soát hành vi đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì ổn định cảm xúc và hành vi của người bệnh. Người chăm sóc phải hiểu rõ các yếu tố kích hoạt hành vi không phù hợp, đồng thời áp dụng các chiến lược kiểm soát hành vi một cách linh hoạt và nhân văn. Những kỹ thuật như thiết lập ranh giới rõ ràng, sử dụng ngôn ngữ cơ thể tích cực, và củng cố hành vi tích cực thông qua phản hồi phù hợp cần được vận dụng hiệu quả trong thực tế.

Đặc biệt, việc kiểm soát hành vi không nên mang tính cưỡng chế mà cần dựa trên nguyên tắc tôn trọng nhân phẩm và quyền của người bệnh. Do đó, người chăm sóc cần được trang bị kiến thức chuyên môn về tâm lý học lâm sàng, kỹ năng giao tiếp ứng xử, cũng như khả năng làm việc dưới áp lực trong những tình huống bất định.

Hơn nữa, kỹ năng phối hợp với các nguồn lực trong cộng đồng, bao gồm gia đình, cán Bộ Y tế và chính quyền địa phương, cũng là một yêu cầu quan trọng. Sự phối hợp hiệu quả không chỉ giúp kiểm soát tình huống khẩn cấp tốt hơn mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình phục hồi và hòa nhập lâu dài của người bệnh.

Kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và kiểm soát hành vi là yếu tố sống còn, giúp bảo vệ an toàn cho người bệnh, người xung quanh và chính người chăm sóc, đồng thời hạn chế tối đa các hậu quả tiêu cực về thể chất, tâm lý và xã hội. Bài viết này phân tích các biểu hiện cốt lõi của kỹ năng này, vai trò trong chăm sóc cộng đồng, cũng như định hướng ứng dụng trong thực hành thực tiễn.

5. THỰC TRẠNG VỀ KỸ NĂNG CHO NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Trong bối cảnh chuyển dịch mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần từ bệnh viện sang cộng đồng, vai trò của đội ngũ chăm sóc tại địa phương trở nên ngày càng quan trọng. Tuy nhiên, thực tế hiện nay cho thấy năng lực chuyên môn và kỹ năng của người chăm sóc tại cộng đồng ở Việt Nam còn nhiều hạn chế, chưa đáp ứng được yêu cầu chăm sóc - phục hồi chức năng toàn diện cho người bệnh tâm thần.

Theo kết quả khảo sát của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (2021), chỉ có khoảng 28% người chăm sóc tại cộng đồng được tập huấn cơ bản về kỹ năng chăm sóc tâm thần, và chưa đến 15% được tiếp cận với các khóa đào tạo chuyên sâu về xử lý tình huống khẩn cấp, kiểm soát hành vi hay giao tiếp với người rối loạn tâm thần. Đáng chú ý, có tới 72,4% người chăm sóc cho biết họ cảm thấy lo lắng hoặc bối rối khi người bệnh xuất hiện các hành vi bất thường, nhưng lại không biết cách ứng phó phù hợp.

Một nghiên cứu khác của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam (2019) cho thấy, gần 80% người chăm sóc tâm thần trong cộng đồng thiếu kỹ năng lập kế hoạch phục hồi chức năng phù hợp, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có vấn đề mãn tính như tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực hay trầm cảm tái phát. Thiếu kiến thức về tiến trình phục hồi khiến việc tổ chức các hoạt động hỗ trợ như huấn luyện kỹ năng sống, giao tiếp xã hội, và tăng cường khả năng tự lập gặp nhiều khó khăn.

Về kỹ năng giao tiếp - tương tác, kết quả từ đề tài nghiên cứu cấp Bộ của Trường Đại học Y Hà Nội (2020) chỉ ra rằng, gần 65% người chăm sóc thường sử dụng lời nói mang tính mệnh lệnh, áp đặt hoặc có biểu hiện thiếu kiên nhẫn, dẫn đến phản ứng tiêu cực từ người bệnh như

từ chối hợp tác hoặc hành vi chống đối. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến quá trình phục hồi mà còn làm suy giảm mối quan hệ giữa người chăm sóc và người bệnh, kéo dài thời gian điều trị và dễ gây tái phát.

Bên cạnh đó, các yếu tố như áp lực chăm sóc lâu dài, thiếu hỗ trợ từ phía cộng đồng và hệ thống y tế, cùng với định kiến xã hội vẫn còn phổ biến cũng góp phần làm suy giảm khả năng duy trì và phát triển kỹ năng của người chăm sóc. Đặc biệt tại các khu vực nông thôn, miền núi, nơi thiếu hụt nguồn nhân lực chuyên môn và điều kiện vật chất còn hạn chế, vấn đề này trở nên nghiêm trọng hơn.

Trước những thực trạng nêu trên, việc xây dựng hệ thống đào tạo chuẩn hóa, lồng ghép kỹ năng chăm sóc tâm thần vào chương trình y tế cộng đồng, đồng thời phát triển các mô hình hỗ trợ và kết nối thông tin cho người chăm sóc là một yêu cầu cấp thiết. Chỉ khi được trang bị đầy đủ kiến thức, kỹ năng và có sự đồng hành từ chuyên môn và cộng đồng, người chăm sóc mới có thể đóng góp hiệu quả vào tiến trình phục hồi chức năng tâm thần toàn diện và bền vững.

Bên cạnh yếu tố chuyên môn, người chăm sóc tại cộng đồng còn gặp nhiều khó khăn về thiếu thời gian, áp lực gia đình, thiếu hỗ trợ tài chính, khiến việc chăm sóc người bệnh kéo dài trở thành gánh nặng tinh thần. Một phần không nhỏ trong số này chưa được công nhận đúng mức trong hệ thống y tế, dẫn đến tâm lý mệt mỏi, thiếu động lực và dễ bỏ cuộc giữa chừng.

Sở dĩ có thực trạng này là do những nguyên nhân sau:

Thứ nhất: Do việc chuyển dịch mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần từ bệnh viện sang cộng đồng, dù phù hợp với định hướng quốc tế, đã được áp dụng tại Việt Nam mà chưa đảm bảo đồng bộ các điều kiện nền tảng như chính sách, nhân lực và đào tạo. Mô hình bệnh viện vốn nhấn mạnh can thiệp y khoa chuyên sâu bởi các bác sĩ chuyên khoa, trong khi mô hình cộng đồng đòi hỏi nhân sự tuyến đầu đảm nhiệm vai trò toàn diện hơn, bao gồm điều trị duy trì, phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý - xã hội. Tuy nhiên, năng lực của đội ngũ tại cộng đồng chưa được trang bị đầy đủ để đáp ứng yêu cầu mới, tạo nên khoảng cách lớn giữa mục tiêu chuyển đổi và thực tiễn triển khai.

Thứ 2: Do sự thiếu hụt một hệ thống đào tạo bài bản, thực tiễn và chuyên sâu dành riêng cho lực lượng nhân sự tuyến cơ sở. Theo báo cáo của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (2021), chỉ khoảng 28% người chăm sóc được tham gia các khóa tập huấn cơ bản, và chưa đến 15% tiếp cận được với các nội dung chuyên sâu như can thiệp trong khủng hoảng tâm lý, kiểm soát hành vi nguy hiểm, hoặc kỹ năng giao tiếp với người rối loạn tâm thần. Việc thiếu vắng các chương trình đào tạo liên tục (continuing education) khiến năng lực nghề nghiệp không được cập nhật thường xuyên, làm suy giảm tính bền vững của kỹ năng thực hành. Đồng thời, sự thiếu vắng chuẩn đầu ra về năng lực và việc thiết kế nội dung đào tạo còn phân tán, thiếu tính hệ thống, không đáp ứng được yêu cầu thực tiễn cũng là những hạn chế nghiêm trọng cần được khắc phục.

Thứ 3: Lực lượng chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng - bao gồm cộng tác viên y tế, cán bộ không chuyên trách và thân nhân người bệnh - hiện chưa được công nhận chính thức như một thành phần trong hệ thống y tế quốc gia. Sự thiếu thừa nhận này dẫn đến nhiều hệ quả đáng quan ngại. Trước hết, nhóm này không có mã ngạch nghề nghiệp và không được tích hợp vào quy hoạch nhân lực y tế tại địa phương, gây khó khăn trong việc quản lý và phát

triển nguồn lực. Bên cạnh đó, việc thiếu cơ chế tài chính ổn định, như bảo hiểm, phụ cấp hay hỗ trợ định kỳ, khiến cho hoạt động chăm sóc không được duy trì bền vững. Hệ quả sâu xa hơn là sự thiếu ghi nhận chính thức làm giảm động lực tự nâng cao năng lực, đồng thời cản trở việc hình thành một lộ trình nghề nghiệp rõ ràng và có ý nghĩa cho người làm công tác chăm sóc tại cộng đồng.

Thứ 4: Người chăm sóc, đặc biệt là thân nhân trong gia đình, thường phải đối mặt với áp lực tâm lý kéo dài trong quá trình chăm sóc người rối loạn tâm thần, trong khi lại thiếu các hệ thống hỗ trợ tinh thần phù hợp và bền vững. Tình trạng kiệt sức tâm lý (burnout) xảy ra phổ biến, do gánh nặng chăm sóc kéo dài, sự thiếu hụt thời gian dành cho bản thân, cũng như việc không được trang bị đầy đủ kỹ năng để xử lý các tình huống khẩn cấp. Bên cạnh đó, định kiến xã hội đối với các rối loạn tâm thần góp phần hình thành tâm lý né tránh, hạn chế việc chủ động tìm hiểu kiến thức chuyên môn. Quan niệm cho rằng bệnh tâm thần là “khó chữa” hoặc “không thể phục hồi” làm giảm niềm tin của người chăm sóc vào hiệu quả điều trị. Tâm lý này có thể dẫn đến lối ứng xử thiếu kiên nhẫn, sử dụng lời nói mang tính tiêu cực hoặc áp đặt, làm gia tăng phản ứng chống đối từ người bệnh và ảnh hưởng tiêu cực đến tiến trình phục hồi chức năng tâm lý - xã hội.

6. CÁC BIỆN PHÁP NÂNG CAO KỸ NĂNG ĐỐI VỚI NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Hiệu quả của việc chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng đóng vai trò thiết yếu trong quá trình điều trị và tái hòa nhập xã hội của người rối loạn tâm thần phụ thuộc lớn vào năng lực chuyên môn, đặc biệt là kỹ năng thực hành của đội ngũ chăm sóc, bao gồm cả nhân viên y tế tuyến cơ sở và người thân trực tiếp hỗ trợ bệnh nhân. Trong bối cảnh còn nhiều bất cập về kiến thức và kỹ năng như đã nêu trong các nghiên cứu thực trạng, việc triển khai các biện pháp nâng cao năng lực một cách hệ thống và bền vững là hết sức cần thiết.

6.1. Xây dựng chương trình đào tạo chuyên biệt, sát với thực tiễn

Một trong những giải pháp quan trọng hàng đầu là thiết kế các chương trình đào tạo phù hợp với điều kiện và trình độ của từng nhóm người chăm sóc. Các nội dung đào tạo cần tập trung vào các kỹ năng cốt lõi như nhận biết sớm dấu hiệu tái phát, kiểm soát hành vi rối loạn, giao tiếp - ứng xử nhân văn với người bệnh, tổ chức hoạt động phục hồi chức năng phù hợp và xử lý tình huống khẩn cấp. Các khóa học nên kết hợp lý thuyết với thực hành tình huống để nâng cao khả năng áp dụng vào thực tiễn.

Đặc biệt, chương trình đào tạo nên phân tầng theo đối tượng: nhóm cán Bộ Y tế tuyến xã/phường cần tiếp cận các nội dung mang tính chuyên sâu, trong khi nhóm người thân trong gia đình nên được cung cấp kiến thức cơ bản và kỹ thuật chăm sóc thiết thực, dễ tiếp cận. Ngoài ra, việc cập nhật thường xuyên kiến thức mới và các phương pháp phục hồi tiên tiến là cần thiết để đáp ứng yêu cầu ngày càng đa dạng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

6.2. Tăng cường hoạt động tập huấn tại chỗ và hỗ trợ kỹ thuật thường xuyên

Đào tạo lý thuyết cần đi đôi với thực hành lâm sàng và hỗ trợ kỹ thuật tại chỗ. Các cơ sở y tế tuyến tỉnh và huyện nên thiết lập đội ngũ chuyên gia phụ trách công tác “cầm tay chỉ việc”

tại cộng đồng, hỗ trợ các tình huống khó và hướng dẫn phương pháp can thiệp thực tế. Mô hình tập huấn tại chỗ giúp người chăm sóc củng cố kỹ năng xử lý các tình huống khẩn cấp, kiểm soát hành vi và duy trì quan hệ tích cực với người bệnh.

Bên cạnh đó, việc xây dựng hệ thống giám sát, tư vấn từ xa thông qua các nền tảng số (như điện thoại, ứng dụng chăm sóc sức khỏe tâm thần) sẽ tạo điều kiện để người chăm sóc được hỗ trợ kịp thời, đồng thời kết nối được với chuyên gia khi gặp những ca phức tạp mà họ không đủ năng lực xử lý độc lập.

6.3. Phát triển tài liệu hướng dẫn và bộ công cụ hỗ trợ kỹ năng

Một giải pháp thực tiễn khác là xây dựng các tài liệu hướng dẫn kỹ thuật dưới dạng sổ tay, video tình huống, hoặc các bộ câu hỏi - đáp phổ biến (FAQs) giúp người chăm sóc dễ dàng tra cứu và áp dụng trong thực tế. Các tài liệu này cần được thiết kế theo ngôn ngữ phổ thông, minh họa bằng tình huống cụ thể, đi kèm hướng dẫn xử lý theo từng bước, giúp người đọc tiếp cận nhanh và dễ nhớ.

Ngoài ra, việc phát triển bộ công cụ đánh giá tiến độ phục hồi, bảng theo dõi hành vi, kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa... cũng sẽ hỗ trợ người chăm sóc quản lý người bệnh hiệu quả hơn, giảm thiểu sai sót và tăng tính chủ động trong quá trình hỗ trợ.

6.4. Tạo lập mạng lưới hỗ trợ cộng đồng và chia sẻ kinh nghiệm

Người chăm sóc tâm thần thường chịu áp lực tâm lý lớn do phải đối mặt với những hành vi bất thường, tái phát hoặc bạo lực từ người bệnh. Do đó, việc xây dựng các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, nơi người chăm sóc có thể chia sẻ kinh nghiệm, nhận được lời khuyên từ những người từng trải, sẽ góp phần duy trì sức khỏe tinh thần và củng cố kỹ năng của họ.

Các mạng lưới hỗ trợ nên được tổ chức ở cấp xã/phường với sự điều phối của cán Bộ Y tế địa phương, đồng thời được kết nối với các tổ chức xã hội - nghề nghiệp và trung tâm sức khỏe tâm thần cấp tỉnh. Mô hình hỗ trợ ngang hàng không chỉ mang lại giá trị tinh thần mà còn giúp nâng cao hiệu quả truyền thông, tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

6.5. Lồng ghép kỹ năng chăm sóc tâm thần vào chương trình y tế công cộng

Cuối cùng, cần đưa nội dung kỹ năng chăm sóc, phục hồi chức năng tâm thần vào chương trình y tế công cộng thường kỳ, đặc biệt trong các hoạt động của trạm y tế xã, chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Việc lồng ghép này không chỉ giúp người dân nâng cao nhận thức mà còn góp phần chuẩn hóa kỹ năng của đội ngũ nhân viên y tế cơ sở, hướng tới một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, liên ngành và bền vững.

KẾT LUẬN

Trong bối cảnh các rối loạn tâm thần đang ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng y tế - xã hội nghiêm trọng, việc chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng trở nên thiết yếu. Những người đảm nhận vai trò chăm sóc không chỉ cần sự cảm thông và kiên nhẫn mà còn phải được trang bị hệ thống kỹ năng chuyên môn phù hợp, từ cơ bản đến nâng cao, nhằm bảo đảm quá trình hỗ trợ người bệnh đạt hiệu quả, an toàn và nhân văn.

Tham luận đã chỉ ra rằng, người chăm sóc và hỗ trợ phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng bao gồm nhiều nhóm khác nhau: Cán Bộ Y tế cơ sở; cộng tác viên dân số - y tế, nhân viên công tác xã hội; người thân trong gia đình; tình nguyện viên hoặc các cá nhân được đào tạo kỹ năng chăm sóc cơ bản. Những người này cần sở hữu các nhóm kỹ năng cốt lõi như: kỹ năng giao tiếp chuyên biệt với người có rối loạn tâm thần; kỹ năng lắng nghe; kỹ năng hỗ trợ điều trị và tuân thủ y tế đối; kỹ năng tổ chức hoạt động phục hồi chức năng tinh thần và xã hội; và kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp một cách hiệu quả. Các kỹ năng này không chỉ giúp người chăm sóc chủ động trong việc hỗ trợ người bệnh mà còn giảm thiểu rủi ro phát sinh trong quá trình can thiệp.

Thực tiễn triển khai tại Việt Nam và nhiều quốc gia cho thấy rằng năng lực của người chăm sóc vẫn còn hạn chế do thiếu hệ thống đào tạo chuyên biệt, thiếu tài liệu hướng dẫn phù hợp, cũng như thiếu cơ chế hỗ trợ kỹ thuật và tinh thần từ các tổ chức chuyên môn. Trong khi đó, yêu cầu thực tế đòi hỏi họ phải đối diện với những tình huống phức tạp và đôi khi tiềm ẩn nguy hiểm. Việc không được trang bị kỹ năng đầy đủ có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng cả về sức khỏe người bệnh lẫn an toàn của người chăm sóc.

Do vậy, một chiến lược nâng cao năng lực cho người chăm sóc cần được thiết lập một cách bài bản, bao gồm: phát triển chương trình đào tạo gắn với thực tiễn, xây dựng bộ tiêu chuẩn kỹ năng phù hợp với từng đối tượng, cung cấp tài liệu hỗ trợ trực quan và dễ tiếp cận, triển khai hệ thống hỗ trợ kỹ thuật thường xuyên tại cơ sở, đồng thời phát triển mạng lưới chia sẻ kinh nghiệm và hỗ trợ đồng đẳng trong cộng đồng. Chỉ khi nào người chăm sóc được công nhận đúng vai trò, được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng, thì chất lượng chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng mới có thể được nâng cao một cách bền vững và hiệu quả.

Việc phát triển kỹ năng cho người chăm sóc không đơn thuần là yêu cầu kỹ thuật, mà còn là một phần trong cam kết về quyền con người, công bằng trong chăm sóc sức khỏe và xây dựng một xã hội hỗ trợ, không kỳ thị đối với người có vấn đề sức khỏe tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2018). *Hướng dẫn phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế. (2021). *Chiến lược quốc gia về sức khỏe tâm thần đến năm 2030*. Hà Nội: Bộ Y tế.
3. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2016). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 511-517. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.036>
4. Gask, L., Dixon, C., May, C., & Dowrick, C. (2005). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal of General Practice*, 55(520), 854-859.
5. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2022). Motivational interviewing: Evidence base. *National Library of Medicine, PubMed Central*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7058852/>
6. Ministry of Health Malaysia. (2022). *Clinical practice guideline: Schizophrenia*. Kuala Lumpur: Ministry of Health.
7. Nguyễn Thị Mỹ Linh. (2022). Nghiên cứu thực trạng và nhu cầu đào tạo kỹ năng cho người chăm sóc bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng. *Tạp chí Y học Thực hành*, 10(1191), 95-100.

8. Nouri, F., et al. (2023). Mental & social health challenges of family caregivers. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-XXXX-X> (bổ sung DOI nếu có).
9. OUP. (2023). Listening in mental health clinical practice. *British Journal of Social Work*. OUP Academic. (bổ sung DOI hoặc URL nếu có)
10. Phạm Hồng Đức. (2020). Vai trò của gia đình và người chăm sóc trong phục hồi chức năng tâm thần. *Tạp chí Khoa học Xã hội và Nhân văn*, 6, 67-74.
11. Priebe, S., et al. (2022). Therapeutic relationships in psychosis. *Journal of Mental Health*. Taylor & Francis Online. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.XXXXXX>
12. Rossi, A., et al. (2024). Use of silence in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*. Taylor & Francis Online. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.XXXXXX>
13. Roberts, J., Boardman, J., & Davenport, S. (2023). Communication and recovery in psychosis: A person-centred approach. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.xxxxx>
14. World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.
15. World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: WHO.
16. World Health Organization. (2023). *mhGAP intervention guide*. Geneva: WHO.
17. Xue, Y., & Heffernan, C. (2023). Therapeutic communication in nursing. *ScienceDirect*. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.XX>

NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG VIỆC PHÁT HIỆN SỚM VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ThS. Vũ Thị Minh Phương¹, ThS. Trần Văn Thành²

Tóm tắt: Bối cảnh già hóa dân số tại TP. HCM đặt ra những thách thức lớn về chăm sóc sức khỏe tâm thần (SKTT) cho người cao tuổi (NCT), trong đó việc phát hiện sớm các vấn đề SKTT còn gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu này nhằm xác định và phân tích các rào cản chính trong việc phát hiện sớm vấn đề SKTT ở NCT tại TP. HCM, dưới góc nhìn của NCT, gia đình và nhân viên y tế, dựa trên Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM). Phương pháp nghiên cứu hỗn hợp được áp dụng, kết hợp khảo sát định lượng 276 NCT tại Quận 5 và Huyện Hóc Môn với phỏng vấn sâu định tính các bên liên quan. Kết quả chính cho thấy NCT còn hạn chế trong tự nhận biết vấn đề SKTT (đặc biệt ở ngoại thành, $p < 0.001$), thường xem nhẹ triệu chứng do tuổi già (96,4%). Vai trò phát hiện của gia đình bị giới hạn bởi giao tiếp. Các rào cản phổ biến khác (>75%) gồm thiếu kiến thức, thiếu hỗ trợ y tế cộng đồng và tâm lý ngại ngùng, sợ kỳ thị. Các yếu tố phức tạp, đa tầng lớp này cản trở việc phát hiện sớm tại TP. HCM, nhấn mạnh sự cần thiết của các giải pháp can thiệp đa diện vào nhận thức, gia đình và hệ thống y tế.

Từ khóa: phát hiện sớm; người cao tuổi; sức khỏe tâm thần; rào cản; mô hình HBM.

CHALLENGES IN THE EARLY DETECTION OF MENTAL HEALTH ISSUES AMONG OLDER ADULTS IN HO CHI MINH CITY

Abstract: The context of population aging in Ho Chi Minh City presents significant challenges for mental health care among older adults, particularly in the early detection of mental health issues. This study aims to identify and analyze the key barriers to early detection of mental health problems in the elderly, from the perspectives of older adults, family members, and healthcare workers, based on the Health Belief Model (HBM). A mixed-methods approach was employed, combining a quantitative survey of 276 older adults in District 5 and Hoc Mon District with in-depth qualitative interviews with relevant stakeholders. Key findings indicate that older adults, especially in suburban areas ($p < 0.001$), have limited ability to self-recognize mental health issues and often attribute symptoms to normal aging (96.4%). The role of families in early detection is constrained by limited communication. Other common barriers (>75%) include lack of knowledge, insufficient community-based mental health support, and stigma-related reluctance. These complex, multi-layered factors hinder early detection efforts in Ho Chi Minh City and underscore the urgent need for multifaceted interventions targeting individual awareness, family involvement, and healthcare system improvements.

Keywords: early detection; older adults; mental health; barriers; Health Belief Model (HBM)

1. GIỚI THIỆU

Việt Nam đang bước vào giai đoạn già hóa dân số với tốc độ nhanh bậc nhất khu vực. Theo Tổng cục Thống kê, đến năm 2023, hơn 12% dân số nước ta đã bước vào độ tuổi từ 60 trở lên - chính thức bước vào giai đoạn “già hóa dân số” theo phân loại của Liên Hợp Quốc (HelpAge International, 2023). Quá trình này đặt ra nhiều thách thức về an sinh xã hội và chăm sóc y tế, đặc biệt là lĩnh vực ít được chú ý nhưng có ảnh hưởng sâu sắc: sức khỏe tâm thần

¹ Khoa CTXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội (CSII), *Email: phuongvtm@ldxh.edu.vn.

² Phòng TCHC, Trường Đại học Lao động - Xã hội (CSII).

(SKTT) của người cao tuổi (NCT). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), 14% NCT trên toàn cầu sống chung với một rối loạn tâm thần nào đó, phổ biến nhất là trầm cảm, lo âu và suy giảm nhận thức. Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ NCT có triệu chứng trầm cảm dao động từ 20-40%, trong khi tỷ lệ được phát hiện và điều trị còn rất thấp (Nguyễn et al., 2021; Leggett et al., 2012).

Một trong những nguyên nhân quan trọng khiến vấn đề SKTT ở NCT không được giải quyết kịp thời là do khó khăn trong việc phát hiện sớm. Việc nhận biết các biểu hiện bất thường về cảm xúc, hành vi ở NCT thường bị bỏ qua, nhầm lẫn với dấu hiệu lão hóa tự nhiên, hoặc bị gia đình xem nhẹ. Bản thân NCT có thể thiếu hiểu biết về các triệu chứng, e ngại nói ra, hoặc không muốn trở thành gánh nặng. Gia đình thì bận rộn, thiếu kỹ năng quan sát tâm lý, còn y tế cơ sở chưa có sàng lọc định kỳ. Như vậy, rối loạn tâm thần ở NCT thường chỉ được phát hiện khi đã tiến triển nặng, gây hậu quả về chất lượng cuộc sống và chi phí điều trị (WHO, 2021).

Trong bối cảnh đó, cần làm rõ các yếu tố đang cản trở việc phát hiện sớm các vấn đề SKTT ở NCT. Không chỉ là rào cản cá nhân, mà còn có yếu tố xã hội, gia đình và hệ thống y tế. Mặc dù một số nghiên cứu quốc tế đã phân tích vấn đề này khá sâu, tại Việt Nam, các nghiên cứu còn tương đối phân tán và ít khi kết hợp định lượng với phân tích định tính theo mô hình lý thuyết cụ thể. Do đó, nghiên cứu này tập trung vào việc khảo sát thực trạng và nhận diện rào cản phát hiện sớm vấn đề SKTT ở NCT tại TP. HCM - một địa bàn đô thị đang đối mặt trực tiếp với quá trình già hóa, nhằm góp phần đưa ra các đề xuất phù hợp hơn với bối cảnh Việt Nam.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Cơ sở lý thuyết

Phát hiện sớm là một cấu phần quan trọng trong chiến lược chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Mặc dù Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) không đưa ra một định nghĩa duy nhất cho thuật ngữ này, nhưng nhấn mạnh các khái niệm liên quan như sàng lọc (screening) và can thiệp sớm (early intervention). Phát hiện sớm có thể được hiểu là quá trình nhận diện các dấu hiệu, triệu chứng ban đầu hoặc các yếu tố nguy cơ của một vấn đề sức khỏe ngay từ giai đoạn khởi phát, nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị kịp thời, từ đó cải thiện tiên lượng, giảm thiểu tác động tiêu cực và nâng cao chất lượng cuộc sống. Trong lĩnh vực SKTT ở NCT, việc này đặc biệt quan trọng nhưng cũng đầy thách thức do các triệu chứng thường bị bỏ qua, nhầm lẫn với quá trình lão hóa tự nhiên hoặc do sự kỳ thị khiến NCT và gia đình ngại tìm kiếm sự giúp đỡ (WHO, 2023).

Để phân tích hành vi nhận biết và phản ứng của NCT khi đối mặt với những thay đổi về tâm trạng, hành vi, nghiên cứu này sử dụng Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model - HBM) làm khung lý thuyết trung tâm. Mô hình này được phát triển từ những năm 1950 bởi các nhà tâm lý học xã hội như Rosenstock và cộng sự, cung cấp một khung lý thuyết nền tảng hữu ích. Theo HBM, việc một cá nhân (ở đây là NCT hoặc gia đình họ) thực hiện một hành vi sức khỏe (như đi sàng lọc SKTT, tìm kiếm trợ giúp khi có dấu hiệu) phụ thuộc vào cách họ đánh giá: (1) mức độ dễ mắc vấn đề (perceived susceptibility), (2) mức độ nghiêm trọng của hậu quả nếu không hành động (perceived severity), (3) lợi ích nhận được nếu hành động (perceived benefits), (4) rào cản cản trở hành động (perceived barriers), (5) động lực nhắc nhở

hành động (cues to action) và (6) niềm tin vào khả năng tự mình hành động (self-efficacy) (Alyafei & Easton-Carr, 2024).

Trong bối cảnh SKTT ở NCT, mô hình này lý giải rõ vì sao nhiều người không đi khám dù có triệu chứng rõ ràng. Họ có thể không nghĩ mình có nguy cơ, hoặc cho rằng những biểu hiện như buồn chán, mất ngủ chỉ là “tất nhiên của tuổi già” - tức mức độ nghiêm trọng cảm nhận thấp. Họ có thể thấy đi khám là rắc rối, tốn tiền, xấu hổ - nghĩa là rào cản cảm nhận cao. Họ cũng thiếu các tín hiệu nhắc nhở từ bên ngoài như bác sĩ, người thân hay cộng đồng. Vì vậy, HBM cung cấp một khung phân tích lý tưởng để hiểu hành vi trì hoãn nhận biết và tìm kiếm hỗ trợ ở NCT Việt Nam hiện nay.

2.2. Tổng quan nghiên cứu

Bối cảnh già hóa dân số toàn cầu đặt ra những thách thức lớn đối với hệ thống y tế và xã hội, trong đó SKTT của NCT là một vấn đề ngày càng được quan tâm. Mặc dù SKTT là một phần không thể thiếu của sức khỏe toàn diện, các vấn đề SKTT ở NCT thường không được nhận diện đầy đủ và điều trị kịp thời (WHO, 2015). Phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường về SKTT được xem là bước quan trọng để cải thiện chất lượng cuộc sống cho NCT. Tuy nhiên, quá trình này gặp phải vô số rào cản phức tạp, đòi hỏi sự tìm hiểu sâu sắc từ cả góc độ quốc tế và bối cảnh cụ thể tại Việt Nam.

Trên thế giới, các nghiên cứu đã xác định nhiều nhóm rào cản chính ngăn cản NCT tìm kiếm và tiếp cận dịch vụ chăm sóc SKTT. Một tổng quan hệ thống của Lavingia và cộng sự (2020) tại Mỹ đã phân loại các rào cản thành 5 nhóm chính: (1) thái độ và kiến thức của NCT (bao gồm sự kỳ thị và thiếu nhận thức về sự cần thiết của điều trị); (2) các bệnh lý cơ thể đi kèm làm lu mờ triệu chứng tâm thần; (3) các yếu tố liên quan đến nhà cung cấp dịch vụ (thiếu chuyên môn, thời gian); (4) các rào cản khác (chi phí, phương tiện đi lại, sự phụ thuộc vào người chăm sóc); và (5) các yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến NCT thuộc nhóm dân tộc thiểu số (rào cản văn hóa, ngôn ngữ). Nghiên cứu của Barrio và cộng sự (2008) cũng nhấn mạnh các rào cản về ngôn ngữ, văn hóa, thiếu thông tin về dịch vụ và thiếu nhà cung cấp phù hợp về văn hóa là những trở ngại lớn đối với NCT gốc Latinh tại Mỹ. Bên cạnh đó, yếu tố xã hội như thiếu hụt hỗ trợ xã hội cũng được chứng minh là có liên quan mạnh mẽ đến trầm cảm ở NCT, đặc biệt ở những người có hoàn cảnh sống thay đổi hoặc ở khu vực nông thôn/đô thị khác nhau (Kim et al., 2004; Mechakra-Tahiri et al., 2009).

Tại Việt Nam, bối cảnh già hóa dân số cũng đang diễn ra nhanh chóng, đặt ra nhu cầu cấp thiết về chăm sóc SKTT cho NCT. Các nghiên cứu trong nước, dù chưa nhiều, cũng bắt đầu chỉ ra những khó khăn tương tự và những nét đặc thù. Tỷ lệ trầm cảm ở NCT tại Việt Nam được ghi nhận khá cao qua một số nghiên cứu tại các địa phương khác nhau (Nguyễn và cộng sự, 2024). Việc chẩn đoán thường gặp khó khăn và dễ bị bỏ sót do triệu chứng dễ bị quy cho là lão hóa thông thường (Đỗ Văn Điều, 2023). Các rào cản về kinh tế, trình độ học vấn thấp, hạn chế trong tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế cũng được ghi nhận, đặc biệt ở các nhóm NCT yếu thế hoặc ở vùng nông thôn (Trương Thị Yến, 2024). Sự thiếu hụt các cơ sở lão khoa và nhân viên y tế được đào tạo chuyên sâu về SKTT lão khoa cũng là một thách thức lớn của hệ thống y tế (Nguyễn Thị Cúc Trâm, 2022). Do đó, việc tăng cường sàng lọc và phát hiện sớm tại các cơ sở y tế và cộng đồng là rất cần thiết (Nguyễn và cộng sự, 2024).

Nhìn chung, tổng quan tài liệu cho thấy những khó khăn trong phát hiện sớm SKTT ở NCT là một vấn đề đa diện, chịu ảnh hưởng của các yếu tố cá nhân (nhận thức, thái độ), gia đình, xã hội (hỗ trợ xã hội, kỳ thị, văn hóa) và hệ thống (chi phí, nhân lực, dịch vụ). Việc hiểu rõ các rào cản này trong bối cảnh cụ thể của TP. HCM là vô cùng cần thiết để đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp và hiệu quả.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Để khám phá một cách toàn diện những rào cản trong phát hiện sớm vấn đề SKTT ở NCT tại đô thị Việt Nam, nghiên cứu áp dụng phương pháp hỗn hợp (mixed-methods), kết hợp giữa điều tra định lượng diện rộng và phân tích định tính lồng ghép. Việc phối hợp hai phương pháp này cho phép vừa đo lường tỷ lệ, xu hướng và mối liên hệ giữa các yếu tố định lượng, vừa lý giải sâu hơn các hành vi, động cơ và nhận thức - những yếu tố đặc biệt quan trọng trong phân tích theo Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM).

Dữ liệu định lượng được thu thập thông qua khảo sát 276 NCT đang sinh sống tại TP. HCM, trong đó có 122 NCT từ Quận 5 (nội thành) và 154 NCT từ huyện Hóc Môn (ngoại thành). Tiêu chí chọn mẫu bao gồm: từ 60 tuổi trở lên, có khả năng nhận thức và giao tiếp, đang sinh sống tại địa phương ít nhất 1 năm, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nội dung khảo sát tập trung vào các thành tố chính của HBM: cảm nhận nguy cơ mắc vấn đề tâm thần (ví dụ: tự nhận thấy thay đổi tâm trạng/hành vi), cảm nhận mức độ nghiêm trọng (ví dụ: có xem các thay đổi là đáng lo không), rào cản hành động (ví dụ: tâm lý e ngại, thiếu kiến thức, thiếu hỗ trợ gia đình - y tế), lợi ích kỳ vọng (ý nghĩa của việc phát hiện sớm), cũng như các yếu tố nhắc nhở hành động như sự quan tâm của con cháu, truyền thông địa phương, và tương tác với nhân viên y tế. Ngoài ra, phiếu khảo sát còn thu thập thông tin cơ bản về nhân khẩu học, mô hình sống, mức độ giao tiếp trong gia đình, và người đầu tiên phát hiện các thay đổi bất thường nếu có.

Dữ liệu định lượng được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, với các bước phân tích gồm: thống kê mô tả (tỷ lệ, trung bình), phân tích chéo (Crosstabs) để so sánh giữa nội thành và ngoại thành, kiểm định Chi-square để xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, và phân tích nhiều lựa chọn (Multiple Response) đối với câu hỏi mở - đa lựa chọn về các lý do gây khó khăn trong phát hiện sớm.

Dữ liệu định tính được thu thập thông qua các đoạn trích phỏng vấn sâu từ ba nhóm: NCT từng trải qua giai đoạn tâm lý bất ổn, người chăm sóc (con cháu trong gia đình), và nhân viên y tế tuyến cơ sở. Những trích đoạn này nhằm minh họa rõ hơn cho hành vi và nhận thức thực tế của các chủ thể - đặc biệt trong phân tích từng yếu tố của mô hình HBM.

Sự tích hợp phương pháp định tính và định lượng giúp bài nghiên cứu không chỉ mô tả tình trạng mà còn lý giải được căn nguyên, điều rất cần thiết khi nghiên cứu hành vi sức khỏe của NCT - vốn thường chịu ảnh hưởng bởi niềm tin, kỳ vọng và mô hình xã hội gia đình đặc thù.

4. KẾT QUẢ

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu đã tiếp cận được 276 NCT, trong đó có sự cân đối tương đối về địa bàn với 122 người (44,2%) ở Quận 5 và 154 người (55,8%) ở Huyện Hóc Môn. Như trình bày ở Bảng 1, tỷ lệ nữ giới tham gia khảo sát (55,8%) cao hơn nam giới (44,2%). Về độ tuổi, nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%), tiếp theo là nhóm 70-79 tuổi (39,5%) và nhóm từ 80 tuổi

trở lên chiếm 19,6%. Trình độ học vấn của mẫu nghiên cứu khá đa dạng, tuy nhiên, nhóm có trình độ từ Trung học cơ sở trở xuống chiếm đa số (tổng cộng 71,3%), trong đó có 6,5% NCT không biết chữ. Đa số NCT sống cùng gia đình dưới các hình thức khác nhau (vợ/chồng, con cháu, hoặc cả hai), chỉ có một tỷ lệ nhỏ (5,8%) sống một mình.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu khảo sát (N=276)

	N	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	122	44,2
Nữ	154	55,8
Nhóm tuổi		
60-69 tuổi	113	40,9
70-79 tuổi	109	39,5
Từ 80 tuổi trở lên	54	19,6
Trình độ học vấn		
Ko biết chữ	18	6,5
Tiểu học	89	32,2
THCS	90	32,6
THPT	50	18,1
Cao đẳng/Đại học trở lên	29	10,5
Địa bàn cư trú		
Nội thành	122	44,2
Ngoại thành	154	55,8
Tình trạng sống hiện tại		
Sống 1 mình	16	5,8
Sống với vợ/chồng	77	27,9
Sống với con cháu	92	33,3
Sống với vợ/chồng và con cháu	85	30,8
Sống với người thân khác	6	2,2

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

4.2. Thực trạng tự nhận biết và nguồn phát hiện sớm thay đổi SKTT

Một trong những yếu tố đầu tiên ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự giúp đỡ là khả năng tự nhận biết các thay đổi bất thường về tâm lý, tình cảm của bản thân NCT. Kết quả khảo sát (Bảng 2) cho thấy một tỷ lệ đáng kể NCT gặp khó khăn trong việc này. Chỉ có 11,2% NCT tự nhận biết rõ ràng những thay đổi tâm thần của mình, trong khi 49,3% chỉ nhận biết ở mức độ trung bình và 39,5% NCT gần như không hoặc ít nhận biết được.

Bảng 2. Tỷ lệ người cao tuổi tự nhận biết thay đổi sức khỏe tâm thần (N=276)

Mức độ nhận biết	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Không thay đổi	109	39,5
Có thay đổi nhẹ	136	49,3
Có thay đổi rõ rệt	31	11,2

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

Thực tế này được minh chứng qua chia sẻ của một NCT tại Hóc Môn: “*Tôi cũng hay quên, có hôm ra chợ cầm tiền mà quên mất định mua gì. Nhưng tôi vẫn nghĩ là chuyện bình thường,*

tuổi này ai mà không lần tí. Cứ kệ vậy thôi.” (Trích PVS NCT nữ, 74 tuổi, Hóc Môn). Chia sẻ này cho thấy rõ nhận thức mức độ nghiêm trọng thấp và niềm tin rằng thay đổi tâm lý là điều “bình thường” ở NCT - một rào cản hành động rõ nét trong HBM.

Khi NCT không tự nhận ra, vai trò của những người xung quanh trở nên rất quan trọng. Bảng 3 cho thấy ai là người đầu tiên phát hiện ra sự thay đổi ở những NCT có vấn đề. Đáng chú ý, mặc dù 40,2% NCT cho biết chính họ là người đầu tiên nhận ra, nhưng một tỷ lệ đáng kể khác (31,9%) là do con cháu trong gia đình phát hiện. Bạn bè/hàng xóm đóng góp 9,4% và nhân viên y tế chỉ chiếm 5,1% trong việc phát hiện ban đầu. Đặc biệt, có tới 13,4% trường hợp được báo cáo là “không ai nhận ra”, cho thấy một khoảng trống lớn trong mạng lưới hỗ trợ và phát hiện sớm.

Bảng 3. Người đầu tiên phát hiện thay đổi tâm thần ở NCT (N=276)

Nguồn phát hiện	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Chính bản thân NCT	111	40,2
Con cháu trong gia đình	88	31,9
Bạn bè/hàng xóm	26	9,4
Nhân viên y tế	14	5,1
Không ai nhận ra	37	13,4

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

Vai trò then chốt nhưng cũng đầy thách thức của gia đình và hệ thống y tế cơ sở được thể hiện qua lời kể của một cán bộ Trạm Y tế xã X. (Hóc Môn): *“Rất nhiều cụ chỉ được con cái đưa đi khám khi mất ngủ nhiều đêm liền, hay là khóc một mình. Trước đó thì cả cụ lẫn người nhà đều nghĩ chắc tại tuổi già”*. Điều này cho thấy việc phát hiện thường xảy ra muộn, khi các triệu chứng đã trở nên rõ ràng và ảnh hưởng đến sinh hoạt, thay vì được nhận diện ở giai đoạn sớm hơn.

Phân tích sâu hơn cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) về mức độ tự nhận biết giữa hai địa bàn. Bảng 4 chỉ ra NCT tại Quận 5 có tỷ lệ nhận biết thay đổi (cả nhẹ và rõ rệt) cao hơn đáng kể so với NCT tại Hóc Môn. Ngược lại, tỷ lệ NCT “không nhận thấy thay đổi” ở Hóc Môn (52,6%) cao hơn gấp đôi so với Quận 5 (23,0%). Sự chênh lệch này có thể liên quan đến khả năng tiếp cận thông tin, trình độ học vấn hoặc mức độ quan tâm đến SKTT khác nhau giữa khu vực nội và ngoại thành, ảnh hưởng đến “động lực hành động” của NCT theo HBM. Một cán Bộ Y tế phường tại Quận 5 nhận định: *“Ở đây người dân tiếp cận thông tin dễ hơn, nhiều người cũng chủ động đi khám sức khỏe định kỳ, nên có khi họ tự nhận ra hoặc bác sĩ phát hiện sớm hơn.”* (Trích PVS CBYT, Quận 5). Những kết quả này gợi ý rằng, việc thiếu kiến thức và thông tin (ảnh hưởng đến “cảm nhận nguy cơ” và “năng lực bản thân” trong Mô hình niềm tin sức khỏe - HBM) là một rào cản quan trọng, đặc biệt ở khu vực ngoại thành, làm hạn chế khả năng tự nhận diện vấn đề của NCT.

Bảng 4. So sánh mức độ tự nhận biết thay đổi SKTT theo địa bàn (N=276)

Mức độ thay đổi (tự nhận biết)	Nội thành (%)	Ngoại thành (%)	Tổng (%)
Không thay đổi	23,0%	52,6%	39,5%
Có thay đổi nhẹ	60,7%	40,3%	49,3%
Có thay đổi rõ rệt	16,4%	7,1%	11,2%

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

4.3. Giao tiếp trong gia đình về sức khỏe tâm thần

Giao tiếp cởi mở về cảm xúc trong gia đình là một “yếu tố nhắc nhở hành động” (cue to action) tiềm năng trong HBM, giúp các thành viên nhận ra sớm những bất ổn tâm lý. Tuy nhiên, kết quả khảo sát (Bảng 5) cho thấy thực trạng giao tiếp này còn rất hạn chế. Có đến 82,9% NCT cho biết họ chỉ “Hiếm khi” (42,4%) hoặc “Thỉnh thoảng” (38,0%), thậm chí “Không bao giờ” (2,5%) chia sẻ cảm xúc của mình với người nhà. Tỷ lệ NCT “Thường xuyên” và “Rất thường xuyên” chia sẻ chỉ chiếm tổng cộng 17%.

Bảng 5. Mức độ giao tiếp giữa người cao tuổi và các thành viên gia đình (N=276)

Mức độ giao tiếp	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Không bao giờ	7	2,5%
Hiếm khi	117	42,4%
Thỉnh thoảng	105	38,0%
Thường xuyên	35	12,7%
Rất thường xuyên	12	4,3%

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

Sự thiếu vắng giao tiếp này không chỉ làm giảm sự gắn kết tình cảm mà còn trực tiếp cản trở việc phát hiện sớm các vấn đề SKTT. Khi NCT không chia sẻ, gia đình khó lòng nhận biết được những thay đổi tâm lý tinh vi hoặc những nỗi niềm sâu kín. Lời thừa nhận của một người con trai ở Hóc Môn phần nào phản ánh điều này: *“Tôi nghĩ mẹ buồn thì tự điều chỉnh được. Mãi sau khi bà bỏ ăn mấy hôm, tôi mới giật mình.”* (Trích PVS anh A, 44 tuổi, con của NCT, Q.5). Câu chuyện này cho thấy sự thiếu hụt các tín hiệu cần thiết từ NCT và sự thiếu nhạy cảm hoặc diễn giải sai lệch từ phía gia đình có thể khiến các triệu chứng SKTT ban đầu bị bỏ qua, chỉ đến khi vấn đề trở nên nghiêm trọng hơn mới được chú ý.

4.4. Những rào cản chính trong việc phát hiện sớm SKTT ở NCT

Để hiểu rõ hơn những khó khăn cụ thể, nghiên cứu đã khảo sát 6 lý do/rào cản phổ biến nhất khiến việc phát hiện sớm SKTT trở nên khó khăn, NCT có thể chọn nhiều lý do. Kết quả trình bày ở Bảng 6 cho thấy một thực trạng đáng báo động: tỷ lệ NCT đồng ý với tất cả các rào cản đều rất cao, trên 75%. Điều này chứng tỏ NCT đang phải đối mặt đồng thời với nhiều lớp rào cản đan xen, khiến cho việc phát hiện và can thiệp sớm trở nên khó khăn.

Bảng 6. Những khó khăn trong việc phát hiện sớm vấn đề SKTT ở người cao tuổi

Lý do	N	Tỷ lệ (%)
Không nhận biết được dấu hiệu bất thường	227	82,2%
Cho rằng các triệu chứng là bình thường do tuổi già	266	96,4%
Tâm lý ngại ngùng, e dè khi chia sẻ vấn đề tinh thần	208	75,4%
Gia đình bận rộn, ít thời gian quan tâm	220	79,7%
Thiếu kiến thức về bệnh tâm thần ở người cao tuổi	239	86,6%
Thiếu hỗ trợ tư vấn từ y tế cộng đồng	233	84,4%

Nguồn: Khảo sát thực tế năm 2025

Kết quả khảo sát cho thấy, rào cản phổ biến nhất, được tới 96,4% NCT đồng tình, chính là quan niệm cho rằng các thay đổi tâm lý là bình thường do tuổi già. Niềm tin sâu sắc rằng suy giảm trí nhớ hay cảm xúc buồn chán là một phần tất yếu của quá trình lão hóa khiến cả NCT và gia đình bỏ qua các dấu hiệu cảnh báo sớm. Điều này tương ứng với việc “cảm nhận nguy cơ” và “cảm nhận tính nghiêm trọng” thấp trong Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM), như minh chứng rõ nét qua chia sẻ của cụ bà 71 tuổi ở Quận 5 về việc hay quên: *“Tôi vẫn nghĩ là chuyện bình thường, tuổi này ai mà không lẫn tí.”*

Liên quan chặt chẽ đến việc bình thường hóa này là tình trạng thiếu kiến thức về bệnh tâm thần, một khó khăn được 86,6% NCT thừa nhận. Việc không hiểu rõ về bệnh, triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị khiến NCT và gia đình lúng túng, không biết phải làm gì khi có dấu hiệu bất thường, đồng thời góp phần vào rào cản không nhận biết được triệu chứng (được 82,2% NCT đồng tình). Bên cạnh những khó khăn từ phía cá nhân và gia đình, 84,4% NCT còn cảm thấy thiếu sự hỗ trợ hiệu quả từ hệ thống y tế cộng đồng. Thực tế này, như phản ánh qua chia sẻ của cán Bộ Y tế tại Hóc Môn về việc thiếu chuyên môn sâu và công cụ sàng lọc SKTT tại trạm y tế, làm giảm đáng kể khả năng tiếp cận các dịch vụ phát hiện sớm ngay tại cộng đồng.

Mặc dù gia đình có vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm, nhưng 79,7% NCT vẫn cảm nhận sự thiếu quan tâm từ gia đình là một rào cản. Điều này có thể xuất phát từ sự thiếu giao tiếp đã đề cập trước đó, hoặc do gia đình cũng thiếu kiến thức, thời gian, như lời kể của người con trai ở Hóc Môn về việc không nhận ra nỗi buồn của mẹ cho đến khi bà bỏ ăn. Cuối cùng, không thể không nhắc đến tâm lý ngại ngùng, sợ bị kỳ thị, một rào cản được 75,4% NCT xác nhận. Nỗi sợ bị đánh giá, bị coi là “có vấn đề về thần kinh”, “lầm cảm” hay sợ bị kỳ thị bởi cộng đồng và người thân - một “rào cản cảm nhận” mạnh mẽ trong mô hình HBM - khiến NCT có xu hướng che giấu cảm xúc và triệu chứng của mình, như lời bày tỏ của một cụ ông ở nội thành: *“Nói ra thì sợ người ta bảo mình yếu đuối. Thôi thì cứ cười cho qua chuyện”*. Những rào cản này không tồn tại riêng lẻ mà thường chồng chéo, tác động cộng hưởng lẫn nhau, tạo ra một môi trường không thuận lợi cho việc phát hiện sớm SKTT ở NCT.

5. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu phác thảo một bức tranh phức tạp về thực trạng phát hiện sớm các vấn đề SKTT ở NCT tại TP. HCM. Nhìn chung, khả năng tự nhận biết những thay đổi tâm lý của NCT còn rất hạn chế, đặc biệt rõ rệt ở khu vực ngoại thành, thường đi kèm với xu hướng xem nhẹ hoặc bình thường hóa các triệu chứng do tuổi già. Điều này phản ánh “cảm nhận nguy cơ” và “cảm nhận tính nghiêm trọng” thấp trong Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM). Mặc dù gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện ban đầu, nhưng hiệu quả còn bị hạn chế bởi sự thiếu giao tiếp cởi mở về cảm xúc, làm suy yếu các “tín hiệu hành động” tiềm năng. Đáng chú ý, NCT phải đối mặt đồng thời với nhiều “rào cản cảm nhận” phổ biến như thiếu kiến thức, sự kỳ thị và hạn chế trong tiếp cận hỗ trợ từ y tế cộng đồng, tạo nên những thách thức đáng kể cho nỗ lực phát hiện sớm.

Những khó khăn được xác định tại TP. HCM nhìn chung phản ánh các rào cản phổ biến đã được ghi nhận trong y văn quốc tế, bao gồm các yếu tố về thái độ, kiến thức, sự kỳ thị, cũng như

các rào cản hệ thống và văn hóa (Lavingia et al., 2020; Barrio et al., 2008). Các phát hiện này cũng phù hợp với bối cảnh Việt Nam, nơi các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra những thách thức trong chẩn đoán SKTT ở NCT và tỷ lệ mắc đáng kể tại một số cộng đồng (Nguyễn và cộng sự, 2024; Trương Thị Yến, 2024). Tuy nhiên, nghiên cứu này cung cấp thêm góc nhìn cụ thể tại TP. HCM, đặc biệt là sự khác biệt đáng kể về mức độ tự nhận biết vấn đề SKTT giữa NCT sống ở khu vực nội thành và ngoại thành, nhấn mạnh tầm quan trọng của yếu tố địa bàn và khả năng tiếp cận thông tin trong bối cảnh địa phương khi xem xét các rào cản phát hiện sớm.

Từ những kết quả nghiên cứu, có thể rút ra một số hàm ý quan trọng cho thực hành và chính sách nhằm cải thiện việc phát hiện sớm SKTT ở NCT tại TP. HCM. Rõ ràng, cần có các chiến lược can thiệp đa diện, tác động đồng thời vào nhiều yếu tố rào cản đã được xác định. Dựa trên Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM), các can thiệp cần tập trung nâng cao nhận thức của NCT và cộng đồng về nguy cơ cũng như tính nghiêm trọng của các vấn đề SKTT, giúp phân biệt rõ ràng giữa bệnh lý và quá trình lão hóa thông thường. Song song đó, cần nỗ lực giảm thiểu các rào cản cảm nhận, đặc biệt là sự kỳ thị, thông qua các chiến dịch truyền thông cộng đồng và giáo dục sức khỏe liên tục, đồng thời cung cấp thông tin rõ ràng về các dịch vụ hỗ trợ sẵn có và cách tiếp cận chúng.

Một hàm ý quan trọng khác là cần tăng cường vai trò của gia đình như một “tín hiệu hành động” hiệu quả, thông qua việc thúc đẩy giao tiếp cởi mở về cảm xúc và trạng bị kiến thức, kỹ năng để người thân có thể nhận biết sớm các dấu hiệu bất thường và hỗ trợ NCT kịp thời. Đồng thời, việc nâng cao năng lực cho hệ thống y tế cơ sở, bao gồm tập huấn chuyên môn cho nhân viên y tế và tích hợp các công cụ sàng lọc SKTT đơn giản vào quy trình khám sức khỏe định kỳ, là yếu tố then chốt để giải quyết các rào cản hệ thống và tạo điều kiện cho việc phát hiện sớm tại cộng đồng.

Cuối cùng, sự khác biệt về nhận thức giữa khu vực nội và ngoại thành cho thấy tầm quan trọng của việc thiết kế các chương trình can thiệp linh hoạt, phù hợp với đặc thù và nhu cầu của từng địa bàn cụ thể tại TP. HCM.

Nghiên cứu này cũng tồn tại một số hạn chế cần được nhìn nhận. Thứ nhất, mẫu nghiên cứu được chọn tại hai địa bàn (Quận 5 và Hóc Môn) có thể chưa đại diện đầy đủ cho sự đa dạng của NCT trên toàn TP. HCM. Thứ hai, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ mô tả thực trạng tại một thời điểm, không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố. Thứ ba, dữ liệu định lượng chủ yếu dựa trên tự báo cáo của NCT, có thể chịu ảnh hưởng bởi yếu tố chủ quan, trí nhớ hoặc mong muốn xã hội. Thứ tư, nghiên cứu tập trung vào các rào cản chung trong phát hiện sớm mà chưa sử dụng các công cụ sàng lọc chuẩn hóa để xác định tỷ lệ mắc cụ thể các rối loạn tâm thần trong mẫu.

6. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã tập trung làm rõ những khó khăn và rào cản chính trong việc phát hiện sớm các vấn đề SKTT ở NCT tại Thành phố Hồ Chí Minh, một vấn đề ngày càng trở nên cấp thiết trong bối cảnh già hóa dân số. Kết quả khảo sát kết hợp với phỏng vấn sâu đã cho thấy một bức tranh đa diện về những thách thức mà NCT, gia đình và hệ thống y tế cơ sở đang phải đối mặt.

Các phát hiện chính nhấn mạnh tình trạng hạn chế trong khả năng tự nhận biết những thay đổi tâm lý ở NCT, thường bị bình thường hóa hoặc quy cho tuổi già, đặc biệt rõ nét ở khu vực ngoại thành. Mặc dù gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện ban đầu, nhưng sự thiếu hụt trong giao tiếp cởi mở về cảm xúc và nhận thức chưa đầy đủ đã làm giảm hiệu quả của vai trò này. Nghiên cứu cũng khẳng định sự tồn tại và tác động mạnh mẽ của hàng loạt rào cản đan xen, bao gồm thiếu kiến thức về SKTT, sự kỳ thị xã hội, những hạn chế trong tiếp cận thông tin và dịch vụ hỗ trợ từ y tế cộng đồng, cũng như tâm lý e ngại từ chính NCT. Những rào cản này, được soi chiếu qua Mô hình niềm tin sức khỏe, cho thấy nhận thức về nguy cơ và mức độ nghiêm trọng còn thấp, trong khi cảm nhận về rào cản lại rất cao, cản trở đáng kể động lực tìm kiếm sự giúp đỡ sớm.

Tóm lại, việc phát hiện sớm các vấn đề SKTT ở NCT tại TP. HCM không chỉ là thách thức về mặt y tế mà còn là vấn đề phức tạp liên quan đến nhận thức cá nhân, tương tác gia đình, yếu tố văn hóa - xã hội và năng lực hệ thống. Để cải thiện tình hình, cần có những nỗ lực phối hợp và chiến lược can thiệp đa cấp độ, từ nâng cao nhận thức cộng đồng, giảm kỳ thị, hỗ trợ gia đình, đến tăng cường năng lực cho y tế cơ sở. Chỉ khi các rào cản này được giải quyết một cách đồng bộ, chúng ta mới có thể hy vọng cải thiện tỷ lệ phát hiện sớm, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và SKTT cho NCT trên địa bàn thành phố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alyafei, W., & Easton-Carr, A. (2024). The health belief model of behavior change. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
2. Barrio, C., Palinkas, L. A., Yamada, A.-M., Fuentes, D., Criado, V., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2008). Unmet Needs for Mental Health Services for Latino Older Adults: Perspectives from Consumers, Family Members, Advocates, and Service Providers. *Community Mental Health Journal*, 44(1), 57-74. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9112-9>
3. Đỗ, V. Đ. (2023). *Nghiên cứu trầm cảm và đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi* [Luận án tiến sĩ, Đại học Huế].
4. Kim, J.-M., Stewart, R., Shin, I.-S., Yoon, J.-S., & Lee, H.-Y. (2004). Lifetime urban/rural residence, social support and late-life depression in Korea. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(9), 843-851. <https://doi.org/10.1002/gps.1175>
5. Lavingia, R., Jones, K., & Asghar-Ali, A. A. (2020). A Systematic Review of Barriers Faced by Older Adults in Seeking and Accessing Mental Health Care. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(5), 367-382. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000491>
6. Leggett, A., Zarit, S. H., Nguyen, N. H., Hoang, C. N., & Nguyen, H. T. (2012). The influence of social factors and health on depressive symptoms and worry: A study of older Vietnamese adults. *Aging & Mental Health*, 16(6), 780-786. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.667777>
7. Mechakra-Tahiri, S., Zunzunegui, M. V., Prévile, M., & Dubé, M. (2009). Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1226-1236. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1002/gps.2250>
8. Nguyễn, Đ. H. G., Nguyễn, T. T. T., Nguyễn, V. T., Trương, T. M. N., Thạch, K. M. T., & Trương, T. T. (2024). Thực trạng trầm cảm ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 81, 207-213. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i81.3052>

9. Nguyễn, T. C. T. (2022). Sức khỏe tinh thần người cao tuổi trong bối cảnh đại dịch COVID-19 qua một số nghiên cứu. *Tạp chí Khoa học Xã hội*, (11).
10. Trương, T. Y. (2024). *Hoạt động hỗ trợ người cao tuổi tại cộng đồng cư dân vạn đò tái định cư của tỉnh Thừa Thiên Huế* [Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội].
11. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.
12. World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Plan of action 2021-2030*. WHO Press.
13. WHO. (2023). Mental health of older adults. *Fact Sheet*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

XÂY DỰNG TRỤ CỘT HỖ TRỢ PHÁT TRIỂN TRONG MÔ HÌNH CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI NGƯỜI CHƯA THÀNH NIÊN BỊ SANG CHẤN TÂM LÝ

TS. Phạm Hồng Trang¹, TS. Nguyễn Trung Hải²,
ThS. Phạm Thị Thu Trang³, ThS. Phạm Hồng Nhung⁴

Tóm tắt: Hiện tượng sang chấn tâm lý đang trở nên phổ biến ở lứa tuổi vị thành niên. Trước thực trạng này, nhiều quốc gia đang có xu hướng áp dụng các mô hình công tác xã hội nhằm hỗ trợ nhóm đối tượng này giảm nhẹ hậu quả tiêu cực, phục hồi khả năng thích ứng xã hội và thúc đẩy quá trình hòa nhập cộng đồng. Bài viết này khảo sát nhu cầu và thực trạng triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển trong mô hình công tác xã hội với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý, nghiên cứu xây dựng trụ cột và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả của mô hình hỗ trợ phát triển. Bài viết đã sử dụng kết quả khảo sát bằng bảng hỏi với 270 nhân viên/giảng viên công tác xã hội, cùng kết quả phỏng vấn sâu 20 giảng viên/nhân viên công tác xã hội được trích xuất từ đề tài cấp Bộ "Nghiên cứu xây dựng mô hình công tác xã hội với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý" do TS. Nguyễn Trung Hải (2024) làm chủ nhiệm. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu về hỗ trợ phát triển là rất cao song còn hạn chế trong năng lực và điều kiện thực hiện. Các giải pháp được đề xuất tập trung vào việc nhận diện đúng những vấn đề cản trở sự phát triển hòa nhập của đối tượng để thiết kế các hoạt động hỗ trợ phát triển phù hợp và linh hoạt trong quá trình thực hiện kế hoạch hỗ trợ phát triển.

Từ khóa: Trụ cột hỗ trợ phát triển, người chưa thành niên, mô hình can thiệp, công tác xã hội, sang chấn tâm lý

BUILDING DEVELOPMENT PILLAR IN THE SOCIAL WORK MODEL FOR ADOLESCENTS WITH PSYCHOLOGICAL TRAUMA

Abstract: Psychological trauma is becoming increasingly common among adolescents. In response to this situation, many countries are tending to apply social work models to support this group in mitigating negative impacts, restoring social adaptation abilities, and promoting community integration. This article examines the needs and the current implementation of development support activities within social work models for adolescents experiencing psychological trauma. It also explores the development of foundational pillars and proposes several solutions to enhance the effectiveness of development support models. The study utilized survey data from 270 social work staff and lecturers, as well as in-depth interviews with 20 social work lecturers/staff, based on the findings from the ministerial-level research project titled "Research on Developing a Social Work Model for Adolescents with Psychological Trauma," led by Dr. Nguyễn Trung Hải (2024). The research results indicate a very high demand for development support; however, there are still limitations in terms of capacity and implementation conditions. The proposed solutions focus on accurately identifying the obstacles to the subjects' development and integration, in order to design appropriate and flexible development support activities throughout the planning and implementation processes.

Keywords: Development pillar, adolescents, intervention model, social work, psychological trauma

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tượng sang chấn tâm lý (SCTL) ở người chưa thành niên (CTN) đang diễn biến theo chiều hướng ngày càng phức tạp. Báo cáo của UNICEF năm 2015 cho thấy có tới 29% số người CTN trên toàn cầu đối diện với nguy cơ trải qua SCTL. Dựa trên số liệu dân số do Tổng cục

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: hongtrangctxh@gmail.com

² Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: haitc08ulsa@gmail.com

³ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: thutrangphamulsa@gmail.com

⁴ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: phn.ulsa@gmail.com

Thống kê công bố năm 2019 và phép ngoại suy theo tỷ lệ được UNICEF cảnh báo, nhóm người CTN ở Việt Nam có nguy cơ bị SCTL ước tính chiếm khoảng 7% tổng dân số (Hải và cộng sự, 2024). Khi trải qua SCTL, nhiều người CTN gặp khó khăn trong việc tìm kiếm niềm vui trọn vẹn trong cuộc sống, do chịu tác động bởi các mối quan tâm, lo lắng, sợ hãi, cũng như những vấn đề về sức khỏe và sự kết nối xã hội. Tình trạng SCTL ở nhóm CTN còn gây ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình ra quyết định trong các vấn đề hệ trọng liên quan đến tương lai của họ, chẳng hạn như việc học tập, lựa chọn nghề nghiệp hoặc xây dựng các mối quan hệ tình cảm (Hà, 2020).

Nhằm hỗ trợ người CTN chịu ảnh hưởng bởi SCTL, nhiều quốc gia đã thiết kế và triển khai các mô hình công tác xã hội (CTXH) chuyên biệt. Thực tiễn cho thấy, nhiều mô hình trong số đó đã đạt được những kết quả tích cực trong việc giảm thiểu tác động tiêu cực, thúc đẩy quá trình phục hồi chức năng xã hội và tăng cường khả năng hòa nhập cộng đồng cho nhóm xã hội này (Hà, 2020).

Trong xu thế này, nhiều mô hình CTXH dành cho các nhóm xã hội có hoàn cảnh đặc biệt nói chung, gặp SCTL nói riêng tại Việt Nam cũng được hình thành và phát triển. Dựa trên thực tế này, bài viết tập trung khảo sát nhu cầu, đề xuất nội dung và phát hiện những rào cản trong triển khai mô hình, từ đó đưa ra những giải pháp nhằm phát triển mô hình công tác xã hội với người CTN bị SCTL, nâng cao hiệu quả thực hiện trụ cột phát triển.

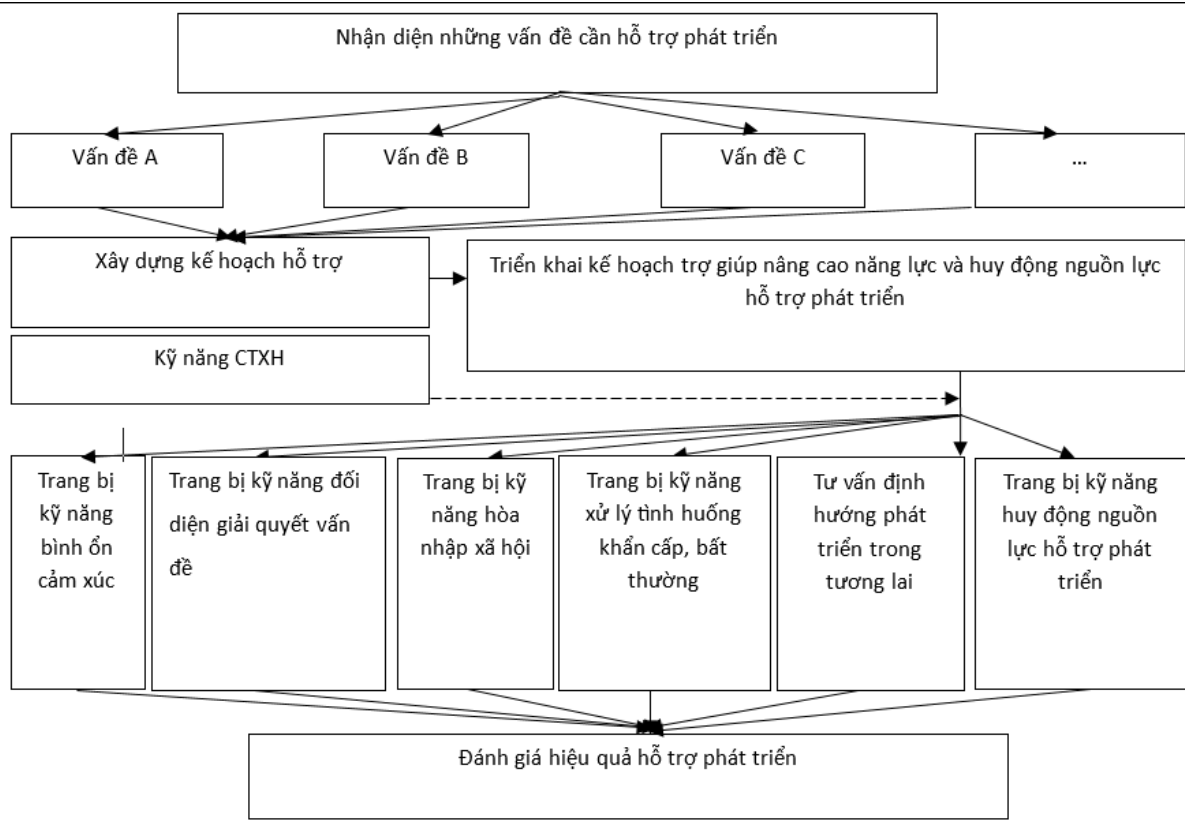
2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Cơ sở lý luận

Trong khuôn khổ nghiên cứu, bài viết viện dẫn những luận giải từ cuốn sách chuyên khảo do Hải và nnk (2024) biên soạn về “Thực nghiệm các mô hình CTXH tại cộng đồng: trường hợp với người CTN bị SCTL” để nhận diện người CTN bị SCTL “là người từ 15 đến dưới 18 tuổi gặp những cú sốc lớn vượt quá khả năng phòng vệ của cơ thể dẫn đến những phản ứng tâm lý bất thường như: buồn bã, khóc, cười vô cớ, đổ lỗi cho bản thân, cho người khác, thậm chí có biểu hiện kinh hoàng, khiếp sợ, vô vọng, chết lặng, sững sờ, gào thét, hoảng loạn, có ý tưởng tự tổn hại bản thân ...”. Tương tự, mô hình can thiệp trong CTXH đối với người CTN bị SCTL được hiểu “là tập hợp các hoạt động trị liệu và cách thức nhân viên CTXH triển khai các hoạt động trị liệu dành cho những người từ 15 đến dưới 18 tuổi đang gặp những cú sốc lớn, vượt quá khả năng phòng vệ của cơ thể. Những cú sốc đó dẫn đến những phản ứng tâm lý bất thường ở nhóm xã hội này, như: buồn bã, khóc, cười vô cớ, đổ lỗi cho bản thân, cho người khác, thậm chí có biểu hiện kinh hoàng, khiếp sợ, vô vọng, chết lặng, sững sờ, gào thét, hoảng loạn, có ý tưởng tự tổn hại bản thân ...”.

Trong CTXH thì phát triển mang ý nghĩa “tìm kiếm, xác định và củng cố tiềm năng trong các cá nhân, nhóm và cộng đồng, nhằm trợ giúp họ phát huy tiềm năng và năng lực của bản thân để tự vượt qua các thách thức trong cuộc sống (Md. Mohinuddin, 2017)”. Theo đó, trụ cột hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL được hiểu “là tập hợp các hoạt động và cách thức nhân viên CTXH triển khai các hoạt động hỗ trợ những người từ 15 đến dưới 18 tuổi đang gặp những cú sốc lớn vượt quá khả năng phòng vệ của cơ thể trong tìm kiếm, xác định, củng cố và phát huy tiềm năng của bản thân nhằm tự mình vượt qua các thách thức trong cuộc sống”.

Hình 1. Khái quát trụ cột hỗ trợ phát triển dành cho người CTN bị SCTL



Nguồn: Tổng hợp của đề tài từ nhiều nguồn tài liệu trong nước và quốc tế

Cũng theo các nhà khoa học tiêu biểu nêu trên, nhóm nghiên cứu nhận diện, chất lọc, kế thừa và xây dựng các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phát triển trong mô hình CTXH đối với người CTN bị SCTL theo 5 nội dung cụ thể, đó là: (1) Nhận diện vấn đề cần hỗ trợ phát triển; (2) Xây dựng kế hoạch hỗ trợ phát triển; (3) Hoạt động nâng cao năng lực tự phát triển cho thân chủ; (4) Hoạt động huy động nguồn lực hỗ trợ phát triển; và (5) Đánh giá hiệu quả hoạt động hỗ trợ phát triển.

Các hoạt động nâng cao năng lực và huy động nguồn lực hỗ trợ phát triển dành cho người CTN bị SCTL được khái quát lại thành: Trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc; Trang bị kỹ năng đối diện giải quyết vấn đề; Trang bị kỹ năng hòa nhập xã hội; Trang bị kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, bất thường; Tư vấn định hướng phát triển trong tương lai; Trang bị kỹ năng huy động nguồn lực hỗ trợ phát triển.

Những hoạt động nêu trên có tác dụng trợ giúp thân chủ tăng cường năng lực tự vượt qua những tác động tiêu cực của cuộc sống, qua đó hòa nhập tốt hơn vào môi trường xã hội. Cách thức triển khai các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phát triển cũng được cụ thể hóa trong nội dung thực nghiệm.

2.2. Tổng quan nghiên cứu

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu tập trung phân tích về các mô hình CTXH với người tâm thần nói chung, với người CTN nói riêng, đó có thể là trụ cột can thiệp tại cơ sở BTXH, trụ cột can thiệp dựa vào cộng đồng hay trụ cột can thiệp kết hợp hoặc phòng ngừa và phát triển.

Lisa, S. Z (2018) cho rằng, đã có những bước tiến lớn trong việc nêu bật thế mạnh của các mô hình CTXH như một yếu tố quan trọng để cải thiện mức độ SCTL cho người CTN. Bài viết đưa ra những ví dụ về sức mạnh của CTXH trong mô hình kết hợp/tích hợp nhằm giải quyết và đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe hành vi, tâm lý xã hội và thể chất cũng như các SCTL. Bài viết nhấn mạnh, trong bối cảnh chăm sóc sức khỏe phát triển nhanh chóng ngày nay, mô hình kết hợp/tích hợp cho thấy một hướng đi triển vọng trong việc phối kết hợp các dịch vụ. Bài viết tập trung vào hai chủ đề: (a) xác định vai trò và chức năng mở rộng mà nhân viên CTXH thực hiện trong mô hình kết hợp/tích hợp tại các cơ sở chăm sóc và (b) xác định các yếu tố mang tính hệ thống ảnh hưởng đến việc cung cấp các can thiệp của nhân viên CTXH trong các mô hình kết hợp/tích hợp. Bài viết đã nhấn mạnh giá trị và tầm quan trọng của các nhân viên CTXH trong mô hình kết hợp/tích hợp trong việc chăm sóc sức khỏe, cải thiện sức khỏe tâm thần và SCTL cho các nhóm đối tượng, trong đó có nhóm người CTN. Thông qua các bằng chứng khoa học, bài viết khuyến nghị cần tiếp tục nâng cao vai trò và khả năng bao trùm của nhân viên CTXH trong các mô hình chăm sóc kết hợp/tích hợp - cả trong bệnh viện, các cơ sở chăm sóc và cộng đồng. Tuy nhiên, bài viết cũng chưa đi sâu vào nội dung thực nghiệm các mô hình này.

Bản luận về mô hình CTXH dựa vào cộng đồng đối với nhóm người CTN có các vấn đề về tâm thần và SCTL, Munivenkatappa (2015) phân tích trong bối cảnh có một tỷ lệ đáng kể (khoảng 10-14%) thanh thiếu niên gặp một số loại vấn đề sức khỏe tâm thần, SCTL có thể có tác động tiêu cực đáng kể đến sức khỏe và hoạt động của họ. Do vậy điều cấp thiết là phải đánh giá các phương pháp và mô hình CTXH hiệu quả để giải quyết vấn đề. Tài liệu giới thiệu tổng quan về các mô hình CTXH về can thiệp và phòng ngừa dựa vào cộng đồng nhằm giải quyết một số vấn đề sức khỏe tâm thần, SCTL với nhóm thanh thiếu niên trong đó có người CTN. Nhìn chung, các bằng chứng đều cho thấy tính hữu ích và hiệu quả của các trụ cột can thiệp CTXH dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra cần có những can thiệp thực nghiệm tổng hợp dựa trên bằng chứng có thể cần cân nhắc về thời gian, bối cảnh, phương thức, cường độ can thiệp và nhu cầu của người CTN khi triển khai mô hình CTXH này.

Tại Việt Nam, gần như chưa có tài liệu, công trình nghiên cứu tập trung chuyên sâu vào lĩnh vực CTXH đối với người CTN bị SCTL. Thay vào đó, các tài liệu, giáo trình giảng dạy hiện nay mới chỉ đề cập một cách tổng quát về lĩnh vực CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nghiên cứu được thực hiện bởi tổ chức UNICEF và Bộ Lao động thương binh xã hội (2009) cho thấy tại mỗi tỉnh đều có các trung tâm BTXH thực hiện chức năng cung cấp dịch vụ CTXH cho các đối tượng yếu thế như trẻ mồ côi, bị bỏ rơi, người già cô đơn, người khuyết tật, người tâm thần... Khảo sát cho thấy hầu hết các cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung dài hạn, tuy nhiên chất lượng còn hạn chế và chưa đa dạng, theo đó, mô hình CTXH phổ biến được áp dụng là chăm sóc, nuôi dưỡng mà chưa có các mô hình CTXH chuyên sâu dành cho các nhóm xã hội bị SCTL, như can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa nguy cơ tái SCTL và hỗ trợ phát triển hòa nhập sau khi thoát khỏi SCTL.

UNICEF (2017) đã phát triển bộ tài liệu CTXH với các nhóm đối tượng yếu thế trong đó có tài liệu CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tài liệu này được thiết kế cung cấp những

kiến thức cơ bản cầm tay chỉ việc dành cho cán bộ thực hành tại cơ sở. Hay căn cứ theo Quyết định 1215/2011, Cục Bảo trợ xã hội (2014) đã phát triển bộ tài liệu về CTXH trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm 6 quyển. Tuy nhiên các cuốn tài liệu cũng đi vào các nội dung can thiệp khác nhau trong lĩnh vực CTXH như Tham vấn, Quản lý trường hợp... không có nội dung nào chuyên sâu đề cập về trụ cột can thiệp CTXH với người CTN bị SCTL.

Tóm lại, có thể thấy ở Việt Nam mới chỉ có những nghiên cứu, đánh giá cơ bản về CTXH trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần và với một số nhóm đối tượng tâm thần. Tổng quan nghiên cứu cho thấy trên thế giới đã chỉ ra các mô hình CTXH về can thiệp, hỗ trợ phòng ngừa và hỗ trợ phát triển với nhóm đối tượng trẻ em và người CTN. Cùng với các hạn chế và tính cấp thiết trong việc trợ giúp nhóm đối tượng này ở Việt Nam thì rõ ràng rất cần có các nghiên cứu chuyên sâu về mô hình CTXH, trong đó có mô hình can thiệp với trụ cột phát triển để góp phần xây dựng mô hình CTXH hiệu quả trong lĩnh vực này. Bài viết này đề cập kết quả khảo sát (1) nhận diện các hoạt động cần thiết xây dựng mô hình can thiệp trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL trong bối cảnh xã hội Việt Nam, (2) phân tích yếu tố con người trong xây dựng mô hình, cùng (3) đánh giá năng lực triển khai mô hình từ phía nhân viên CTXH.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu tài liệu: bài viết sử dụng kết quả nghiên cứu của những tác giả như Freud, Ferenczi, Pierre Janet, Nguyễn Khắc Viện, Trần Thị Minh Đức..., cũng như của những tổ chức quốc tế như Hiệp hội Trợ giúp Y học của Đức, Hiệp hội tâm thần Hoa Kỳ... nhằm nhận diện, phân tích, luận giải và thực hiện tổng quan nghiên cứu, nhận diện mô hình can thiệp trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL.

Phương pháp điều tra xã hội học: bài viết sử dụng một phần kết quả khảo sát 270 giảng viên/nhân viên CTXH của đề tài cấp Bộ về “*Nghiên cứu xây dựng mô hình CTXH với người CTN bị SCTL*” do TS. Nguyễn Trung Hải (2024) làm chủ nhiệm. Nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện tại cộng đồng, tại các cơ sở xã hội/bệnh viện/trường học..., nơi có triển khai các hoạt động CTXH. Nội dung khảo sát tập trung vào đánh giá việc xây dựng mô hình can thiệp trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL, yếu tố con người và năng lực của đội ngũ nhân viên CTXH về triển khai mô hình này trong thực tiễn. Tổng số các chỉ báo cần thu thập thông tin cho nội dung này lên tới 48 đơn vị. Thang đo cho mỗi chỉ báo đều được thiết kế phù hợp, có tính thông dụng cao và phổ biến trong nghiên cứu (thang đo likert).

Phương pháp phỏng vấn sâu: bài viết cũng sử dụng một phần kết quả khảo sát bằng phương pháp phỏng vấn sâu 20 giảng viên/nhân viên CTXH của đề tài nêu trên. Nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện và người trước giới thiệu người tiếp theo. Những thông tin cần thu thập tập trung vào Đánh giá, xây dựng, thực nghiệm mô hình CTXH; Định hướng giải pháp và điều kiện áp dụng mô hình CTXH với người CTN bị SCTL.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Nội dung trụ cột hỗ trợ phát triển và thực trạng triển khai

Nghiên cứu tiến hành thực nghiệm trên trường hợp là em M, một học sinh cấp 3, 16 tuổi, giới tính nữ, thuộc hộ gia đình có truyền thống ông bà tham gia cách mạng. Bố M làm công nhân

kỹ thuật, mẹ là giáo viên dạy thể dục. Anh trai M chuẩn bị đi du học tại Nhật Bản. Trong quá trình làm việc, nhân viên CTXH phát hiện có nhiều nguyên nhân khiến M bị SCTL, trong đó có nguyên nhân ban đầu (như: gia đình mâu thuẫn, bất hòa, bị phân biệt đối xử...), nguyên nhân thứ cấp (học lực kém, không theo kịp chúng bạn, mặc cảm về ngoại hình...) và nguyên nhân thúc đẩy cơn SCTL của M lên đến đỉnh điểm, đẩy M vào trạng thái suy sụp, muốn tự sát (bị bố mẹ coi là sự thất bại của gia đình). Trong quá trình đồng hành, nhân viên CTXH hỗ trợ M nhận diện 4 vấn đề cần hỗ trợ phát triển để M thay đổi theo hướng tự tin, hòa nhập tích cực gồm:

- Vấn đề 1: Thiếu kỹ năng lựa chọn bạn tốt
- Vấn đề 2: Sức học yếu, không theo kịp chương trình
- Vấn đề 3: Thiếu nghị lực vượt qua cám dỗ của internet
- Vấn đề 4: Thiếu tự tin hòa nhập xã hội do mặc cảm ngoại hình.

Từ nội dung nhận diện những vấn đề khó khăn, cần được hỗ trợ để giải quyết, M tích cực tham gia cùng nhân viên CTXH vào quá trình lập kế hoạch. Từ bảng kế hoạch hỗ trợ phát triển, nhân viên CTXH trang bị cho M nhiều kỹ năng khác nhau. Kết quả thực nghiệm để tìm ra những kỹ năng cần thiết cho hỗ trợ phát triển và củng cố thêm những nhận định trong phần cơ sở lý luận. Ở phần cơ sở lý luận, bài viết đã nhận diện và giới hạn những hoạt động hỗ trợ phát triển được khái quát lại thành các kỹ năng gồm:

- Trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc;
- Trang bị kỹ năng đối diện giải quyết vấn đề;
- Trang bị kỹ năng hòa nhập xã hội;
- Trang bị kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, bất thường;
- Tư vấn định hướng phát triển trong tương lai; và
- Trang bị kỹ năng huy động nguồn lực hỗ trợ phát triển.

Thực tế, các hoạt động được nhận diện đưa vào nghiên cứu xây dựng mô hình phát triển trong CTXH với người CTN bị SCTL cũng được tổng hợp, kết tinh, chắt lọc, kế thừa trong nghiên cứu của nhiều tác giả khác nhau. Những hoạt động này cũng nhận được những đánh giá tích cực từ phía khách thể khảo sát.

Bảng 1. Những hoạt động cần thiết cho việc xây dựng trụ cột phát triển trong CTXH với người CTN bị SCTL

	Vị trí công việc		Địa bàn		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	NHÂN VIÊN CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc					
Không cần thiết	1,6	0,0	0,7	0,8	0,7
Có thể cần thiết	22,0	32,0	28,0	26,7	27,4
Rất cần thiết	76,4	68,0	71,3	72,5	71,9
Trang bị kỹ năng đối diện giải quyết vấn đề					
Không cần thiết	4,1	0,7	2,0	2,5	2,2
Có thể cần thiết	17,1	20,4	20,0	17,5	18,9
Rất cần thiết	78,9	78,9	78,0	80	78,9
Trang bị kỹ năng hòa nhập xã hội					

Không cần thiết	1,6	2,7	2,0	2,5	2,2
Có thể cần thiết	18,7	22,4	22,0	19,2	20,7
Rất cần thiết	79,7	74,8	76,0	78,3	77,0
Trang bị kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, bất thường					
Không cần thiết	1,6	0,7	1,3	0,8	1,1
Có thể cần thiết	21,1	25,9	26,0	20,8	23,7
Rất cần thiết	77,2	73,5	72,7	78,3	75,2
Tư vấn định hướng phát triển trong tương lai					
Không cần thiết	1,6	0,7	1,3	0,8	1,1
Có thể cần thiết	26,8	35,4	32,7	30,0	31,5
Rất cần thiết	71,5	63,9	66,0	69,2	67,4
Trang bị kỹ năng huy động nguồn lực hỗ trợ phát triển					
Không cần thiết	36,1	20,1	23,4	32,5	27,6
Có thể cần thiết	19,7	45,3	36,2	30,0	33,3
Rất cần thiết	44,3	34,5	40,4	37,5	39,1

Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, 2023

Tỷ lệ ủng hộ bằng nhận định “rất cần thiết” đối với những hoạt động trong trụ cột hỗ trợ phát triển nêu trên dao động từ mức 67,4 % đến 77,0%, tương đương với mức trung bình cứ 4 người được hỏi thì có tới 3 người ủng hộ.

Khảo sát cho thấy nhu cầu triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL được đánh giá rất cần thiết.

Bảng 2. Nhu cầu triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL

(Đơn vị: %; N = 270)	Vị trí công việc		Địa bàn		Tổng
	Nhân viên CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Không cần thiết	1,6	2,7	2,7	1,7	2,2
Có thể cần thiết	19,5	21,1	22,0	18,3	20,4
Rất cần thiết	78,9	76,2	75,3	80,0	77,4

Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, 2023

Đa số nhóm khách thể khảo sát đều có chung nhận định cho rằng việc triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển trong CTXH với người CTN bị SCTL là “rất cần thiết”, khi mà nhu cầu xã hội đang ngày càng gia tăng. Tỷ lệ đưa ra phương án trả lời này lên tới 77,4%.

Được đánh giá là “rất cần thiết”, song thực tế các hoạt động hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL mới đang trong giai đoạn đầu được các cơ sở CTXH quan tâm triển khai.

Bảng 3. Thực trạng triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển đối với người CTN bị SCTL tại các cơ sở CTXH

	Vị trí công việc		Địa bàn làm việc		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	Nhân viên CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc					
Chưa triển khai	56,9	53,1	55,3	54,2	54,8
Đã triển khai	43,1	46,9	44,7	45,8	45,2

Trang bị kỹ năng đối diện giải quyết vấn đề					
Chưa triển khai	56,9	54,4	56,7	54,2	55,6
Đã triển khai	43,1	45,6	43,3	45,8	44,4
Trang bị kỹ năng hòa nhập					
Chưa triển khai	48,0	57,8	55,3	50,8	53,3
Đã triển khai	52,0	42,2	44,7	49,2	46,7
Trang bị kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, bất thường					
Chưa triển khai	50,4	54,4	53,3	51,7	52,6
Đã triển khai	49,6	45,6	46,7	48,3	47,4
Tư vấn định hướng phát triển trong tương lai					
Chưa triển khai	54,5	49,0	55,3	46,7	51,5
Đã triển khai	45,5	51,0	44,7	53,3	48,5

Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, 2023

Dựa trên bảng số liệu trên có thể nhận thấy rằng phần lớn các hoạt động vẫn chưa được triển khai. Cụ thể, tỷ lệ “chưa triển khai” ở hầu hết các hoạt động đều chiếm trên 50%, như hoạt động trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc (54,8%), kỹ năng đối diện và giải quyết vấn đề (55,6%) hay kỹ năng hòa nhập (53,3%). Dù một số hoạt động như kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp và tư vấn định hướng phát triển trong tương lai có tỷ lệ triển khai cao hơn (lần lượt là 47,4% và 48,5%), nhưng vẫn chưa đạt mức phổ biến. Xét theo vị trí công việc, giảng viên CTXH có xu hướng triển khai tốt hơn các hoạt động mang tính định hướng và tâm lý, trong khi nhân viên CTXH triển khai nhiều hơn các hoạt động mang tính thực tiễn như kỹ năng hòa nhập và xử lý tình huống. Thực tế này góp phần bổ sung luận chứng cho thấy cần có những nghiên cứu xây dựng mô hình CTXH nói chung, trụ cột hỗ trợ phát triển nói riêng. Sản phẩm của nghiên cứu này qua đó cũng phục vụ thúc đẩy chuyên nghiệp hóa nghề CTXH tại Việt Nam.

Trên một bình diện khác, năng lực của nhân viên CTXH cũng là một trở ngại khi tiến hành các hoạt động hỗ trợ phát triển. Khi được hỏi “*Anh/Chị tự đánh giá năng lực của bản thân như nào nếu được giao triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển?*” kết quả thu được chưa thực sự ấn tượng, cho thấy còn khoảng trống trong vấn đề năng lực triển khai hỗ trợ phát triển của nhân viên CTXH.

Bảng 4. Năng lực tự đánh giá của nhân viên CTXH¹ khi triển khai các hoạt động hỗ trợ phát triển với người CTN bị SCTL

	Vị trí công việc		Địa bàn		Tổng
(Đơn vị: %; N = 270)	Nhân viên CTXH	GV CTXH	Trong Hà Nội	Ngoài Hà Nội	
Trang bị kỹ năng bình ổn cảm xúc					
Chưa tự tin, đảm bảo	30,9	15,6	24,7	20	22,6
Có chút tự tin, đảm bảo	40,7	55,1	48	49,2	48,5
Rất tự tin, đảm bảo	28,5	29,3	27,3	30,8	28,9
Trang bị kỹ năng đối diện giải quyết vấn đề					
Chưa tự tin, đảm bảo	30,9	14,3	24	19,2	21,9

¹ Ghi chú: người được hỏi tự đánh giá về năng lực của bản thân trong trường hợp được giao thực hiện nhiệm vụ

Có chút tự tin, đảm bảo	42,3	60,5	52	52,5	52,2
Rất tự tin, đảm bảo	26,8	25,2	24	28,3	25,9
Trang bị kỹ năng hòa nhập					
Chưa tự tin, đảm bảo	26,8	14,4	22,1	17,5	20,1
Có chút tự tin, đảm bảo	43,9	55,5	49,7	50,8	50,2
Rất tự tin, đảm bảo	29,3	30,1	28,2	31,7	29,7
Trang bị kỹ năng xử lý tình huống khẩn cấp, bất thường					
Chưa tự tin, đảm bảo	26,8	15	22,7	17,5	20,4
Có chút tự tin, đảm bảo	43,9	59,2	52	52,5	52,2
Rất tự tin, đảm bảo	29,3	25,9	25,3	30	27,4
Tư vấn định hướng phát triển trong tương lai					
Chưa tự tin, đảm bảo	28,5	12,2	23,3	15	19,6
Có chút tự tin, đảm bảo	43,9	56,5	48	54,2	50,7
Rất tự tin, đảm bảo	27,6	31,3	28,7	30,8	29,6

Nguồn: Kết quả khảo sát của đề tài, 2023

Theo đó, sự cần thiết của việc nghiên cứu xây dựng trụ cột hỗ trợ phát triển thông qua các hoạt động nêu trên, nhất là thông qua các hoạt động thực nghiệm càng đặc biệt có ý nghĩa hơn khi mà nhóm khách thể khảo sát thừa nhận bản thân “rất tự tin, đảm bảo” có đủ năng lực triển khai các hoạt động này chỉ chiếm chưa đầy 30%. Như vậy, kết quả nghiên cứu thông qua các hoạt động thực nghiệm trụ cột hỗ trợ phát triển dành cho người CTN bị SCTL sẽ là những tài liệu hữu ích, phục vụ đội ngũ nhân viên CTXH nâng cao tay nghề, đáp ứng ngày càng tốt nhu cầu của xã hội.

Tuy nhiên, kết quả khảo sát bằng bảng hỏi cho thấy năng lực của đội ngũ nhân viên CTXH đối với việc triển khai các hoạt động thuộc trụ cột này còn thấp. Số nhân viên CTXH “tự tin, đảm bảo” có đủ năng lực đáp ứng yêu cầu công việc chỉ dao động trong khoảng 25,9% đến 29,7%. Những hạn chế, yếu kém về mặt “con người”, nhân tố triển khai các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phát triển trong CTXH thông qua tri thức, kỹ năng, kinh nghiệm lâm sàng được tích lũy theo thời gian theo cách nói của Angy (2023), cũng đến từ các hoạt động đào tạo, thực hành, thực tập, năng lực đào tạo của đội ngũ giảng viên ... mà nội dung nêu trên đã chỉ ra. Thực tế đó đòi hỏi cần có những giải pháp phù hợp nhằm tạo ra những nhân viên CTXH chuyên nghiệp, có đủ năng lực đáp ứng yêu cầu của trụ cột hỗ trợ phát triển dành cho người CTN bị SCTL.

4.2. Giải pháp thúc đẩy trụ cột phát triển

Cần nhận diện đúng những vấn đề cản trở sự phát triển hòa nhập của người CTN bị SCTL để thiết kế các hoạt động hỗ trợ phát triển phù hợp.

Trụ cột hỗ trợ phát triển không tách rời trụ cột can thiệp và hỗ trợ phòng ngừa, bởi chúng được xây dựng theo một tổ hợp liên hoàn dành cho người CTN bị SCTL. Những hoạt động hỗ trợ phát triển theo đó cần tập trung vào nhận diện đúng những vấn đề đang cản trở sự phát triển hòa nhập đối với nhóm xã hội này, qua đó thiết kế các hoạt động hỗ trợ phát triển phù hợp với từng trường hợp.

Theo kết quả thực nghiệm trường hợp em M, một trong số những điểm hạn chế của thân chủ là thiếu bạn thân để được hỗ trợ những khi cần thiết, trong khi đó, thân chủ lại có nhiều bạn xấu kết giao trên mạng xã hội. Những ảnh hưởng tiêu cực của nhóm xã hội này khiến thân chủ dần buông lỏng cơ chế phòng vệ, chuyển hóa theo những lời dụ dỗ, lôi kéo, tập nhiễm dần những thói hư, tật xấu mà trước đây chưa từng có. Đây chính là những yếu tố góp phần hạn chế sự phát triển hòa nhập của thân chủ vào môi trường xã hội. Vấn đề được nhận diện ra ở đây với thân chủ đó là “thiếu bạn tốt và thừa bạn xấu”. Khi hỗ trợ thân chủ nhận diện được vấn đề này, nhân viên CTXH trợ giúp thân chủ “xây dựng mạng lưới quan hệ xã hội tích cực”, từ đó vượt qua những rào cản hạn chế sự phát triển của bản thân do “thiếu bạn tốt và thừa bạn xấu” gây ra.

Theo tính chất trên, nhân viên CTXH tham gia các hoạt động hỗ trợ phát triển cũng cần hiểu rõ về thân chủ, và lý tưởng nhất vẫn là nhân viên CTXH đã thực hiện các hoạt động can thiệp tiếp tục thực hiện các hoạt động hỗ trợ phát triển. Trong những trường hợp khác, nhân viên CTXH tham gia các hoạt động hỗ trợ phòng ngừa cần thực hiện các hoạt động chuẩn bị dưới đây:

- Cùng trao đổi kỹ với nhân viên CTXH đã thực hiện các hoạt động can thiệp để hiểu rõ những vấn đề có nguy cơ hạn chế sự phát triển hòa nhập đối với thân chủ.
- Cùng nhân viên CTXH đã thực hiện các hoạt động can thiệp tổ chức các hoạt động chuyển giao, qua đó, tạo sự chuyển tiếp và tiếp nhận của thân chủ.
- Cần tạo dựng niềm tin để thân chủ “mở lòng”, tin tưởng hoàn toàn.
- Cùng thân chủ rà soát lại những mối nguy cơ hạn chế sự phát triển hòa nhập.
- Cùng thân chủ lên kế hoạch thực hiện các hoạt động hỗ trợ phát triển và triển khai kế hoạch đó trong thực tiễn.

Cần linh hoạt trong quá trình thực hiện kế hoạch hỗ trợ phát triển

Các hoạt động thuộc trụ cột hỗ trợ phát triển cũng có tính chất khác hẳn các hoạt động thuộc trụ cột can thiệp hay hỗ trợ phòng ngừa, dù rằng chúng đều có yêu cầu chung đối với nhân viên CTXH là cần có nền tảng tâm lý lâm sàng sâu sắc, có kinh nghiệm phong phú trong vận dụng các kỹ năng lâm sàng. Trong trụ cột hỗ trợ phát triển, các kỹ năng này cũng có thể được tổ hợp theo các hình thái khác nhau, như:

- Theo từng hoàn cảnh, diễn biến cụ thể, chi tiết của buổi làm việc
- Theo vấn đề cần hỗ trợ phát triển
- Theo trạng thái cảm xúc, sở thích, tính cách, phản ứng của thân chủ.

5. KẾT LUẬN

SCTL là một hiện tượng đang diễn ra phổ biến ở nhóm người CTN và việc xây dựng mô hình can thiệp trong CTXH nhằm trợ giúp nhóm xã hội này thoát khỏi những ảnh hưởng tiêu cực của SCTL là có tính thiết thực. Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đã nhận diện các hoạt động phù hợp với mô hình này và tổ hợp chúng thành các hoạt động can thiệp “tức thì”, can thiệp “giải tỏa” và can thiệp “sau giải tỏa”. Thực tiễn khảo sát cũng cho thấy, đây là những hoạt động được đội ngũ nhân viên, giảng viên CTXH thừa nhận là cần thiết, phù hợp với bối cảnh của xã hội Việt Nam. Trong mô hình đó, yếu tố con người được đề cao, được coi là “linh

hồn”, đó là những nhân viên CTXH chuyên nghiệp, được đào tạo bài bản, nắm vững những kiến thức, kỹ năng can thiệp tích cực, hiệu quả, đồng thời biết cách vận dụng chúng một cách linh hoạt, nhuần nhuyễn, gắn kết với nhau theo những cách thức phù hợp với từng chi tiết, từng diễn biến, từng hoàn cảnh của quá trình can thiệp. Tuy nhiên, kết quả khảo sát cũng phản ánh sự chưa tự tin từ phía nhân viên, giảng viên CTXH trong việc đảm nhận vai trò triển khai các hoạt động này. Điều này đòi hỏi cần có những kiểm nghiệm thực tiễn bằng thực nghiệm từ những trường hợp điển hình nhằm bổ sung thêm minh chứng thuyết phục cho việc đề xuất xây dựng mô hình can thiệp trong CTXH dành cho người CTN bị SCTL tại Việt Nam./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angy. (2023). *Ultimate Social Work Intervention Strategies*. Copyright©2023 Social Work Haven.
2. Carleton, K. (2011). *How to help teens*. Public Health Agency of Canada, Ottawa.
3. Đức, T.T.M. (2012). *Giáo trình tham vấn tâm lý*. NXB. Đại học Quốc gia Hà Nội.
4. Giulio, P. (2020). *Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts, Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries*. Università Politecnica delle Marche.
5. Hải, N.T & Hà, N.T, Thanh, N.T.P & nnk. (2024). *Thực nghiệm các mô hình công tác xã hội tại cộng đồng: Trường hợp với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý*. NXB Khoa học Xã hội.
6. Hải, N.T và nnk. (2024). Đề tài cấp Bộ “Nghiên cứu xây dựng mô hình công tác xã hội với người chưa thành niên bị sang chấn tâm lý”. Bộ Lao động thương binh xã hội. Hà Nội.
7. Stéphane, R & Laurent, O. (2015). *Dictionnaire pratique du travail social*. Ed. Dunod.

VAI TRÒ CỦA NHÂN VIÊN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG LĨNH VỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

TS. Nguyễn Phương Anh¹

Tóm tắt: Theo Hiệp hội Nhân viên công tác xã hội quốc tế (IFSW), nhân viên công tác xã hội là những người hoạt động trong nhiều lĩnh vực khác nhau, được đào tạo chính quy và cả bán chuyên nghiệp, được trang bị các kiến thức và kỹ năng trong công tác xã hội để trợ giúp các đối tượng yếu thế nâng cao khả năng giải quyết và đối phó với vấn đề trong cuộc sống; tạo cơ hội để các đối tượng tiếp cận được nguồn lực cần thiết; thúc đẩy sự tương tác giữa các cá nhân, giữa cá nhân với môi trường tạo ảnh hưởng tới chính sách xã hội, các cơ quan, tổ chức vì lợi ích của cá nhân, gia đình, nhóm và cộng đồng thông qua hoạt động nghiên cứu và hoạt động thực tiễn. Nhân viên công tác xã hội thực hiện nhiều vai trò như: Vai trò giáo dục, vai trò tham vấn, vai trò kết nối, vai trò biện hộ, vai trò quản lý trường hợp, ... Chăm sóc sức khỏe tâm thần đang ngày càng được quan tâm cả về chiều rộng lẫn chiều sâu bởi tính cấp thiết của nó trên phạm vi toàn cầu. Bài viết này tổng hợp kết quả một số nghiên cứu, tài liệu nhằm làm rõ vai trò của nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: Công tác xã hội, nhân viên công tác xã hội, vai trò, sức khỏe tâm thần, chăm sóc sức khỏe tâm thần.

THE ROLE OF SOCIAL WORKERS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH CARE

Abstract: According to the International Federation of Social Workers (IFSW), social workers are people who work in many different fields, are formally and semi-professionally trained, and are equipped with knowledge and skills in social work to help disadvantaged people improve their ability to solve and cope with problems in life; create opportunities for people to access necessary resources; promote interactions between individuals, between individuals and the environment, influence social policies, agencies, and organizations for the benefit of individuals, families, groups, and communities through research and practical activities. Social workers perform many roles such as: educational role, consulting role, connecting role, advocacy role, case management role, etc. Mental health care is receiving increasing attention both in breadth and depth because of its urgency on a global scale. This article synthesizes the results of a number of studies and documents to clarify the role of social workers in the field of mental health care.

Keywords: Social, social worker, role, mental health, mental health care.

1. GIỚI THIỆU

Nhân viên công tác xã hội cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau, các lĩnh vực CTXH thực hành cũng rất đa dạng. Ví dụ từ tư vấn cho học sinh có vấn đề về hành vi đến xây dựng kế hoạch điều trị cho những người đang đối mặt với tình trạng lạm dụng chất gây nghiện, hay quan tâm chăm sóc tới người cao tuổi gặp các vấn đề khó khăn. Sự hỗ trợ thực tế này đã giúp nhiều người từ nhiều nền văn hóa và kinh tế xã hội khác nhau tự chủ về sức khỏe và tìm thấy hạnh phúc của mình, từ đó họ có thể tiến tới cuộc sống chất lượng cao hơn.

Ngay từ đầu, công tác xã hội và sức khỏe tâm thần đã gắn kết chặt chẽ với nhau. Theo Hiệp hội Công tác xã hội Quốc gia Mỹ (NASW), lĩnh vực công tác xã hội có thể bắt nguồn

¹ Khoa Công tác xã hội - Trường ĐH Lao động, Xã hội, Email: phuonganh5115@gmail.com

từ đầu thế kỷ 20. Đây là thời điểm khóa học đầu tiên về công tác xã hội được giảng dạy tại Đại học Columbia. Chưa đầy một thập kỷ sau, cuộc cải cách sức khỏe tâm thần toàn diện ở Hoa Kỳ đã thu hút sự quan tâm nhiều hơn đến các rối loạn tâm lý, dẫn đến việc thành lập Ủy ban sức khỏe Tâm thần Quốc gia. Cơ quan này, sau này đổi tên thành Mental Health America (MHA), đã giúp tạo điều kiện cho hơn 100 phòng khám hướng dẫn trẻ em và ủng hộ việc nâng cao nhận thức về bệnh tâm thần thông qua nghiên cứu, truyền thông công cộng và hoạch định chính sách. Nhờ những đóng góp của MHA, Hoa Kỳ đã thông qua thành công Đạo luật Sức khỏe Tâm thần Quốc gia vào năm 1947. Đạo luật này thành lập Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia và thu hút sự chú ý đáng kể vào việc nghiên cứu các vấn đề về tâm lý, hành vi và cảm xúc.

Kể từ khi thành lập, lĩnh vực công tác xã hội đã đi đầu trong vô số các vấn đề liên quan đến văn hóa, kinh tế và sức khỏe, bao gồm An sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp và trợ cấp khuyết tật. Bên cạnh việc hỗ trợ các chương trình chăm sóc sức khỏe một cách công bằng và bình đẳng, nhiều nhân viên công tác xã hội bao gồm cả nhân viên xã hội sức khỏe tâm thần cũng đánh giá, chẩn đoán và điều trị các bệnh tâm thần, rối loạn hành vi và các vấn đề về cảm xúc. Một số ví dụ bao gồm:

- Trầm cảm, lo âu, rối loạn lưỡng cực và các tình trạng sức khỏe tâm thần khác
- lạm dụng trẻ em, bỏ bê và các vấn đề về hành vi
- Nghiện ngập, lạm dụng chất gây nghiện và nghiện rượu
- Các sự kiện quan trọng trong cuộc sống, bao gồm ly hôn, mất người thân và bệnh hiểm nghèo.
- Đối phó với tình trạng thất nghiệp, vô gia cư và khuyết tật

Nhân viên công tác xã hội về sức khỏe tâm thần hỗ trợ cá nhân, gia đình và cộng đồng khi họ tìm cách vượt qua những thách thức tác động tiêu cực đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng. Ví dụ, bằng cách giải quyết các vấn đề lạm dụng chất gây nghiện của bệnh nhân, nhân viên công tác xã hội có thể giúp những người nghiện đang phục hồi tìm được việc làm mới, có được nhà ở giá rẻ và tận dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần có sẵn.

Vì mỗi khách hàng có nhu cầu và vấn đề khác nhau, nhân viên công tác xã hội cần tập trung vào việc vun đắp các mối quan hệ bền chặt dựa trên sự tin tưởng, minh bạch và sự thấu cảm. Điều này đặc biệt quan trọng khi điều trị cho những người được chẩn đoán có vấn đề về sức khỏe tâm thần, vì họ có thể nhạy cảm hơn trong một số tình huống và các mối quan hệ giao tiếp. Công tác xã hội với những chức năng và nhiệm vụ của mình, thông qua các vai trò của nhân viên CTXH đã thể hiện sự quan tâm đến sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu này tiến hành phân tích và tổng hợp các nguồn tài liệu khác nhau từ báo cáo y tế của các tổ chức, nghiên cứu của các trường đại học tới các công trình liên quan như giáo trình, tài liệu liên quan tới nhân viên CTXH và sức khỏe tâm thần.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Hiện nay, vấn đề về sức khỏe tâm thần được nhiều quốc gia trên thế giới quan tâm do xu hướng tỷ lệ người có vấn đề về sức khỏe tâm thần ngày càng gia tăng, đặc biệt là độ tuổi ngày càng trẻ hóa. Theo Tổ chức Y tế Thế giới có tới hơn 100 triệu người bị rối loạn sức khỏe tâm thần ở khu vực Tây Thái Bình Dương. Chỉ riêng rối loạn trầm cảm là nguyên nhân gây ra

5,73% gánh nặng bệnh tật ở khu vực này. Theo Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, tỷ lệ mắc 10 chứng rối loạn tâm thần phổ biến trong năm 2014 là 14,2%, trong đó riêng rối loạn trầm cảm chiếm 2,45%. Tỷ lệ tự sát trong năm 2015 là 5,87 trên 100.000 dân (WHO, 2025). Cũng theo WHO, năm 2019, gần một tỷ người - bao gồm 14% thanh thiếu niên trên thế giới - đang sống chung với chứng rối loạn tâm thần. Tự tử chiếm hơn 1 trong 100 ca tử vong và 58% số ca tự tử xảy ra trước 50 tuổi. Rối loạn tâm thần là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng khuyết tật, khiến 1 trong 6 năm sống chung với khuyết tật. Những người mắc các tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng tử vong trung bình sớm hơn 10 đến 20 năm so với dân số nói chung, chủ yếu là do các bệnh lý có thể phòng ngừa được. Lạm dụng tình dục trẻ em và nạn nhân bị bắt nạt là những nguyên nhân chính gây ra chứng trầm cảm. Bất bình đẳng xã hội và kinh tế, các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng, chiến tranh và khủng hoảng khí hậu nằm trong số các mối đe dọa toàn cầu, có cấu trúc đối với sức khỏe tâm thần. Trầm cảm và lo âu đã tăng hơn 25% chỉ riêng trong năm đầu tiên của đại dịch.

WHO cũng đưa ra bản Báo cáo kêu gọi tất cả các bên liên quan cùng nhau làm việc để tăng cường giá trị và cam kết dành cho sức khỏe tâm thần, định hình lại môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và củng cố các hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần của mọi người.

Một người được đánh giá là khỏe mạnh khi được xem xét trên các phương diện về sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và sức khỏe xã hội. Sức khỏe tâm thần không chỉ là không bị mắc rối loạn tâm thần, Tổ Chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra định nghĩa về sức khỏe tâm thần, là “Trạng thái thoải mái mà ở đó mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả, năng suất và có thể đóng góp cho cộng đồng”. Biểu hiện của một người có sức khỏe tâm thần tốt được thể hiện trên 05 khía cạnh cơ bản sau:

- Khả năng tận hưởng cuộc sống
- Khả năng phục hồi.
- Khả năng cân bằng.
- Khả năng phát triển cá nhân.
- Sự linh hoạt.

Từ đó, có thể nhận thấy, CTXH với chức năng và nhiệm vụ của mình sẽ thực hiện những hoạt động khác nhau nhằm hỗ trợ tốt nhất cho những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần cải thiện tình trạng của họ. Để đạt được mục tiêu này, CTXH cần sự hoạt động tích cực của nhân viên CTXH thông qua việc thực hiện các vai trò của mình.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này tiến hành phân tích và tổng hợp các nguồn tài liệu khác nhau từ báo cáo y tế của các tổ chức, nghiên cứu của các trường đại học tới các công trình liên quan như giáo trình, tài liệu liên quan tới nhân viên CTXH và sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu đã tiến hành tìm kiếm trên 20 tài liệu, sau quá trình tổng hợp, phân tích đã lựa chọn ra 11 tài liệu liên quan trực tiếp đến các vấn đề nghiên cứu. Các từ khóa tìm kiếm được sử dụng bằng ngôn ngữ tiếng Việt và tiếng Anh. Một số từ khóa được sử dụng để tiến hành thu thập thông tin nghiên cứu như sau:

Công tác xã hội

Nhân viên công tác xã hội

Vai trò của nhân viên công tác xã hội

Sức khỏe tâm thần

Chăm sóc sức khỏe tâm thần

Vấn đề sức khỏe tâm thần

Vai trò của nhân viên công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Vai trò của nhân viên CTXH được tìm hiểu và tổng hợp lại theo đó sẽ có những vai trò tổng quát và những vai trò cụ thể tùy theo nhiệm vụ và các cơ quan tổ chức cung cấp dịch vụ. Theo tác giả Feyrico (1973), nhân viên CTXH có những vai trò sau đây: Người vận động nguồn lực, người kết nối, người biện hộ, người vận động/ hoạt động xã hội, người giáo dục, người tạo sự thay đổi, người tư vấn, người tham vấn, người trợ giúp xây dựng và thực hiện kế hoạch cộng đồng, người chăm sóc- trợ giúp, người xử lý dữ liệu, người quản lý hành chính, người tìm hiểu/ khám phá cộng đồng. Với 13 vai trò kể trên, có thể thấy tùy theo từng lĩnh vực khác nhau mà nhân viên CTXH sẽ thực hiện các vai trò của mình ở mức độ khác nhau.

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên công tác xã hội cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần thực hiện các vai trò của mình nhằm đảm bảo trách nhiệm và nghĩa vụ của họ đối với những người có các vấn đề về sức khỏe tâm thần được đáp ứng các nhu cầu và đóng góp vào hệ thống hỗ trợ sức khỏe tâm thần nói chung. Điều này có nghĩa là nhân viên công tác xã hội cung cấp các dịch vụ đảm bảo những người đủ điều kiện có thể tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ chăm sóc xã hội. Tuy nhiên, công tác xã hội trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần không chỉ đơn thuần là phân bổ hợp lý các nguồn lực còn hạn chế. Nhân viên công tác xã hội sử dụng các kỹ năng chuyên môn của mình để hợp tác với người dân và cộng đồng, thường là trong những hoàn cảnh khó khăn, để bảo vệ quyền con người, thúc đẩy quyền tự quyết định các giải pháp và từ đó mọi người sẽ từng bước tạo ra sự thay đổi. Nhân viên công tác xã hội sử dụng các vai trò của mình theo quan điểm nhân văn hướng đến khả năng thay đổi, luôn hướng đến mục tiêu nhằm cải thiện các vấn đề cho thân chủ.

Theo thông tin của ĐH Nevada (Mỹ), nhân viên công tác xã hội về sức khỏe tâm thần chủ yếu làm việc với những khách hàng đang đối mặt với các hành vi gây nghiện, chẳng hạn như lạm dụng ma túy hoặc rượu, hoặc các tình trạng sức khỏe tâm thần, hoặc như rối loạn ăn uống, trầm cảm và rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD). Mặc dù nhiệm vụ thường nhật của nhân viên công tác xã hội về sức khỏe tâm thần có thể khác nhau tùy thuộc vào cơ quan/tổ chức và nhóm thân chủ mà họ tập trung vào nhưng trách nhiệm chung có thể bao gồm những điều sau:

- Thiết lập mối quan hệ và xây dựng mối quan hệ với khách hàng
- Đánh giá nhu cầu sức khỏe tâm thần của khách hàng
- Nghiên cứu các nguồn lực sức khỏe tâm thần cho khách hàng, chẳng hạn như các chương trình phục hồi chức năng lạm dụng chất gây nghiện và các nguồn lực phòng chống tự tử
- Cung cấp cho khách hàng thông tin về các nguồn lực dựa trên nhu cầu cụ thể của họ

Vai trò của nhân viên xã hội trong sức khỏe tâm thần được nêu ra dựa trên nghiên cứu thực tiễn bao gồm nghiên cứu, điều trị và phòng ngừa sức khỏe tâm thần. Nhân viên công tác xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng trong cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Công việc của họ là hỗ trợ bệnh nhân và gia đình họ. Họ có thể giúp bệnh nhân kết nối với hệ thống chăm sóc sức khỏe hoặc đánh giá sức khỏe tâm thần của bệnh nhân. Bệnh viện Tâm thần Houston đã đưa ra một số vai trò và lợi ích của bệnh nhân khi có sự hỗ trợ của nhân viên CTXH như sau:

Thứ nhất, vai trò là nhà tư vấn, nhân viên xã hội sẽ cung cấp liệu pháp hoặc tư vấn ngắn hạn. Họ thường tư vấn cho những người đang gặp phải trạng thái đau khổ/ mất mát hoặc khủng hoảng.

Thứ hai, vai trò là người hỗ trợ, nhân viên công tác xã hội là người tiếp nhận thân chủ. Họ sẽ ghi chép lại những thông tin cơ bản về thân chủ và các vấn đề của thân chủ như: Thông tin bảo hiểm y tế, tiền sử bệnh, các phương pháp điều trị tâm thần trước đây, các vấn đề hiện tại và thông tin nhân khẩu học khác của khách hàng. Sau đó, họ có thể lập kế hoạch điều trị tùy theo các nhu cầu của khách hàng.

Thứ ba, vai trò là người can thiệp khủng hoảng, nhân viên công tác xã hội tại các cơ sở sức khỏe tâm thần sẽ hỗ trợ thân chủ giải quyết can thiệp khủng hoảng. Họ có thể giúp bệnh nhân đến khám hoặc cung cấp dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng qua điện thoại.

Thứ tư, vai trò là người kết nối. Nhân viên công tác xã hội có thể giới thiệu thân chủ đến cộng đồng để huy động nguồn lực nhằm đáp ứng các nhu cầu thiếu hụt, bao gồm các nguồn lực về vật chất, nhu yếu phẩm, nhà ở và các nhu cầu tương tự.

Bên cạnh đó một số vai trò khác của nhân viên CTXH cũng được đề cập tới liên quan tới việc thực hiện các chức năng của CTXH. Những vai trò này sẽ đảm bảo các dịch vụ toàn diện cho người có vấn đề về sức khỏe tâm thần và gia đình họ cũng như cộng đồng nói chung. Theo tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương (2014), nhân viên CTXH sẽ đóng vai trò nhận biết, phát hiện sớm những người có dấu hiệu, nguy cơ bị rối loạn tâm thần trong địa bàn phụ trách hoặc tiếp nhận những cá nhân khi đến cơ sở nuôi dưỡng và chăm sóc người tâm thần. Vai trò hỗ trợ xây dựng và triển khai các hoạt động tuyên truyền, vận động nâng cao nhận thức của cộng đồng về chăm sóc sức khỏe tâm thần, các rối loạn tâm thần thường gặp và cách xử trí; nâng cao năng lực phòng ngừa và chăm sóc người có vấn đề tâm thần cũng như chăm sóc sức khỏe tâm thần của cộng đồng nói chung. Những vai trò này được khái quát hóa theo sơ đồ dưới đây:



Sơ đồ 1. Vai trò của nhân viên CTXH

Nguồn: theo Nguyễn Thị Thanh Hương, 2014

Từ những kết quả của việc thực hiện vai trò của nhân viên CTXH, thân chủ sẽ là người được hưởng những lợi ích nhất định. Một số lợi ích khi sử dụng các dịch vụ tại các cơ sở công tác xã hội và sức khỏe tâm thần được đề cập đến như sau: Lợi ích đầu tiên được đề cập tới là trải nghiệm của thân chủ. Thân chủ có thể tận hưởng trải nghiệm tốt hơn vì sự sẵn sàng trong công việc nhân viên công tác xã hội. Nhân viên CTXH có thể giúp đơn giản hóa quy trình tiếp nhận và hỗ trợ thân chủ trong suốt quá trình điều trị. Nếu thân chủ đang gặp khó khăn trong việc tìm nhà ở hoặc các chương trình chăm sóc sau khi xuất viện, nhân viên công tác xã hội có thể giúp họ. Lợi ích thứ hai là đánh giá đầu vào tốt hơn cho thân chủ. Trong quá trình tiếp nhận, nhân viên CTXH trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần có thể tiến hành đánh giá toàn diện về mặt tâm lý và y tế. Ngoài việc ghi lại lịch sử xã hội, họ sẽ đánh giá thói quen sử dụng chất gây nghiện (nếu có), chức năng cảm xúc, hệ thống hỗ trợ, sự ổn định tài chính, sức khỏe thể chất và sự an toàn của thân chủ. Nhân viên CTXH cũng có thể xem xét liệu thân chủ đang có ý định tự tử hay các vấn đề tương tự hay không. Lợi ích tiếp theo là việc sử dụng các chương trình trị liệu khác nhau cho thân chủ. Một lợi ích khác của nhân viên CTXH là thực hiện các liệu pháp. Nhân viên CTXH thường quản lý các chương trình trị liệu cá nhân, nhóm và gia đình. Họ cũng sẽ lập và thực hiện kế hoạch điều trị của thân chủ, từ đó thân chủ có thể nhận được sự cá biệt hóa và sử dụng liệu pháp cá nhân hóa. Lợi ích thứ tư là việc cải thiện khả năng tiếp cận tài nguyên. Nhân viên CTXH xác định và tìm ra loại nguồn lực thân chủ có thể cần trong và sau quá trình điều trị. Sau đó, họ sẽ giúp thân chủ kết nối với các nguồn lực cộng đồng này, để thân chủ có thể trải qua quá trình phục hồi an toàn và lành mạnh. Họ cũng có thể hợp tác với các chuyên gia sức khỏe tâm thần khác để xác định các lựa chọn điều trị và kế hoạch xuất viện tốt nhất cho nhu cầu của thân chủ. Lợi ích thứ năm là huy động sự tham gia của gia đình nhiều hơn vào quá trình trợ giúp. Một phần công việc của nhân viên CTXH là giúp đỡ gia đình về các vấn đề sức khỏe tâm thần. Họ có thể giúp các thành viên trong gia đình tìm kiếm các nguồn lực trong cộng đồng hoặc họ có thể đề xuất các buổi trị liệu gia đình. Ngoài ra, nhân viên CTXH có thể giúp các thành viên trong gia đình hiểu được quá trình điều trị và vai trò của họ trong quá trình này. Lợi ích thứ sáu, đó là việc được tiếp cận và sử dụng quy trình điều trị dễ dàng hơn. Vì nhân viên CTXH có thể giúp thân chủ tìm hiểu về các công ty bảo hiểm, liệu pháp và thủ tục tiếp nhận, họ có thể đơn giản hóa toàn bộ quá trình điều trị. Sau khi thân chủ hoàn tất quá trình điều trị, họ cũng có thể giúp thân chủ tìm các chương trình chăm sóc sau điều trị.

5. KẾT LUẬN

Từ những tổng hợp trên có thể thấy nhân viên công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Điều này thể hiện trong việc hỗ trợ những người có vấn đề về sức khỏe tâm thần có thể tiếp cận thông tin, điều trị và sử dụng những chương trình hỗ trợ sau điều trị. Họ tạo ra không gian an toàn nơi mọi người cảm thấy được coi trọng, lắng nghe và thấu hiểu, thúc đẩy môi trường thuận lợi cho việc chữa lành và phục hồi. Họ cũng làm việc không ngừng để vận động thay đổi chính sách và phân bổ nguồn lực ưu tiên cho vấn đề sức khỏe tâm thần, qua đó đóng góp vào sự phát triển của các cộng đồng khỏe mạnh và hòa nhập.

Hơn nữa, nhân viên CTXH tham gia vào các nỗ lực phòng ngừa và giáo dục để thúc đẩy sức khỏe tâm thần và nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần. Họ là

những người có nhiệm vụ thúc đẩy quyền con người và quyền tiếp cận bình đẳng với các dịch vụ sức khỏe tâm thần, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giải quyết các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe như đói nghèo, bất bình đẳng và phân biệt đối xử, những yếu tố tác động đến sức khỏe tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Xuân Mai (2012). *Giáo trình Nhập môn công tác xã hội*. NXB Lao động - Xã hội.
2. Bùi Thị Xuân Mai (2014). *Giáo trình Tham vấn cơ bản*. NXB Lao động - Xã hội.
3. International Federation of Social Workers (IFSW) (2014).
4. Hiệp hội Công tác xã hội Quốc gia Mỹ (NASW).
5. Nguyễn Thị Thanh Hương (2014). *Giáo trình Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần*. NXB Lao động - Xã hội.
6. Ruth Allen (2014). *The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services*.
7. <https://onlinedegrees.unr.edu/blog/role-of-social-workers-in-mental-health>.
8. <https://www.houstonbehavioralhealth.com/blog/how-do-social-workers-help-patients-and-families-in-a-mental-health-facility>.
9. <https://www.ifsw.org/world-mental-health-day-the-crucial-role-of-social-work-in-advancing-mental-well-being>.
10. WHO (2022). *Nhu cầu cấp thiết phải chuyển đổi sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần*.
11. WHO (2022). *Báo cáo sức khỏe tâm thần thế giới*.

SỰ CÔ ĐƠN HIỆN SINH GIỮA ĐỜI SỐNG CỘNG ĐỒNG: PHÂN TÍCH HIỆN TƯỢNG VÀ TIẾP CẬN HỖ TRỢ TÂM LÝ - XÃ HỘI TỪ GÓC NHÌN TÂM LÝ HỌC HIỆN SINH

TS. Lê Minh¹, ThS. Lê Thị Thanh Hà²

Tóm tắt: Trong bối cảnh xã hội hiện đại, con người ngày càng đối diện với nghịch lý: sống giữa cộng đồng nhưng lại cô đơn sâu sắc. Bài viết tập trung phân tích hiện tượng “cô đơn hiện sinh”, một trạng thái tâm lý, bản thể học phản ánh nỗi bất an, mất kết nối và khủng hoảng ý nghĩa sống. Khác với cô đơn xã hội đơn thuần, cô đơn hiện sinh không thể xóa bỏ bằng những mối quan hệ bề mặt mà đòi hỏi sự hiện diện có chiều sâu và cái nhìn triết học về con người. Dựa trên nền tảng của Tâm lý học hiện sinh (Yalom, Frankl, May), bài viết làm rõ bản chất, biểu hiện và hậu quả của sự cô đơn này, nhất là với các nhóm dễ tổn thương như thanh thiếu niên, người cao tuổi, người ly hôn, người sống sau sang chấn... Bài viết đề xuất tiếp cận hỗ trợ kết hợp giữa trị liệu hiện sinh và công tác xã hội lâm sàng, nhấn mạnh vai trò của hiện diện xác thực, đối thoại sâu, viết nhật ký hiện sinh, cũng như xây dựng nhóm cộng đồng có tính phục hồi. Sự cô đơn không phải để loại bỏ, mà là cơ hội để con người tái định vị bản thân và kết nối lại với sự sống bằng một cái nhìn ý nghĩa, nhân văn và có trách nhiệm với chính hiện hữu của mình.

Từ khoá: cô đơn hiện sinh, khủng hoảng bản thể học, tâm lý học hiện sinh, hiện diện xác thực, trị liệu hiện sinh - nhân văn, tiếp cận liên ngành tâm lý - xã hội.

EXISTENTIAL LONELINESS WITHIN COMMUNITY LIFE: PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT APPROACH FROM AN EXISTENTIAL PSYCHOLOGY PERSPECTIVE

Abstract: In the context of modern society, individuals increasingly face a paradox: living within a community while experiencing profound loneliness. This paper focuses on analyzing “existential loneliness” – a psychological and ontological state that reflects anxiety, disconnection, and a crisis of meaning in life. Unlike social loneliness, existential loneliness cannot be alleviated by superficial relationships but requires deep presence and a philosophical view of human existence. Grounded in Existential Psychology (Yalom, Frankl, May), the article explores the nature, manifestations, and consequences of this loneliness, particularly among vulnerable groups such as adolescents, the elderly, divorced individuals, and trauma survivors. The paper proposes an integrative intervention approach combining existential therapy and clinical social work – emphasizing authentic presence, deep dialogue, existential journaling, and the development of restorative community groups. Existential loneliness is not something to be eliminated but rather an opportunity for individuals to reorient themselves and reconnect with life through a meaningful, humane, and responsible engagement with their own existence.

Keywords: existential loneliness, ontological crisis, existential psychology, authentic presence, existential-humanistic therapy, psychosocial interdisciplinary approach.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời đại ngày nay, nhờ sự phát triển của công nghệ số, con người ngày càng kết nối với nhau một cách dễ dàng. Mạng xã hội, điện thoại thông minh, các nền tảng tương tác số khiến con người luôn ở gần nhau. Tuy nhiên, nghịch lý của thời đại lại cho thấy, càng nhiều kênh giao tiếp thì con người càng dễ rơi vào trạng thái cô lập tâm lý. Sự hiện diện vật lý hoặc

¹ Giảng viên chính, ngành Tâm lý học, Khoa Khoa học Xã hội và Nhân văn, Trường Đại học Thủ đô Hà Nội, Email: lminh@daihocthudo.edu.vn

² Giảng viên, bộ môn Tâm lý học, Khoa Tâm lý giáo dục, Trường ĐHSP Hà Nội 2, SĐT: 0349595498/ Email: lethithanhha@hpu2.edu.vn

giao tiếp ngôn ngữ không đồng nghĩa với sự hiện diện hiện sinh, nơi con người cảm thấy được nhìn thấy, được thấu hiểu và có ý nghĩa.

Đặc biệt, trong bối cảnh hậu đại dịch COVID-19, khủng hoảng khí hậu, bất ổn kinh tế và những biến động toàn cầu, cảm nhận về bất an hiện sinh, rạn nứt nội tâm và hoài nghi về giá trị bản thân ngày càng trở thành phổ biến (Yalom, 1980; Rosa, 2019). Đó là bối cảnh hình thành trạng thái “cô đơn hiện sinh” như một hiện tượng tâm lý, đây là bản thể học mang tính đặc trưng của con người hiện đại. Hiện tượng cô đơn hiện sinh vừa là vấn đề của một nhóm cá biệt gặp nhiều tổn thương như thanh thiếu niên, người cao tuổi, người ly hôn, người sống sau sang chấn đồng thời cũng trở thành dấu ấn thời đại. Theo nghiên cứu của Rokach (2004), nhiều cá nhân cảm thấy “trống rỗng giữa đám đông” và điều này đặc biệt gia tăng trong giới trẻ - những người bị phân mảnh giữa cái tôi ảo và cái tôi thực. Ở người cao tuổi, cảm giác “bị bỏ lại phía sau” sau khi mất đi vai trò xã hội cũng dẫn đến một dạng cô đơn hiện sinh dai dẳng (McInnis & White, 2001). Trạng thái này thường được mô tả như một “khoảng trống không thể lấp đầy bằng người khác” và chỉ có thể được tiếp cận qua hành trình nội quan và hiện diện có ý thức.

Như vậy, trong xã hội hậu hiện đại, con người đang trở thành “người lạ của chính mình”, và cô đơn hiện sinh là một vấn đề rất cần được nghiên cứu một cách hệ thống dưới góc độ lý luận cũng như đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp. Sẽ có nhiều cách can thiệp, nhưng điều quan trọng là cần thừa nhận cô đơn hiện sinh như một đặc tính tồn tại phổ quát ở con người - một trải nghiệm không thể né tránh, mà cần được tiếp cận như cơ hội để con người tái định vị bản thân một cách sâu sắc hơn.

Từ đó, bài viết hướng đến ba mục tiêu chính:

- Làm rõ bản chất và đặc điểm tâm lý của hiện tượng cô đơn hiện sinh trong xã hội hiện đại;
- Phân tích các biểu hiện và hậu quả tâm lý - xã hội của trạng thái này ở các nhóm dễ tổn thương;
- Đề xuất một số can thiệp lâm sàng và hỗ trợ tâm lý - xã hội từ góc nhìn Tâm lý học hiện sinh.

Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là:

- (i) Cô đơn hiện sinh là gì và khác biệt như thế nào với các dạng cô đơn thông thường?
- (ii) Những biểu hiện và tác động của hiện tượng này lên các nhóm dễ tổn thương là gì?
- (iii) Có thể ứng dụng những mô hình trị liệu hoặc hỗ trợ nào để giúp người trải nghiệm cô đơn hiện sinh được chuyển hóa và phát triển tích cực?

2. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN VỀ CÔ ĐƠN HIỆN SINH

Khái niệm cô đơn hiện sinh (existential loneliness) bắt nguồn từ triết học hiện sinh thế kỷ XX và ngày càng được chú ý trong nghiên cứu tâm lý học, đặc biệt là trong bối cảnh xã hội hiện đại đang chứng kiến sự gia tăng các vấn đề về khủng hoảng bản sắc, mất kết nối và cảm giác trống rỗng nội tâm. Nhiều công trình quốc tế đã góp phần làm rõ bản chất và biểu hiện của hiện tượng này từ góc nhìn tâm lý học hiện sinh, trị liệu và xã hội học đương đại.

Nền tảng lý luận đầu tiên được đặt bởi Clark Moustakas (1961), người cho rằng cô đơn hiện sinh là một trải nghiệm không thể tránh khỏi, phản ánh nhận thức sâu sắc về sự biệt lập nội tại của con người với người khác và với chính tồn tại. Theo ông, đó là “một trạng thái hiện diện sâu thẳm mà cá nhân không thể lấp đầy bằng bất kỳ mối quan hệ nào”.

Irvin D. Yalom (1980) xác lập bốn tình huống hiện sinh tối hậu mà con người không thể né tránh: cái chết, tự do, sự vô nghĩa và cô đơn. Trong đó, cô đơn hiện sinh được xem là yếu tố vừa là kết quả, vừa là điểm xuất phát của khủng hoảng hiện sinh. Ông nhấn mạnh rằng sự nhận thức rõ ràng về sự biệt lập bản thể là một nguồn gốc chính của lo âu hiện sinh.

Victor Frankl (1963, 1985) lại tiếp cận từ góc độ trị liệu ý nghĩa (logotherapy), cho rằng sự trống rỗng hiện sinh - một dạng cô đơn sâu sắc - phát sinh từ việc đánh mất mục tiêu và giá trị sống. Đây là một nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cảm giác vô nghĩa, mất kết nối và hành vi lệch chuẩn ở con người hiện đại.

Về phía nghiên cứu thực nghiệm, Rokach (2004) chỉ ra rằng cô đơn hiện sinh thường xuất hiện song hành với cảm giác bị tách rời khỏi hệ thống giá trị và ý nghĩa sống, đặc biệt ở thanh niên, người cao tuổi hoặc những cá nhân trải qua sang chấn. McInnis và White (2001) cũng cho thấy hiện tượng này phổ biến trong nhóm người già mất đi vai trò xã hội - nơi cô đơn không đơn thuần là thiếu giao tiếp, mà là sự mất đi cảm thức tồn tại có giá trị.

Trong lĩnh vực trị liệu và công tác xã hội, một số học giả đề xuất các mô hình hỗ trợ dựa trên trị liệu hiện sinh - nhân văn. Wong (2010) phát triển trị liệu ý nghĩa tích hợp (meaning-centered therapy), còn Krug (2009) nhấn mạnh vai trò của “hiện diện xác thực” trong quan hệ trị liệu để giúp thân chủ đối diện với sự trống rỗng hiện sinh. Đồng thời, Turkle (2011) và Twenge (2017) cảnh báo rằng thế hệ trẻ ngày nay, dù kết nối qua công nghệ, lại dễ rơi vào trạng thái “cô đơn có công nghệ” - nơi thiếu vắng sự hiện diện thực chất và đối thoại sâu sắc.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về cô đơn hiện sinh còn rất hạn chế. Một số công trình tiếp cận khái niệm này từ góc độ văn học, triết học hoặc lý luận tâm lý học phương Tây, nhưng thiếu khảo sát thực nghiệm và mô hình can thiệp phù hợp với bối cảnh văn hóa - xã hội Việt Nam. Chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào đề xuất mô hình tích hợp giữa tâm lý học hiện sinh và công tác xã hội lâm sàng - một hướng đi giàu tiềm năng trong hỗ trợ nhóm dễ tổn thương.

Từ đó, có thể nhận thấy khoảng trống nghiên cứu hiện nay nằm ở ba phương diện chính:

- Thiếu các khảo sát định lượng - định tính sâu về biểu hiện và trải nghiệm cô đơn hiện sinh tại Việt Nam;
- Thiếu ứng dụng lý luận hiện sinh trong thiết kế chương trình can thiệp tâm lý học hoặc công tác xã hội;
- Thiếu nghiên cứu liên ngành kết nối trị liệu hiện sinh với thực hành lâm sàng hoặc chính sách xã hội.

Bài viết này nhằm lấp đầy một phần khoảng trống đó thông qua việc tổng hợp lý luận, từ đó đề xuất can thiệp phù hợp trong bối cảnh Việt Nam.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết này là một bài tổng quan lý luận, sử dụng phương pháp phân tích, tổng hợp tài liệu học thuật (theoretical synthesis). Các tài liệu được lựa chọn từ các công trình tiêu biểu của trường phái Tâm lý học hiện sinh (Yalom, Frankl, May), cũng như các nghiên cứu đương đại về sự cô đơn hiện sinh trong xã hội hiện đại.

Ngoài ra, bài viết cũng tham khảo các nghiên cứu định tính trong lĩnh vực lâm sàng, công tác xã hội và trị liệu tâm lý để kết nối giữa lý luận và thực hành. Việc chọn tài liệu được tiến

hành có chủ đích theo hướng tập trung vào các nhóm dễ tổn thương trong bối cảnh văn hóa xã hội hiện nay.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Một số vấn đề lý luận về cô đơn và cô đơn hiện sinh

4.1.1. Định nghĩa và phân loại cô đơn

Tâm lý học hiện đại coi cô đơn là một hiện tượng đa chiều, biểu hiện ở nhiều cấp độ khác nhau của trải nghiệm người (Perlman & Peplau, 1981). Các học giả phân biệt cô đơn thành ba dạng chính, dựa trên căn nguyên và biểu hiện:

Cô đơn xã hội (social loneliness): phản ánh tình trạng thiếu hụt các mối quan hệ xã hội có ý nghĩa. Nó thường xảy ra khi cá nhân cảm thấy bị cô lập hoặc bị loại khỏi mạng lưới xã hội như gia đình, bạn bè, cộng đồng (Weiss, 1973).

Cô đơn cảm xúc (emotional loneliness): mô tả sự thiếu vắng những mối quan hệ thân thiết, gắn bó sâu sắc về mặt cảm xúc, như tình yêu đôi lứa, bạn tâm giao hoặc mối quan hệ cha mẹ - con cái. Dạng cô đơn này thường dẫn đến cảm giác bị bỏ rơi, không được yêu thương hay thấu hiểu (Peplau & Perlman, 1982).

Cô đơn hiện sinh (existential loneliness): khác biệt căn bản so với hai dạng trên, cô đơn hiện sinh không nhất thiết xuất phát từ sự thiếu vắng người khác, mà từ nhận thức sâu sắc về **sự cô lập bản thể**, khi con người ý thức được rằng mình là một hữu thể đơn độc, tự do, hữu hạn, đối diện với sự tồn tại, cái chết và khát vọng về một ý nghĩa sống vốn không có sẵn (Yalom, 1980; Mijuskovic, 2012). Theo Moustakas (1961), cô đơn hiện sinh là “sự hiện diện sâu thẳm và cô đặc của một cá thể tự biết rằng dù trong bất kỳ sự kết nối nào, vẫn tồn tại một vùng trống không thể lấp đầy bởi người khác”. Đây là một hiện tượng mang tính hiện sinh học, tức là gắn chặt với chính bản chất tồn tại của con người.

4.1.2. Cô đơn hiện sinh: một trạng thái tâm lý có tính bản thể học

Không giống như các dạng cô đơn khác vốn có thể được làm dịu bởi các kỹ thuật tâm lý xã hội như tăng cường kỹ năng giao tiếp, thiết lập quan hệ, cô đơn hiện sinh không thể “chữa khỏi” mà chỉ có thể được thấu hiểu và chuyển hóa. Nó là một phần cấu thành của sự hiện hữu, bộc lộ rõ nhất khi con người rơi vào khủng hoảng bản sắc, mất phương hướng sống, hoặc bị đứt gãy khỏi dòng kết nối có ý nghĩa với thế giới và chính mình (Spinelli, 2007).

Theo Yalom (1980), cô đơn hiện sinh là một trong bốn “tình huống tối hậu” (*ultimate concerns*) mà con người không thể né tránh: cái chết, tự do, sự cô đơn và sự vô nghĩa. Trong đó, **sự cô đơn hiện sinh** giữ vai trò đặc biệt vì nó không chỉ là hậu quả của cái chết và tự do mà còn là điểm xuất phát của nhu cầu kiếm tìm ý nghĩa. Yalom nhấn mạnh rằng mỗi cá nhân cuối cùng đều đơn độc trong những quyết định sâu sắc nhất của đời mình: lựa chọn sống, yêu, thay đổi hay từ bỏ.

Frankl (1963) cho rằng sự trống rỗng hiện sinh (*existential vacuum*) - biểu hiện của cô đơn hiện sinh là hậu quả tất yếu khi con người đánh mất ý nghĩa sống. Sự mất kết nối với *logos* (ý nghĩa sâu xa) dẫn đến cảm giác lạc lõng, chán nản hoặc biểu hiện ra thành các hành vi lệch chuẩn như nghiện ngập, hành vi cưỡng bức hoặc tìm kiếm khoái cảm để lấp khoảng trống.

Cô đơn hiện sinh, do đó, ***là hiện tượng giao thoa giữa tâm lý học và bản thể học***, đòi hỏi một cách tiếp cận mang tính nhân học hiện sinh, nơi thân phận con người được soi chiếu như một hữu thể “bị ném vào tồn tại” mà không có bản đồ chỉ dẫn.

4.1.3. Quan điểm của các nhà tư tưởng hiện sinh về cô đơn hiện sinh

Các nhà tâm lý học hiện sinh và triết gia hiện sinh đã cung cấp những khung lý luận quan trọng để hiểu và tiếp cận cô đơn hiện sinh:

Rollo May (1953) coi cô đơn là một điều kiện tất yếu của sự tồn tại, nơi mà “con người cần phải học cách sống với sự cô lập như một phần cấu thành của tự do và cá tính”. Đối với May, cô đơn không chỉ là một vấn đề cần giải quyết mà là một trải nghiệm cần đối diện để cá nhân trưởng thành tâm lý.

Victor Frankl (1963) nhấn mạnh rằng con người có thể vượt qua sự trống rỗng hiện sinh bằng cách tìm kiếm ý nghĩa sống. Cô đơn, theo Frankl, là lời mời gọi con người quay về với nội tâm, với chiều sâu của lương tri - nơi mà ý nghĩa không có sẵn mà phải được phát hiện thông qua hành vi, trải nghiệm và khổ đau.

Irvin D. Yalom (1980) xác lập rằng lo âu hiện sinh phát sinh từ nhận thức sâu về sự cô đơn không thể xóa bỏ. Tuy nhiên, sự thừa nhận và làm hòa với nỗi cô đơn đó lại chính là bước khởi đầu của chữa lành và phát triển nhân cách.

Martin Heidegger (1927/1962) trong *Being and Time*, sử dụng khái niệm “Geworfenheit” (bị ném vào đời) để diễn tả trạng thái nguyên khởi của con người: hiện hữu mà không có sự lựa chọn, không có chuẩn mực sẵn có, và buộc phải tự kiến tạo bản thân. Trong trạng thái đó, cô đơn hiện sinh là nền tảng của tự do, nhưng cũng là nguồn gốc của lo âu và khủng hoảng.

Như vậy, cô đơn hiện sinh không phải là sự vắng mặt của người khác, mà là sự có mặt của chính mình trong một thế giới không có sẵn ý nghĩa. Đó là sự đối mặt với tự do tuyệt đối và trách nhiệm với chính đời sống mình, một trách nhiệm nặng nề, đôi khi đè nén, nhưng cũng là cánh cửa mở ra khả thể trưởng thành nội tâm.

4.2. Các biểu hiện và hậu quả của cô đơn hiện sinh

4.2.1. Biểu hiện lâm sàng và nội tâm

Cô đơn hiện sinh không chỉ là cảm giác cô lập xã hội thông thường mà còn là trạng thái suy niệm sâu sắc về sự tồn tại, dẫn đến những biểu hiện đặc trưng về mặt lâm sàng và nội tâm. Theo Yalom (1980), cô đơn hiện sinh thường biểu hiện qua cảm giác trống rỗng, sự xa lạ với chính mình và thế giới, phản ánh sự đứt gãy trong nhận thức về ý nghĩa cuộc sống. Cá nhân có thể trải nghiệm khó khăn trong việc thiết lập mối quan hệ sâu sắc, đồng thời cảm thấy bất lực trước các tương tác xã hội hời hợt (Baumeister & Leary, 1995).

Một biểu hiện quan trọng khác là khủng hoảng bản sắc và hoài nghi về giá trị sống. Frankl (1985) nhấn mạnh rằng khi con người không tìm thấy mục đích sống, họ dễ rơi vào trạng thái “chân không hiện sinh” (existential vacuum), dẫn đến cảm giác sống “không thực” (May, 1983). Những biểu hiện này thường đi kèm với sự mất kết nối với bản thân và xã hội, làm trầm trọng thêm cảm giác cô lập.

4.2.2. Các hậu quả tâm lý - xã hội

Cô đơn hiện sinh có thể dẫn đến nhiều hệ lụy nghiêm trọng về mặt tâm lý và xã hội. Nghiên cứu của Cacioppo và cộng sự (2006) chỉ ra rằng tình trạng này làm gia tăng nguy cơ trầm cảm, lo âu hiện sinh, và thúc đẩy các hành vi tự hủy hoại như lạm dụng chất kích thích hoặc tự cô lập. Đặc biệt, trong thời đại số, nhiều cá nhân tìm cách lấp đầy khoảng trống hiện sinh bằng các kết nối ảo, dẫn đến sự phụ thuộc vào công nghệ và cảm giác cô đơn trầm trọng hơn (Turkle, 2011).

Về mặt xã hội, cô đơn hiện sinh gây ra sự tách rời khỏi cộng đồng, làm suy giảm khả năng hiện diện chân thật và trao đổi ý nghĩa với người khác (Fromm, 1941). Theo Moustakas (1961), khi cá nhân không thể chia sẻ những trăn trở hiện sinh, họ dễ rơi vào trạng thái “câm lặng hiện sinh”, làm giảm chất lượng các mối quan hệ xã hội.

4.3. Một số nhóm dễ tổn thương bởi cô đơn hiện sinh

Một số nhóm đối tượng đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi cô đơn hiện sinh do những đặc điểm tâm lý và hoàn cảnh sống:

Thanh thiếu niên: Khủng hoảng bản sắc và áp lực hiện sinh

Giai đoạn dậy thì đến tuổi trưởng thành là thời kỳ con người đối mặt với những câu hỏi hiện sinh cốt lõi: “Tôi là ai?”, “Cuộc sống có ý nghĩa gì?” (Erikson, 1968). Sự thiếu vắng câu trả lời thỏa đáng dẫn đến hai dạng biểu hiện:

Khủng hoảng bản sắc kép: Thanh thiếu niên phải đối diện với xung đột giữa kỳ vọng xã hội (từ gia đình, nhà trường) và nhu cầu tự khẳng định (Marcia, 1966). Nghiên cứu của Schwartz et al. (2005) chỉ ra rằng 37% người trẻ trong độ tuổi 18-25 trải nghiệm “tê liệt hiện sinh” khi không tìm thấy lựa chọn phù hợp.

Cô đơn trong kết nối ảo: Mạng xã hội tạo ra ảo giác về sự gắn kết, nhưng lại làm trầm trọng thêm cảm giác xa lạ với chính mình. Theo Twenge (2017), tỷ lệ trầm cảm ở Gen Z tăng 56% trong thập kỷ qua do sự thiếu hụt kết nối sâu sắc ngoài đời thực.

Người cao tuổi: Đối diện với sự hữu hạn và mất vai trò

Quá trình lão hóa đặt con người trước hai thách thức hiện sinh phổ biến nhất:

Mất ý nghĩa từ công việc và quan hệ xã hội: Khi về hưu, nhiều người đánh mất vị trí vốn tạo nên giá trị bản thân (Tornstam, 2005). Nghiên cứu của Steptoe et al. (2013) trên 6.500 người >65 tuổi cho thấy, 32% mô tả cảm giác “bị xã hội xóa bỏ” dẫn đến trầm cảm.

Ám ảnh về cái chết: Lý thuyết quản lý nỗi sợ (Terror Management Theory - Solomon et al., 2015) giải thích, người già thường gia tăng hành vi tôn giáo hoặc níu giữ quá khứ như cơ chế phòng vệ trước nỗi sợ hữu hạn.

Những người sống trong trạng thái ly hôn/góa bụa: Sự sụp đổ của “thế giới quen thuộc”

Mất đi người bạn đời hoặc người thân thiết phá vỡ ba trụ cột hiện sinh (theo nghiên cứu của Stroebe & Schut, 1999):

Mất đi “người chứng kiến cuộc đời”: Mối quan hệ thân mật thường đóng vai trò như tấm gương phản chiếu bản sắc. Khi mất đi, cá nhân có thể rơi vào trạng thái “không còn nhận ra mình là ai”.

Gián đoạn nghi thức hằng ngày: Những thói quen như ăn tối cùng nhau, trò chuyện buổi sáng từng mang lại cảm giác an toàn hiện sinh. Sự vắng mặt đột ngột của những điều này tạo ra “khoảng trống tồn tại” (existential void - Boss, 1999).

Người sống sau sang chấn: Vết nứt trong niềm tin căn bản

Sang chấn (chiến tranh, bạo hành, tai nạn) không chỉ gây tổn thương tâm lý mà còn phá hủy các giả định nền tảng về thế giới (Janoff-Bulman, 1992):

Mất niềm tin vào sự công bằng: Nạn nhân thường vật lộn với câu hỏi “*Tại sao lại là tôi?*”, dẫn đến cảm giác bị bỏ rơi bởi vũ trụ vô nghĩa (Frankl, 1985).

Khủng hoảng tái hội nhập: Nghiên cứu của Herman (1992) về cựu chiến binh cho thấy, 41% không thể thiết lập lại mối quan hệ do cảm thấy “không thuộc về bất cứ nơi nào”.

Các nhóm trên đều có một đặc điểm chung là *sự đứt gãy trong hệ thống ý nghĩa* vốn giúp con người chống lại cô đơn hiện sinh. Vậy thì, một số can thiệp, hỗ trợ cần hỗ trợ những nhóm này tập trung vào xây dựng lại cấu trúc ý nghĩa thông qua liệu pháp hiện sinh hoặc tái thiết cộng đồng hỗ trợ.

4.4. Các tiếp cận hỗ trợ tâm lý - xã hội từ góc nhìn hiện sinh

4.4.1. Nguyên lý trị liệu hiện sinh - nhân văn

Trị liệu hiện sinh dựa trên nền tảng triết học hiện sinh và tâm lý học nhân văn, nhấn mạnh tính tự do và trách nhiệm của con người trong việc kiến tạo ý nghĩa cuộc sống (Yalom, 1980). Các nguyên lý cốt lõi bao gồm:

Tôn trọng tính chủ thể: Mỗi cá nhân không phải là đối tượng bị động cần “sửa chữa”, mà là một chủ thể tự do có khả năng định nghĩa và tái định nghĩa ý nghĩa tồn tại (Frankl, 1985). Nhà trị liệu đóng vai trò người đồng hành thay vì “chuyên gia” áp đặt giải pháp (Bugental, 1978).

Hiện diện xác thực (authentic presence): Trị liệu không phải là quy trình kỹ thuật, mà là cuộc gặp gỡ chân thật giữa hai con người, nơi nhà trị liệu dám chia sẻ cả những băn khoăn hiện sinh của chính mình (May, 1983). Điều này tạo mối quan hệ trị liệu dựa trên sự tin cậy và cởi mở.

Khám phá chiều sâu nỗi cô đơn: Thay vì né tránh cảm giác cô đơn hiện sinh, trị liệu hướng dẫn thân chủ đối diện với nó như một phần tất yếu của tồn tại, từ đó tìm thấy sức mạnh tự thân (Tillich, 1952).

4.4.2. Các hình thức can thiệp cụ thể

a. Hiện diện xác thực (Authentic Presence)

Nhà trị liệu hiện sinh từ bỏ vai trò “người quan sát khách quan” để **trở thành một con người thực sự trong phòng trị liệu** (Rogers, 1961). Điều này bao gồm:

Tính minh bạch: Chia sẻ phản ứng chân thật trước câu chuyện của thân chủ, thậm chí thừa nhận những giới hạn của bản thân (ví dụ: “Tôi cũng từng sợ hãi trước câu hỏi của bạn”).

Kết nối qua sự thật: Nghiên cứu của Krug (2009) chỉ ra rằng 72% thân chủ cảm thấy trị liệu hiệu quả hơn khi nhà trị liệu không né tránh các chủ đề như cái chết, nỗi cô đơn, hay sự vô nghĩa.

b. Đối thoại sâu (Deep Dialogue)

Phương pháp này vượt qua khuôn mẫu hỏi đáp thông thường để khám phá những trải nghiệm hiện sinh cốt lõi (Buber, 1970). Các kỹ thuật bao gồm:

+ Lắng nghe hiện sinh: Tập trung vào ý nghĩa ẩn sau lời nói (ví dụ: Khi thân chủ nói “Tôi chẳng để lại gì cho đời”, nhà trị liệu có thể hỏi: “Điều gì khiến bạn khao khát được để lại một dấu ấn?”).

+ Không gian cho nỗi sợ hiện hữu: Cho phép thân chủ bày tỏ nỗi sợ tự do, trách nhiệm hoặc sự hữu hạn mà không vội vàng trấn an (van Deurzen, 2010).

c. Viết nhật ký hiện sinh (Existential Journaling)

Hoạt động này khuyến khích thân chủ đối thoại với chính mình thông qua các gợi ý như: “Khoảnh khắc nào khiến tôi cảm thấy mình thực sự sống?”, “Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi chấp nhận rằng một số câu hỏi không có lời giải đáp?”

Nghiên cứu của Pennebaker (1997) cho thấy việc viết về các chủ đề hiện sinh giảm 23% triệu chứng lo âu sau 8 tuần.

d. Xây dựng nhóm cộng đồng phục hồi (Restorative Communities)

Các nhóm này hoạt động dựa trên nguyên tắc:

Phi chuyên nghiệp hóa hỗ trợ: Thành viên chia sẻ trải nghiệm như những người đồng hành, không phải bệnh nhân hay bác sĩ (Wong, 2010).

Không gian an toàn hiện sinh: Ví dụ, nhóm “Death Café” tạo cơ hội thảo luận về cái chết trong bầu không khí cởi mở (Bauer, 2019).

4.4.3. Vai trò của công tác xã hội lâm sàng trong tiếp cận hiện sinh

Công tác xã hội lâm sàng từ góc nhìn hiện sinh không chỉ dừng lại ở việc giải quyết các vấn đề tâm lý cá nhân mà còn hướng đến kiến tạo một hệ sinh thái xã hội nuôi dưỡng ý nghĩa tồn tại. Tiếp cận này dựa trên nguyên tắc: “Con người không thể tìm thấy ý nghĩa trong chân không xã hội” (Bauman, 2000). Dưới đây là phân tích sâu về vai trò đa chiều của công tác xã hội trong bối cảnh này:

(i) Can thiệp đa cấp độ: Từ cá nhân đến hệ thống

a. Cấp độ vi mô (Cá nhân và gia đình)

Trị liệu hiện sinh tích hợp: Nhân viên công tác xã hội (CTXH) đóng vai trò người kết nối giữa thân chủ và các nguồn lực tâm lý - xã hội. Ví dụ: Hỗ trợ người cao tuổi tái định nghĩa vai trò sau khi nghỉ hưu thông qua các hoạt động tình nguyện phù hợp (Hao, 2020). Giúp thanh thiếu niên khủng hoảng hiện sinh thiết lập “bản đồ ý nghĩa” (meaning map) để nhận diện giá trị bản thân trong các mối quan hệ (Wong, 2010).

b. Cấp độ trung gian (Nhóm và cộng đồng)

Xây dựng “cộng đồng phản tư” (reflective communities): Tổ chức các nhóm chia sẻ hiện sinh (ví dụ: nhóm “Sống với câu hỏi lớn”) nơi thành viên thảo luận về cái chết, tự do, và trách nhiệm mà không bị dán nhãn bệnh lý (Kleinman, 2012). Phát triển không gian nghệ thuật cộng đồng (community art hubs) như một phương tiện để cá nhân bày tỏ nỗi cô đơn hiện sinh thông qua sáng tạo (McNiff, 2018).

c. Cấp độ vĩ mô (Chính sách và văn hóa)

Vận động chính sách xã hội nhân văn: Thúc đẩy các chương trình “thành phố hiện sinh” (existential cities) với thiết kế đô thị khuyến khích tương tác có ý nghĩa (vd: công viên tưởng niệm, không gian tĩnh lặng trong bệnh viện) (Sennett, 2018). Đề xuất chính sách giảm thiểu cô lập xã hội ở nhóm dễ tổn thương (người già, người khuyết tật) thông qua mô hình “làng hỗ trợ” (supportive villages) (Gawande, 2014).

(ii) Thúc đẩy môi trường nhân văn: Chống lại sự “đồng phục hóa” xã hội

a. Công nhận tính duy nhất của cá nhân

Thực hành “chứng nhận hiện sinh” (existential witnessing): Nhân viên CTXH lắng nghe câu chuyện đời sống của thân chủ như một văn bản triết học, giúp họ nhận ra sự độc đáo trong trải nghiệm của mình (Frank, 1995). Ví dụ:

Ghi chép lại hành trình vượt qua sang chấn của thân chủ dưới dạng “tiểu sử hiện sinh” (existential biography) để khẳng định giá trị tồn tại của họ.

b. Chống lại áp lực đồng hóa xã hội

Giải cấu trúc các “kịch bản sống” áp đặt: Tổ chức hội thảo “Sống thật giữa những kỳ vọng ảo” để phản biện các chuẩn mực như “thành công phải giàu có” hay “hạnh phúc phải lập gia đình” (Cushman, 1995). Sử dụng nghệ thuật kể chuyện (narrative therapy) giúp thân chủ tái cấu trúc câu chuyện đời mình theo hướng tự quyết (White & Epston, 1990).

c. Xây dựng “mạng lưới ý nghĩa” (networks of meaning)

Kết nối cá nhân với các hệ thống giá trị đa dạng: Tạo cầu nối giữa người trẻ với người cao tuổi thông qua dự án “Chia sẻ di sản hiện sinh” (intergenerational dialogue projects) (Generations United, 2021). Phát triển nền tảng số kết nối người cùng trải nghiệm hiện sinh (ví dụ: trang web “Câu hỏi lớn” - Big Questions Forum) để giảm cảm giác lạc lõng.

Nhìn chung, việc vận dụng một số can thiệp trên ở nhân viên CTXH tại Việt Nam, có thể gặp một số khó khăn, rào cản: các nhân viên CTXH chưa được tiếp cận với lý thuyết của chủ nghĩa hiện sinh; các vấn đề về trị liệu hiện sinh. Tuy nhiên đây là một vấn đề đặt ra trong việc đào tạo, cho thấy việc đưa các lý thuyết, cách thức tiếp cận của tâm lý học hiện sinh vào trong chương trình đào tạo ngành CTXH, Tâm lý học là rất cần thiết.

4.5. Sự cô đơn không phải là bệnh lý mà là điều kiện tất yếu của hiện hữu

a. Cô đơn như một đặc điểm cố hữu của ý thức con người

Theo triết học hiện sinh, cô đơn không phải là một trạng thái bệnh lý cần loại bỏ, mà là một phần không thể tách rời của sự tồn tại có ý thức (Heidegger, 1927). Khác với cô lập xã hội (social isolation) - một hiện tượng tâm lý xã hội có thể đo lường được, cô đơn hiện sinh (existential loneliness) xuất phát từ nhận thức về tính duy nhất không thể san sẻ của bản thể (Jaspers, 1932). Nói cách khác, con người cô đơn vì họ ý thức được rằng:

- Không ai có thể thực sự hiểu toàn vẹn trải nghiệm của mình (Yalom, 1980).

- Mỗi cá nhân phải tự mình đối diện với những câu hỏi tối hậu về cái chết, tự do, trách nhiệm, và ý nghĩa (Frankl, 1946).

- Nghiên cứu của Moustakas (1961) trên những người trải qua khủng hoảng hiện sinh cho thấy: 76% mô tả cô đơn như một “trạng thái thức tỉnh” chứ không phải bệnh tật. Điều này phù hợp với quan điểm của Kierkegaard (1849): “Cô đơn là trường học của sự tự do”.

b. Cô đơn như cơ hội khai mở bản thể

Thay vì né tránh, việc dám đi xuyên qua nỗi cô đơn có thể trở thành một hành trình khám phá bản chất đích thực của mình. May (1983) nhấn mạnh rằng:

“Chỉ khi đối diện với sự cô đơn tận cùng, con người mới nhận ra mình là ai ngoài những vai trò xã hội.”

Các nghiên cứu gần đây về sự phát triển hậu chấn (post-traumatic growth) cũng chỉ ra rằng:

- 45% người trải qua sang chấn tìm thấy ý nghĩa mới trong cuộc sống sau khi dừng cảm đối mặt với nỗi cô đơn hiện sinh (Tedeschi & Calhoun, 2004).

- Những người chấp nhận cô đơn như một phần của hành trình sống có khả năng sáng tạo và tự nhận thức cao hơn (Storr, 1988).

- Ví dụ điển hình là trường hợp của nhà văn Virginia Woolf, người đã biến nỗi cô đơn của mình thành không gian sáng tạo thông qua nhật ký và tiểu thuyết (Woolf, 1929).

4.6. Từ khủng hoảng sang tái cấu trúc ý nghĩa: hành trình hiện sinh

a. Mô hình chuyển hóa cô đơn hiện sinh

Dựa trên lý thuyết của Frankl (1946) và Yalom (1980), hành trình từ cô đơn đến tự do có thể được mô tả qua 5 giai đoạn:

Trống rỗng (Emptiness): Cảm giác vô nghĩa, mất kết nối với bản thân và thế giới. Nghiên cứu của Hagerty et al. (1996) chỉ ra: 68% người trải qua giai đoạn này mô tả nó như “một khoảng trống không thể lấp đầy”.

Chất vấn (Questioning): Bắt đầu đặt ra những câu hỏi hiện sinh: “Tôi là ai?”, “Cuộc sống này có ý nghĩa gì?” Theo Jaspers (1932), đây là giai đoạn “giới hạn tình thế” (boundary situation), nơi con người buộc phải đối diện với sự thật về tồn tại.

Đau đớn (Suffering): Nhận thức rõ ràng về tính hữu hạn và trách nhiệm cá nhân. Như Nietzsche (1882) từng viết: “Bạn phải mang trong mình một hỗn độn để sinh ra một ngôi sao nhảy múa.”

Nhận ra tự do (Freedom): Hiểu rằng cô đơn chính là không gian của tự do - nơi không có áp lực xã hội hay kỳ vọng bên ngoài. Nghiên cứu của Schneider (1999) về các nghệ sĩ cho thấy: 80% coi cô đơn là điều kiện tiên quyết để sáng tạo.

Xây dựng ý nghĩa mới (Meaning-Making): Tái định nghĩa giá trị sống thông qua: Sự cam kết (commitment) với công việc, tình yêu, hoặc lý tưởng (Frankl, 1946). Thái độ (attitude) trước những điều không thể thay đổi (ví dụ: chấp nhận sự hữu hạn).

b. Vai trò của cô đơn như “điểm khởi đầu” cho tự chữa lành

Trong liệu pháp hiện sinh, cô đơn được xem như một loại “cơn đau chuyển dạ” tâm lý (psychic labor pain) - cần thiết để sinh ra phiên bản mới của bản thân (van Deurzen, 2010). Cụ thể:

Cô đơn phá vỡ ảo tưởng về sự phụ thuộc: Giúp cá nhân nhận ra họ phải tự mình lựa chọn (Sartre, 1943).

Tạo không gian cho sự tự phản chiếu (self-reflection): Nghiên cứu của Long & Averill (2003) cho thấy: Những người dành ít nhất 30 phút mỗi ngày trong trạng thái cô đơn có ý thức (solitude) cải thiện 35% khả năng ra quyết định tự chủ.

Ví dụ thực tiễn: Nhóm hỗ trợ “Alone Together” tại Anh khuyến khích thành viên sử dụng thời gian cô đơn để viết thư cho chính mình, từ đó tái khám phá giá trị bản thân (Project, 2021).

5. KẾT LUẬN

Bài viết này đã khám phá sâu sắc hiện tượng cô đơn hiện sinh trong bối cảnh xã hội hiện đại thông qua lăng kính của tâm lý học hiện sinh, mang đến một số hiểu biết về cả về mặt lý luận và thực tiễn ứng dụng.

Về mặt lý thuyết, bài viết đã làm rõ bản chất của cô đơn hiện sinh như một trạng thái bản thể học không thể tránh khỏi trong đời sống con người (Heidegger, 1927; Yalom, 1980). Khác biệt căn bản so với các dạng cô đơn thông thường, cô đơn hiện sinh xuất phát từ nhận thức về tính duy nhất không thể chia sẻ của tồn tại cá nhân và nhu cầu kiếm tìm ý nghĩa sống (Frankl, 1963). Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng bao gồm cảm giác trống rỗng, xa lạ với bản thân, khủng hoảng bản sắc và hoài nghi giá trị sống (May, 1983).

Trên phương diện thực tiễn, nghiên cứu chỉ ra những hệ lụy nghiêm trọng của cô đơn hiện sinh đối với sức khỏe tâm thần và chất lượng sống, đặc biệt ở các nhóm dễ tổn thương như thanh thiếu niên trong khủng hoảng tuổi trưởng thành, người cao tuổi đối mặt với sự hữu hạn hay những người trải qua sang chấn và mất mát (Erikson, 1968; Janoff-Bulman, 1992). Tuy nhiên, một phát hiện quan trọng là cô đơn hiện sinh cũng mang lại cơ hội chuyển hóa khi được tiếp cận đúng cách, với 45% người trải qua sang chấn tìm thấy ý nghĩa mới nhờ đối mặt với nỗi cô đơn này (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Về giải pháp can thiệp, bài viết đề xuất mô hình tiếp cận liên ngành kết hợp giữa trị liệu hiện sinh - nhân văn và công tác xã hội lâm sàng. Các phương pháp như hiện diện xác thực, đối thoại sâu, viết nhật ký hiện sinh và xây dựng cộng đồng phục hồi được chứng minh có hiệu quả trong việc giúp cá nhân tái cấu trúc ý nghĩa sống (Rogers, 1961; Wong, 2010). Đặc biệt, vai trò của công tác xã hội được nhấn mạnh trong việc tạo dựng hệ sinh thái xã hội nuôi dưỡng ý nghĩa tồn tại thông qua các can thiệp đa cấp độ từ cá nhân đến cộng đồng và chính sách (Sennett, 2018).

Các trao đổi, khảo luận của bài viết khẳng định, cô đơn hiện sinh không phải là trạng thái bệnh lý cần loại bỏ mà là cơ hội để con người trưởng thành về mặt hiện sinh. Thông điệp cốt lõi của nghiên cứu hướng đến việc xây dựng một xã hội biết tôn trọng và chuyển hóa nỗi cô đơn hiện sinh thành động lực phát triển, nơi mỗi cá nhân được trao quyền kiến tạo ý nghĩa sống của riêng mình trong mối tương quan với cộng đồng. Như lời khẳng định của Frankl (1963): “Khi chúng ta không thể thay đổi hoàn cảnh, chúng ta được thử thách để thay đổi chính mình.”

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
2. Bauer, M. (2019). *Death Café: How talking about death helps us live better*. Routledge.
3. Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.
4. Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Harvard University Press.

5. Buber, M. (1970). *I and Thou*. Scribner.
6. Bugental, J. F. (1978). *Psychotherapy and process*. Addison-Wesley.
7. Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
8. Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America: A cultural history of psychotherapy*. Addison-Wesley.
9. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
10. Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
11. Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Beacon Press.
12. Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
13. Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. Farrar & Rinehart.
14. Gawande, A. (2014). *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. Metropolitan Books.
15. Generations United. (2021). *Intergenerational shared sites: Toolkit for successful programs*.
16. Heidegger, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). Harper & Row. (Original work published 1927)
17. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
18. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
19. Jaspers, K. (1932). *The Philosophy of Existence*. Philosophical Library.
20. Kierkegaard, S. (1849). *The sickness unto death*. Princeton University Press.
21. Kleinman, A. (2012). *The soul of care: The moral education of a psychiatrist and his patients*. Viking.
22. Krug, O. T. (2009). James Bugental and Irvin Yalom: Two masters of existential therapy cultivate presence in the therapeutic encounter. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(3), 329-354.
23. Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
24. May, R. (1953). *Man's search for himself*. W. W. Norton & Company.
25. May, R. (1983). *The discovery of being: Writings in existential psychology*. Norton.
26. McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the aged. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(6), 559-578. <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.23751>.
27. Mijuskovic, B. L. (2012). *Loneliness in philosophy, psychology, and literature*. iUniverse.
28. Moustakas, C. (1961). *Loneliness*. Prentice-Hall.
29. Nietzsche, F. (1882). *The gay science*. Vintage.
30. Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
31. Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). Wiley.
32. Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). Academic Press.
33. Rokach, A. (2004). Loneliness then and now: Reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology*, 23(1), 24-40. <https://doi.org/10.1007/s12144-004-1006-1>
34. Rosa, H. (2019). *Resonance: A sociology of our relationship to the world*. Polity Press.
35. Sartre, J.-P. (1943). *Being and nothingness*. Washington Square Press.

36. Schneider, K. J. (1999). *The paradoxical self: Toward an understanding of our contradictory nature*. Insight Books.
37. Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood. *Youth & Society*, 37(2), 201-229.
38. Sennett, R. (2018). *Building and dwelling: Ethics for the city*. Farrar, Straus and Giroux.
39. Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2015). *The worm at the core: On the role of death in life*. Random House.
40. Spinelli, E. (2007). *Practising existential psychotherapy: The relational world*. SAGE Publications.
41. Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
42. Storr, A. (1988). *Solitude: A return to the self*. Free Press.
43. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
44. Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. Springer.
45. Turkle, S. (2011). *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. Basic Books.
46. Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy—and completely unprepared for adulthood*. Atria Books.
47. Van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: Existential dimensions of psychotherapy*. Routledge.
48. Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
49. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
50. Wong, P. T. P. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-99. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9132-6>.
51. Woolf, V. (1929). *A room of one's own*. Hogarth Press.
52. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

NGHIÊN CỨU VỀ CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG: KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ BÀI HỌC THỰC TIỄN CHO VIỆT NAM

TS. Nguyễn Thùy Trang¹

Tóm tắt: Hiện nay, sức khỏe tâm thần đang ngày càng trở thành một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu trên toàn cầu. Hàng năm, các bệnh không lây nhiễm gây ra hơn 70% tổng số ca tử vong trên thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ người mắc các rối loạn tâm thần chiếm 14,1% dân số, tương đương gần 14 triệu người. Trong đó, các rối loạn như tâm thần phân liệt, trầm cảm, lo âu chiếm tỷ lệ cao, khoảng 6% dân số. Ngoài ra, còn xuất hiện nhiều dạng rối loạn khác như rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn tâm thần do sử dụng rượu, ma túy và các chất gây nghiện. Trước thực trạng đó, việc nghiên cứu và áp dụng các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng từ kinh nghiệm quốc tế vào điều kiện thực tiễn của Việt Nam là vô cùng cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả, có khả năng thích ứng cao với bối cảnh địa phương. Kết quả cho thấy, việc tích hợp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế ban đầu, tận dụng các nguồn lực tại cộng đồng và tăng cường phối hợp liên ngành chính là những yếu tố then chốt tạo nên sự thành công. Các mô hình trên thế giới không chỉ thể hiện tính linh hoạt mà còn đem lại nhiều bài học thực tiễn, góp phần định hướng cho việc xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững tại Việt Nam.

Từ khóa: Sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, chăm sóc sức khỏe, mô hình sức khỏe.

A STUDY ON COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH CARE MODELS: INTERNATIONAL EXPERIENCES AND PRACTICAL LESSONS FOR VIETNAM

Abstract: At present, mental health has increasingly emerged as a critical global public health priority. Non-communicable diseases (NCDs) currently account for over 70% of all deaths worldwide. In Vietnam, an estimated 14.1% of the population—approximately 14 million individuals—are affected by mental disorders. Among these, conditions such as schizophrenia, depression, and anxiety are particularly prevalent, affecting around 6% of the population. Additionally, other mental health conditions, including bipolar disorder and substance-induced psychotic disorders related to alcohol, drugs, and other addictive substances, are also on the rise. In light of these issues, the study and contextual adaptation of effective community-based mental health care models from international settings is both urgent and necessary for Vietnam. This study aims to identify models that have demonstrated effectiveness and high adaptability to the diverse socio-cultural context of Vietnam. The findings highlight that the integration of mental health services into primary healthcare, the mobilization of community resources and the strengthening of intersectoral coordination constitute key pillars of successful implementation. These global models not only exhibit operational flexibility but also offer valuable practical insights, which can inform the development of a comprehensive, sustainable, and community-oriented mental health care system in Vietnam.

Keywords: Mental health, mental disorders, health care, health models.

1. GIỚI THIỆU

Sức khỏe tâm thần (SKTT) của con người có vai trò quan trọng vì thể hiện mọi hành vi, tư duy và cảm xúc của con người. SKTT tốt giúp con người nâng cao chất lượng cuộc sống cũng

¹ Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

như tăng khả năng xử lý căng thẳng và vượt qua khó khăn, làm giảm các nguy cơ về sức khỏe. Người có tinh thần vững vàng có thể giao tiếp, ứng xử và có khả năng xây dựng mối quan hệ tích cực. Ngược lại, những người có trạng thái lo lắng, chán nản, mệt mỏi có những biểu hiện ban đầu của sức khỏe tâm thần có vấn đề. Trong những năm gần đây, SKTT nhận được nhiều sự quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới, các tổ chức quốc tế và cộng đồng khoa học. Tại các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, SKTT chưa được được đầu tư đúng mức cả về nhận thức xã hội lẫn nguồn lực hệ thống. Hệ quả là nhiều người mắc các rối loạn tâm thần (RLTT) không được phát hiện kịp thời, điều trị hoặc chăm sóc phù hợp, dẫn đến những hệ lụy nghiêm trọng về sức khỏe thể chất và tâm thần.

Thực tế cho thấy, tỷ lệ người mắc các rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn liên quan đến sử dụng chất và các bệnh lý tâm thần nghiêm trọng đang ngày một gia tăng, đặc biệt trong bối cảnh đô thị hóa nhanh, biến đổi văn hóa - xã hội sâu rộng cùng với áp lực phát triển kinh tế mạnh mẽ, sự biến đổi khí hậu, thiên tai, dịch bệnh. Đặc biệt, đại dịch COVID-19 đã khiến tình trạng sức khỏe tâm thần của con người trở nên nghiêm trọng hơn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, sau đại dịch, tỷ lệ người mắc các rối loạn tâm thần (RLTT) trên toàn cầu đã tăng gấp ba lần so với giai đoạn trước đó. Ngoài ra, Tổ chức y tế thế giới (WHO) (2021) cũng ghi nhận rằng mỗi năm các bệnh không lây nhiễm gây ra hơn 70% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Tại Việt Nam, khoảng 14,1% dân số, tương đương gần 14 triệu người, được ước tính mắc các RLTT (Mai, 2023), trong đó các rối loạn như tâm thần phân liệt, trầm cảm và lo âu chiếm tỷ lệ cao, khoảng 6%. Ước tính có khoảng 15% dân số Việt Nam đang sống chung với một hoặc nhiều dạng RLTT. Điều đáng lo ngại là nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời, các RLTT không chỉ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh, mà còn để lại những hệ lụy sâu rộng đối với gia đình và toàn xã hội (Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai, 2024). Ngoài ra, bệnh tâm thần gây tiêu tốn trên 4% GDP, phần lớn do mất năng suất lao động và gián đoạn trong việc làm (OECD, 2021). Chính vì vậy, phát hiện kịp thời và can thiệp sớm những vấn đề về SKTT không chỉ giúp phòng ngừa những tác hại của bệnh tâm thần gây ra đối với cá nhân mà còn có tác động tích cực lên cộng đồng, xã hội. Việc xây dựng và triển khai các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần ngay từ cấp cơ sở là hết sức cần thiết, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ, nâng cao nhận thức và góp phần cải thiện sức khỏe tâm thần cho người dân một cách bền vững.

Tổ chức WHO đã nhấn mạnh tầm quan trọng của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng bởi vì đây là hệ thống dịch vụ hướng đến việc cung cấp can thiệp tâm lý, y tế và xã hội trong môi trường gần gũi với người bệnh nhất, đảm bảo sự tham gia của cộng đồng và tôn trọng quyền con người. (WHO, 2021) Các nguyên tắc cơ bản của hệ thống chăm sóc SKTT bao gồm:

- Tập trung vào cộng đồng thay vì bệnh viện
- Tích hợp dịch vụ tâm thần vào y tế ban đầu
- Đa ngành, liên kết với dịch vụ xã hội
- Phòng ngừa và can thiệp sớm

- Tôn trọng phẩm giá và quyền của người bệnh

Trên thế giới, nhiều quốc gia đã phát triển và áp dụng thành công các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, như mô hình Chăm sóc cộng đồng chủ động (ACT) ở Hoa Kỳ, mô hình Friendship Bench ở Zimbabwe, mô hình can thiệp sớm và phòng ngừa của Mỹ, Anh, mô hình Đối thoại mở (Open Dialogue) ở Phần Lan. Các mô hình này cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ, nâng cao chất lượng sống và giảm gánh nặng lên hệ thống bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn và nhu cầu cấp thiết của Việt Nam, bài viết này nhằm mục tiêu: (1) Tổng hợp và phân tích các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tiêu biểu trên thế giới; (2) Rút ra bài học kinh nghiệm có thể vận dụng tại Việt Nam; và (3) Đề xuất một số hướng tiếp cận khả thi để cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng trong bối cảnh quốc gia đang phát triển.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thì SKTT là tình trạng sức khỏe tâm thần của con người có khả năng đối phó với căng thẳng của cuộc sống, có các năng lực học tập và làm việc một cách hiệu quả, đóng góp cho sự phát triển của cộng đồng. SKTT là một phần quan trọng của sức khỏe con người với khả năng ra quyết định, xây dựng các mối quan hệ và tạo nên thế giới con người. SKTT là quyền cơ bản của con người và không thể thiếu đối với sự phát triển của mỗi cá nhân, cộng đồng và kinh tế - xã hội (WHO, 2022). Khái niệm này nhấn mạnh rằng sức khỏe tâm thần không chỉ là không có bệnh hay rối loạn, mà còn là một trạng thái tích cực, giúp con người phát triển toàn diện về cảm xúc, tâm lý, xã hội và nghề nghiệp

Tổ chức y tế thế giới WHO đã đưa ra khái niệm về RLTT. RLTT có đặc trưng là sự rối loạn về mặt lâm sàng trong nhận thức, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi của một cá nhân. Tình trạng này thường đi kèm với trầm cảm hoặc suy giảm các chức năng. Có nhiều loại RLTT khác nhau. RLTT cũng có thể được gọi là tình trạng sức khỏe tâm thần liên quan đến việc mất khả năng về tâm lý xã hội và các tình trạng tâm thần khác có liên quan tới trầm cảm nặng, suy giảm chức năng hoặc nguy cơ tự gây hại (WHO, Mental disorders, 2022).

Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng là mô hình được nhiều quốc gia hướng tới trong xã hội hiện đại, nhằm đảm bảo tất cả người dân, đặc biệt là những người gặp vấn đề về rối loạn tâm thần, hay vấn đề về tâm lý có thể dễ dàng tiếp cận các dịch vụ phù hợp, toàn diện. Các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã được nghiên cứu, phát triển và ứng dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới tùy theo bối cảnh kinh tế, xã hội và văn hóa của từng nước. Sau đây là một số mô hình tiêu biểu được ứng dụng tại nhiều nước:

2.1. Mô hình trị liệu cộng đồng chủ động (Assertive Community Treatment) (ACT)

Một trong những mô hình được xây dựng và ứng dụng rất sớm tại Mỹ đó là Mô hình Trị liệu cộng đồng chủ động ATC được triển khai lần đầu tiên tại Madison, Wisconsin vào những năm 1970. Nghiên cứu trước đây đã chứng minh hiệu quả điều trị tích cực của ACT đối với cá nhân, đặc biệt là trong việc giảm tỷ lệ người mắc bệnh tâm thần nhập viện, và nhờ đó, ACT đã được công nhận là một mô hình thực hành dựa trên bằng chứng vào những năm 1990. Mô hình

ACT được triển khai bởi nhóm can thiệp đa ngành hoạt động 24/7, bao gồm: bác sĩ tâm thần, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, nhân viên phục hồi chức năng và tư vấn viên. Nhóm này cung cấp dịch vụ điều trị tại chỗ cho bệnh nhân bao gồm: quản lý thuốc, trị liệu tâm lý và kỹ năng sống... Mục tiêu là giúp người bệnh duy trì cuộc sống độc lập tại gia đình và ít phải nhập viện. Đối tượng của ATC là những người bệnh tâm thần do sử dụng chất gây nghiện, người bị rối loạn tâm thần nặng, người có vấn đề về tâm lý... Các thành viên trong nhóm can thiệp làm việc chặt chẽ với nhau để hỗ trợ người mắc bệnh tâm thần có thể sinh sống tại nhà thay vì phải vào viện hoặc sống lang thang ngoài đường (Dixon L., 2000).

Mô hình này cung cấp một loạt các dịch vụ toàn diện như: hỗ trợ tìm kiếm và duy trì nơi ở an toàn cho người bệnh với giá cả phù hợp; tìm việc làm; nâng cao hiểu biết về tình trạng tâm thần và các lựa chọn dịch vụ điều trị; hỗ trợ giảm tác hại và phục hồi sau cai nghiện; phát triển kỹ năng sống; và giám sát, hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị. Ngoài việc hỗ trợ người bệnh tâm thần, ATC cũng hỗ trợ những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tổng thể, phối hợp chặt chẽ với gia đình của người bệnh và huy động các nguồn lực hỗ trợ cá nhân với định hướng phục hồi, phát huy điểm mạnh của người bệnh và lấy người bệnh làm trung tâm. Việc điều trị mang tính chủ động, tức là nhóm hỗ trợ sẽ tích cực và kiên trì tiếp cận những cá nhân có nhu cầu được trợ giúp về SKTT nhằm cung cấp các dịch vụ chuyên sâu, toàn diện và linh hoạt (UNC School of Medicine, n.d.). ACT thường được triển khai cho những người đã rời khỏi môi trường điều trị nội trú nhưng vẫn cần sự hỗ trợ chuyên sâu tương tự, đồng thời mong muốn duy trì cuộc sống tự lập và linh hoạt hơn so với khi còn điều trị trong bệnh viện (NAOMI, n.d.). Tuy nhiên, sự phụ thuộc quá nhiều vào nhân viên ACT có thể khiến người bệnh thiếu chủ động và không phát triển được năng lực tự quản lý bệnh (Latimer, 1999).

Mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã trở nên ngày càng phổ biến trên thế giới nhờ những hiệu quả rõ rệt mà nó mang lại trong cả lĩnh vực y tế và xã hội, như giảm tỷ lệ bệnh nhân tới bệnh viện, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ, hỗ trợ phục hồi và hội nhập của người bệnh. Zimbabwe là một trong những quốc gia có đóng góp đáng chú ý trong việc sáng tạo và phát triển mô hình này với sáng kiến Friendship Bench (Ghế tình bạn), một phương pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, chi phí thấp nhưng hiệu quả.

2.2. Mô hình Friendship Bench “Ghế tình bạn”

Mô hình Friendship Bench “Ghế tình bạn” được sáng lập bởi bác sĩ tâm thần Dixon Chibanda vào năm 2006 và được phát triển rộng khắp tại Zimbabwe nhằm làm tăng hiệu quả trong điều trị sức khỏe tâm thần với sự tham gia chủ yếu của các nhân viên y tế cộng đồng là những phụ nữ lớn tuổi được đào tạo về liệu pháp giải quyết vấn đề. Những nhân viên này ngồi trên các “Ghế tình bạn” để trò chuyện, lắng nghe và tư vấn cho người dân tại địa phương. “Ghế tình bạn” được đặt tại các phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc tại cộng đồng nhằm hỗ trợ tinh thần cho những người dân đến khám bệnh. Đó là những người có vấn đề trong cuộc sống như nhiễm HIV nạn nhân của bạo lực, nghèo đói, thất nghiệp... hoặc có những vấn đề về sức khỏe tâm thần. Họ được giới thiệu bởi y tá hoặc các thành viên cộng đồng khác. Mô hình “Ghế tình bạn” được xem là một giải pháp hiệu quả, đơn giản và tiết kiệm chi phí để cung cấp

dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa trên bằng chứng tại những khu vực thiếu nguồn lực (Prevention, 2024). Mô hình “Ghế tình bạn” được xây dựng với nhiều thành phần có cấu trúc rõ ràng với sự tham gia và đóng góp ý kiến của các bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, giáo sư, điều phối viên dự án, nhà nghiên cứu, nhân viên y tế và các bên liên quan trong cộng đồng.

Mô hình “Ghế tình bạn” đã được nhân rộng đến nhiều quốc gia châu Phi và thậm chí cả thành phố New York, Mỹ, cho thấy tính ứng dụng linh hoạt cao. Từ năm 2016, mô hình đã được nhân rộng đến 36 địa điểm tại Zimbabwe và tiếp tục có các nghiên cứu lan tỏa đến Kenya, Malawi, New York.... (Zimbabwe, n.d.). Tuy nhiên, giới hạn lớn nhất của mô hình là thiếu tính chuyên sâu trong xử lý các rối loạn tâm thần nặng (Chibanda, 2016). Hơn nữa, việc mở rộng sang các nền văn hóa khác có thể gặp thách thức do sự khác biệt trong vai trò xã hội của người lớn tuổi và niềm tin về sức khỏe tâm thần (Kane, 2021).

Một mô hình khác về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã được phát triển và vận dụng hiệu quả tại Anh và Úc là mô hình Phòng ngừa và can thiệp sớm. Mô hình này tập trung vào việc phát hiện các dấu hiệu rối loạn tâm thần từ giai đoạn đầu nhằm ngăn ngừa diễn tiến nghiêm trọng của bệnh, giảm tỷ lệ nhập viện và hỗ trợ phục hồi nhanh chóng.

2.3. Mô hình phòng ngừa và can thiệp sớm

Mô hình Phòng ngừa và can thiệp sớm được phát triển tại **Úc và Vương quốc Anh** vào cuối những năm 1990, nhằm can thiệp sớm đối với trẻ em và thanh thiếu niên có nguy cơ hoặc có dấu hiệu ban đầu của rối loạn tâm thần, đặc biệt là rối loạn tâm thần phân liệt và trầm cảm nặng. Can thiệp sớm có thể rút ngắn thời gian điều trị và nâng cao khả năng phục hồi trong giai đoạn đầu của rối loạn tâm thần (McGorry, 2007). Mô hình này giúp nhận diện sớm các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt/trầm cảm ở trẻ em và thanh thiếu niên, đồng thời việc can thiệp được triển khai ngay từ giai đoạn đầu khi có những biểu hiện như rối loạn giấc ngủ, lo âu, mất tập trung, rút lui xã hội hoặc có hành vi bất thường. Mục tiêu là ngăn chặn sự tiến triển của bệnh lý tâm thần nặng hơn thông qua:

- Đánh giá tâm lý ban đầu một cách kỹ lưỡng;
- Thực hiện các buổi trị liệu cá nhân hoặc nhóm (CBT, giáo dục tâm lý...);
- Tư vấn gia đình và hỗ trợ môi trường học tập/làm việc phù hợp;
- Hướng dẫn kỹ năng đối phó với căng thẳng và cảm xúc;
- Kết nối với bác sĩ chuyên khoa nếu có dấu hiệu bệnh lý nghiêm trọng (NICE, 2016).

Mô hình phòng ngừa và can thiệp sớm ở Úc có tên là Headspace (Úc) và Early Intervention in Psychosis (EIP) (Anh Quốc), đều được công nhận là mô hình dựa trên bằng chứng với tác động tích cực đến sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên, và đặc biệt chú trọng đến giai đoạn đầu của RLTT, thời điểm mà các triệu chứng còn nhẹ. Tuy nhiên, một nhược điểm đáng lưu ý của mô hình phòng ngừa và can thiệp sớm là khó xác định chính xác những cá nhân thực sự có nguy cơ phát triển rối loạn tâm thần. Các công cụ sàng lọc và tiêu chí chẩn đoán vẫn chưa đủ độ chính xác, dẫn đến hệ quả có thể bỏ sót những người cần can thiệp; mặt khác, có thể can thiệp không cần thiết với những người không phát triển bệnh lý, gây lãng phí nguồn lực và lo âu không đáng có (Fusar-Poli, 2013).

2.4. Mô hình đối thoại mở “Open dialogue” - Phần Lan

Mô hình đối thoại mở được phát triển tại vùng Tây Lapland, Phần Lan từ những năm 1980 như một giải pháp thay thế cho hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần truyền thống, vốn chủ yếu dựa vào nhập viện và sử dụng thuốc chống loạn thần. Sáng kiến về mô hình này được khởi nguồn bởi nhóm chuyên gia gồm bác sĩ tâm thần Jaakko Seikkula và các cộng sự, với mục tiêu xây dựng một hệ thống hỗ trợ dựa trên đối thoại, tính liên tục và sự tham gia của cộng đồng (Seikkula J. A., 2006). Một trong những nguyên lý cốt lõi của mô hình là sự phản hồi nhanh chóng - nhóm chuyên môn sẽ tổ chức cuộc gặp đầu tiên với người bệnh trong vòng 24 giờ kể từ khi có yêu cầu trợ giúp. Các cuộc gặp thường bao gồm người bệnh, người thân trong gia đình, bạn bè và các chuyên gia chăm sóc như: bác sĩ tâm thần, nhà trị liệu và nhân viên công tác xã hội. Quá trình điều trị được xây dựng dựa trên đối thoại bình đẳng giữa tất cả các bên, trong đó người tham gia trị liệu được khuyến khích chia sẻ cảm xúc và trải nghiệm của mình một cách chân thành, không bị phán xét hay áp đặt chẩn đoán (Olson, 2014).

Một điểm nổi bật khác của mô hình “Đối thoại mở” là hạn chế tối đa việc sử dụng thuốc chống loạn thần trong giai đoạn đầu của điều trị. Thay vào đó, nhóm điều trị tập trung vào việc tạo dựng niềm tin, ổn định tinh thần và hỗ trợ người bệnh trong môi trường xã hội quen thuộc. Hiện nay, mô hình “Đối thoại mở” đã được áp dụng thử nghiệm tại nhiều quốc gia như Anh, Đức, Mỹ và Nhật Bản, tạo ra một phong trào cải tổ chăm sóc sức khỏe tâm thần mang tính toàn cầu. Tuy nhiên, để áp dụng thành công mô hình này, các hệ thống y tế cần sự thay đổi căn bản trong cách tổ chức dịch vụ, đào tạo chuyên môn và mô hình can thiệp (Freeman, 2019). Do nhấn mạnh vào quy trình đối thoại hơn là chẩn đoán y khoa, nên mô hình này chưa định hướng điều trị lâm sàng một cách rõ ràng, đặc biệt với những ca bệnh phức tạp (Dawson, 2019).

Tóm lại, các mô hình can thiệp sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đều đã chứng minh hiệu quả rõ rệt trong việc điều trị bệnh rối loạn tâm thần, giảm tỷ lệ nhập viện và thúc đẩy tiếp cận công bằng tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Mỗi mô hình đều thể hiện những thế mạnh riêng, cụ thể mô hình ACT, với đội ngũ liên ngành hỗ trợ 24/7, cho thấy hiệu quả trong điều trị cho người bệnh tâm thần nặng tại cộng đồng, giúp họ sống độc lập và giảm tái nhập viện. Mô hình can thiệp sớm và phòng ngừa lại hướng đến sự bền vững lâu dài, giảm gánh nặng tài chính và tâm lý bằng cách can thiệp trước khi bệnh trở nên trầm trọng. Mô hình đối thoại mở thể hiện tính nhân văn và hiệu quả trong điều trị rối loạn tâm thần thông qua các cuộc đối thoại cởi mở và hỗ trợ mạng lưới gia đình - xã hội. Tương tự, mô hình “Ghế tình bạn” tận dụng nguồn lực sẵn có tại cộng đồng, đặc biệt phù hợp với các quốc gia có thu nhập thấp nhờ chi phí thấp và dễ triển khai.

Tuy nhiên, những mô hình này vẫn gặp nhiều rào cản như: chi phí triển khai cao (ACT), thách thức khi chữa trị các ca bệnh phức tạp (Đối thoại mở), khó duy trì chất lượng đào tạo cộng đồng (Ghế tình bạn) hay khó xác định người bệnh có nguy cơ (Mô hình can thiệp sớm và phòng ngừa). Vì vậy, việc áp dụng cần linh hoạt, phù hợp với điều kiện văn hóa, xã hội và tài chính của từng quốc gia. Tương lai của chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng nằm ở sự kết hợp linh hoạt các mô hình, gắn với chính sách hỗ trợ dài hạn và đầu tư vào hệ thống nhân lực có năng lực chuyên môn và gắn bó với cộng đồng.

2.5. Tình hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam

Tại Việt Nam, sức khỏe tâm thần đang trở thành một trong những vấn đề y tế cộng đồng cấp bách. Theo Bộ Y tế, hiện có gần 15 triệu người Việt Nam (tương đương 15% dân số) mắc các rối loạn tâm thần như: rối loạn phân ly, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu và cảm xúc... Trong đó, có khoảng 12% trẻ em (hơn 3 triệu trẻ) đang gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần cần được tư vấn và hỗ trợ. Một số nghiên cứu trên các nhóm đối tượng đặc biệt như: trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, người bị bệnh không lây nhiễm, trong đó ghi nhận một số kết quả liên quan tới phụ nữ mang thai và bệnh nhân ung thư phổi. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ trong thai kỳ là 5%, sau sinh là 8,2%, và 24,6% ở bệnh nhân ung thư phổi. Việc trị liệu cho những người bị bệnh tâm thần vẫn còn hạn chế, chỉ có khoảng 29% người bị rối loạn tâm thần và 1/3 người bị trầm cảm nhận được chăm sóc chính thức, cho thấy khoảng trống về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần (Bộ Y tế, 2023). Trong bối cảnh đó, các bệnh không lây nhiễm như bệnh tim mạch, tiểu đường, ung thư, hô hấp mãn tính đang gia tăng nhanh chóng và có xu hướng trẻ hóa, các rối loạn tâm thần, đặc biệt ở giới trẻ, ngày càng phổ biến. Đại dịch COVID-19 đã làm trầm trọng thêm tình trạng sức khỏe tâm thần của toàn dân trên thế giới. Ngoài ra, các yếu tố ảnh hưởng như sử dụng chất gây nghiện, căng thẳng, lo âu, trầm cảm, cô lập xã hội, nghiện game cũng góp phần làm gia tăng RLTT (Sở y tế Nghệ an, 2025).

Hệ thống cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần của Việt Nam gồm các cơ sở chăm sóc sức khỏe ở các tuyến từ cơ sở chăm sóc y tế ban đầu tới tuyến trung ương và mạng lưới các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng (Bộ Y tế, 2023).

- Các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu: các trạm y tế xã, phường thị trấn thực hiện các nhiệm vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm, quản lý điều trị rối loạn tâm thần. Chủ yếu tập trung vào tâm thần phân liệt, động kinh. Riêng trầm cảm chỉ triển khai ở một số trạm y tế xã, phường.

- Tuyến huyện: Bệnh viện huyện/trung tâm y tế quận huyện

- Tuyến tỉnh: BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần.

- Tuyến trung ương có 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần là BV tâm thần Trung ương 1 ở Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 ở Đồng Nai.

Việt Nam đang đối mặt với thực trạng rối loạn tâm thần gia tăng cả về số lượng và đa dạng loại bệnh (lo âu, trầm cảm, nghiện chất, tự kỷ, sa sút trí tuệ...), trong khi dịch vụ chăm sóc chính thức vẫn chưa được bao phủ toàn diện, đặc biệt ở tuyến cơ sở. Điều này đặt ra yêu cầu cấp bách về mở rộng dịch vụ, đào tạo nhân lực, tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế ban đầu, và giảm kỳ thị xã hội. Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng mới được quan tâm mạnh mẽ trong những năm gần đây, chủ yếu qua Chương trình Mục tiêu Quốc gia về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, mô hình còn phân tán, chủ yếu dựa vào bệnh viện tuyến tỉnh/huyện, và ít có sự tham gia sâu rộng của cộng đồng. Vì vậy, việc nghiên cứu, tổng hợp các

mô hình quốc tế, phân tích ưu, nhược điểm và rút ra bài học phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của Việt Nam có ý nghĩa khoa học và thực tiễn lớn.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Để thực hiện nghiên cứu về các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng, rút ra kinh nghiệm quốc tế và bài học thực tiễn cho Việt Nam, một số phương pháp nghiên cứu đã được sử dụng:

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Nghiên cứu này dựa trên việc thu thập, tổng hợp và phân tích các tài liệu báo cáo, chính sách, tạp chí quốc tế và hướng dẫn của các tổ chức quốc tế (như WHO, UNICEF, OECD) cũng như các nghiên cứu học thuật về các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng đã và đang được triển khai ở các nước trên thế giới. Các mô hình nổi bật như: Mô hình trị liệu cộng đồng chủ động ở Mỹ, Mô hình phòng ngừa và can thiệp sớm của Anh và Úc, Mô hình Đối thoại mở (Open Dialogue) ở Phần Lan, Ghế tình bạn (Friendship Bench) ở Zimbabwe được lựa chọn để phân tích chi tiết.

3.2. Phương pháp phân tích so sánh, tổng hợp

Việc áp dụng phương pháp phân tích so sánh, tổng hợp nhằm đối chiếu các mô hình quốc tế về mục tiêu, cách tiếp cận, quy trình triển khai, kết quả đạt được, thuận lợi và hạn chế. Trên cơ sở đó, rút ra những yếu tố thành công cũng như những thách thức, tồn tại của từng mô hình trong bối cảnh cụ thể. Sau khi thu thập và phân tích dữ liệu, nghiên cứu tổng hợp kết quả, rút ra các bài học kinh nghiệm từ các mô hình quốc tế và đề xuất các giải pháp phù hợp, khả thi với bối cảnh kinh tế, xã hội, văn hóa và hệ thống y tế của Việt Nam.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Tổng hợp một số mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới

Mô hình ATC của Mỹ: Mô hình ACT có hiệu quả nhất ở các khu vực có nguồn lực thấp về dịch vụ tâm thần nơi mà hệ thống chăm sóc truyền thống gặp nhiều hạn chế và nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Các nhóm can thiệp ACT cho thấy giảm đáng kể số lần nhập viện cũng như thời gian nằm viện so với các nhóm điều trị thông thường, nhờ vào việc theo dõi sát sao và giải quyết sớm các dấu hiệu tái phát. ACT giúp bệnh nhân duy trì cuộc sống trong cộng đồng, giảm phụ thuộc vào cơ sở điều trị và gia đình, tăng khả năng sống độc lập. Người bệnh được hỗ trợ toàn diện cả về y tế, tâm lý, xã hội, giúp giảm cảm giác bị bỏ rơi, tăng sự hài lòng với cuộc sống, và hợp tác điều trị. ACT dựa trên một nhóm đa ngành làm việc cùng nhau lâu dài với từng bệnh nhân, tạo dựng lòng tin và sự gắn bó, điều mà các mô hình điều trị rời rạc khó đạt được. Mặc dù ACT hiệu quả trong việc giảm nhập viện và cải thiện chất lượng sống, nhưng mô hình này đòi hỏi nguồn lực lớn, bao gồm đội ngũ chuyên môn đa ngành hoạt động 24/7 (Bond, 2001). Điều này đòi hỏi ngân sách và nguồn nhân lực đáng kể.

Khác với các mô hình y tế truyền thống, mô hình “Ghế tình bạn” đã sử dụng chính những người trong cộng đồng để hỗ trợ lẫn nhau, tận dụng sự hiểu biết văn hóa và mối quan hệ gần

gửi với người dân. Ngoài việc điều trị trầm cảm nhẹ đến trung bình, mô hình còn tổ chức các nhóm hỗ trợ, giúp người bệnh duy trì kết nối xã hội. Nghiên cứu của Chibanda et al. (2016) chỉ ra rằng mô hình giúp giảm đáng kể các triệu chứng trầm cảm, lo âu và gia tăng sự gắn kết xã hội; chi phí triển khai thấp, dễ nhân rộng; giảm sự kỳ thị và tăng tính chấp nhận dịch vụ trong cộng đồng (Chibanda D, 2015). Tuy nhiên, mô hình chủ yếu hiệu quả đối với trầm cảm và lo âu mức độ nhẹ đến trung bình. Với những trường hợp nặng, có ý tưởng tự sát, loạn thần, hoặc mắc nhiều rối loạn phức tạp, mô hình này không đủ năng lực để xử lý, cần phối hợp với hệ thống y tế chuyên sâu.

Mô hình phòng ngừa và can thiệp sớm mang lại lợi ích toàn diện: cải thiện kết quả sức khỏe tâm thần, giảm chi phí, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc phát hiện sớm và hỗ trợ kịp thời đã giúp giảm tỷ lệ nhập viện, cải thiện kết quả học tập, tăng khả năng hồi phục và hòa nhập xã hội là những thành tựu nổi bật mà mô hình Phòng ngừa và can thiệp sớm mang lại. Đây được coi là một trong những cách tiếp cận tiết kiệm chi phí nhất, đồng thời đóng vai trò quan trọng trong việc giảm kỳ thị, nâng cao nhận thức cộng đồng, giảm gánh nặng kinh tế - xã hội và hình thành văn hóa chăm sóc sức khỏe tâm thần một cách chủ động (OECD, 2021). Tuy nhiên, việc nhận diện các dấu hiệu ban đầu của RLTT hoặc các vấn đề về tâm lý đòi hỏi nhân viên y tế, giáo viên, hoặc cộng đồng phải có kiến thức và kỹ năng nhận biết tốt. Tuy nhiên, trong thực tế, nhiều trường hợp bị bỏ sót do triệu chứng còn mơ hồ, dễ nhầm lẫn với những căng thẳng thông thường hoặc bị che giấu bởi sự kỳ thị.

Mô hình “Đối thoại mở” tại Phần Lan đã chứng minh hiệu quả vượt trội qua nghiên cứu dọc kéo dài 5 năm tại Tây Lapland, với kết quả cho thấy 82% những người trải qua đợt loạn thần đầu tiên hồi phục hoàn toàn và không cần sử dụng thuốc lâu dài; đồng thời, tỷ lệ nhập viện và tái phát giảm đáng kể (Seikkula, 2006). Ngoài ra, mô hình này cũng đạt hiệu quả cao về mặt xã hội: nhiều người bệnh có thể quay lại học tập, làm việc và duy trì các mối quan hệ cộng đồng. Đặc biệt, chi phí điều trị của “Đối thoại mở” thấp hơn đáng kể so với các mô hình điều trị truyền thống vốn tập trung vào nhập viện (Buus, 2017). Mô hình “Đối thoại mở” không chỉ giúp người bệnh phục hồi về triệu chứng và chức năng, giảm tái phát, giảm phụ thuộc vào thuốc, mà còn thúc đẩy hòa nhập xã hội, củng cố mối quan hệ gia đình, cộng đồng và giảm chi phí điều trị trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Một trong những thách thức lớn nhất là đội ngũ nhân viên phải được đào tạo không chỉ về chuyên môn tâm thần mà còn về kỹ thuật “Đối thoại mở”. Khác với các mô hình điều trị tiêu chuẩn, nhân viên phải thành thạo kỹ năng lắng nghe, điều phối, hỗ trợ bệnh nhân ra quyết định.

4.2. Tổng hợp kết quả nghiên cứu hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam

Tại Việt Nam, chưa có hệ thống luật pháp về SKTT. Mặc dù, sức khỏe tâm thần được đề cập tới trong nhiều quy định và văn bản quy phạm pháp luật khác nhau như: luật hình sự, luật phòng chống ma túy, luật trẻ em 2016, luật người cao tuổi, luật khám chữa bệnh... nhưng vẫn chỉ trong phạm vi của từng văn bản, nhấn mạnh ở các khía cạnh về quyền của người khuyết tật được chăm sóc và bảo vệ hay miễn trách nhiệm hình sự với người bị bệnh tâm thần. Mặc dù vậy, các chính sách về chăm sóc sức khỏe tâm thần đã được xây dựng và thực hiện góp phần

làm tăng hiệu quả hỗ trợ người bệnh tâm thần bao gồm Đề án 1215 về Trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020, Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 - 2030, Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025...

Hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam vẫn chủ yếu dựa vào phương pháp điều trị bằng thuốc, trong khi các dịch vụ tâm lý trị liệu và phục hồi chức năng tâm thần chưa được phát triển đầy đủ và đồng bộ. Trên toàn quốc, chỉ có khoảng 605 bác sĩ chuyên ngành tâm thần, tương ứng với tỷ lệ 0,6 bác sĩ trên 100.000 dân - thấp đáng kể so với mức trung bình toàn cầu là 1,7 bác sĩ. Số lượng điều dưỡng trong lĩnh vực này cũng hạn chế, với tỷ lệ 3/100.000 dân, thấp hơn mức trung bình toàn cầu là 3,8. Bên cạnh đó, nguồn nhân lực tâm lý lâm sàng còn rất khiêm tốn, với chỉ 143 nhà tâm lý lâm sàng và trị liệu tâm lý trên cả nước. Đáng lưu ý, lực lượng này chủ yếu được coi là kỹ thuật viên thực hiện các trắc nghiệm tâm lý, chứ chưa đảm nhiệm công tác trị liệu chuyên sâu. Ngoài ra, có tới 37 tỉnh, thành phố chưa có nhân sự chuyên trách về tâm lý lâm sàng. Về cơ sở hạ tầng, cả nước chỉ có hai bệnh viện tâm thần tuyến trung ương, một Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. Ở cấp tỉnh, hiện có 43 bệnh viện chuyên khoa tâm thần, còn lại các địa phương chỉ bố trí khoa tâm thần trong các bệnh viện đa khoa. Ở tuyến huyện, hầu như không có dịch vụ điều trị nội trú cho người bệnh tâm thần. Trong khi đó, tại tuyến xã/phường, hoạt động chủ yếu giới hạn ở việc quản lý danh sách người bệnh và cấp phát thuốc theo chỉ định từ tuyến trên, mà không có chức năng chẩn đoán hoặc kê đơn điều trị RLTT. (Bộ Y tế, 2023)

Ngoài ra, chưa có hệ thống hỗ trợ tâm thần chính thức cho người dân chịu tác động của thiên tai, dịch bệnh như COVID-19. Trong khi đó, theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ rối loạn trầm cảm và lo âu đã tăng hơn 25% trong năm đầu tiên của đại dịch (WHO, 2022). Một trong những hạn chế về tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của người dân hiện nay là do bị kỳ thị, phân biệt. Đây là một rào cản đối với việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Một nghiên cứu của Mai Đỗ và cộng sự đã khẳng định sự kỳ thị công khai và yếu tố văn hóa là trở ngại cho việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. Kết quả nhấn mạnh hai yếu tố của kỳ thị công khai đó là 1- “Dán nhãn” người bị rối nhiễu tâm thần thường bị coi là “điên”, “không bình thường” và “trầm cảm”; 2- “Mất vị thế xã hội và bị phân biệt đối xử” khi tiết lộ bản thân hoặc người trong gia đình bị rối nhiễu tâm thần thì họ bị cộng đồng xa lánh và cảm thấy xấu hổ, bối rối, bị “nhìn với ánh mắt dè dặt” và bị đàm tiếu là những hậu quả trực tiếp của việc tiết lộ này. Những người tham gia khảo sát thuộc nhóm thế hệ trẻ ít tuổi nhất trong nhóm khảo sát cho rằng mặc dù họ nhận thức được giá trị của các dịch vụ sức khỏe tâm thần, nhưng vẫn cảm thấy bị hạn chế về mặt văn hóa trong việc tiếp cận những dịch vụ này (Mai Do, 2021).

4.3. Bài học kinh nghiệm và đề xuất cho Việt Nam

Từ việc phân tích các mô hình quốc tế bao gồm mô hình ACT, mô hình “Ghế tình bạn”, mô hình “Phòng ngừa và can thiệp sớm” và mô hình “Đối thoại mở”, bài báo tập trung phân tích khả năng ứng dụng các mô hình này trong bối cảnh thực tiễn của Việt Nam. Các mô hình chăm sóc SKTT đã thể hiện những hiệu quả rõ ràng trong chăm sóc SKTT và điều trị người bị RLTT thông qua việc tích hợp chăm sóc SKTT vào hệ thống chăm sóc y tế ban đầu nhằm giảm

chi phí chữa trị, giảm sự phụ thuộc vào thuốc và giảm sự kỳ thị. Việc điều trị tại bệnh viện cũng sẽ giảm dần và tăng cường chăm sóc, điều trị tại cộng đồng. Do đó, việc ứng dụng các mô hình này vào điều trị bệnh nhân RLTT ở Việt Nam hoàn toàn phù hợp với luật pháp, chính sách và bối cảnh thực tiễn của Việt Nam trong chăm sóc SKTT.

Kinh nghiệm từ các mô hình trên cho thấy mô hình ACT là một hình thức can thiệp chuyên sâu dành cho người mắc RLTT nặng như bệnh tâm thần phân liệt, loạn thần... Thời gian hỗ trợ 24/7 và nhóm điều trị bao gồm bác sĩ tâm thần, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội, chuyên gia phục hồi chức năng tâm lý, và hỗ trợ cá nhân hóa dịch vụ cho người bệnh tại nhà, nơi ở hoặc cộng đồng nhằm giảm thiểu tỷ lệ tái nhập viện và cải thiện chất lượng sống thông qua việc cung cấp dịch vụ đa ngành tại cộng đồng. Hạn chế của mô hình này là chi phí vận hành cao, cơ sở vật chất phù hợp và cần nguồn nhân lực đa ngành có chuyên môn sâu. Mô hình này phù hợp với các thành phố lớn của Việt Nam như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng... nơi tập trung đội ngũ nhân viên đa ngành có trình độ chuyên môn về SKTT. Việc thử nghiệm các nhóm ACT quy mô nhỏ phối hợp giữa bệnh viện, y tế quận/huyện và nhân viên CTXH cộng đồng, kết hợp với đào tạo nhân viên công tác xã hội và điều dưỡng viên cộng đồng để đạt được hiệu quả.

Mô hình “Ghế tình bạn” phù hợp với bối cảnh Việt Nam nhờ chi phí thấp, dễ triển khai và tận dụng mạng lưới tình nguyện viên lớn trong cộng đồng. Mô hình này đặc biệt hữu ích tại các vùng nông thôn và miền núi, nơi thiếu bác sĩ chuyên khoa và nhân viên công tác xã hội, cơ sở vật chất hạn chế. Tuy nhiên, cần đào tạo chuyên môn cho người hỗ trợ tại cộng đồng để đảm bảo chất lượng và tránh gây hại cho người có nhu cầu trợ giúp như vô tình khơi lại sang chấn, hoặc áp đặt niềm tin cá nhân. Kết hợp mô hình này với các tổ chức đoàn thể như: Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, Đoàn Thanh niên sẽ nâng cao hiệu quả trong chăm sóc SKTT cho người dân. Tuy nhiên, cần phải có quy trình giám sát và chuyển tuyến rõ ràng. Gắn mô hình với hệ thống công tác xã hội cấp xã/phường và tăng cường truyền thông về kỹ năng trò chuyện trị liệu trong cộng đồng.

Mô hình Phòng ngừa và can thiệp sớm nhằm phát hiện sớm dấu hiệu rối loạn tâm thần giúp giảm gánh nặng y tế và cải thiện kết quả lâu dài và có thể ứng dụng tại Việt Nam, phù hợp với luật pháp và các chính sách về SKTT của Việt Nam hiện nay. Đó là chuyển từ điều trị tập trung sang phòng ngừa và can thiệp sớm. Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi năm 2023, hiệu lực 2024) lần đầu tiên có quy định đầy đủ hơn về chăm sóc sức khỏe tâm thần, mở đường cho mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện, bao gồm yếu tố phòng ngừa, khuyến khích phát triển dịch vụ tại cộng đồng, y tế cơ sở và lồng ghép các hoạt động can thiệp sớm. Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến 2030 được ban hành theo Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 của Thủ tướng chính phủ nêu rõ: “Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe tâm thần và dự phòng bệnh tâm thần trong cộng đồng”. Định hướng tích hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần vào y tế cơ sở. Đề án phát triển tâm lý học đường giai đoạn 2017-2025 ban hành bởi Bộ Giáo dục và Đào tạo, nhằm phòng ngừa các rối loạn tâm lý, hành vi học đường thông qua tư vấn, sàng lọc sớm, nâng cao nhận thức, cụ thể hóa mục tiêu phòng ngừa trong nhóm trẻ em - thanh thiếu niên. Đề án Mạng lưới dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực y tế 2016-2020, định hướng đến 2030, Quyết định số 2514/QĐ-BYT ngày 17/4/2015 của Bộ Y tế nhấn mạnh vai trò can thiệp tâm lý xã hội sớm, tư vấn, kết nối nguồn lực, phối hợp liên ngành - cho thấy định hướng hỗ trợ toàn diện, không chỉ điều trị về mặt y tế. Mô hình được thực hiện hiệu quả đi kèm với hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng về chăm sóc SKTT, lồng ghép sàng lọc sức khỏe tâm thần

vào trường học, trạm y tế xã; đào tạo cán Bộ Y tế cơ sở nhận diện những triệu chứng ban đầu của RLTT, tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức về SKTT, đặc biệt trên các nền tảng mạng xã hội, trường học và truyền hình địa phương.

Mô hình “Đối thoại mở” đòi hỏi tư duy mở, giao tiếp bình đẳng và phản ứng nhanh. Lắng nghe thay vì chẩn đoán ngay lập tức, xây dựng kế hoạch chăm sóc SKTT cùng với thân chủ và gia đình. Mô hình giúp giảm kỳ thị, tăng sự đồng thuận, nâng cao sự tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, mô hình đòi hỏi kỹ năng giao tiếp chuyên sâu và tư duy mở ở chuyên gia, cần cơ chế tổ chức linh hoạt, hỗ trợ đồng thời từ bệnh viện, nhà trường, và cộng đồng. Áp dụng trong các bệnh viện tâm thần tuyến tỉnh để hỗ trợ bệnh nhân mới nhập viện, hoặc người bệnh khủng hoảng tâm thần cấp tính. Tổ chức các buổi đối thoại trong trường học khi học sinh gặp khủng hoảng tâm lý (bạo lực học đường, gia đình ly hôn...).

Phân tích bốn mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần quốc tế cho thấy, mỗi mô hình mang một thể mạnh riêng biệt, nhưng đều hướng tới mục tiêu chung: tăng cường sự tiếp cận dịch vụ cho người dân, cung cấp dịch vụ gần gũi hơn, nhân văn hơn và hiệu quả hơn đáp ứng nhu cầu chăm sóc SKTT và điều trị bệnh của người dân. Việc ứng dụng các mô hình này vào thực tiễn Việt Nam là khả thi và cần thiết, đặc biệt trong bối cảnh hệ thống y tế điều trị bệnh tâm thần còn phụ thuộc vào điều trị nội trú, trong khi dịch vụ tại cộng đồng còn phân tán và thiếu nguồn lực.

5. KẾT LUẬN

Chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững không chỉ là trách nhiệm của ngành y, mà là sự phối hợp liên ngành: giáo dục, xã hội, truyền thông và cộng đồng cùng tham gia. Từ những số liệu đáng báo động về tỷ lệ người mắc các rối loạn tâm thần tại Việt Nam và xu hướng toàn cầu đang chuyển dịch sang chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, có thể thấy rõ tính cấp thiết của việc đổi mới mô hình tiếp cận. Nhu cầu không chỉ dừng lại ở việc điều trị tại bệnh viện, mà đòi hỏi một hệ thống chăm sóc liên tục và dễ tiếp cận hơn. Chính vì vậy, việc nghiên cứu và lựa chọn những mô hình quốc tế đã được kiểm chứng, có khả năng thích ứng cao với điều kiện Việt Nam sẽ là cơ sở khoa học và thực tiễn quan trọng để thiết kế những giải pháp phù hợp. Những bài học kinh nghiệm từ các mô hình thành công trên thế giới sẽ góp phần hỗ trợ Việt Nam từng bước xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần bền vững, toàn diện và hướng tới cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2023). *Đề án tăng cường hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030*.
2. Bond, G. R. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 141-159.
3. Buus, N. G. (2017). The Hearing Voices Network: A narrative review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 656-667.
4. Chibanda D, e. a. (2015). The Friendship Bench programme: a cluster randomised controlled trial of a brief psychological intervention for common mental disorders delivered by lay health workers in Zimbabwe. *International Journal of Mental Health Systems*, 9-21.
5. Chibanda, D. W. (2016). Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA*, 2618-2626.

6. Dawson, K. S. (2019). A review of the evidence. *Psychosis*, 233-245.
7. Dixon L. (2000). Assertive community treatment: Twentyfive years of gold. *Psychiatric Services*, 759-765.
8. Freeman, A. M. (2019). Open Dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 46-59.
9. Fusar-Poli, P. B.-R.-L. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 107-120.
10. Kane, J. C. (2021). Mental health and psychosocial problems in the aftermath of emergencies in low-resource settings: A review of the evidence. *Annual Review of Public Health*, 249-264.
11. Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 443-454.
12. Mai Do, J. M. (2021). Mental Illness Public Stigma and Generational Differences among Vietnamese Americans. *Community Ment Health Journal*, 839-853.
13. Mai, X. (2023, June 28). 14,1% dân số cả nước rối loạn tâm thần, khoảng trống điều trị lớn. Trích dẫn: Tuổi trẻ: <https://tuoitre.vn/14-1-dan-so-ca-nuoc-roi-loan-tam-than-khoang-trong-dieu-tri-lon-20230628120545628.htm>
14. McGorry, e. a. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 8-10.
15. NAOMI. (n.d.). *Psychosocial Treatments*. Retrieved from National Alliance on Mental Illness: <https://www.nami.org/about-mental-illness/treatments/psychosocial-treatments/>
16. NICE. (2016, October). Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. National Institute for Health and Care Excellence.
17. OECD. (2021). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*.
18. Olson, M. S. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue: Fidelity criteria.
19. Prevention, C. (2024 May). Friendship Bench. *Friendship Bench - The program at glance*. Collaborative Prevention.
20. Seikkula, J. A. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 214-228.
21. Sở y tế Nghệ an. (2025). Chưa có luật quy định về phòng, chống rối loạn sức khỏe tâm thần trong khi bệnh này gia tăng báo động. Retrieved from Cổng thông tin điện tử Sở y tế Nghệ an.
22. Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai. (2024, September 30). Retrieved from Cần có chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần ban đầu hiệu quả: <https://dongnaicdc.vn/can-co-chien-luoc-cham-soc-suc-khoe-tam-than-tu-ban-dau-hieu-qua>
23. UNC School of Medicine. (n.d.). Assertive Community Treatment (ACT). Retrieved from UNC School of Medicine: <https://www.med.unc.edu/psych/cecmh/education-and-training/unc-institute-for-best-practices/assertive-community-treatment-act/>
24. WHO. (2021, June 09). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
25. WHO. (2022, June 06). *Mental disorders*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
26. Zimbabwe, F. b. (n.d.). *The Friendship Bench Model*. Retrieved from Friendship bench Zimbabwe: <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/>

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG NGUYỄN GIA THIỀU, LONG BIÊN, HÀ NỘI

TS. Nguyễn Thị Liên¹, Ths. Nguyễn Thị Huệ²

Tóm tắt: Các vấn đề sức khỏe tâm thần đang là gánh nặng đáng kể đối với thanh thiếu niên ở Việt Nam. Nghiên cứu cho thấy từ 12-40% thanh thiếu niên trên khắp Việt Nam mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần (Weiss, Dang, Trung, et al., 2014). Sự thiếu hiểu biết về các vấn đề sức khỏe tâm thần, sự kỳ thị của xã hội, các dịch vụ và nguồn lực hạn chế về sức khỏe tâm thần góp phần khiến cho hầu hết những trẻ này không được điều trị hoặc hỗ trợ. Trường học là một trong những môi trường tâm lý xã hội quan trọng nhất của thanh thiếu niên, cung cấp các yếu tố nguy cơ về sức khỏe tâm thần, các yếu tố bảo vệ và cơ hội để nâng cao và hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Việc nghiên cứu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần tại trường học là rất quan trọng trong việc hỗ trợ, cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần của học sinh lứa tuổi vị thành niên. Bài viết này được thực hiện tại trường trung học phổ thông Nguyễn Gia Thiều, Long Biên với các phương pháp được sử dụng là thu thập dữ liệu thứ cấp, thu thập dữ liệu định tính và định lượng từ học sinh và giáo viên trong trường học. Nghiên cứu hướng tới đánh giá thực trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh như nhu cầu hỗ trợ giải quyết khó khăn trong tâm lý cá nhân và khó khăn trong học tập, từ đó đề xuất một số biện pháp nhằm đáp ứng và hỗ trợ học sinh trong việc giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần, học sinh, nhu cầu, trường học

MENTAL HEALTH CARE NEEDS OF PUPILS AT NGUYỄN GIA THIỀU SECONDARY SCHOOL, LONG BIÊN, HANOI.

Abstract: Mental health problems are a significant burden for adolescents in Vietnam. Research shows that 12-40% of adolescents across Vietnam suffer from mental health problems (Weiss, Dang, Trung, et al., 2014). Lack of understanding of mental health problems, social stigma, and limited mental health services and resources contribute to the fact that most of these children do not receive treatment or support. Schools are one of the most important psychosocial environments for adolescents, providing mental health risk factors, protective factors, and opportunities for mental health promotion and support. Research on mental health care needs at school is very important in supporting and providing mental health services for adolescent students. This article was conducted at Nguyen Gia Thieu Secondary School with the methods used being secondary data collection, qualitative and quantitative data collection from pupils and teachers in the school. The research aims to assess the current status of mental health care needs of pupils such as the need for support to solve personal psychological difficulties and learning difficulties, thereby proposing some measures to respond and support pupils in solving problems related to mental health.

Keywords: mental health, students, needs, school

1. GIỚI THIỆU

Giai đoạn từ 10 đến 19 tuổi - lứa tuổi thanh thiếu niên - đóng vai trò then chốt trong cuộc đời mỗi người. Việc vượt qua hiệu quả những thách thức liên quan đến sự phát triển, học tập và hòa nhập xã hội trong thời kỳ này sẽ tạo nền tảng cho một cuộc sống tích cực, lành mạnh và thành công. Tuy nhiên, đáng tiếc là nhiều thanh thiếu niên phải đối mặt với các vấn đề về sức

¹ Khoa CTXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: Lienctxh1080@gmail.com

² Khoa CTXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội, Nguyenthihue1310@gmail.com

khỏe tâm thần. Trên toàn cầu, khoảng 15% trẻ em và thanh thiếu niên mắc phải các rối loạn tâm thần, và các bệnh lý liên quan đến thần kinh - tâm thần được xem là nguyên nhân chính gây ra khuyết tật ở nhóm tuổi này. Khi các vấn đề sức khỏe tâm thần mới khởi phát mà không được điều trị, những vấn đề này sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển, kết quả học tập và tiềm năng của trẻ trong cuộc sống (Unicef, 2023). Vì vậy, nghiên cứu về nhu cầu sức khỏe tâm thần của học sinh ở lứa tuổi phổ thông trung học là rất cần thiết. Bài viết này cung cấp thông tin về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh cấp 3, qua đó tăng cường hiểu biết của học sinh, thầy cô, cha mẹ học sinh và cộng đồng về sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện của thanh thiếu niên hiện nay.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Nghiên cứu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh Trung học phổ thông trên thế giới

Tình trạng sức khỏe tâm thần đang trở nên đáng lo ngại ở học sinh THPT toàn cầu, với tỷ lệ lo âu, trầm cảm và suy nghĩ tự sát gia tăng rõ rệt sau đại dịch COVID-19. Một nghiên cứu tại Áo cho thấy, vào cuối năm 2021, 62% nữ sinh và 38,1% nam sinh THPT có triệu chứng trầm cảm lâm sàng; 47% nữ sinh và 32% nam sinh có ý nghĩ tự sát trong hai tuần gần nhất (Pieh et al., 2021). Áp lực học tập và suy giảm hỗ trợ từ gia đình cũng là những yếu tố nguy cơ chính. Báo cáo năm 2024 của WHO khu vực châu Âu dựa trên dữ liệu từ gần 280.000 học sinh tại 44 quốc gia cho thấy tỷ lệ học sinh 15 tuổi cảm thấy áp lực học tập tăng mạnh, đặc biệt ở nữ sinh (63% nữ so với 43% nam). Đồng thời, mức độ hỗ trợ từ gia đình và bạn bè giảm đáng kể so với năm 2018, đặc biệt ở nhóm học sinh có hoàn cảnh kinh tế khó khăn (WHO Regional Office for Europe, 2024).

Nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao nhưng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chuyên nghiệp còn thấp. Một nghiên cứu quốc tế do Đại học Turku (Phần Lan) thực hiện trên hơn 13.000 học sinh tại 8 quốc gia châu Á và châu Âu chỉ ra rằng dưới 1% học sinh ở các nước có thu nhập trung bình như Việt Nam, Ấn Độ, Trung Quốc tìm đến dịch vụ chuyên nghiệp, dù có vấn đề nghiêm trọng về tâm thần (Kallio et al., 2023). Các chương trình can thiệp trong trường học đang được triển khai nhưng hiệu quả còn hạn chế. Một tổng quan hệ thống cho thấy rằng các chương trình giáo dục tâm lý như thiền chánh niệm hoặc nhận thức hành vi (CBT) trong lớp học không mang lại hiệu quả rõ rệt và thậm chí có thể gây phản tác dụng nếu không được điều chỉnh phù hợp với hoàn cảnh học sinh (Dunning et al., 2022). Tuy nhiên, vẫn có những mô hình can thiệp thành công. Tại Việt Nam, chương trình “Ngôi nhà hạnh phúc” (Happy House) - một mô hình dựa trên Chương trình Thanh thiếu niên Tự lực (RAP) - đã cho thấy hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng trầm cảm và nâng cao khả năng đối phó với căng thẳng ở học sinh THPT (Nguyễn Thị Thu Thủy & cộng sự, 2023).

Các nghiên cứu quốc tế trên đã phản ánh tương đối đầy đủ bức tranh về thực trạng sức khỏe tâm thần học sinh THPT sau đại dịch COVID-19, với các triệu chứng phổ biến như trầm cảm, lo âu, và ý nghĩ tự sát. Các công trình như của Pieh et al. (2022) và WHO Europe (2024) cung cấp dữ liệu quy mô lớn, từ nhiều quốc gia, giúp định hình rõ ràng các yếu tố nguy cơ như

áp lực học tập, suy giảm hỗ trợ xã hội, và khác biệt giới tính. Một số nghiên cứu cũng đã đánh giá các chương trình can thiệp tại trường học, như CBT, thiền chánh niệm hay RAP, giúp nhận diện tính hiệu quả và những mặt hạn chế của từng mô hình. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đa quốc gia chưa phản ánh hết được sự khác biệt về yếu tố văn hóa, niềm tin và thái độ đối với sức khỏe tâm thần ở từng quốc gia. Nhiều nghiên cứu chỉ nêu con số mà chưa phân tích kỹ rào cản từ phía hệ thống, gia đình và học sinh.

Nghiên cứu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT tại Việt Nam

Nghiên cứu đa trung tâm về sức khỏe tâm thần học sinh THPT sau COVID-19: Nghiên cứu do nhóm tác giả tại Học viện Dân tộc thực hiện năm 2023 trên 708 học sinh THPT tại Hà Nội, Đắk Lắk, TP. Hồ Chí Minh và Đồng Tháp. Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần khá cao, với lo âu là triệu chứng nổi bật nhất, liên quan đến áp lực học tập, kỳ vọng gia đình và sự gián đoạn xã hội sau đại dịch COVID-19 (Học viện Dân tộc, 2023). Đánh giá năng lực của giáo viên trong phát hiện và hỗ trợ sức khỏe tâm thần học sinh: Nghiên cứu năm 2024 tại Hà Nội đánh giá sự thay đổi năng lực của giáo viên THPT trong việc nhận biết và hỗ trợ học sinh mắc trầm cảm và rối loạn lo âu sau chương trình can thiệp. Kết quả cho thấy có sự cải thiện đáng kể về nhận thức và hành động hỗ trợ của giáo viên đối với học sinh gặp vấn đề tâm lý (Nguyễn & Phạm, 2024).

Thực trạng sức khỏe tâm thần học sinh THPT tại Bình Dương: Nghiên cứu năm 2024 trên 329 học sinh Trường THPT Lê Lợi, huyện Bắc Tân Uyên, tỉnh Bình Dương, nhằm đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh. Kết quả cho thấy một tỷ lệ đáng kể học sinh gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình hỗ trợ tâm lý trong trường học (Nguyễn Minh Vũ, 2024). Nghiên cứu tại một trường THPT ở Hà Nội: Nghiên cứu năm 2024 của Nguyễn Thị Hoa Mỹ tại một trường THPT ở Hà Nội cho thấy học sinh gặp nhiều vấn đề về cảm xúc, hành vi và tăng động, ảnh hưởng đến khả năng hòa nhập xã hội. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để hỗ trợ học sinh (Nguyễn, 2024). Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Trường THCS và THPT Nguyễn Tất Thành, Hà Nội: Chuyên đề năm 2023 tập trung vào nâng cao hiệu quả hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh phổ thông. Chương trình nhấn mạnh vai trò của giáo viên, cán bộ tâm lý học đường và phụ huynh trong việc hỗ trợ học sinh vượt qua khó khăn tâm lý (Trường Nguyễn Tất Thành, 2023).

Chính sách quốc gia về sức khỏe tâm thần học đường: Theo Quyết định số 1660/QĐ-TTg ngày 02/10/2021, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chương trình Sức khỏe học đường giai đoạn 2021-2025 với mục tiêu đến năm 2025: 50% trường học thực hiện đánh giá phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ về sức khỏe tâm thần cho học sinh; 100% học sinh được tuyên truyền, giáo dục về sức khỏe tâm thần; và 50% học sinh phổ thông được tư vấn về sức khỏe tâm thần, tâm sinh lý lứa tuổi (Chính phủ Việt Nam, 2021).

Các nghiên cứu tại Việt Nam trong giai đoạn 2021-2024 đã bắt đầu chú trọng hơn đến sức khỏe tâm thần học sinh THPT, đặc biệt sau đại dịch COVID-19. Một số nghiên cứu như của Nguyễn Thị Hương et al. (2023) hay Nguyễn Thị Hoa Mỹ (2024) đã phản ánh cụ thể thực

trạng lo âu, trầm cảm, và khó khăn hòa nhập xã hội ở học sinh. Bên cạnh đó, nghiên cứu về vai trò của giáo viên (Nguyễn Thị Kim Chi et al., 2024) và mô hình phối hợp nhà trường-phụ huynh (Nguyễn Thị Thu Trang, 2023) đã mang lại góc nhìn thực tiễn cho việc can thiệp tâm lý học đường.

2.2. Một số khái niệm nghiên cứu

Khái niệm nhu cầu

Trong cuốn Từ điển tâm lý, Nguyễn Khắc Viện định nghĩa: *“Nhu cầu là điều kiện cần thiết để đảm bảo tồn tại và phát triển, được thỏa mãn thì dễ chịu, thiếu hụt thì khó chịu, căng thẳng, ám ức. Có nhu cầu của con người, có nhu cầu chung của tập thể, khi hòa hợp, khi mâu thuẫn, có nhu cầu cơ bản, thiết yếu, có nhu cầu thứ yếu, giả tạo. Nhu cầu do trình độ phát triển của xã hội mà biến đổi”*

Theo Nguyễn Quang Uẩn và cộng sự (2003) trong cuốn *Tâm lý học đại cương* đã định nghĩa về nhu cầu như sau: *“Nhu cầu là sự đòi hỏi tất yếu mà con người thấy cần được thỏa mãn để tồn tại và phát triển”*

Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo định nghĩa của tổ chức Y tế Thế giới thì *“Sức khỏe tâm thần chính là một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái mà ở đó mỗi cá nhân nhận ra khả năng của họ, có thể đối mặt với stress thông thường của cuộc sống, làm việc hiệu quả và năng suất và có thể cống hiến cho cộng đồng của họ”*

Khái niệm học sinh trung học phổ thông

Theo từ điển Tiếng Việt học sinh là những người học tập trung ở trường. Trong nghiên cứu này, khái niệm học sinh THPT là chỉ nhóm học sinh đầu tuổi thanh niên từ độ tuổi 15-18 tuổi, đây là lứa tuổi có nhiều biến động mạnh mẽ về cả tâm và sinh lý, có nhiều quan niệm mới và hành động mới

Theo tâm lý học lứa tuổi, tuổi thanh niên là giai đoạn phát triển bắt đầu từ lúc dậy thì và kết thúc khi bước vào tuổi mới lớn. Tuổi thanh niên là thời kỳ từ 14, 15 tuổi đến 25 tuổi, trong đó chia ra làm 2 thời kỳ:

Từ 14, 15 tuổi đến 17, 18 tuổi: giai đoạn đầu tuổi thanh niên (giai đoạn học sinh THPT)

Từ 17, 18 tuổi đến 25 tuổi: giai đoạn hai của tuổi thanh niên (giai đoạn thanh niên - sinh viên)

Khái niệm nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh trường THPT

Theo Nguyễn Thị Oanh (2009), *“nhu cầu sức khỏe tâm thần là nhu cầu được hỗ trợ để đạt tới trạng thái tinh thần ổn định, thoải mái, tránh các rối loạn tâm lý, tăng khả năng thích nghi với hoàn cảnh xã hội”*.

Ở lứa tuổi trung học phổ thông, học sinh đang trong giai đoạn chuyển tiếp từ tuổi thiếu niên sang trưởng thành, đối mặt với hàng loạt thay đổi sinh lý, tâm lý và áp lực xã hội (Erikson, 1968). Do đó, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT không chỉ bao gồm việc

phòng ngừa và điều trị các vấn đề rối nhiễu tâm lý (như lo âu, trầm cảm, stress do học tập...), mà còn là nhu cầu được lắng nghe, được hỗ trợ định hướng, giải tỏa cảm xúc, và khẳng định bản thân trong các mối quan hệ.

Theo WHO (2014), *“sức khỏe tâm thần ở học đường là một thành tố không thể tách rời trong sự phát triển toàn diện của học sinh, và việc chăm sóc cần dựa trên nhu cầu cụ thể theo từng giai đoạn phát triển.”*

Từ những quan điểm trên, theo nghiên cứu này nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT là những mong muốn, khát vọng và đòi hỏi xuất phát từ nội tại cá nhân học sinh về việc được hỗ trợ, tư vấn, điều chỉnh cảm xúc, nhận thức và hành vi nhằm duy trì trạng thái tâm lý ổn định, hài hòa trong học tập, các mối quan hệ xã hội và phát triển bản thân.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp phân tích tài liệu

Sử dụng phương pháp này nhằm xây dựng khái niệm công cụ nghiên cứu của đề tài và làm rõ một số khái niệm liên quan đến nghiên cứu. Phân tích tài liệu thông tin, số liệu từ các báo cáo, ấn phẩm, tài liệu liên quan đến... Ưu tiên các tài liệu sách chuyên khảo, các đề tài khoa học, các bài báo khoa học, các luận án đã được công bố, các báo cáo của địa phương và những thông tin trên các trang web chính thống của các bộ, ngành có liên quan.

3.2. Phương pháp điều tra bảng hỏi

Phương pháp này được sử dụng nhằm tìm hiểu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh PTTH. Đề tài sử dụng phương thức chọn mẫu có chủ đích với những học sinh trong khối 10,11,12, có quan tâm đến chăm sóc sức khỏe tâm thần, tự nguyện tham gia nghiên cứu, trong đó khối 10 có 30 học sinh (mỗi lớp 6 học sinh), tương tự với khối 11 và 12, mỗi khối có 30 học sinh được chọn tham gia nghiên cứu.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Nhằm thu thập, tìm hiểu những thông tin mang tính chuyên sâu phục vụ cho việc lý giải nguyên nhân, thực trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh PTTH, phỏng vấn được thực hiện với 12 học sinh và 3 giáo viên chia đều cho 3 khối tại trường.

3.4. Phương pháp xử lý số liệu bằng thống kê toán học

Nhằm quản lý, nhập liệu thông tin thu thập được trong phiếu khảo sát. Sau đó để xử lý, phân tích, đánh giá định lượng và định tính các kết quả nghiên cứu.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm về địa bàn và khách thể nghiên cứu

Tổng quan về trường THPT Nguyễn Gia Thiều, quận Long Biên, Hà Nội: trường thành lập từ năm 1950 tại Lạc Thổ, Thuận Thành, Bắc Ninh. Trường hiện có 45 lớp khối 10, 11 và 12 với quy mô trên 2000 học sinh. Trường có hệ thống cơ sở vật chất khá hiện đại có nhà đa năng, phòng tin, thư viện, sân chơi rộng, bãi tập, căng tin... các hệ thống phòng học đều là các dãy nhà kiên cố dù đã trải qua nhiều năm và đang được trùng tu lại. Trang thiết bị phục vụ học tập hiện đại phục vụ cho việc dạy và học của trường.

Tổng quan về mẫu khảo sát: Trường hiện đang có gần 2000 học sinh năm học 2023-2024, trong đó khối 10 có khoảng 664 học sinh, khối 11 có khoảng 652 học sinh, khối 12 có khoảng 672 học sinh. Trên cơ sở số lượng học sinh của trường và trong khuôn khổ của đề tài tôi tiến hành điều tra 90 học sinh thuộc cả 3 khối lớp 10, 11, 12 có nhu cầu và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Việc lựa chọn học sinh tham gia nghiên cứu về vấn đề sức khỏe tâm thần cũng đã gặp khó khăn do các em không muốn chia sẻ, bộc lộ những vấn đề của “cá nhân” mình cho người khác, do đó, nghiên cứu lấy số mẫu với những học sinh sẵn sàng tham gia và chia sẻ.

4.2. Nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh liên quan đến các khó khăn tâm lý bản thân

Giai đoạn THPT là thời kỳ học sinh phát triển mạnh mẽ về mặt tâm lý và tình cảm. Các em bắt đầu có đời sống nội tâm phong phú, nhạy cảm hơn, dễ xúc động, dễ bị kích thích bởi những tác động bên ngoài, và trạng thái cảm xúc thay đổi nhanh chóng, dễ gặp những cảm xúc tiêu cực như thấy mình kém cỏi, bế tắc, không ai hiểu mình, mất định hướng trong cuộc sống,... Quá trình hình thành *tự ý thức* cũng dần diễn ra - ban đầu dựa trên sự phản hồi từ người khác, đặc biệt là từ người lớn, sau đó chuyển dần sang khả năng tự phân tích, tự đánh giá bản thân một cách độc lập (Piaget, 1972). Chính điều này khiến nội tâm các em thường xuyên xuất hiện những mâu thuẫn, xung đột tâm lý mà đôi khi chỉ bản thân các em mới thực sự cảm nhận và hiểu rõ. Từ quá trình khảo sát, tổng hợp và phân tích số liệu đã đưa ra được kết quả như bảng 1 dưới đây.

Bảng 1. Mong muốn của học sinh được trợ giúp về những vấn đề liên quan đến các khó khăn tâm lý bản thân (n=90)

STT	Các khó khăn tâm lý của bản thân	Mức độ mong muốn (%)		
		Rất mong muốn	Mong muốn	Không mong muốn
1	Thiếu định hướng sống lành mạnh	19,7	11,4	1,4
2	Cảm thấy không ai hiểu mình	13,8	22,1	3,4
3	Luôn cảm thấy mình kém cỏi	21,7	22,9	4,9
4	Ngoại hình xấu xí, không như mong muốn	11,1	4,9	3,4
5	Không biết cách tự giải quyết vấn đề của bản thân	7,7	10,6	9,5
6	Áp lực khi gia đình đặt quá nhiều kỳ vọng vào bản thân	9,7	4,5	11,4
7	Luôn cảm thấy buồn rầu	3,8	1,9	21,1
8	Có suy nghĩ chán sống	2,4	5,4	14,2
9	Đặt ra mục tiêu cao nhưng không thực hiện được	8,7	11,2	18,5
10	Hay giận dỗi, cãi vã vô cớ	1,4	5,1	12,2

Nguồn: Khảo sát nghiên cứu, 2024.

Kết quả từ bảng 1 cho thấy, vấn đề tâm lý mà học sinh THPT mong muốn được hỗ trợ nhiều nhất là “luôn cảm thấy bản thân kém cỏi” (21,7%), tiếp theo là “thiếu định hướng lành mạnh” (19,7%). Điều này phản ánh rõ nét mâu thuẫn tâm lý ở tuổi vị thành niên - khi cái tôi cá nhân bắt đầu phát triển mạnh mẽ, nhưng cũng dễ bị tổn thương bởi những suy nghĩ tiêu cực và sự so sánh với người khác. Một học sinh chia sẻ: “*Chị hỏi bạn H ấy, bạn ấy học giỏi hơn em, em thì biết gì đâu mà điên...*”, cho thấy sự tự ti và xu hướng đánh giá thấp bản thân vẫn khá phổ biến.

Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Lan (2021), cho thấy có tới 35% học sinh THPT có biểu hiện *tự đánh giá bản thân tiêu cực* và 28% thường xuyên cảm thấy “không đủ giỏi”. Ngoài ra, theo nghiên cứu của Twenge & Campbell (2018), thế hệ thanh thiếu niên ngày nay chịu ảnh hưởng lớn từ mạng xã hội - nơi thúc đẩy hành vi so sánh và dẫn đến cảm giác tự ti, cô lập nếu không đạt được những “chuẩn mực ảo”.

Một vấn đề đáng chú ý khác là áp lực từ kỳ vọng của gia đình (9,7%). Đây là thời điểm các em chịu áp lực học tập nặng nề, nhất là từ mong muốn của cha mẹ về việc thi đỗ đại học. Như học sinh N.V.T (lớp 11A3) chia sẻ: *“Do áp lực từ bố mẹ, người thân quá lớn, nhiều lúc em cảm thấy chán học và có ý nghĩ bỏ học”*. Điều này trùng khớp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hòa (2022), chỉ ra rằng 57% học sinh THPT cảm thấy áp lực do kỳ vọng của người lớn vượt quá khả năng thực tế của bản thân.

Đáng lo ngại là gần 50% học sinh không biết chia sẻ khó khăn với ai, cho thấy sự thiếu hụt môi trường an toàn để giải bày cảm xúc. Đây là yếu tố góp phần làm gia tăng nguy cơ trầm cảm, lo âu ở tuổi học trò - một xu hướng đang ngày càng gia tăng theo báo cáo của WHO (2021), với tỷ lệ rối loạn tâm lý ở lứa tuổi 14-18 lên tới 16-20% toàn cầu.

Một nghịch lý được ghi nhận trong bảng 1 là dù 21,1% học sinh “luôn cảm thấy buồn rầu”, đây lại là vấn đề mà các em ít mong muốn được hỗ trợ nhất. Lý do có thể do tính tự tôn cao, học sinh thường cố gắng che giấu cảm xúc tiêu cực để giữ hình ảnh “mạnh mẽ”, độc lập. Tương tự, vấn đề “luôn đặt mục tiêu cao nhưng không thực hiện được” (18,5%) cũng ít được thừa nhận, dù là nguyên nhân phổ biến gây căng thẳng.

Những phát hiện trên cho thấy nhu cầu trợ giúp tâm lý trong học sinh THPT là rất rõ ràng, nhưng lại bị che giấu dưới lớp vỏ tự lập và áp lực thành tích. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc xây dựng hệ thống tư vấn tâm lý học đường chuyên nghiệp, cũng như tăng cường sự kết nối giữa gia đình, nhà trường và học sinh.

Nhu cầu được CSSKTT của học sinh nam và học sinh nữ cũng có sự khác biệt.

Bảng 2. Mong muốn của học sinh được trợ giúp những vấn đề liên quan đến khó khăn tâm lý bản thân theo giới tính (n=90)

STT	Các vấn đề khó khăn tâm lý của bản thân	Nam (%)	Nữ (%)
1	Thiếu định hướng sống lành mạnh	23,1	10,1
2	Cảm thấy không ai hiểu mình	12,8	12,4
3	Luôn cảm thấy mình kém cỏi	10,2	9,7
4	Ngoại hình không như mong muốn	5,7	21,3
5	Không biết cách tự giải quyết vấn đề của bản thân	9,7	5,6
6	Gia đình đặt kỳ vọng vào bản thân học sinh	12,5	9,4
7	Luôn cảm thấy buồn rầu	3,6	6,9
8	Có suy nghĩ chán sống	1,2	4,6
9	Đặt ra mục tiêu cao nhưng không thực hiện được	21,2	10,2
10	Hay giận dỗi, cãi nhau vô cớ	0	9,8

Nguồn: Khảo sát nghiên cứu, 2024

Kết quả từ bảng 2 cho thấy sự khác biệt giới tính rõ rệt trong nhu cầu hỗ trợ tâm lý của học sinh THPT. Nam sinh có nhu cầu được trợ giúp cao nhất ở vấn đề “thiếu định hướng sống lành mạnh” (23,1%), phản ánh đặc trưng của lứa tuổi đang tìm kiếm bản sắc cá nhân và vị trí trong xã hội. Theo Erikson (1968), đây là giai đoạn thanh thiếu niên đối mặt với “khủng hoảng bản sắc”, cần thiết lập mục tiêu sống và định hướng tương lai rõ ràng.

Trong khi đó, nữ sinh lại đặc biệt quan tâm đến vấn đề “ngoại hình không như mong muốn” (21,3%). Ở độ tuổi này, các em dễ nhạy cảm với hình ảnh cơ thể do ảnh hưởng của thay đổi sinh

lý và áp lực từ các tiêu chuẩn xã hội, đặc biệt là sự đánh giá từ bạn bè đồng trang lứa. Theo nghiên cứu của Jones (2004), nữ giới ở tuổi vị thành niên thường có mức độ bất mãn với cơ thể cao hơn nam giới và điều này ảnh hưởng trực tiếp đến lòng tự trọng cũng như sức khỏe tinh thần.

Tuy nam sinh ít bộc lộ nhu cầu về ngoại hình hơn (5,7%), nhưng con số này vẫn cho thấy cả hai giới đều chịu áp lực trong việc tạo dựng hình ảnh cá nhân và gây ấn tượng với người khác, đặc biệt trong các mối quan hệ bạn bè và khác giới.

4.3. Nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh liên quan đến các khó khăn tâm lý trong học tập.

Học tập vẫn là hoạt động chủ đạo của học sinh THPT. Với những yêu cầu cao hơn về tính tích cực và độc lập trí tuệ. Thái độ học tập của các em cũng có sự thay đổi. Thái độ tự ý thức về việc học tập cho tương lai được nâng cao. Các em sắp bước vào ngưỡng cửa đại học quan trọng nhất trong đời học sinh, những áp lực thi cử, học hành luôn đè nặng. Chính vì vậy, các em có nhu cầu mong muốn được hỗ trợ cao nhất trong lứa tuổi này là về vấn đề học tập chiếm 47,7% theo bảng khảo sát 3.

Bảng 3. Mong muốn của học sinh được trợ giúp những vấn đề liên quan đến các khó khăn tâm lý trong học tập (n=90)

STT	Các vấn đề khó khăn tâm lý trong học tập	Mức độ mong muốn (%)		
		Rất mong muốn	Mong muốn	Không mong muốn
1	Khó khăn tập trung nghe giảng	10,2	12,3	16,4
2	Khó tiếp thu bài	11,5	14,2	24,9
3	Khó trong việc ghi nhớ, vận dụng kiến thức đã học	12,7	11,8	25,1
4	Áp lực bài tập quá nhiều	30,1	24,1	11,2
5	Kết quả học tập không như mong muốn	24,6	22,1	9,8
6	Học cả ngày và hầu như không có thời gian nghỉ ngơi.	10,9	15,5	12,6

Nguồn: Khảo sát nghiên cứu, 2024.

Kết quả từ bảng 3 cho thấy, áp lực học tập là vấn đề nổi bật mà học sinh THPT mong muốn được hỗ trợ, với 30,1% học sinh chọn “áp lực bài tập quá nhiều” là khó khăn hàng đầu. Điều này phản ánh thực trạng khối lượng học tập ngày càng gia tăng cả trong và ngoài lớp - từ số lượng môn học, tiết học đến lượng bài tập về nhà. Theo Phạm Minh Hạc (2001), học sinh Việt Nam phải đối mặt với một nền giáo dục thiên về thi cử, khiến việc học trở thành gánh nặng tâm lý hơn là quá trình phát triển năng lực.

Không chỉ áp lực về số lượng, học sinh còn chịu gánh nặng thành tích, thể hiện qua 24,6% chọn “kết quả học tập không như mong muốn” là nỗi lo lớn. Em N.T.P.T (lớp 10C) chia sẻ: “*Mỗi lần em được điểm trung bình là em không dám về nhà, vừa thấy sợ bố mẹ, vừa cảm thấy xấu hổ, chỉ muốn chết quách đi cho xong*”. Tâm lý sợ thất bại, sợ bị trách mắng, hay mất mặt với người thân cho thấy học sinh đang chịu áp lực kép: vừa từ kỳ vọng bên ngoài (gia đình, thầy cô), vừa từ kỳ vọng bên trong (bản thân).

Tình trạng này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên (2022), trong đó cho thấy 62% học sinh THPT thừa nhận cảm thấy căng thẳng và kiệt sức vì áp lực học tập và thi cử, đặc biệt trong bối cảnh chuẩn bị cho kỳ thi đại học. Điều này cũng được minh chứng qua chia

sẽ của học sinh lớp 12 như em V.M.T (lớp 12A2): “*Từ sau Tết đến giờ lúc nào trong đầu em cũng nghĩ rằng phải thi đỗ đại học, nếu không thì không còn mặt mũi nào về nhà nữa*” - một minh chứng rõ ràng cho sự dồn nén tâm lý quá mức trong giai đoạn cuối cấp.

So với học sinh ở các quốc gia phát triển - nơi định hướng nghề nghiệp thường linh hoạt hơn và chú trọng đến năng lực cá nhân - học sinh Việt Nam vẫn bị chi phối nặng nề bởi mục tiêu thi đỗ đại học như một “cánh cửa duy nhất để thành công”. Theo OECD (2020), học sinh ở Hàn Quốc, Nhật Bản và Việt Nam thuộc nhóm có mức độ căng thẳng vì học tập cao nhất thế giới, đặc biệt là trong những năm cuối cấp trung học.

Trong hoạt động học tập, ở mỗi khối lớp lại gặp những khó khăn khác nhau và cùng với đó là nhu cầu ở mỗi khó khăn cũng khác nhau.

Bảng 4. Mong muốn của học sinh được trợ giúp những vấn đề liên quan đến các khó khăn tâm lý trong học tập phân theo khối lớp (n=90)

STT	Các vấn đề khó khăn tâm lý trong học tập	Khối lớp		
		Lớp 10	Lớp 11	Lớp 12
1	Khó khăn tập trung nghe giảng	11,4	10,2	12,3
2	Khó tiếp thu bài	20,7	9,7	8,6
3	Khó trong việc ghi nhớ, vận dụng kiến thức đã học	23,5	18,8	13,2
4	Áp lực bài tập quá nhiều	13,9	21,4	19,8
5	Kết quả học tập không như mong muốn	18,1	20,3	21,3
6	Học cả ngày và hầu như không có thời gian nghỉ ngơi.	12,4	19,6	24,8

Nguồn: Khảo sát nghiên cứu, 2024

Phân tích từ bảng khảo sát 4 cho thấy rằng nhu cầu hỗ trợ tâm lý trong học tập của học sinh thay đổi theo từng khối lớp, phản ánh đặc điểm phát triển nhận thức và áp lực học tập ở mỗi giai đoạn.

Ở khối lớp 10, học sinh có tỷ lệ cao nhất gặp khó khăn trong việc “ghi nhớ, vận dụng kiến thức đã học” (23,5%) và “khó tiếp thu bài” (20,7%). Nguyên nhân chính xuất phát từ việc các em vừa chuyển tiếp từ THCS lên THPT - một bước chuyển có tính bước ngoặt cả về nội dung chương trình lẫn phương pháp giảng dạy. Theo Nguyễn Đức Danh (2006), sự thay đổi về độ khó, tốc độ giảng dạy và yêu cầu học tập ở cấp THPT thường khiến học sinh lớp 10 rơi vào trạng thái “sốc kiến thức” nếu không có quá trình chuẩn bị tốt. Em L.M.K (lớp 10A2) chia sẻ: “*Kiến thức ở cấp 3 rất khác so với cấp 2, cách dạy học cũng vậy, em thấy rất khó khăn trong việc ghi nhớ và vận dụng kiến thức để làm bài tập và mỗi lần như vậy em lại thấy chán, ước gì quay lại cấp 2.*”

Ngược lại, ở khối lớp 11, khó khăn tâm lý nổi bật lại liên quan đến “áp lực bài tập lớn” (21,4%) và “thời gian học kéo dài khiến không có thời gian nghỉ ngơi” (19,6%). Giai đoạn này được xem là “bản lề” khi học sinh bắt đầu tăng tốc để chuẩn bị cho kỳ thi tốt nghiệp và xét tuyển đại học. Theo Nguyễn Công Khanh (2015), học sinh lớp 11 thường trải qua sự gia tăng mạnh về cường độ học tập, bao gồm cả học chính khóa và học thêm, dễ dẫn đến trạng thái căng thẳng mãn tính nếu thiếu hỗ trợ kịp thời.

Đặc biệt, các em lớp 11 và 12 có xu hướng gặp các biểu hiện somatic (triệu chứng cơ thể hóa do tâm lý) như đau đầu, mất ngủ, chán ăn, buồn nôn... khi áp lực học tập vượt ngưỡng chịu đựng. Đây là biểu hiện điển hình của stress học đường, được WHO (2018) cảnh báo là một trong những nguyên nhân phổ biến gây suy giảm sức khỏe tâm thần ở học sinh trung học.

Sự khác biệt giữa các khối lớp cho thấy nhu cầu được hỗ trợ tâm lý trong học tập cần được điều chỉnh phù hợp theo lứa tuổi và cấp độ phát triển nhận thức. Trong khi học sinh lớp 10 cần được hướng dẫn phương pháp học và thích nghi chương trình mới, học sinh lớp 11 và 12 cần giải tỏa áp lực học tập và rèn kỹ năng quản lý thời gian, cảm xúc.

5. KẾT LUẬN/GIẢI PHÁP

Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu tại Trường THPT Nguyễn Gia Thiều, có thể thấy rằng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT là một vấn đề cấp thiết và đa dạng. Học sinh đang đối mặt với nhiều khó khăn tâm lý cá nhân như cảm giác kém cỏi, mất định hướng, áp lực từ gia đình và xã hội, cũng như áp lực học tập ngày càng lớn. Những khó khăn này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả học tập mà còn tác động sâu sắc đến sự phát triển toàn diện của các em. Đặc biệt, nhu cầu trợ giúp có sự khác biệt theo giới tính và khối lớp, cho thấy sự cần thiết phải có các biện pháp can thiệp linh hoạt, phù hợp với từng đối tượng. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ học sinh tiếp cận với dịch vụ hỗ trợ tâm lý vẫn còn rất thấp do thiếu đội ngũ chuyên môn và sự kỳ thị xã hội. Do đó, việc xây dựng hệ thống tư vấn học đường chuyên nghiệp, nâng cao nhận thức cộng đồng và đẩy mạnh sự phối hợp giữa gia đình - nhà trường là những giải pháp quan trọng nhằm đáp ứng hiệu quả nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh THPT.

Đề xuất một số giải pháp

Để đáp ứng hiệu quả nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT, cần triển khai đồng bộ một số giải pháp thiết thực sau:

Thứ nhất, cần thiết lập và chuyên môn hóa đội ngũ tư vấn tâm lý học đường. Mỗi trường THPT cần có ít nhất một chuyên gia tâm lý học đường được đào tạo bài bản, có khả năng tư vấn, đánh giá và can thiệp sớm. Cần tổ chức kênh tư vấn bảo mật để học sinh dễ dàng chia sẻ mà không sợ bị đánh giá.

Thứ hai, cần tăng cường truyền thông, giáo dục kỹ năng cảm xúc - xã hội (SEL), tổ chức các tiết học ngoại khóa, CLB, chuyên đề để học sinh hiểu đúng về sức khỏe tâm thần, biết nhận diện cảm xúc, kỹ năng giải tỏa, và yêu cầu hỗ trợ khi cần. Kết hợp các mô hình như RAP, CBT, thiền chánh niệm với sự điều chỉnh phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam.

Thứ ba, đào tạo kỹ năng phát hiện và hỗ trợ ban đầu cho giáo viên chủ nhiệm: Giáo viên cần được trang bị kỹ năng nhận diện dấu hiệu căng thẳng, trầm cảm ở học sinh, và biết cách phản ứng hỗ trợ ban đầu. Có thể lồng ghép nội dung này trong các lớp tập huấn định kỳ.

Thứ tư, cần tăng cường phối hợp giữa nhà trường - phụ huynh - học sinh: Tổ chức các buổi đối thoại, hội thảo phụ huynh về sức khỏe tâm thần vị thành niên, giúp phụ huynh hiểu rằng áp

lực học tập không nên là gánh nặng, mà cần là động lực tích cực. Khuyến khích xây dựng môi trường giao tiếp cởi mở trong gia đình.

Thứ năm, nhà trường cần cá nhân hóa hỗ trợ theo khối lớp và giới tính, cụ thể như: Lớp 10 tập trung giúp học sinh thích nghi chuyển cấp, rèn kỹ năng học hiệu quả. Lớp 11-12: hỗ trợ giải tỏa áp lực thi cử, hướng nghiệp, quản lý thời gian, thờ - thư giãn. Học sinh nữ cần được nâng cao lòng tự trọng và hình ảnh bản thân, trong khi học sinh nam cần định hướng giá trị sống và vai trò cá nhân.

Những giải pháp này nếu được thực hiện hiệu quả sẽ góp phần nâng cao sức khỏe tâm thần và sự phát triển toàn diện cho học sinh phổ thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính phủ Việt Nam. (2021). Quyết định số 1660/QĐ-TTg phê duyệt chương trình sức khỏe học đường giai đoạn 2021-2025.
2. Học viện Dân tộc. (2023). Báo cáo nghiên cứu đa trung tâm về sức khỏe tâm thần học sinh THPT sau COVID-19.
3. Nguyễn Minh Vũ và cộng sự. (2025). “Thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trường THPT Lê Lợi, Bắc Tân Uyên, tỉnh Bình Dương”. Tạp chí *Y Dược Cần Thơ*.
4. Nguyễn Ngọc Bảo Quyên và cộng sự. (2024). Nghiên cứu sức khỏe tâm thần học sinh THPT tại Hà Nội. Tạp chí Giáo dục.
5. Nguyễn Công Khanh. (2015). “Sức khỏe tâm thần học sinh trung học phổ thông trong bối cảnh đổi mới giáo dục”. Tạp chí *Tâm lý học*.
6. Nguyễn Đức Danh. (2006). *Tâm lý học phát triển*. NXB Giáo dục Việt Nam.
7. Nguyễn Thị Mai Lan. (2021). “Khảo sát vấn đề tự ti ở học sinh trung học phổ thông”. Tạp chí *Tâm lý học Việt Nam*.
8. Nguyễn Thị Oanh. (2009). *Tâm lý học lứa tuổi và tâm lý học sư phạm*. NXB Đại học Sư phạm Hà Nội.
9. Nguyễn Văn Hòa. (2022). Ảnh hưởng của kỳ vọng gia đình đến sức khỏe tâm lý học sinh THPT. Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam.
10. Phạm Minh Hạc. (2001). *Tâm lý học lứa tuổi học sinh trung học phổ thông*. NXB Giáo dục.
11. Trần Thị Bích Liên. (2022). Áp lực học tập và sức khỏe tâm lý của học sinh trung học phổ thông ở Việt Nam. Tạp chí Khoa học Giáo dục.
12. Trường Nguyễn Tất Thành. (2023). Chuyên đề chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh.
13. Nguyễn Quang Uẩn và cộng sự (2003), *Tâm lý học đại cương*, NXB Đại học Sư phạm, Hà Nội, tr.97
14. Cooley, C. H. (1902). Human nature and the social order.
15. Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2022). Research review: The effectiveness of universal school-based mental health interventions - A meta-analysis and systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 428-446. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13414>.
16. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
17. Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40(5), 823-835.
18. Kallio, J., Pulkki-Råback, L., Marttunen, M., & Mishina, K. (2023). Mental health service use among adolescents in low- and middle-income countries: A multicountry study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1789. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031789>.

19. OECD. (2020). PISA 2018 Results (Volume III): What school life means for students' lives. <https://www.oecd.org>.
20. Piaget, J. (1972). The psychology of the child. Basic Books.
21. Pieh, C., Plener, P. L., Probst, T., Dale, R., & Humer, E. (2021). Mental health of high school students during the COVID-19 pandemic in Austria. *Journal of Affective Disorders*, 278, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.050>.
22. Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
23. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement. Atria Books.
24. WHO. (2018). Mental health status of adolescents in the Southeast Asia region. World Health Organization.
25. World Health Organization. (2014). Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
26. World Health Organization. (2021). Adolescent mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
27. WHO Regional Office for Europe. (2024). Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2022 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications>.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG MẠNG XÃ HỘI CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

ThS. Vũ Thị Lan Anh¹, ThS. Lê Văn Thuần²

Tóm tắt: Trong bối cảnh công nghệ số phát triển mạnh mẽ, mạng xã hội đã trở thành một phần không thể thiếu trong đời sống hàng ngày của sinh viên. Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên tại Trường Đại học Lao động - Xã hội, qua đó đánh giá các mặt tích cực, tiêu cực và đề xuất giải pháp sử dụng mạng xã hội một cách hiệu quả, phù hợp với đặc thù ngành học. Nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra khảo sát với bảng hỏi được thiết kế dành cho 126 sinh viên từ năm nhất đến năm tư. Kết quả cho thấy 100% sinh viên sử dụng mạng xã hội hàng ngày, trong đó Facebook, Zalo và TikTok là ba nền tảng phổ biến nhất. Hầu hết sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội đều dành trên 5 tiếng/ngày để sử dụng mạng xã hội. Sinh viên chủ yếu sử dụng mạng xã hội để giải trí (78,4%), cập nhật tin tức (65,2%), và kết nối bạn bè (59,6%), nhưng chỉ 21,3% tận dụng mạng xã hội cho mục đích học tập và phát triển nghề nghiệp. Điều này ảnh hưởng rất tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của sinh viên.

Từ khóa: Thực trạng, mạng xã hội, sinh viên, Trường Đại học Lao động - Xã hội, ảnh hưởng tiêu cực

THE CURRENT SITUATION OF SOCIAL MEDIA USE AMONG STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF LABOR AND SOCIAL AFFAIRS

Abstract: In the context of rapid digital technological development, social media has become an indispensable part of students' daily lives. This study aims to explore the current state of social media usage among students at the University of Labour and Social Affairs, thereby assessing both the positive and negative aspects and proposing effective solutions for its usage aligned with the characteristics of the academic field. The study employed a quantitative survey method using a structured questionnaire designed for 126 students from first to fourth year. Results show that 100% of students use social media daily, with Facebook, Zalo, and TikTok being the three most popular platforms. The majority of students spend over five hours per day on social media. They primarily use social media for entertainment (78.4%), news updates (65.2%), and connecting with friends (59.6%), while only 21.3% use it for learning and career development purposes. This pattern has a notably negative impact on students' mental health.

Keywords: social media usage, students, University of Labour and Social Affairs, current situation, negative effects

1. MỞ ĐẦU

Trong thời đại công nghệ số phát triển nhanh chóng, mạng xã hội không chỉ là công cụ truyền thông đơn thuần mà đã trở thành một phần tất yếu trong đời sống của sinh viên đại học. Với khả năng kết nối mạnh mẽ, cập nhật thông tin nhanh chóng và mang lại nhiều hình thức giải trí đa dạng, mạng xã hội đang hiện diện trong từng khoảnh khắc sinh hoạt, học tập và tương tác xã hội của giới trẻ. Nghiên cứu của Statista (2024) cho thấy, hơn 90% người trong độ tuổi từ 18 đến 24 sử dụng mạng xã hội hàng ngày, với thời lượng trung bình hơn 3 giờ mỗi ngày. Tại Việt Nam, con số này có xu hướng còn cao hơn, đặc biệt ở nhóm sinh viên đại học - những người đang trong giai đoạn chuyển mình cả về tri thức, tâm lý lẫn định hình giá trị cá nhân.

¹ Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

² Khoa Lý luận chính trị và Giáo dục đại cương, Trường Đại học Lao động - Xã hội

Đối với sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội - nơi đào tạo các chuyên ngành liên quan mật thiết đến con người và xã hội như Công tác xã hội, Tâm lý học, Quản trị nhân lực... việc sử dụng mạng xã hội không chỉ là hành vi công nghệ mà còn là biểu hiện của quá trình thích nghi xã hội, điều chỉnh cảm xúc và phát triển bản sắc cá nhân. Tuy nhiên, đằng sau những tiện ích tức thời, mạng xã hội cũng tiềm ẩn nhiều hệ lụy: từ suy giảm tập trung, lệch lạc nhận thức, đến nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm nếu không được sử dụng một cách tỉnh táo và có định hướng (Andreassen et al., 2017; Keles et al., 2020). Chính vì vậy, việc nghiên cứu thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên không chỉ giúp các nhà quản lý, lãnh đạo, các giảng viên trong nhà trường tìm hiểu về thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên hiện nay mà còn là cơ sở để xây dựng các giải pháp phù hợp nhằm hỗ trợ sinh viên sử dụng mạng xã hội như một công cụ tích cực cho học tập, phát triển nghề nghiệp và nâng cao sức khỏe tinh thần. Đây cũng là bước đi cần thiết để đồng hành cùng sinh viên trong hành trình số hóa - nơi ranh giới giữa thế giới thực và thế giới ảo ngày càng mờ nhạt.

2. KHÁCH THỂ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể nghiên cứu bao gồm 126 sinh viên hệ chính quy của các chuyên ngành Công tác xã hội, Tâm lý học, Quản trị nguồn nhân lực, Bảo hiểm đang theo học tại Trường Đại học Lao động - Xã hội trụ sở chính, được chọn lựa ngẫu nhiên theo lớp học từ năm nhất đến năm tư.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi: Ngoài các nội dung về nhân khẩu học (tuổi, giới tính...) thì bảng hỏi được thiết kế theo dạng thang đo Likert 5 mức độ tương ứng số điểm: 1= Không đồng ý, 2= Ít đồng ý; 3 = Trung bình; 4= Đồng ý; 5= Rất đồng ý. Bảng hỏi được phát dưới dạng trực tiếp trên lớp.

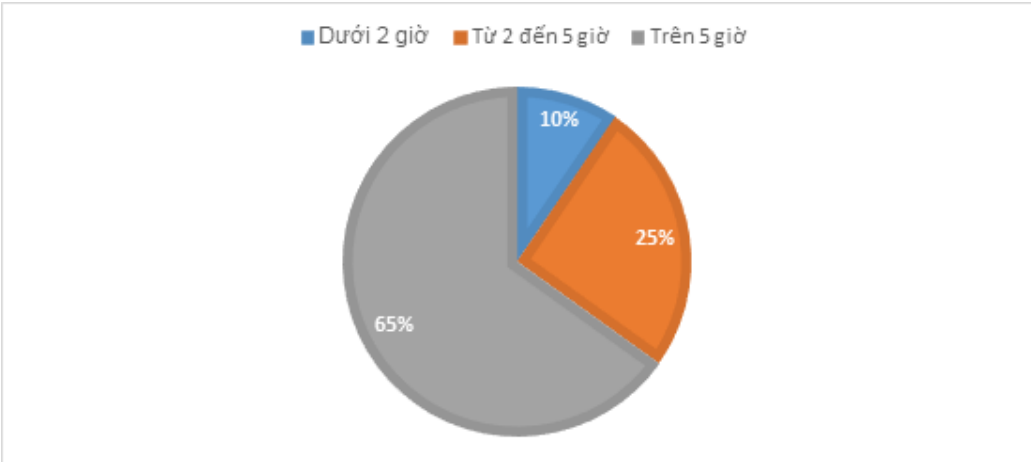
- Phương pháp xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê: Sau khi thu thập, dữ liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê số liệu SPSS 27.0. Việc xử lý dữ liệu nhằm mục đích xác định các xu hướng nổi bật, mức độ phổ biến của từng nền tảng mạng xã hội, cũng như ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của sinh viên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên trường Đại học Lao động - Xã hội

3.1.1. Thời gian sử dụng mạng xã hội hàng ngày của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Kết quả cho thấy mức độ phổ cập mạng xã hội trong sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội là tuyệt đối, với 100% sinh viên tham gia khảo sát cho biết sử dụng mạng xã hội hàng ngày. Một số ít sinh viên còn sử dụng Instagram và YouTube. Điều này phản ánh rõ nét vai trò trung tâm của mạng xã hội trong đời sống số của thế hệ trẻ hiện nay. Đặc biệt, hơn 65% sinh viên sử dụng trên 5 giờ mỗi ngày cho mạng xã hội - con số đáng báo động nếu đặt trong bối cảnh sinh viên cần dành thời gian cho học tập, nghỉ ngơi và các hoạt động xã hội thực tế.



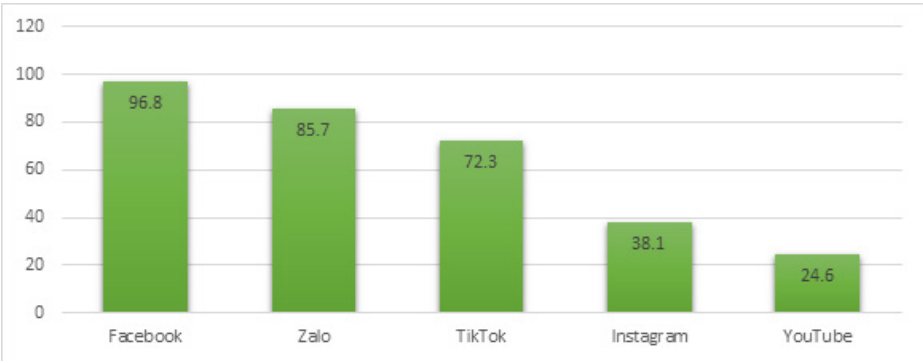
Biểu đồ 1. Thời gian sử dụng mạng xã hội hàng ngày của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Việc dành thời gian quá nhiều cho mạng xã hội dễ dẫn đến tình trạng phụ thuộc và bị cuốn vào các nội dung gây xao nhãng. Nghiên cứu của Keles et al. (2020) cũng chỉ ra rằng việc sử dụng mạng xã hội trên 3 giờ mỗi ngày làm tăng nguy cơ gặp các vấn đề về lo âu, rối loạn giấc ngủ và trầm cảm ở thanh thiếu niên. Vì vậy, dữ liệu của nghiên cứu này không chỉ phản ánh thói quen phổ biến mà còn cho thấy dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe tâm thần tiềm ẩn trong cộng đồng sinh viên.

Ngoài ra, sự chênh lệch về thời gian sử dụng (từ dưới 2 giờ đến trên 5 giờ mỗi ngày) cho thấy có sự phân tầng trong mức độ gắn bó với mạng xã hội giữa các nhóm sinh viên, gợi ý cho các nhà quản lý giáo dục cần xây dựng các mô hình hỗ trợ và can thiệp theo mức độ cụ thể, thay vì áp dụng giải pháp chung cho toàn bộ sinh viên.

3.1.2. Tần suất sử dụng các nền tảng mạng xã hội của sinh viên

Kết quả khảo sát cho thấy, trong số các nền tảng mạng xã hội phổ biến hiện nay, sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội vẫn ưu tiên sử dụng mạng Facebook với tỷ lệ sử dụng lên đến 96,8%, phản ánh vị thế lâu dài của nền tảng này trong việc kết nối cộng đồng và chia sẻ thông tin cá nhân. Zalo (85,7%) - ứng dụng nhắn tin phổ biến tại Việt Nam - đóng vai trò thiết yếu trong các mối quan hệ cá nhân, học tập nhóm và liên hệ nội bộ. TikTok với tỷ lệ sử dụng 72,3% thể hiện xu hướng tiêu thụ nội dung ngắn, giải trí nhanh đang lên ngôi trong giới trẻ. Kết quả được cụ thể hóa bằng biểu đồ 2 dưới đây.



Biểu đồ 2. Tần suất sử dụng các nền tảng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Facebook là mạng xã hội được sinh viên sử dụng nhiều nhất. Điều này phù hợp với thực tế Việt Nam theo báo cáo của We Are Social & DataReportal (2023), Facebook tiếp tục là nền tảng có lượng người dùng đông đảo nhất tại Việt Nam, với hơn 70 triệu tài khoản hoạt động, đặc biệt phổ biến trong độ tuổi 18-24. Nghiên cứu của Phan & Nguyễn (2021) trên 300 sinh viên tại TP. HCM cũng cho thấy Facebook được xem là “trung tâm kết nối số” phục vụ đồng thời các mục tiêu giải trí, kết nối và học tập; còn TikTok lại là nơi sinh viên tìm kiếm nội dung thư giãn sau giờ học căng thẳng. Điều này góp phần khẳng định kết luận của nghiên cứu hiện tại: mỗi nền tảng mạng xã hội đang được sử dụng theo chức năng riêng biệt, phụ thuộc vào nhu cầu cá nhân và ngữ cảnh sử dụng.

Thứ hai là mạng xã hội Zalo, với 85,7% số sinh viên sử dụng. Zalo là mạng xã hội của Việt Nam phát hành, vì thế, Zalo được đánh giá là công cụ liên lạc tiện dụng và mang tính bản địa, phù hợp với các tương tác học tập và hành chính.

Tiktok là nền tảng mạng xã hội được sử dụng nhiều thứ ba. Sự phổ biến của các nền tảng này không chỉ thể hiện thị hiếu mà còn phản ánh đặc trưng hành vi số của sinh viên hiện đại - nơi hình ảnh, video ngắn và thông điệp tức thời được ưa chuộng hơn so với văn bản dài. Đáng chú ý, Instagram và YouTube tuy có tỷ lệ thấp hơn (38,1% và 24,6%) nhưng vẫn đóng vai trò quan trọng với những sinh viên quan tâm đến hình ảnh, học hỏi từ nội dung video học thuật và xu hướng toàn cầu.

Nhìn chung, hành vi lựa chọn nền tảng mạng xã hội cho thấy sinh viên có xu hướng phân bổ thời gian theo chức năng tiêu dùng: TikTok - giải trí nhanh; Zalo - giao tiếp quen thuộc; Facebook - tổng hợp kết nối; Instagram/YouTube - làm giàu trải nghiệm cá nhân và học tập thụ động. Thực tế này đặt ra yêu cầu cần tích hợp các công cụ học tập số vào chính những nền tảng quen thuộc để tăng hiệu quả giáo dục trong môi trường số hóa

3.1.3. Mục đích sử dụng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sinh viên sử dụng mạng xã hội cho rất nhiều các mục đích khác nhau. Trong đó, mục đích sử dụng nhiều nhất là phục vụ nhu cầu giải trí (ĐTB= 4,04), thứ hai là cập nhật tin tức (ĐTB= 3,85), thứ ba là kết nối bạn bè (ĐTB=3,80). Các hoạt động mang tính chất học thuật, phát triển về chuyên môn như phục vụ mục đích học tập và nghề nghiệp lại là hai mục đích thấp nhất (ĐTB lần lượt là 3,31 và 3,09). Kết quả được thể hiện cụ thể tại bảng 1 dưới đây.

Bảng 1. Các mục đích sử dụng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Mục đích	Mức độ (%)					Tổng thể	
	Không đồng ý	Ít đồng ý	Trung bình	Đồng ý	Rất đồng ý	ĐTB	ĐLC
Tôi sử dụng MXH chủ yếu để giải trí	1,6%	4,0%	16,7%	44,4%	33,3%	4,04	0,92
Tôi sử dụng MXH để cập nhật tin tức	2,4%	5,6%	21,4%	46,0%	24,6%	3,85	0,94
Tôi sử dụng MXH để kết nối bạn bè	1,6%	8,7%	23,8%	39,7%	26,2%	3,80	0,96
Tôi sử dụng MXH cho mục đích học tập	7,1%	16,7%	28,6%	32,5%	15,1%	3,31	1,10
Tôi sử dụng MXH để phát triển nghề nghiệp	9,5%	21,4%	30,2%	27,8%	11,1%	3,09	1,08

Sinh viên sử dụng mạng xã hội với mục đích giải trí là chủ yếu. Điều này phù hợp với đặc điểm tâm lý lứa tuổi và xu hướng hành vi tìm kiếm cảm giác dễ chịu sau giờ học. Theo nghiên cứu của Leung (2013), sinh viên có xu hướng dùng mạng xã hội như một công cụ để giải tỏa căng thẳng và giảm áp lực học tập.

Sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội còn sử dụng mạng xã hội như một kênh thông tin giúp các em nắm bắt các thông tin thời sự và các kiến thức xã hội. Điều này phù hợp với môi trường học thuật cần liên tục cập nhật thông tin, nhưng cũng đặt ra yêu cầu về khả năng chọn lọc và đánh giá nguồn tin đáng tin cậy (Tandoc et al., 2018), bởi trên mạng xã hội có quá nhiều thông tin được đưa ra mà mức độ kiểm chứng tương đối thấp, chính vì thế, sinh viên hay vấp phải tình trạng đọc phải các thông tin “rác”, các thông tin không chính thống, thậm chí các thông tin sai lệch, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống của các em.

Mặc dù được kì vọng khá cao nhưng kết quả cho thấy, học tập và phát triển nghề nghiệp là hai mục đích chưa được sinh viên chú trọng khi sử dụng mạng xã hội. Bên cạnh đó, sinh viên chưa có thói quen sử dụng mạng xã hội để xây dựng thương hiệu cá nhân hay kết nối nghề nghiệp (ví dụ như qua LinkedIn). Theo nghiên cứu của Manca (2020), việc thiếu nhận thức về giá trị dài hạn của mạng xã hội trong nghề nghiệp khiến sinh viên Việt Nam bỏ qua những cơ hội phát triển chuyên môn ngay trong thời gian học. Đây cũng là một trong những vấn đề khá quan trọng cần đặt ra cho xã hội hiện nay.

Như vậy, có thể thấy, việc sử dụng mạng xã hội của sinh viên rất đa dạng và phong phú. Sinh viên sử dụng các nền tảng mạng xã hội cho rất nhiều mục đích khác nhau. Khoảng cách giữa tiềm năng và thực tiễn sử dụng mạng xã hội đặt ra nhu cầu định hướng lại hành vi số cho sinh viên. Các chương trình giáo dục truyền thông kỹ thuật số và kỹ năng học tập số cần được thiết kế lồng ghép trong hoạt động giảng dạy để giúp sinh viên khai thác mạng xã hội như một công cụ học tập hiệu quả và chuyên nghiệp hơn.

3.2. Ảnh hưởng tâm lý khi sử dụng các nền tảng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Kết quả nghiên cứu nhận thấy rằng, nếu sử dụng các nền tảng mạng xã hội quá nhiều thì sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội chủ yếu cảm thấy lo âu hoặc căng thẳng sau khi sử dụng MXH (ĐTB= 2,83), thứ hai là mệt mỏi, giảm năng lượng (ĐTB=2,58), thứ ba là mất tập trung trong học tập (ĐTB= 2,55) và thấp nhất là rối loạn giấc ngủ do sử dụng trước khi ngủ (ĐTB= 2,48). Tuy nhiên, giữa các yếu tố ảnh hưởng không có sự chênh lệch nhiều, điều này chứng tỏ rằng việc sử dụng quá nhiều mạng xã hội đều đem lại các ảnh hưởng không tốt đến tâm lý của sinh viên. Kết quả được cụ thể tại bảng 2 dưới đây.

Bảng 2. Mức độ ảnh hưởng tâm lý khi sử dụng các nền tảng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội

Ảnh hưởng	Mức độ (%)					Tổng thể	
	Rất ảnh hưởng	Ảnh hưởng	Bình thường	Ít ảnh hưởng	Không ảnh hưởng	ĐTB	ĐLC
Rối loạn giấc ngủ do dùng trước khi ngủ	24,6%	34,9%	18,3%	12,7%	9,5%	2,48	1,10
Mệt mỏi, giảm năng lượng	15,8%	30,2%	28,6%	16,7%	8,7%	2,58	1,05
Mất tập trung trong học tập	20,6%	33,3%	23,8%	14,3%	7,9%	2,55	1,07
Cảm thấy lo âu hoặc căng thẳng sau khi dùng MXH lâu	16,7%	27,0%	24,6%	19,8%	11,9%	2,83	1,12

Lo âu, căng thẳng tăng sau khi dùng MXH là ảnh hưởng lớn nhất khi dùng mạng xã hội quá lâu. Đây là chỉ báo sớm cho trạng thái rối loạn cảm xúc. Nghiên cứu của Keles et al. (2020) đã khẳng định rằng mức sử dụng mạng xã hội cao tương quan với các triệu chứng trầm cảm và lo âu.

Sự ảnh hưởng thứ hai là khiến sinh viên mất tập trung khi học tập. Hiện tượng này không quá cực đoan nhưng vẫn là một trở ngại thường trực trong việc duy trì khả năng tập trung. Tình trạng “chuyển đổi đa nhiệm kỹ thuật số” gây ảnh hưởng đến vùng não xử lý trí nhớ ngắn hạn (Payton et al., 2019).

Rối loạn giấc ngủ do dùng MXH trước khi ngủ tuy có mức ảnh hưởng thấp nhất đến tâm lý của sinh viên, tuy nhiên, cũng là một vấn đề cần được quan tâm đúng mức. Kết quả nghiên cứu trên khá tương đồng với nghiên cứu của Cain & Gradisar (2010) cảnh báo rằng sử dụng thiết bị trước khi ngủ làm ức chế quá trình tiết melatonin và rối loạn nhịp sinh học.

Như vậy, có thể thấy, mạng xã hội không chỉ là công cụ truyền thông mà còn là yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần nếu thiếu định hướng và kiểm soát. Cần có các chương trình “giải độc kỹ thuật số”, cân bằng thói quen sử dụng và tăng cường hoạt động ngoài trời để giúp sinh viên điều tiết hành vi mạng một cách lành mạnh.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên Trường Đại học Lao động - Xã hội. Với tỷ lệ sử dụng hàng ngày đạt 100%, mạng xã hội không chỉ là công cụ thông tin mà còn là không gian sinh hoạt tinh thần của sinh viên. Tuy nhiên, mục đích sử dụng chủ yếu vẫn nghiêng về giải trí và cập nhật tin tức, trong khi chức năng hỗ trợ học tập và phát triển nghề nghiệp còn hạn chế. Đáng chú ý, việc sử dụng mạng xã hội quá mức có ảnh hưởng tiêu cực rõ rệt đến sức khỏe tâm thần, thể hiện qua cảm giác lo âu, mệt mỏi, mất tập trung và rối loạn giấc ngủ. Những số liệu khảo sát cho thấy mối liên hệ đáng quan ngại giữa thời lượng sử dụng mạng xã hội và sự suy giảm hiệu suất học tập cũng như chất lượng sống tinh thần của sinh viên.

Đây là cơ sở thực tiễn quan trọng, giúp các cán bộ quản lý, giảng viên, cán bộ tại Trường Đại học Lao động - Xã hội nói riêng và các nhà trường nói chung cần tăng cường giáo dục truyền thông số thông qua các chuyên đề kỹ năng sử dụng mạng xã hội an toàn và định hướng học thuật - nghề nghiệp; tích hợp mạng xã hội vào hoạt động giảng dạy chính khóa nhằm tăng cường sự tương tác và tính ứng dụng; phát triển các công cụ và dịch vụ tư vấn tâm lý để hỗ trợ sinh viên điều tiết hành vi số; thực hiện khảo sát định kỳ để kịp thời điều chỉnh chính sách truyền thông nội bộ; đồng thời, khuyến khích sinh viên khai thác mạng xã hội như một nền tảng phát triển cá nhân thông qua các công cụ xây dựng thương hiệu và kết nối nghề nghiệp hay các cộng đồng học tập trực tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.

2. Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742.
3. Exelgac, A., Lee, C. K. C., & Park, Y. (2021). Digital fatigue and burnout during the pandemic: The dark side of remote engagement. *Computers in Human Behavior Reports*, 4, 100125.
4. Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93.
5. Leung, L. (2013). Generational differences in content generation in social media: The roles of the gratifications sought and of narcissism. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 997-1006
6. Manca, S. (2020). Snapping, pinning, liking or texting: Investigating social media in higher education beyond Facebook. *The Internet and Higher Education*, 44, 100707.
7. Payton, F. C., Jackson, C., & White, K. P. (2019). Impact of multitasking and social media distractions on learning: A literature review. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 12(1), 1-17.
8. Phan, M. T., & Nguyễn, H. T. (2021). Ảnh hưởng của việc sử dụng mạng xã hội đến hành vi học tập của sinh viên đại học tại TP. HCM. Tạp chí *Khoa học và Công nghệ*, 19(2), 55-62.
9. Statista. (2024). *Global social media usage by age group*.
10. Tandoc, E. C., Lim, Z. W., & Ling, R. (2018). Defining “Fake News”. *Digital Journalism*, 6(2), 137-153.
11. Twenge, J. M., Martin, G. N., & Spitzberg, B. H. (2018). Trends in US adolescents’ media use, 1976-2016: The rise of digital media, the decline of TV, and the (near) demise of print. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 329-345.
12. We Are Social & DataReportal. (2023). *Digital 2023: Vietnam*.

BIỂU HIỆN STRESS CỦA NHÂN VIÊN TẠI CÔNG TY TNHH NHA KHOA JADE VÀ HÀM Ý CHÍNH SÁCH PHÁT TRIỂN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG DOANH NGHIỆP

ThS. Nguyễn Phương Cường¹, ThS. Hoàng Lan Anh²

Tóm tắt: Stress nghề nghiệp là một hiện tượng phổ biến trong môi trường công sở hiện đại, có thể gây ra những tác động tiêu cực đến sức khỏe thể chất, tinh thần và hiệu suất lao động của nhân viên nếu không được nhận diện và can thiệp kịp thời. Nghiên cứu này nhằm phân tích các biểu hiện stress của nhân viên tại Công ty TNHH Nha khoa Jade, tập trung vào bốn nhóm dấu hiệu chính: thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Kết quả khảo sát cho thấy biểu hiện thể chất như mệt mỏi, đau đầu, mất ngủ là phổ biến nhất, trong khi các thay đổi hành vi thường diễn ra âm thầm và khó nhận diện hơn. Các yếu tố góp phần gây stress bao gồm áp lực công việc cao, thiếu sự hỗ trợ từ lãnh đạo và mất cân bằng giữa công việc và đời sống cá nhân. Trên cơ sở đó, bài viết đề xuất một số hàm ý chính sách nhằm thúc đẩy vai trò của công tác xã hội trong doanh nghiệp, bao gồm thiết lập hệ thống hỗ trợ tâm lý tại nơi làm việc, tăng cường truyền thông nội bộ, tổ chức tư vấn can thiệp sớm và xây dựng môi trường lao động thân thiện nhằm nâng cao sức khỏe tinh thần và sự gắn kết của người lao động.

Từ khóa: Biểu hiện, công tác xã hội, nhân viên, stress.

STRESS SYMPTOMS AMONG EMPLOYEES AT JADE DENTAL CO., LTD. AND POLICY IMPLICATIONS FOR THE DEVELOPMENT OF SOCIAL WORK IN ENTERPRISES

Abstract: Occupational stress is a common phenomenon in modern workplace environments and can have detrimental effects on employees' physical and mental health as well as work performance if not promptly identified and addressed. This study aims to analyze the stress symptoms exhibited by employees at Jade Dental Co., Ltd., focusing on four main groups of indicators: physical, cognitive, emotional, and behavioral. Survey results reveal that physical symptoms-such as fatigue, headaches, and insomnia-are the most commonly reported, while behavioral changes tend to be subtle and more difficult to detect. Contributing factors to workplace stress include high job demands, lack of managerial support, and work-life imbalance. Based on these findings, the paper proposes several policy implications to promote the role of social work in enterprises, such as establishing workplace mental health support systems, enhancing internal communication, organizing early counseling and intervention services, and creating a psychologically safe and supportive work environment to improve employee well-being and organizational cohesion.

Keywords: Symptoms, social work, employees, stress.

1. GIỚI THIỆU

Stress hiện đang là một trong những chủ đề thu hút sự quan tâm ngày càng lớn của các nhà nghiên cứu, đặc biệt trong bối cảnh môi trường làm việc hiện đại với nhiều biến động khó lường và áp lực ngày càng gia tăng, stress được xem như một cơ chế phản ứng sinh lý - tâm lý tự nhiên của cơ thể khi đối mặt với các tác nhân gây căng thẳng (Selye, H. (1976). Tuy nhiên, khi mức độ stress vượt quá khả năng thích ứng của cá nhân hoặc kéo dài trong thời gian dài, nó có thể dẫn đến những hệ lụy nghiêm trọng đối với sức khỏe thể chất, tinh thần cũng như hiệu quả công việc (Kabat-Zinn, 2003; Sonnentag & Fritz, 2015).

¹ PTP.QLCL-KH&HTQT - Cơ sở II, Trường ĐH Lao động - Xã hội

² GV Khoa QLNNL - Cơ sở II, Trường ĐH Lao động - Xã hội

Trong bối cảnh hiện đại, khi các yêu cầu về hiệu suất công việc ngày càng cao, việc nhận diện sớm các biểu hiện của stress đóng vai trò quan trọng trong xây dựng các biện pháp can thiệp hiệu quả. Từ đó, giúp người lao động duy trì sức khỏe tâm lý ổn định và nâng cao hiệu quả làm việc, đồng thời góp phần phát triển tổ chức bền vững.

Công ty TNHH Nha khoa Jade, thành lập năm 2019, hoạt động chính trong lĩnh vực sản xuất thiết bị y tế, nha khoa và phục hồi chức năng. Năm 2023, doanh nghiệp mở rộng quy mô với văn phòng đại diện tại quận Bình Tân, Tp. Hồ Chí Minh. Đội ngũ nhân sự tại văn phòng này chủ yếu đến từ khu vực Tây Nam Bộ và một phần nhỏ từ miền Trung. Phần lớn nhân viên có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, phải đối mặt với nhiều thách thức trong việc thích nghi với cuộc sống đô thị như áp lực tài chính, chi phí sinh hoạt cao và thiếu mạng lưới hỗ trợ tinh thần. Họ chưa có điều kiện tiếp cận với các kiến thức liên quan đến stress, cách nhận diện và kiểm soát stress hiệu quả, cũng như thiếu các kênh chia sẻ đáng tin cậy.

Xuất phát từ thực tiễn stress ngày càng gia tăng trong môi trường doanh nghiệp, bài viết tập trung phân tích các biểu hiện stress ở nhân viên thông qua một số biểu hiện chủ yếu: thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Mục tiêu của nghiên cứu là cung cấp cái nhìn toàn diện về biểu hiện stress ảnh hưởng đến sức khỏe và hiệu quả làm việc của người lao động, từ đó đề xuất các biện pháp hỗ trợ phù hợp. Bên cạnh việc giúp nhân viên nhận diện và xây dựng chiến lược ứng phó với stress, bài viết nhấn mạnh vai trò thiết yếu của công tác xã hội (CTXH) trong doanh nghiệp như một kênh hỗ trợ tâm lý chuyên nghiệp, góp phần xây dựng môi trường làm việc lành mạnh, nâng cao chất lượng đời sống tinh thần và hiệu suất lao động hiệu quả và bền vững.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU/ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Stress là một hiện tượng tâm lý phổ biến trong môi trường lao động hiện đại, không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu suất công việc mà còn tác động đến sức khỏe thể chất và tinh thần của người lao động. Các biểu hiện của stress thường được phân thành ba nhóm chính: thể chất, cảm xúc và hành vi. Khi chịu tác động bởi những yêu cầu công việc khắt khe hoặc điều kiện làm việc không thuận lợi, người lao động thường biểu hiện những triệu chứng căng thẳng lâm sàng ở nhiều mức độ khác nhau.

Một số công trình nghiên cứu tiêu biểu trong và ngoài nước đã làm rõ các biểu hiện cũng như nguyên nhân dẫn đến stress trong môi trường làm việc. Chẳng hạn, nghiên cứu của Lê Thị Hương (2013) với đề tài “Stress trong công việc của giáo viên mầm non hiện nay” cho thấy phần lớn giáo viên có các biểu hiện stress như đau đầu, căng thẳng, mất tập trung, mệt mỏi và thậm chí có hành vi gây hấn với trẻ. Nguyên nhân chủ yếu xuất phát từ chế độ đãi ngộ chưa thỏa đáng, áp lực công việc cao và những bất cập trong điều kiện làm việc, khiến nhiều giáo viên có xu hướng tìm kiếm công việc ít áp lực hơn.

Một nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tâm thần Tiền Giang chỉ ra rằng có tới 75,7% nhân viên y tế gặp phải tình trạng căng thẳng không thường xuyên, trong khi 14,7% đối

mặt với stress một cách thường xuyên. Phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải cung cấp cho người lao động những hiểu biết cơ bản và công cụ cần thiết để tự nhận biết, ngăn ngừa và xử lý hiệu quả các tình huống stress nghề nghiệp (Nguyễn Trung Tân, 2015).

Trong bối cảnh dịch bệnh Covid-19, một nghiên cứu năm 2022 thực hiện trên 210 nhân viên y tế từng nhiễm bệnh cho thấy 76,7% người tham gia khảo sát bị stress, với mức độ từ nhẹ (34,3%) đến vừa (34,8%) và nặng (7,6%) (Tú Anh, 2022). Điều này đặt ra yêu cầu về các chương trình đào tạo giúp nâng cao năng lực tự quản lý stress cho người lao động.

Về biểu hiện lâm sàng, các triệu chứng stress thể chất thường biểu hiện qua hội chứng mệt mỏi mãn tính, chứng đau đầu, rối loạn giấc ngủ, co thắt cơ bắp và các vấn đề về tiêu hóa (Kabat-Zinn, 2003). Những biểu hiện này đặc biệt rõ rệt ở nhóm đối tượng thiếu khả năng kiểm soát áp lực công việc và hạn chế về kỹ năng ứng phó stress.

Ở khía cạnh cảm xúc, stress nghề nghiệp có thể dẫn đến các rối loạn tâm lý như lo âu kéo dài, trạng thái trầm cảm nhẹ, giảm động lực làm việc và tăng tính kích thích (Melchior et al., 2007). Nghiên cứu đoàn hệ của Melchior và cộng sự (2007) còn chỉ ra rằng tình trạng stress mãn tính có mối tương quan thuận với sự suy giảm năng lực làm việc nhóm và hiệu suất nghề nghiệp và giải quyết vấn đề trong môi trường làm việc.

Về phương diện hành vi, các nghiên cứu thực nghiệm đã ghi nhận stress nghề nghiệp có thể tạo ra những thay đổi đáng kể trong mô hình hành vi làm việc (Sonnentag & Fritz, 2015). Cụ thể, người lao động chịu tác động của stress thường biểu hiện: (1) suy giảm rõ rệt về năng suất lao động thể hiện qua chất lượng và khối lượng công việc, (2) xu hướng thu mình và giảm thiểu tương tác xã hội với đồng nghiệp, (3) gia tăng các hành vi phản ứng tiêu cực như bất hợp tác hoặc thái độ thờ ơ. Những biểu hiện hành vi này không chỉ tác động đến cá nhân người lao động mà còn có nguy cơ làm xói mòn văn hóa tổ chức, giảm sự gắn kết nhóm và ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả hoạt động chung của tổ chức (Cooper et al., 2019). Một số nghiên cứu khác trên 2.000 nhân viên văn phòng cho thấy 68% người bị stress thừa nhận có hành vi né tránh giao tiếp với đồng nghiệp, và 42% thường xuyên hoàn thành công việc chậm deadline khi ở trạng thái căng thẳng. Những thay đổi hành vi này tạo ra hiệu ứng domino trong tổ chức không mong muốn (Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017).

Nghiên cứu của Cooper và Dewe (2008) chỉ ra rằng tình trạng mất cân bằng giữa nghĩa vụ công việc và đời sống cá nhân đặc biệt phổ biến ở các ngành nghề có cường độ lao động cao như lĩnh vực y tế và giáo dục là nguyên nhân dẫn đến stress ở người lao động. Hiện tượng này thường dẫn đến hội chứng kiệt sức nghề nghiệp và suy giảm chất lượng cuộc sống.

Khảo sát của Anphabe (2023) trên mẫu đại diện người lao động Việt Nam ghi nhận 42% đối tượng nghiên cứu biểu hiện các triệu chứng stress ở mức độ thường xuyên đến rất thường xuyên, với biểu hiện lâm sàng bao gồm trạng thái chán nản và mệt mỏi mãn tính. Đáng chú ý, nhóm quản lý cấp trung và nhân viên có thâm niên 2-5 năm được xác định là nhóm nguy cơ cao nhất do phải đối mặt với áp lực đa chiều từ nhiều phía. Stress cũng được ghi nhận ở các ngành nghề như sản xuất, xây dựng, ngân hàng, đặc biệt là ở các bộ phận quản lý chất lượng, chăm sóc khách hàng và bán hàng (Thái Dũng, 2022).

Theo mô hình Demand-Control-Support của Karasek (1979), những phát hiện này có thể được lý giải bởi sự kết hợp giữa: (1) yêu cầu công việc cao (high job demands), (2) mức độ kiểm soát công việc thấp (low decision latitude), và (3) thiếu hỗ trợ xã hội (lack of social support) - đặc điểm thường gặp ở nhóm quản lý cấp trung và nhân viên trẻ có thâm niên.

Qua các công trình nghiên cứu tổng quan gần đây đã khẳng định stress nghề nghiệp đã trở thành một thách thức sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt từ phía các tổ chức và doanh nghiệp thông qua các chương trình can thiệp phù hợp. Việc xây dựng môi trường làm việc tích cực, tăng cường hỗ trợ tâm lý và đào tạo kỹ năng quản lý stress sẽ góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần và hiệu suất làm việc, các tổ chức cần áp dụng mô hình tiếp cận toàn diện. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về stress mới chỉ được quan tâm trong những năm gần đây, với đối tượng chủ yếu là học sinh, sinh viên, giáo viên và nhân viên y tế - những nhóm dễ bị tổn thương tâm lý. Trong khi đó, các nghiên cứu về stress trong nhóm lao động phổ thông và công nhân viên tại doanh nghiệp vẫn còn tương đối hạn chế, một phần do khó khăn trong tiếp cận và yêu cầu bảo mật thông tin tại nơi làm việc. Đây là khoảng trống nghiên cứu cần được chú trọng hơn trong tương lai.

2.2. Cơ sở lý thuyết

2.2.1. Khái niệm stress

Khi tìm hiểu về khái niệm stress, thật khó để có một định nghĩa hoàn chỉnh và đầy đủ về stress. Mỗi định nghĩa về stress đều có sự thay đổi tùy vào từng thời kỳ, từng lĩnh vực và các nhà nghiên cứu về stress khác nhau sẽ có các định nghĩa về stress cũng khác nhau.

Theo định nghĩa của tổ chức Y tế thế giới (WHO), Stress là sự phản ứng thông qua thể chất, tinh thần, hoặc tình cảm của cơ thể con người với các tác nhân gây ra căng thẳng từ bên ngoài. Trong khi đó theo từ điển tâm lý học Nga, theo V.P.Dintrenko và B.G.Mesiriakova, “Stress là trạng thái căng thẳng về tâm lý xuất hiện ở người trong quá trình hoạt động ở những điều kiện phức tạp, khó khăn của đời sống hằng ngày, cũng như trong điều kiện đặc biệt” (Nguyễn Thị Hải, 2008).

Theo tác giả Vũ Dũng “Stress là một thuật ngữ có giới hạn rộng dùng để chỉ những trạng thái của con người xuất hiện do phản ứng với những tác động đa dạng từ bên ngoài ở các mức độ sinh lý, tâm lý, hành vi” (Vũ Dũng, 2008). Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng khái niệm này làm khái niệm công cụ cho bài viết.

2.1.2. Khái niệm nhân viên

Căn cứ theo Điều 3 Bộ Luật Lao động năm 2019: Người lao động là người làm việc cho người sử dụng lao động theo thỏa thuận, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành, giám sát của người sử dụng lao động (Quốc Hội, 2019).

Từ khái niệm trên cho thấy, nhân viên là người lao động được tuyển dụng bởi một tổ chức, doanh nghiệp hoặc cá nhân để thực hiện các công việc cụ thể theo thỏa thuận (thường thông qua hợp đồng lao động), và nhận thù lao (tiền lương) cho công việc đó. Nhân viên chịu sự quản lý, điều hành của người sử dụng lao động và phải tuân thủ các quy định nội bộ, quy trình làm việc của tổ chức.

2.1.3. Khái niệm stress ở nhân viên

Từ khái niệm về stress và khái niệm nhân viên nêu trên, stress ở nhân viên được hiểu như sau: Stress ở nhân viên là trạng thái căng thẳng về tâm lý xuất hiện trong quá trình lao động ở những điều kiện phức tạp, khó khăn của đời sống hằng ngày, cũng như trong điều kiện đặc biệt. Stress có thể xảy ra khi tâm trí và cơ thể của nhân viên phản ứng với những yêu cầu công việc cao mà không thể đáp ứng được.

2.1.4. Biểu hiện stress ở nhân viên

Một số biểu hiện của nhân viên khi bị stress như sau:

- Biểu hiện về mặt thể chất: Mệt mỏi, uể oải; mặt mày ủ rũ (sắc mặt không tươi); đau nhức, căng cứng các bộ phận trên cơ thể; có vấn đề về tiêu hóa, dạ dày; có vấn đề trong ăn uống (ăn không ngon, không muốn ăn, ăn nhiều hơn bình thường); nhức đầu (đau nửa đầu, chóng mặt, choáng, hoa mắt); sự thay đổi về cân nặng cơ thể (tăng hoặc giảm cân đột ngột); sức đề kháng suy giảm; xuất hiện các bệnh về da (như nổi mụn, dị ứng, viêm da, phát ban,...).

- Biểu hiện về mặt nhận thức: Cảm thấy luôn bị thúc ép, vội vàng; cảm thấy bị áp lực, đè nén (tâm lý nặng nề); quá tải hoặc quá sức chịu đựng; mệt mỏi tinh thần, muốn buông xuôi mọi việc; khó khăn trong việc ra quyết định (đắc đo, do dự, lưỡng lự); khó tập trung chú ý; trở nên đa nghi hoặc thiếu niềm tin; suy nghĩ tiêu cực, bị quan.

- Biểu hiện về mặt cảm xúc: Dễ bị kích động (dễ mất bình tĩnh, gắt gỏng, dễ bực mình); cảm thấy cô đơn không ai có thể chia sẻ cảm xúc của mình; lo lắng về nhiều điều; dễ khóc và xúc động; đè nén cảm xúc (không bộc lộ cảm xúc thật của bản thân ra ngoài); dễ bị tổn thương.

- Biểu hiện về mặt hành vi: Không muốn nói chuyện hoặc ít nói, trầm ngâm; không muốn tiếp xúc với người khác; phản ứng quá mức trước các sự việc, tình huống (hành vi quá khích); mất hứng thú hoặc không còn muốn làm các việc trước đây từng thích; không quản lý, sắp xếp được thời gian công việc; không thể ngồi yên lâu; hiệu quả làm việc kém, năng suất, thành tích giảm; không dám thư giãn, nghỉ ngơi vì việc gì đó chưa xong, không làm kịp; chậm chạp, kém linh hoạt hơn bình thường.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu

Phân tích tài liệu được sử dụng nhằm xây dựng cơ sở lý thuyết cho đề tài và làm rõ được mục đích nghiên cứu. Các nguồn tài liệu bao gồm công trình nghiên cứu trong nước và quốc tế có liên quan đến chủ đề stress và cách ứng phó. Quá trình lựa chọn tài liệu dựa trên các tiêu chí như tính xác thực, độ tin cậy, mức độ cập nhật và sự phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Kết quả phân tích được hệ thống hóa theo các chủ đề chính, bao gồm biểu hiện, nguyên nhân và cơ chế đối phó với stress, từ đó làm nền tảng cho các bước nghiên cứu thực nghiệm sau này.

3.2. Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi

Nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra bằng bảng hỏi nhằm thu thập dữ liệu định lượng từ 100 nhân viên đang làm việc tại Công ty TNHH Nha khoa Jade. Bộ công cụ khảo sát

được xây dựng với cấu trúc chặt chẽ và logic, tập trung vào các nội dung chính gồm: mức độ căng thẳng, biểu hiện cụ thể của stress, các yếu tố tác nhân gây ra stress, cũng như chiến lược ứng phó mà người lao động sử dụng. Cách tiếp cận này không chỉ đảm bảo tính hệ thống trong quá trình thu thập dữ liệu mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho việc xử lý, phân tích và kiểm định các giả thuyết nghiên cứu đã đề ra.

Bảng hỏi được thiết kế nhằm phản ánh mức độ stress thông qua bốn nhóm biểu hiện đặc trưng: thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Mỗi mục được lượng hóa theo thang đo Likert 5 mức độ, với giá trị từ 1 đến 5, cụ thể: 1 = Không có biểu hiện; 2 = Hiếm khi; 3 = Thi thoảng có biểu hiện; 4 = Thường xuyên có biểu hiện; 5 = Rất thường xuyên có biểu hiện.

Để phân loại mức độ phản hồi, nghiên cứu áp dụng công thức tính khoảng cách giữa các mức (Interval = (Giá trị tối đa - Giá trị tối thiểu)/Số mức) như sau: $(5 - 1)/5 = 0,8$. Trên cơ sở đó, các khoảng điểm trung bình (ĐTB) được phân loại như sau:

- 1,00 - 1,80: Không có biểu hiện
- 1,81 - 2,60: Hiếm khi có biểu hiện
- 2,61 - 3,40: Thi thoảng có biểu hiện
- 3,41 - 4,20: Thường xuyên có biểu hiện
- 4,21 - 5,00: Rất thường xuyên có biểu hiện

Về phương pháp chọn mẫu, nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích kết hợp với lấy mẫu thuận tiện. Danh sách nhân viên hiện hành của công ty là cơ sở để xác định đối tượng khảo sát, trong đó ưu tiên những nhân viên đang làm việc chính thức và có sự đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tổng số bảng hỏi được phát ra và thu về hợp lệ là 100 bảng, tương ứng với 100 nhân viên tham gia khảo sát.

3.3. Phương pháp phỏng vấn sâu

Bên cạnh nghiên cứu định lượng, phương pháp phỏng vấn sâu được sử dụng để khám phá chi tiết các yếu tố định tính, bao gồm trải nghiệm cá nhân, nhận định và cách thức đối mặt và ứng phó với stress của nhân viên. Dữ liệu từ phỏng vấn được xử lý bằng phương pháp phân tích nội dung, nhằm bổ sung và làm sâu sắc hơn kết quả thu được từ bảng hỏi. Sự kết hợp này giúp nghiên cứu đạt được tính toàn diện, cân bằng giữa dữ liệu định lượng và dữ liệu định tính.

4. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

4.1. Nhận định chung về các biểu hiện stress ở nhân viên

Trong bối cảnh làm việc hiện đại, stress nghề nghiệp là điều khó tránh khỏi đối với người lao động. Mức độ căng thẳng (stress) nhất định có thể mang lại những tác động tích cực như tăng sự tỉnh táo, động lực làm việc và khả năng học hỏi. Tuy nhiên, khi stress vượt quá khả năng kiểm soát, stress trở thành một yếu tố nguy hại, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe cá nhân và hiệu quả hoạt động của doanh nghiệp.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát các biểu hiện stress ở nhân viên Công ty TNHH Nha khoa Jade, thông qua bốn khía cạnh: thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Kết quả cho thấy, một trong những biểu hiện stress thể hiện rõ nhất ở nhân viên là ở khía cạnh thể chất với ĐTB (ĐTB = 2,52, DLC = 0,62), tiếp theo là khía cạnh nhận thức và cảm xúc, cùng

có ĐTB = 2,37 và DLC = 0,68. Kết quả này phù hợp với một số phát hiện trong nhiều nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Lazarus và Folkman (1984), chỉ ra rằng stress phát sinh từ quá trình đánh giá nhận thức về các nguy cơ và khả năng thích ứng của cá nhân, với các phản ứng thể hiện ở ba mức độ: sinh lý, nhận thức - cảm xúc và hành vi. Các biểu hiện stress về thể chất của nhân viên tại công ty Nha khoa Jade được ghi nhận trong nghiên cứu khá phù hợp với nhận định của Quick và cộng sự (1997), cho rằng stress kéo dài thường dẫn đến các triệu chứng sinh lý như mệt mỏi, đau nhức cơ thể hoặc rối loạn giấc ngủ. Sự tương đồng về mức độ giữa các biểu hiện stress của nhân viên về nhận thức và cảm xúc phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa các suy nghĩ tiêu cực và trạng thái cảm xúc rối loạn dưới tác động của stress - điều đã được Sonnentag và Fritz (2015) nhấn mạnh trong các nghiên cứu về stress nghề nghiệp của nhân viên.

Biểu hiện stress ở khía cạnh hành vi có mức ĐTB thấp nhất (ĐTB = 2.21, DLC = 0.61). Tuy nhiên, đây lại là khía cạnh dễ bị bỏ sót trong các báo cáo tự đánh giá của nhân viên. Theo nghiên cứu của Shirom (2003) đã lưu ý, các thay đổi hành vi thường diễn ra âm thầm và chỉ trở nên rõ ràng khi stress đạt đến mức nghiêm trọng. Việc khách thể nghiên cứu khó nhận diện được các biểu hiện stress về hành vi có thể minh chứng cho chiến lược đối phó tâm lý nhằm giảm bớt cảm xúc tiêu cực của nhân viên, đồng thời nhấn mạnh tính thiết yếu của các công cụ đo lường độc lập từ bên ngoài (như từ đồng nghiệp hoặc cấp quản lý) trong nhận diện và can thiệp stress kịp thời. Các biểu hiện stress nơi làm việc được phản ánh đa chiều và có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế. Theo American Psychological Association (APA, 2020), stress nghề nghiệp thường biểu hiện rõ rệt ở ba phương diện chính: thể chất (như mệt mỏi, đau đầu, rối loạn giấc ngủ), cảm xúc (căng thẳng, dễ cáu gắt, lo âu) và hành vi (giảm hiệu suất công việc, thay đổi thói quen ăn uống, sử dụng chất kích thích). Nghiên cứu của Kalia (2002) cũng nhấn mạnh rằng những biểu hiện nhận thức như: mất tập trung, giảm khả năng ra quyết định là dấu hiệu sớm nhưng thường bị bỏ qua trong bối cảnh doanh nghiệp.

So sánh với kết quả nghiên cứu hiện tại, có thể thấy mức độ tương đồng đáng kể khi biểu hiện thể chất được ghi nhận phổ biến nhất, tiếp theo là nhận thức và cảm xúc, trong khi hành vi ít được nhận diện hơn. Điều này phù hợp với quan sát của Levi (2000), người cho rằng các biểu hiện hành vi thường diễn ra một cách âm thầm, dễ bị che giấu do yếu tố văn hóa doanh nghiệp và kỳ vọng xã hội về sự “chịu đựng” của người lao động. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Kyriacou (2001) về stress nghề nghiệp trong ngành giáo dục cũng phát hiện rằng nhân viên thường chỉ nhận ra các biểu hiện stress ở giai đoạn muộn, khi đã có ảnh hưởng rõ rệt đến sức khỏe thể chất hoặc hiệu suất làm việc. Điều này củng cố nhận định rằng cần có cơ chế phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, trong đó CTXH có thể đóng vai trò then chốt.

Như vậy, đối chiếu với các nghiên cứu quốc tế cho thấy kết quả nghiên cứu không chỉ phản ánh tình trạng stress ở nhân viên Việt Nam mà còn hòa nhập với xu hướng nhận diện và phân loại stress nghề nghiệp trên toàn cầu, đặc biệt trong bối cảnh hiện đại hóa, áp lực hiệu suất và thiếu dịch vụ hỗ trợ tâm lý tại nơi làm việc.

4.2. Biểu hiện stress ở nhân viên tại Công ty TNHH Nha khoa Jade

4.2.1. Biểu hiện stress về mặt thể chất ở nhân viên

Kết quả nghiên cứu cho thấy các biểu hiện stress về mặt thể chất ở nhân viên công ty xuất hiện ở mức trung bình, với (ĐTB = 2.52, ĐLC = 0.62), phản ánh tình trạng stress không quá nghiêm trọng nhưng có sự dao động giữa các biểu hiện cụ thể. Điều này phần nào phản ánh áp lực kép từ công việc và đời sống cá nhân trong môi trường lao động hiện đại, đặc biệt trong bối cảnh những đòi hỏi về tốc độ hoàn thành, tiêu chuẩn đầu ra và khối lượng công việc không ngừng được nâng lên. Các yếu tố như lịch trình làm việc dày đặc, số lượng khách hàng đông vào cùng thời điểm, và sự kỳ vọng về hiệu quả công việc là những nguyên nhân góp phần gia tăng stress ở nhân viên tại công ty.

Biểu hiện stress của nhân viên phổ biến nhất là “Mệt mỏi, uể oải” được đánh giá ĐTB cao nhất (ĐTB = 2.90, ĐLC = 0.64), đứng đầu trong các biểu hiện được khảo sát. Nhiều nhân viên cho biết họ thường xuyên cảm thấy thiếu năng lượng và kiệt sức trong quá trình làm việc. Nhiều người có xu hướng sử dụng các biện pháp như nghe nhạc nhằm giảm thiểu cảm giác mệt mỏi. Các biểu hiện tiếp theo như “Mặt mày ủ rũ” (ĐTB = 2.76, ĐLC = 0.68) và “Đau nhức, căng cứng các bộ phận trên cơ thể” với (ĐTB = 2.69, ĐLC = 0.76) phản ánh tác động trực diện khi nhân viên kiệt quệ sức lực, từ căng thẳng tích tụ đến những thay đổi rõ rệt trên thể chất và diện mạo làm cho họ không còn năng lượng để thực hiện công việc.

Dữ liệu nghiên cứu định tính cũng cho biết: *“Tôi thường xuyên bị đau mỏi các khớp ngón tay, vùng lưng, bả vai và cổ, phải vận mình cho đỡ mỏi. Công việc ngồi lâu vốn đã ảnh hưởng đến xương khớp, nhưng khi bị stress thì các triệu chứng này lại càng tăng lên rõ rệt hơn”*. Điều này cho thấy, mối liên kết giữa tính chất công việc và những dấu ấn thể chất của stress gây ra. Trích PVS (Nam, 34 tuổi) nhân viên phòng thiết kế răng.

Bảng 1: Biểu hiện stress về mặt thể chất ở nhân viên

STT	Biểu hiện về mặt thể chất	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1	Mệt mỏi, uể oải	2.90	0.64	1
2	Mặt mày ủ rũ (sắc mặt không tươi)	2.76	0.68	2
3	Đau nhức, căng cứng ở các bộ phận trên cơ thể	2.69	0.76	3
4	Có vấn đề về tiêu hóa, dạ dày, ruột	2.26	0.52	9
5	Có vấn đề trong ăn uống (Ăn không ngon, không muốn ăn, ăn nhiều hơn bình thường)	2.46	0.57	6
6	Nhức đầu (Đau nửa đầu, chóng mặt, choáng, hoa mắt)	2.37	0.61	7
7	Sự thay đổi về cân nặng cơ thể (tăng hoặc giảm cân đột ngột)	2.47	0.63	5
8	Sức đề kháng suy giảm	2.49	0.64	4
9	Xuất hiện các bệnh về da (nổi mụn, dị ứng, viêm da, phát ban, ngứa ...)	2.31	0.58	8
TBC		2,52	0.62	

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế.

Ngược lại, một số thay đổi trên cơ thể lại không có biểu hiện rõ nét nên có ĐTB thấp hơn như “Vấn đề tiêu hóa” (ĐTB = 2.26, ĐLC = 0.52), “Các bệnh lý về da” (ĐTB = 2.31, ĐLC = 0.58) và “Nhức đầu, chóng mặt” (ĐTB = 2.37, ĐLC = 0.61). Mặc dù những thay đổi thể chất

ít hiển hiện hơn, ở mức độ nhẹ không quá nghiêm trọng nhưng chúng vẫn âm thầm bào mòn thể trạng của nhân viên. Đáng chú ý, biểu hiện “Sức đề kháng suy giảm” được đánh giá ở mức tương đối cao (ĐTB = 2.49, ĐLC = 0.64), phản ánh ảnh hưởng gián tiếp của stress đến hệ miễn dịch, làm gia tăng tần suất mắc bệnh thông thường.

Kết quả phỏng vấn sâu cũng củng cố thêm nhận định này, một khách thể cho biết: “*Nhiều người trong công ty thường xuyên xuất hiện các triệu chứng như cảm cúm, đau đầu dẫn đến phải xin nghỉ làm. Đặc biệt ở phòng thiết kế, do tính chất công việc đòi hỏi phải tập trung làm việc liên tục trên màn hình máy tính hoặc máy móc thiết bị trong thời gian dài nên dễ bị nhức đầu xảy ra khá phổ biến và phải sử dụng thuốc giảm đau để duy trì khả năng làm việc*”. Trích PVS (Nam 34 tuổi).

Qua phân tích kết quả nghiên cứu định lượng và định tính đều khẳng định có mối tương quan giữa stress và các vấn đề sức khỏe thể chất ở người lao động. Kết quả chỉ ra rằng việc phát hiện sớm, kiểm soát tốt áp lực công việc và triển khai các biện pháp can thiệp không chỉ giúp cải thiện tình trạng sức khỏe nhân viên mà còn góp phần nâng cao năng suất lao động, đồng thời tạo nền tảng vững chắc cho sự phát triển lâu dài của doanh nghiệp

4.2.2. Biểu hiện stress về mặt nhận thức ở nhân viên

Kết quả khảo sát về các biểu hiện stress ở khía cạnh nhận thức đối với nhân viên tại Công ty TNHH Nha Khoa Jade cho thấy, với (ĐTB chung = 2,37, ĐLC= 0,68), phản ánh sự đánh giá khá đồng đều giữa các biểu hiện stress nhận thức trong nhóm nhân viên được khảo sát.

Trong số các biểu hiện được ghi nhận, cảm giác “bị áp lực, đè nén” có mức ĐTB cao nhất (ĐTB = 2,46, ĐLC = 0,69), đây là dấu hiệu phổ biến và nổi bật nhất. Với đặc thù hoạt động sản xuất tại công ty, nhân viên thường xuyên chịu áp lực từ yêu cầu xử lý công việc theo giờ thay vì theo ngày, điều này khiến họ rơi vào trạng thái căng thẳng kéo dài và dễ nảy sinh những cảm xúc tiêu cực. Hệ quả là thái độ làm việc và hiệu suất lao động cũng bị ảnh hưởng.

Tiếp theo là các biểu hiện “khó tập trung chú ý” (ĐTB = 2,43, ĐLC = 0,65) và “cảm thấy luôn bị thúc ép, vội vàng” (ĐTB = 2,40, ĐLC = 0,60). Những biểu hiện này phản ánh sự mất tập trung trong công việc, dễ bị tác động bởi các sự kiện trong môi trường làm việc và áp lực hoàn thành công việc đúng thời hạn. Nhân viên thường tự tạo áp lực hoàn thành công việc nhanh chóng, dẫn đến cảm giác bị dồn ép, làm việc trong trạng thái căng thẳng kéo dài và ảnh hưởng đến hiệu quả chung.

Bảng 2: Biểu hiện stress về mặt nhận thức ở nhân viên

STT	Biểu hiện về mặt nhận thức	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1	Cảm thấy luôn bị thúc ép, vội vàng	2.40	0.6	3
2	Cảm thấy bị áp lực, đè nén (tâm lý nặng nề)	2.46	0.69	1
3	Cảm thấy quá tải hoặc quá sức chịu đựng	2.38	0.79	4
4	Cảm thấy mệt mỏi tinh thần, muốn buông xuôi mọi việc	2.25	0.81	8
5	Khó khăn trong việc ra quyết định (dần đo, do dự, lưỡng lự)	2.34	0.6	7
6	Khó tập trung chú ý	2.43	0.65	2

7	Trở nên đa nghi hoặc thiếu niềm tin	2.35	0.57	6
8	Suy nghĩ tiêu cực, bi quan	2.38	0.74	5
TBC		2.37	0.68	

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế.

Ở chiều ngược lại, biểu hiện “cảm thấy kiệt sức về mặt tinh thần và muốn từ bỏ công việc” có ĐTB thấp nhất với (ĐTB = 2,25) nhưng độ phân tán lại cao nhất (ĐLC = 0,81). Phát hiện này phản ánh sự khác biệt đáng kể trong mức độ trải nghiệm stress giữa các cá nhân, một bộ phận nhân viên biểu hiện mức độ cao, trong khi nhóm khác hầu như không xuất hiện triệu chứng này.

Các biểu hiện nhận thức khác như “xuất hiện suy nghĩ tiêu cực, bi quan”, “cảm giác áp lực vượt quá ngưỡng chịu đựng”, “trở nên hoài nghi hoặc mất niềm tin” và “khó đưa ra quyết định” có ĐTB dao động từ 2,3 - 2,4. Kết quả này cho thấy các dấu hiệu chưa đạt mức báo động nhưng vẫn cho thấy sự hiện diện rõ rệt của stress nhận thức trong môi trường làm việc tại công ty.

Kết quả khảo sát cho thấy nhân viên tại công ty đang trải qua mức độ stress nhận thức trung bình với một số biểu hiện đáng lưu tâm. Trong bối cảnh ngành nha khoa đòi hỏi độ chính xác cao, xử lý nhanh và đảm bảo chất lượng dịch vụ, những biểu hiện như mất tập trung, cảm giác bị áp lực và stress là đáng báo động. Việc nhận diện sớm các biểu hiện này là tiền đề quan trọng để xây dựng các chương trình hỗ trợ sức khỏe tâm thần, can thiệp tâm lý và phát triển các hoạt động kỹ năng quản lý stress, đồng thời kết nối nguồn lực tư vấn nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhân viên.

4.2.3. Biểu hiện stress thể hiện ở mặt cảm xúc ở nhân viên

Stress về mặt cảm xúc thường thể hiện rõ qua những phản ứng như dễ cáu giận, dễ xúc động hoặc mất kiểm soát cảm xúc trong các tình huống thường ngày. Các dấu hiệu này thường dẫn đến việc nhân viên khó kiểm soát cảm xúc, mất tập trung trong các tình huống cần sự chính xác, đưa ra quyết định thiếu cân nhắc, xử lý công việc kém hiệu quả hơn bình thường.

Kết quả khảo sát tại Công ty TNHH Nha khoa Jade cho thấy mức độ stress về mặt cảm xúc của nhân viên ở mức trung bình, với ĐTB đạt 2,37, ĐLC là 0,68. Mặc dù các chỉ số chưa ở mức báo động, nhưng các biểu hiện ghi nhận nếu không có chiến lược ứng phó kịp thời có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần và ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu suất lao động của doanh nghiệp.

Trong số các biểu hiện được khảo sát, “Lo lắng về nhiều điều” có ĐTB cao nhất (ĐTB = 2,56, ĐLC = 0,71), cho thấy đây là trạng thái phổ biến nhất liên quan đến stress cảm xúc trong nhóm nhân viên. Xếp sau là biểu hiện “Đè nén cảm xúc” (ĐTB = 2,39, ĐLC = 0,72), phản ánh khuynh hướng không bộc lộ cảm xúc thật ra bên ngoài khi đối diện với áp lực công việc. Kết hợp giữa quan sát thực địa và dữ liệu phỏng vấn cho thấy một xu hướng đáng chú ý đa số nhân viên có thói quen kìm nén cảm xúc trong giờ làm, chỉ thực sự bộc lộ tâm trạng sau khi tan ca thông qua các hình thức giao tiếp riêng tư như nhắn tin hoặc trò chuyện điện thoại với đồng nghiệp thân thiết. Môi trường công ty, với đặc thù ưu tiên hiệu quả và tính chuyên nghiệp khiến

việc bộc lộ cảm xúc của nhân viên bị hạn chế, từ đó dẫn đến khuynh hướng nội tâm hóa stress, tức là giữ lại cảm xúc tiêu cực mà không có cơ chế giải tỏa phù hợp. Đặc biệt trong lĩnh vực nha khoa nơi yêu cầu sự tập trung và chín chu cao, việc “giữ vẻ ngoài ổn định” đôi khi lại kéo dài sự chịu đựng tâm lý của nhân viên.

Bảng 3. Biểu hiện stress về mặt cảm xúc ở nhân viên

STT	Biểu hiện về mặt cảm xúc	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1	Dễ bị kích động (dễ mất bình tĩnh, gắt gỏng, dễ bực mình)	2.37	0.72	3
2	Cảm thấy cô đơn không ai có thể chia sẻ cảm xúc	2.37	0.79	4
3	Lo lắng về nhiều điều	2.56	0.71	1
4	Dễ khóc và xúc động	2.20	0.55	6
5	Đề nén cảm xúc (không bộc lộ cảm xúc thật của bản thân)	2.39	0.72	2
6	Cảm thấy dễ bị tổn thương	2.33	0.59	5
TBC		2,37	0,68	

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế.

Kết quả khảo sát cho thấy hai biểu hiện tâm lý đáng chú ý là “Xu hướng dễ bị kích động” có (ĐTB=2,37, ĐLC=0.72) tương tự với biểu hiện “Cảm thấy cô đơn, khó có thể chia sẻ cảm xúc” (ĐTB = 2.37, ĐLC = 0.79) cũng được ghi nhận ở mức tương đối cao. Các dữ liệu từ phỏng vấn sâu phản ánh rằng một số nhân viên thường có phản ứng gắt gỏng với đồng nghiệp, kể cả khi những tương tác diễn ra bình thường. Một nhân viên chia sẻ: *“Có thời điểm bị nhiều áp lực từ cuộc sống, công việc làm căng thẳng khiến tôi không kiềm chế và có phản ứng thái quá với cấp trên và đồng nghiệp. Cảm giác cô độc, thiếu người chia sẻ khiến tôi trở nên nhạy cảm và dễ rơi nước mắt hơn bình thường. Tôi thường xuyên cảm thấy lạc lõng, không tìm được người lắng nghe, chia sẻ, nên bị kìm nén cảm xúc và nước mắt tự chảy không kiềm chế được”*. Trích PVS (Nam 32 tuổi).

Ngược lại, biểu hiện “Dễ khóc và xúc động” có ĐTB thấp nhất trong nhóm khảo sát (ĐTB = 2,20, ĐLC = 0,55), cho thấy những phản ứng cảm xúc rõ ràng, như khóc, vẫn chưa xuất hiện phổ biến. Biểu hiện “Xu hướng dễ bị tổn thương” ghi nhận ĐTB khá thấp (ĐTB = 2,33), chỉ xếp trên một trong sáu biểu hiện được khảo sát. Kết quả này cho thấy mức độ ảnh hưởng không phải vấn đề quá nổi bật, có thể do nhân viên đã quen với áp lực hoặc có cơ chế thích nghi. Mặt khác, có thể vị trí việc làm ít cạnh tranh trực tiếp, công việc ít đòi hỏi tương tác xã hội căng thẳng và trong văn hóa doanh nghiệp đề cao sự hỗ trợ đồng nghiệp. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyen & Le (2022) về stress nhưng ĐTB thấp hơn có thể do khác biệt về mẫu nghiên cứu hoặc công cụ đo lường.

Dữ liệu định tính thu được từ các cuộc phỏng vấn chuyên sâu đã chỉ ra một thực tế đáng chú ý, nguồn gốc của stress cảm xúc trong công việc thường xuất phát từ sự giao thoa giữa áp lực nghề nghiệp và các vấn đề cá nhân bên ngoài. Điển hình là trường hợp một nhân viên bộc bạch: *“Khi phải đối mặt cùng lúc với deadline giao hàng khẩn cấp và những trách nhiệm gia đình đột xuất, tôi luôn trong trạng thái căng thẳng. Điều này vô tình khiến tôi trở nên nóng nảy với đồng nghiệp, ngay cả khi họ chỉ trao đổi về những vấn đề công việc thông thường”*. Trích PVS (Nam 32 tuổi).

Từ những kết quả trên, có thể nhận thấy rằng stress cảm xúc đang hiện diện một cách âm thầm nhưng rõ rệt trong môi trường làm việc. Do đó, việc xây dựng các biện pháp hỗ trợ tâm

lý, thúc đẩy chia sẻ cảm xúc, tổ chức các hoạt động quản lý stress là cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống nghề nghiệp và hiệu quả lao động của nhân viên.

4.2.4. Biểu hiện stress về mặt hành vi ở nhân viên

Stress không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần mà còn biểu hiện rõ qua các thay đổi hành vi trong môi trường làm việc. Dưới tác động của stress, nhân viên có thể xuất hiện các rối loạn tập trung, biểu hiện hành vi như thu mình giao tiếp, suy giảm khả năng tập trung, trạng thái bất an hoặc sử dụng các chất kích thích (ví dụ: thuốc lá, rượu, bia,...) để giảm stress. Kết quả khảo sát tại Công ty TNHH Nha khoa Jade cho thấy mức độ biểu hiện stress hành vi nhìn chung ở mức trung bình (ĐTB = 2,21, ĐLC = 0,61), cho thấy những thay đổi này có diễn ra nhưng không quá thường xuyên.

Bảng 4. Biểu hiện stress về mặt hành vi ở nhân viên

STT	Biểu hiện về mặt hành vi	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1	Không muốn nói chuyện hoặc ít nói hơn, trầm ngâm hơn	2.17	0.57	7
2	Không muốn tiếp xúc với người khác	2.05	0.67	9
3	Phản ứng quá mức trước các sự việc, tình huống (hành vi quá khích)	2.18	0.74	6
4	Mất hứng thú hoặc không còn muốn làm các việc trước đây từng thích	2.08	0.54	8
5	Không quản lý, sắp xếp được thời gian, công việc	2.30	0.61	3
6	Không thể ngồi yên lâu	2.21	0.59	5
7	Hiệu quả làm việc kém, năng suất, thành tích giảm	2.34	0.57	1
8	Không dám thư giãn, nghỉ ngơi vì việc gì đó chưa xong, không làm kịp	2.34	0.65	2
9	Chậm chạp, kém linh hoạt hơn bình thường	2.23	0.57	4
TBC		2,21	0.61	

Nguồn: Số liệu khảo sát thực tế.

Trong số các hành vi được khảo sát, hai biểu hiện có ĐTB cao nhất là “Hiệu suất làm việc giảm sút, thành tích giảm” (ĐTB = 2,34, ĐLC = 0,57), và “Không dám thư giãn vì công việc chưa hoàn thành” có (ĐTB = 2,34, ĐLC = 0,65). Điều này cho thấy stress có ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất lao động và thói quen làm việc của nhân viên, biểu hiện rõ nhất qua cảm giác lo lắng, căng thẳng thường trực luôn xảy ra. Ngược lại, các biểu hiện mang tính nội tâm hơn như “Không muốn tiếp xúc với người khác” (ĐTB = 2,05, ĐLC = 0,67) và việc mất hứng thú với sở thích cá nhân (ĐTB = 2.08, ĐLC = 0.54) ghi nhận tần suất thấp hơn, cho thấy đây không phải là dấu hiệu đặc trưng trong mẫu nghiên cứu, vì thế mức độ biểu hiện không rõ ràng để quan sát trong bối cảnh làm việc thực tế tại công ty.

Các biểu hiện còn lại dao động trong khoảng ĐTB từ 2,17 đến 2,30, cho thấy sự đa dạng trong cách stress hành vi biểu hiện, song không tập trung rõ ràng vào một dạng hành vi cụ thể nào. Điều này nhấn mạnh tính cá nhân hóa trong phản ứng hành vi khi gặp stress một số người thể hiện qua sự giảm hiệu suất làm việc, trong khi người khác lại thu mình và tránh giao tiếp.

4.3. Sự tương quan giữa các biểu hiện stress của nhân viên

Kết quả phân tích hệ số tương quan Pearson cho thấy, giữa các nhóm biểu hiện stress ở nhân viên có mối quan hệ chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê, bao gồm thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Tất cả các hệ số tương quan của các biểu hiện stress đều đạt mức ý nghĩa thống

kê với $p\text{-value} < 0.001$ tương ứng ở mức 99% độ tin cậy. Một trong những mối tương quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê cao nhất là biểu hiện giữa nhận thức và cảm xúc với ($r = 0.727$) cho thấy mối liên hệ rất chặt chẽ giữa rối loạn nhận thức và cảm xúc. Khi nhân viên gặp khó khăn trong xử lý thông tin, điều này thường đi kèm với những rối loạn cảm xúc như lo âu, căng thẳng, dễ bị kích động. Đây là chỉ báo cho thấy các yếu tố nhận thức và cảm xúc có thể ảnh hưởng lẫn nhau trong quá trình phản ứng với stress.

Biểu hiện thể chất có tương quan vừa với nhận thức ($r = 0.642$), cho thấy đây là mối tương quan khá mạnh, khi nhân viên có biểu hiện stress về thể chất (đau đầu, mệt mỏi, mất ngủ...), họ cũng đồng thời gặp phải các rối loạn về mặt nhận thức như mất tập trung, khó ra quyết định. Điều này phản ánh sự tương tác qua lại giữa trạng thái cơ thể và chức năng nhận thức dưới tác động của stress. Bên cạnh đó biểu hiện cảm xúc ($r = 0.492$) và hành vi ($r = 0.412$), phản ánh sự ảnh hưởng qua lại giữa tình trạng cơ thể và các khía cạnh tâm lý. Ngoài ra, mối liên hệ giữa cảm xúc và hành vi ($r = 0.549$) cũng cho thấy cảm xúc tiêu cực có thể dẫn đến thay đổi hành vi trong công việc. Các kết quả này nhấn mạnh tính liên kết đa chiều của stress và hàm ý rằng việc can thiệp cần được thực hiện toàn diện trên cả bốn phương diện để nâng cao sức khỏe tâm lý cho nhân viên.

Bảng 5. Mức độ tương quan giữa các biểu hiện stress của nhân viên

Biểu hiện		Thể chất	Nhận thức	Cảm xúc	Hành vi
Thể chất	Pearson Correlation	1	.642**	.492**	.412**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	100	100	100	100
Nhận thức	Pearson Correlation	.642**	1	.727**	.496**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	100	100	100	100
Cảm xúc	Pearson Correlation	.492**	.727**	1	.549**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	100	100	100	100
Hành vi	Pearson Correlation	.412**	.496**	.549**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Trong bối cảnh doanh nghiệp, đặc biệt là tại môi trường làm việc có yêu cầu cao về kỹ năng giao tiếp và tinh thần phục vụ như trong lĩnh vực nha khoa thì nhân viên CTXH giữ vai trò ngày càng thiết yếu trong các doanh nghiệp không chỉ như người hỗ trợ cá nhân, mà còn là cầu nối giữa người lao động với hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Theo Mor Barak (2000), CTXH trong môi trường doanh nghiệp (Occupational Social Work) góp phần quan trọng trong việc phát hiện sớm các dấu hiệu stress thông qua hoạt động đánh giá nhu cầu, sàng lọc rủi ro tâm lý, cũng như tổ chức các chương trình can thiệp nhóm hoặc cá nhân dựa trên mô hình hỗ trợ lấy con người làm trung tâm. Cụ thể, nhân viên CTXH có thể tiến hành đánh giá tâm lý bằng các công cụ đo lường chuẩn hóa, tổ chức các buổi tư vấn ngắn hạn ngay

tại doanh nghiệp, kết nối người lao động với dịch vụ tham vấn chuyên sâu bên ngoài, đồng thời góp ý với lãnh đạo về chính sách giảm thiểu căng thẳng (ví dụ: linh hoạt giờ làm, cải thiện giao tiếp nội bộ,...).

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Jimmieson et al. (2010) cho thấy các chương trình can thiệp stress tại nơi làm việc đạt hiệu quả cao hơn khi có sự tham gia chủ động của nhân viên CTXH, đặc biệt trong việc thiết kế các hoạt động giáo dục về sức khỏe tâm thần, xây dựng năng lực ứng phó và kỹ năng giải quyết xung đột. Vai trò này càng trở nên quan trọng trong bối cảnh doanh nghiệp Việt Nam hiện nay, khi các yếu tố áp lực công việc, thiếu hỗ trợ tâm lý và môi trường làm việc căng thẳng đang là nguyên nhân gia tăng tỷ lệ stress, đặc biệt trong các ngành dịch vụ đặc thù như y tế, nha khoa, chăm sóc khách hàng...

Tóm lại, mối quan hệ giữa các biểu hiện stress không chỉ mang ý nghĩa thống kê mà còn cung cấp cơ sở thực tiễn để thúc đẩy vai trò chuyên môn của nhân viên CTXH trong doanh nghiệp. Việc can thiệp cần tiếp cận theo hướng tích hợp và toàn diện, đồng thời dựa trên bằng chứng khoa học để vừa hỗ trợ cá nhân, vừa cải thiện môi trường tổ chức theo hướng lành mạnh và bền vững.

4.4. Hàm ý chính sách phát triển công tác xã hội trong doanh nghiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy stress nơi làm việc là một hiện tượng đa chiều, thể hiện đồng thời trên các phương diện thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi. Những mối tương quan mạnh giữa các biểu hiện stress không chỉ phản ánh tính phức hợp của vấn đề, mà còn cho thấy sự cần thiết của việc tổ chức các dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần một cách toàn diện, có hệ thống trong môi trường doanh nghiệp. Trong bối cảnh đó, CTXH đóng vai trò trung gian, vừa là người tiếp cận và hỗ trợ trực tiếp người lao động, vừa là tác nhân vận động thay đổi chính sách nội bộ và liên ngành. Trên cơ sở đó, một số hàm ý chính sách có thể được đề xuất như sau:

- Thể chế hóa vị trí nhân viên CTXH trong doanh nghiệp: Cần có cơ chế pháp lý hoặc hướng dẫn cụ thể từ phía Nhà nước nhằm khuyến khích các doanh nghiệp có quy mô vừa và lớn bố trí nhân sự chuyên trách về CTXH. Đây là điều kiện cần thiết để triển khai các hoạt động hỗ trợ tinh thần, phòng ngừa rối loạn tâm lý và nâng cao phúc lợi nhân viên.

- Lồng ghép CTXH vào chính sách quản trị nhân sự: Các doanh nghiệp nên xem CTXH như một phần trong chiến lược phát triển nguồn nhân lực bền vững. Việc tích hợp các chương trình đánh giá tâm lý định kỳ, đào tạo kỹ năng quản lý stress, tư vấn cá nhân và nhóm có thể giúp cải thiện hiệu suất làm việc, giảm thiểu tình trạng nghỉ việc, vắng mặt do stress và tăng mức độ hài lòng nghề nghiệp.

- Phát triển mạng lưới dịch vụ CTXH chuyên biệt: Nhà nước cần đầu tư xây dựng các trung tâm dịch vụ CTXH liên kết với doanh nghiệp, đặc biệt tại các khu công nghiệp, khu chế xuất hoặc trong các ngành có nguy cơ cao như y tế, giáo dục,... Các trung tâm này có thể cung cấp dịch vụ sàng lọc, tư vấn tâm lý, can thiệp khủng hoảng và đào tạo kỹ năng ứng phó cho người lao động.

- Đào tạo và nâng cao năng lực cho đội ngũ CTXH: Các cơ sở đào tạo ngành CTXH cần cập nhật và lồng ghép nội dung về CTXH trong môi trường lao động vào chương trình đào tạo.

Cần có các chương trình bồi dưỡng chuyên sâu về tư vấn tâm lý, sức khỏe tâm thần, kỹ năng đánh giá và can thiệp trong doanh nghiệp để đảm bảo đội ngũ cán bộ đáp ứng yêu cầu thực tiễn.

- Tăng cường truyền thông, thay đổi nhận thức: Cần có chiến lược truyền thông trong doanh nghiệp để giảm kỳ thị về sức khỏe tâm thần và thúc đẩy người lao động chủ động tìm kiếm sự hỗ trợ. Vai trò của nhân viên CTXH không chỉ là tư vấn mà còn là người truyền thông, kết nối và tạo dựng môi trường tâm lý an toàn cho người lao động trong doanh nghiệp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã làm rõ các biểu hiện stress ở nhân viên qua bốn nhóm chính: thể chất, nhận thức, cảm xúc và hành vi, trong đó biểu hiện thể chất xuất hiện rõ nét nhất, còn hành vi thường khó nhận biết. Điều này cho thấy stress có thể bị che giấu nếu chỉ quan sát bề ngoài, đòi hỏi cần có phương pháp tiếp cận sâu và hệ thống. Việc vận dụng mô hình stress của Lazarus và Folkman (1984) giúp lý giải cách nhân viên đánh giá áp lực và lựa chọn chiến lược ứng phó, đồng thời là cơ sở xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả.

Trong bối cảnh đó, nhân viên CTXH đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm, tư vấn và hỗ trợ người lao động vượt qua stress, cũng như góp phần xây dựng môi trường làm việc an toàn về tâm lý. Tuy nhiên, do hạn chế về quy mô và phạm vi nghiên cứu, các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng hơn để có cái nhìn toàn diện và đề xuất chính sách hỗ trợ phù hợp hơn trong doanh nghiệp. Nghiên cứu vẫn còn hạn chế về quy mô mẫu và thể hiện rõ vai trò của CTXH trong doanh nghiệp. Vì vậy, cần có thêm những nghiên cứu với quy mô rộng và sâu hơn để có thể bao quát toàn diện về các nhân tố ảnh hưởng liên quan cũng như vai trò của CTXH hỗ trợ người lao động trong doanh nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội (2019), Bộ luật Lao động số 45/2019/QH14, ngày 20/11/2019.
2. Vũ Dũng (2008), *Từ điển Tâm lý học*. NXB Từ điển Bách khoa.
3. Nguyễn Thị Hải (2008), “Nghiên cứu stress ở người trưởng thành”, Luận văn thạc sĩ khoa học tâm lý, Đại học sư phạm Hà Nội.
4. Nguyễn Trung Tần (2015), “Stress của nhân viên y tế Bệnh viện Tâm thần Tiền Giang năm 2012.
5. Lê Thị Hương (2013), đề tài “Stress trong công việc của giáo viên mầm non hiện nay” luận văn thạc sĩ Tâm lý học. Đại học quốc gia Hà Nội, tr 91-92.
6. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory. Wiley Encyclopedia of Management
7. American Psychological Association. (2020). *Stress in America 2020: A National Mental Health Crisis*. APA. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2020/report>
8. Tú Anh (2022), “Gần 77% nhân viên y tế đối mặt với stress trong đại dịch Covid-19”. Truy cập tại: <https://dantri.com.vn>, ngày 13/05/2024.
9. Cooper, C. L., & Dewe, P. J. (2008). Well-being in organizations: A report from the UK. Wiley.
10. Thái Dũng (2022), “Báo động tình trạng stress trong giới văn phòng”. Truy cập tại: <https://nhandan.vn/>, ngày 16/5/2024.
11. Jimmieson, N. L., Tucker, M. K., & Walsh, A. J. (2010). Psychosocial-occupational stress models: A review of the measurement and conceptualization of workplace stress. *Australian Psychologist*, 45(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/00050060903262861>.

12. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction: Theoretical foundations and practice implications. In P. L. K. Chung & M. L. Lee (Eds.), *Mindfulness in clinical practice* (pp. 7-34). Guilford Press.
13. Kalia, M. (2002). Assessing the economic impact of stress—The modern day hidden epidemic. *Metabolism*, 51(6 Suppl 1), 49-53. <https://doi.org/10.1053/meta.2002.33193>.
14. Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. *Administrative Science Quarterly*.
15. Kyriacou, C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53(1), 27-35. <https://doi.org/10.1080/00131910120033628>.
16. Levi, L. (2000). Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death? *International Labour Organization (ILO)*. <https://www.ilo.org>.
17. Melchior, M., Castex, L., & Verger, P. (2007). Stress and health in the workplace: Evidence from studies in the United States and Europe. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 193-206.
18. Mor Barak, M. E. (2000). The inclusive workplace: An ecosystems approach to diversity management. *Social Work*, 45(4), 339-353. <https://doi.org/10.1093/sw/45.4.339>
19. Nguyen, T. H., & Le, K. D. (2022). Service-induced emotional vulnerability: Evidence from frontline employees in Vietnam. *Journal of Service Management*, 33(4), 112-130. <https://doi.org/10.1016/j.josm.2022.05.003>.
20. Selye, H. (1976). *The Stress of Life*.
21. Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The role of work-related rumination and sleep. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 551-564.

XÂY DỰNG MẠNG LƯỚI HỖ TRỢ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

ThS. Hoàng Thị Thu Huyền¹, ThS. Trương Hoàng Chinh²

Tóm tắt: Xây dựng mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam là một nhiệm vụ cấp bách trong bối cảnh tỷ lệ người dân mắc các bệnh rối loạn tâm lý gia tăng, đặc biệt trong những năm gần đây, khi sự xuất hiện của đại dịch COVID-19 đã làm trầm trọng thêm các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Trong khuôn khổ bài viết, nhóm tác giả trình bày những lý luận cơ bản về mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần, từ đó đánh giá thực trạng phát triển mạng lưới này tại Việt Nam, chỉ ra những thành tựu đã đạt được cũng như những khó khăn còn tồn tại trong quá trình triển khai. Dựa trên các phân tích đó, nhóm tác giả sẽ đưa ra các giải pháp thiết thực nhằm xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần hiệu quả, bền vững.

Từ khóa: Công tác xã hội, hỗ trợ, mạng lưới, tâm thần, sức khỏe

DEVELOPING A MENTAL HEALTH SUPPORT NETWORK IN VIETNAM TODAY

Abstract: Establishing a mental health support network in Vietnam is an urgent task in the context of a rising number of people suffering from psychological disorders—particularly in recent years, as the COVID-19 pandemic has exacerbated mental health challenges. In this article, the authors present fundamental theories related to mental health support networks, assess the current state of network development in Vietnam, and highlight both the achievements and ongoing difficulties in implementation. Based on this analysis, the authors propose practical solutions to build an effective and sustainable mental health support network.

Keywords: Social work, support, network, mental health, health.

1. GIỚI THIỆU

Hiện nay, sức khỏe tâm thần đang trở thành một trong những thách thức lớn đối với xã hội hiện đại. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế, năm 2021 ước tính có khoảng 15-20% dân số gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở các mức độ khác nhau (Bộ Y tế, 2021a). Tuy nhiên, phần lớn người mắc rối loạn tâm thần vẫn chưa được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần phù hợp. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chủ yếu tập trung tại các bệnh viện chuyên khoa, khiến người dân vùng sâu, vùng xa khó tiếp cận được dịch vụ điều trị phù hợp và kịp thời. Đồng thời, sự kỳ thị đối với người mắc rối loạn tâm thần vẫn còn phổ biến trong cộng đồng, làm gia tăng tình trạng bị cô lập và thiếu sự hỗ trợ xã hội. Những vấn đề này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải chuyển hướng từ mô hình điều trị tập trung sang mô hình hỗ trợ sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng — nơi người bệnh có thể được tiếp cận chăm sóc một cách toàn diện, gần gũi, bền vững và nhân văn hơn. Việc xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng không chỉ là giải pháp phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta, mà còn mang tính bền vững và nhân văn sâu sắc.

¹ Khoa Lý luận chính trị - Trường ĐH Lao động - Xã hội (CSII)

² Khoa Quản trị kinh doanh - Trường ĐH Lao động - Xã hội (CSII)

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Sức khỏe tâm thần đã và đang trở thành một chủ đề thu hút sự quan tâm sâu sắc của giới nghiên cứu trong những năm gần đây. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Minh (2019) cho thấy mạng lưới hỗ trợ xã hội (bao gồm gia đình, bạn bè, nhà trường và cộng đồng) đóng vai trò như một “lá chắn” quan trọng giúp giảm thiểu tác động tiêu cực của stress. Nguyễn Thị Minh Thúy (2020) chỉ ra hệ thống y tế tuyến cơ sở còn yếu về năng lực, thiếu nhân lực được đào tạo chuyên sâu về tâm thần học và kỹ năng chăm sóc sức khỏe tâm thần. Sự phối hợp liên ngành giữa ngành y tế với các ngành giáo dục, Lao động - Xã hội, và các tổ chức cộng đồng còn hạn chế. Phát triển dịch vụ sức khỏe tâm thần cộng đồng gặp phải rất nhiều rào cản do những kỳ thị xã hội đối với người có rối loạn tâm thần khiến họ ít tiếp cận dịch vụ. Pamela Wright & cộng sự (2021) chứng minh tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần ở Việt Nam ngày càng gia tăng, đặc biệt là các rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn liên quan đến stress và rối loạn lưỡng cực, đặc biệt ở nhóm thanh thiếu niên và người cao tuổi. Hệ thống dịch vụ sức khỏe tâm thần ở Việt Nam vẫn còn sơ khai và phân tán. Harry Minas (2018) cung cấp cái nhìn tổng quan về tiến trình xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, xem đây là định hướng tất yếu để giải quyết những hạn chế nêu trên.

Nhìn chung, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng vấn đề sức khỏe tâm thần ở Việt Nam đang ngày càng trở nên nghiêm trọng và đòi hỏi phải có một mạng lưới hỗ trợ toàn diện, liên ngành. Tuy nhiên, khoảng trống vẫn tồn tại trong các công trình này, đó là thiếu một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần một cách hệ thống và bền vững. Từ tổng quan này, có thể thấy nhu cầu cấp thiết trong việc xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần liên ngành, lấy cộng đồng làm trung tâm, kết hợp giữa y tế - giáo dục - xã hội - truyền thông, nhằm không chỉ điều trị mà còn phòng ngừa và thúc đẩy sức khỏe tâm thần một cách toàn diện và nhân văn hơn ở Việt Nam.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu tổng hợp lý luận và phân tích tài liệu thứ cấp nhằm làm rõ thực trạng, vấn đề và đề xuất giải pháp xây dựng mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Lý luận chung về mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần

4.1.1. Khái niệm

Sức khỏe tâm thần (mental health) không chỉ là một phần quan trọng của sức khỏe tổng thể, mà còn là nền tảng vững chắc để mỗi cá nhân phát triển một cách toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2002) sức khỏe tâm thần là một trạng thái hạnh phúc trong đó cá nhân nhận thức được khả năng của chính mình, có thể đối mặt với các căng thẳng trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng. Sức khỏe tâm thần không chỉ là không có bệnh tâm thần, mà còn là sự hài hòa trong đời sống cảm xúc, nhận thức, xã hội. Bên cạnh sức khỏe thể chất và sức khỏe xã hội, sức khỏe tâm thần đóng vai trò thiết yếu trong việc hình thành nên trạng thái sức khỏe toàn diện của con người. Nếu như sức

khỏe thể chất phản ánh khả năng hoạt động sinh lý bình thường của cơ thể, và sức khỏe xã hội thể hiện khả năng thiết lập cũng như duy trì các mối quan hệ hài hòa với cộng đồng, thì sức khỏe tâm thần là yếu tố đảm bảo cho sự ổn định về mặt cảm xúc, nhận thức và hành vi. Ba yếu tố này không tồn tại độc lập mà luôn tương tác chặt chẽ với nhau. Một người có sức khỏe thể chất tốt nhưng gặp vấn đề về tâm thần như lo âu, trầm cảm hay stress kéo dài cũng có thể suy giảm chất lượng cuộc sống và hiệu suất làm việc. Ngược lại, khi được chăm sóc sức khỏe tâm thần một cách đầy đủ, cá nhân có thể tăng cường khả năng thích ứng, cải thiện các mối quan hệ và phát triển toàn diện cả về thể chất, tinh thần lẫn xã hội. Do đó, việc coi trọng sức khỏe tâm thần là điều kiện cần thiết để xây dựng một xã hội khỏe mạnh, bền vững.

Tuy nhiên, để duy trì và nâng cao sức khỏe tâm thần trong cộng đồng, đặc biệt trong bối cảnh hiện nay với nhiều áp lực kinh tế - xã hội, đòi hỏi phải có mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Khác với mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tập trung tại các bệnh viện chuyên khoa, mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần là một hệ thống gồm nhiều tổ chức, cá nhân và nguồn lực phối hợp với nhau nhằm cung cấp các dịch vụ chăm sóc, tư vấn, điều trị và phục hồi chức năng tâm lý - xã hội cho những người gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần. Mạng lưới này có thể bao gồm các cơ sở y tế (bệnh viện, trạm y tế, phòng khám), các dịch vụ xã hội, tổ chức phi chính phủ, cộng đồng địa phương, gia đình, nhà trường, và thậm chí cả người đã từng trải qua rối loạn tâm thần.

4.1.2. Vai trò của mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần

Nền tảng của mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần là lấy người bệnh làm trung tâm, tôn trọng nhu cầu và quyền lợi của người bệnh. Thay vì tập trung điều trị triệu chứng bệnh lý, mạng lưới này xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, điều kiện sống và nguyện vọng của người bệnh. Mọi hình thức hỗ trợ - từ tư vấn, điều trị đến phục hồi chức năng - đều phải được thiết kế phù hợp với hoàn cảnh cụ thể của từng cá nhân, không áp dụng rập khuôn hoặc mang tính áp đặt từ phía nhà chuyên môn. Điều này đồng thời giúp người bệnh cảm thấy được tôn trọng, được đồng hành, qua đó tăng cường sự hợp tác và hiệu quả điều trị lâu dài. Người bệnh không đơn thuần là đối tượng tiếp nhận điều trị, mà là chủ thể trung tâm của quá trình phục hồi, có quyền được lắng nghe, lựa chọn và tham gia vào các quyết định liên quan đến sức khỏe của chính mình.

Mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần hoạt động với phương châm “dựa vào cộng đồng, vì cộng đồng”, nhằm nhấn mạnh vai trò chủ động của cộng đồng trong cả hai khía cạnh: vừa là nơi triển khai dịch vụ, vừa là đối tượng được phục vụ. Thay vì tập trung vào các cơ sở y tế chuyên khoa, mạng lưới này tìm cách gắn liền hoạt động chăm sóc với đời sống thường nhật của người dân, giúp phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và hỗ trợ người bệnh phục hồi trong chính môi trường sống của họ. Ngoài ra, mạng lưới còn chú trọng tính dễ tiếp cận, bền vững và phù hợp với điều kiện văn hóa - xã hội từng địa phương. Mọi người dân, đặc biệt là các nhóm yếu thế như người nghèo, người dân vùng sâu vùng xa, người khuyết tật, hoặc những người đang chịu kỳ thị do rối loạn tâm thần thuận tiện tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà không gặp rào cản về địa lý, tài chính hay định kiến xã hội.

Mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần tạo điều kiện thuận lợi để nhân viên công tác xã hội (CTXH) thực hiện hiệu quả các hoạt động sàng lọc, hỗ trợ điều trị và phục hồi cho người rối loạn tâm thần ngay tại cộng đồng. Thông qua mạng lưới này, nhân viên CTXH không hoạt động riêng lẻ, mà được hỗ trợ bởi cơ chế phối hợp liên ngành, dữ liệu chia sẻ, và sự công nhận chính thức trong hệ thống y tế. Họ dễ dàng phát hiện sớm người có nguy cơ rối loạn tâm thần thông qua tiếp xúc cộng đồng, hỗ trợ chuyển tuyến. Đồng thời tư vấn, giáo dục sức khỏe, theo dõi tuân thủ điều trị, giúp người bệnh vượt qua rào cản kỳ thị và tài chính và kết nối dịch vụ đào tạo nghề, bảo trợ xã hội, hỗ trợ hòa nhập để người bệnh tái hòa nhập cuộc sống. Mạng lưới hỗ trợ tâm thần được thiết kế đồng bộ, lấy cộng đồng làm trung tâm, thì vai trò của các nhân viên CTXH không chỉ được phát huy mà còn góp phần then chốt vào việc phát hiện sớm - can thiệp đúng - phục hồi bền vững cho người bệnh tâm thần.

4.2. Thực trạng xây dựng mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

4.2.1. Kết quả đạt được

Theo thống kê của Bộ Y tế, hiện nay tại Việt Nam, tỷ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần phổ biến là 14,9% dân số, tương đương gần 15 triệu người. Đây được xem là con số đáng báo động phản ánh thực trạng sức khỏe tâm thần của người dân Việt Nam đang trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Tỷ lệ gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm thần không chỉ là dấu hiệu cảnh báo về gánh nặng bệnh tật đối với hệ thống y tế, mà còn phản ánh những hệ lụy sâu rộng về kinh tế, xã hội và chất lượng cuộc sống của cá nhân và cộng đồng. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải có sự quan tâm toàn diện và chiến lược can thiệp phù hợp, trong đó việc xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần hiệu quả, dễ tiếp cận và gắn với điều kiện thực tiễn đóng vai trò then chốt nhằm ứng phó kịp thời và bền vững với thách thức này. Kể từ năm 1999, Việt Nam đã ban hành nhiều chính sách nhằm cải thiện sức khỏe tâm thần, nổi bật như: Chương trình mục tiêu y tế - dân số (2016-2020), trong đó có Tiểu dự án về sức khỏe tâm thần; Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân (2020-2030); Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi 2023). Những chính sách này thể hiện sự quan tâm ngày càng lớn của Đảng, Nhà nước và các cơ quan chức năng trong việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe tâm thần cho người dân. Chương trình là một bước tiến quan trọng trong chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, khi đã được triển khai rộng rãi tại hơn 90% xã, phường trên toàn quốc, qua đó tạo nền tảng vững chắc cho việc nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người dân. Theo Báo cáo của Cục Quản lý khám, chữa bệnh của Bộ Y tế, chương trình đã giúp quản lý và điều trị ngoại trú cho hơn 300.000 bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh ngay tại tuyến y tế cơ sở, góp phần giảm tải cho các bệnh viện chuyên khoa tuyến trên và tăng cường khả năng tiếp cận của người dân với dịch vụ y tế tâm thần cơ bản. (Bộ Y tế, 2021b).

Các cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần đã được mở rộng, nâng cao chất lượng, và phân bổ hợp lý từ tuyến trung ương đến các tuyến địa phương, với mục tiêu đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ở tuyến trung ương, hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần được tổ chức bài bản với hai bệnh viện chuyên khoa tâm thần nổi bật là Bệnh viện

Tâm thần Trung ương I (Hà Nội) và Bệnh viện Tâm thần Trung ương II (Đồng Nai), đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị, nghiên cứu và đào tạo nhân lực chuyên ngành. Bên cạnh đó, Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai) cũng đóng góp vào việc nghiên cứu và phát triển các phương pháp điều trị mới, cùng với các chương trình hỗ trợ nâng cao nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần. Tại tuyến tỉnh tính đến năm 2020, cả nước hiện 43 tỉnh và thành phố đã thiết lập các bệnh viện chuyên khoa tâm thần để phục vụ nhu cầu điều trị tại địa phương, trong khi các tỉnh còn lại tổ chức khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa hoặc trung tâm phòng chống bệnh xã hội. Điển hình tại Đà Nẵng, mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng đã được triển khai hiệu quả thông qua sự phối hợp giữa Bệnh viện Tâm thần, Trung tâm Y tế và Hội Liên hiệp Phụ nữ địa phương, dưới sự hỗ trợ của tổ chức phi chính phủ Basic Needs. Hay Đồng Nai tính đến năm 2023 có gần 3.600 bệnh nhân tâm thần được quản lý, trong đó có 170 xã, phường, thị trấn trực tiếp quản lý bệnh nhân tại địa phương. Riêng Cà Mau, trong giai đoạn 2016-2020, đã triển khai Dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng với hiệu quả điều trị ổn định hàng năm đạt trên 80%. Tại huyện Mộc Châu (Sơn La), mô hình trạm y tế điểm theo nguyên lý y học gia đình đã được triển khai thành công tại nhiều xã, tiêu biểu là Trạm Y tế xã Đoàn Kết từ năm 2023. Trạm đã tổ chức khám chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi và những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, bao gồm cả các rối loạn tâm thần và động kinh; trạm Y tế xã Sơn Kim I hiện đang quản lý 46 bệnh nhân tâm thần, đồng thời triển khai khoảng 75% danh mục kỹ thuật y tế theo phân tuyến của Bộ Y tế (Duy Thái & Cao Nguyên, 2025). Ngoài ra, tỉnh Vĩnh Phúc đã phối hợp với các địa phương xây dựng mô hình quản lý bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm tại các xã, phường, thị trấn, đồng thời tập huấn cho cán Bộ Y tế cơ sở về phát hiện rối loạn tâm thần và tự kỷ.

Mô hình này giúp đảm bảo sự phân bổ đồng đều các dịch vụ y tế tâm thần, giảm thiểu tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế trung ương và tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ở gần nơi sinh sống. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2020) đánh giá rằng mô hình này của Việt Nam là một trong những bước đi hiệu quả nhằm lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào hệ thống y tế ban đầu - điều được coi là chiến lược ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn cầu. Việc phát triển đa dạng các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần cho thấy nỗ lực của Việt Nam trong việc xây dựng một hệ thống hỗ trợ toàn diện, linh hoạt và tiếp cận được với nhiều nhóm đối tượng khác nhau trong cộng đồng.

Song song với việc mở rộng và phát triển mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần, ngành y tế đã không ngừng đẩy mạnh các hoạt động đào tạo chuyên môn, bồi dưỡng kỹ năng và phát triển đội ngũ cán Bộ Y tế có năng lực trong lĩnh vực tâm thần học. Năm 2020, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 26/2020/TT-BYT về đào tạo y khoa liên tục (CME) cho cán Bộ Y tế. Vì vậy, từ 2021 đến nay mỗi năm có thêm khoảng 300-500 cán bộ tham gia đào tạo CME. Đội ngũ cán Bộ Y tế tại tuyến cơ sở đã được tăng cường về năng lực chuyên môn, giúp họ có khả năng nhận diện sớm, theo dõi và hỗ trợ điều trị bệnh nhân tâm thần ngay tại cộng đồng. Tại các trường đại học y khoa đã đưa tâm thần học vào chương trình đào tạo góp phần hình thành một thế hệ nhân lực mới có nền tảng kiến thức vững chắc và thái độ tích cực đối với lĩnh vực này. Số lượng

chuyên gia tâm thần học cũng ngày càng gia tăng, đáp ứng nhu cầu giảng dạy, nghiên cứu và điều trị chuyên sâu tại các tuyến trung ương và địa phương.

Hiện nay, Việt Nam thu hút được sự tham gia tích cực của các tổ chức phi chính phủ, quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc (UNICEF), Plan International và một số tổ chức khác trong việc hỗ trợ kỹ thuật, tài chính và triển khai các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Sự hỗ trợ này góp phần nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân lực y tế, triển khai các mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng, cũng như thúc đẩy xây dựng chính sách toàn diện hơn về sức khỏe tâm thần; đồng thời góp phần nâng cao năng lực y tế, phát triển mô hình can thiệp tại địa phương, giảm kỳ thị và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ cho người mắc rối loạn tâm thần.

4.2.2. Những vấn đề còn tồn đọng

Mặc dù có những tiến bộ trong việc xây dựng mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam, nhưng vẫn còn một số hạn chế cần được khắc phục.

Một là, hệ thống pháp luật và chính sách liên quan còn thiếu đồng bộ, chưa hoàn thiện. Việt Nam chưa có một luật chuyên biệt về sức khỏe tâm thần, trong khi các quy định hiện hành lại rải rác trong nhiều văn bản khác nhau như Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Luật Bảo hiểm y tế; Luật Người khuyết tật... Ngoài ra, chính sách đầu tư tài chính và phát triển nhân lực cho y tế tâm thần còn hạn chế, chưa được ưu tiên đúng mức so với nhu cầu thực tế. Việc thiếu quy định cụ thể về quyền lợi của người mắc rối loạn tâm thần, tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ, cũng như cơ chế giám sát, bảo vệ người bệnh... khiến mạng lưới hỗ trợ ở cộng đồng còn yếu và phân tán. Hệ quả là nhiều người bệnh, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa vẫn chưa tiếp cận được dịch vụ điều trị và phục hồi phù hợp, trong khi tình trạng kỳ thị và thiếu hiểu biết trong cộng đồng vẫn là rào cản lớn.

Hai là, sự thiếu hụt nhân lực chuyên môn cho công tác hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Mặc dù Việt Nam đã có những chương trình đào tạo bác sĩ, chuyên gia tâm lý và nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng số lượng vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu, đặc biệt tại các tỉnh, huyện, và khu vực nông thôn. Năm 2020, Việt Nam có khoảng 1.000 bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tương đương với tỷ lệ khoảng 1 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân. Tuy nhiên, phần lớn các bác sĩ này tập trung tại các bệnh viện tuyến trung ương và thành phố lớn như Hà Nội, TP. HCM (Xuân Mai, 2023). Ngoài ra đội ngũ CTXH trong mạng lưới này khá mỏng, kiêm nhiệm, thiếu chuyên môn sâu và cơ chế hoạt động rõ ràng, đặc biệt là ở các tuyến huyện, xã (UNICEF & MoH, 2021). Tại nhiều trạm y tế xã, phường, công việc CTXH thường được giao kiêm nhiệm cho điều dưỡng, cộng tác viên y tế thôn bản, hoặc nhân viên hành chính. Việc thiếu nguồn nhân lực này khiến cho các bệnh nhân không được điều trị kịp thời và gặp khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Ba là, chương trình đào tạo chuyên môn về tâm thần học hiện nay chưa đủ sâu rộng và không đồng đều giữa các khu vực. Mặc dù đã có các khóa đào tạo ngắn hạn và chương trình bồi dưỡng, nhưng các bác sĩ tuyến cơ sở vẫn thiếu kiến thức và kỹ năng chuyên sâu để xử lý các trường hợp rối loạn tâm thần phức tạp, dẫn đến khả năng phát hiện và điều trị sớm các bệnh

tâm thần còn hạn chế. Chế độ đãi ngộ cho đội ngũ y tế chuyên ngành tâm thần chưa thực sự thu hút được nhân lực có chất lượng, đặc biệt là ở các khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa. Mức lương và chế độ đãi ngộ chưa tương xứng với yêu cầu công việc đặc thù và gánh nặng công việc của các bác sĩ, nhân viên y tế, từ đó khó giữ chân được nhân lực lâu dài trong ngành.

Bốn là, cơ sở vật chất và trang thiết bị chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Đây là rào cản lớn, ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả triển khai mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay. Nhiều địa phương, nhất là tuyến huyện và xã, vẫn chưa có cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần độc lập, các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần chủ yếu được lồng ghép trong bệnh viện đa khoa, khiến việc tiếp cận dịch vụ không được thuận tiện và thiếu tính chuyên môn cao. Thiết bị chẩn đoán và điều trị rối loạn tâm thần như máy điện não đồ (EEG), máy cộng hưởng từ (MRI), thiết bị đánh giá tâm lý... hiện chỉ tập trung ở một số bệnh viện lớn. Trong khi, cơ sở y tế tuyến tỉnh và huyện chưa được trang bị đầy đủ, gây khó khăn trong việc phát hiện sớm và điều trị hiệu quả cho bệnh nhân.

Năm là, nguồn tài chính đầu tư hạn chế. Mặc dù sức khỏe tâm thần ngày càng được quan tâm trong chính sách y tế quốc gia, nhưng ngân sách dành riêng cho lĩnh vực này vẫn chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong tổng chi ngân sách y tế. Việt Nam chỉ dành khoảng 2,5% tổng chi ngân sách y tế cho sức khỏe tâm thần, trong khi tỷ lệ trung bình ở các quốc gia thu nhập trung bình là khoảng 5%, và ở các quốc gia phát triển là từ 10-15% (WHO, 2022). Tuy nhiên, ngân sách này đa phần tập trung vào các bệnh viện tâm thần, chủ yếu dành cho chăm sóc và điều trị nội trú, trong khi công tác phòng ngừa, phục hồi chức năng, và dịch vụ cộng đồng chưa được chú ý đúng mức.

Sáu là, sự phối hợp giữa các cơ quan, tổ chức còn nhiều bấp bênh. Sức khỏe tâm thần là một vấn đề liên ngành, đòi hỏi sự phối hợp giữa ngành y tế, giáo dục, Lao động - Xã hội, tư pháp, và các tổ chức cộng đồng, nhưng chưa có cơ chế rõ ràng để điều phối hoạt động giữa các ngành này. Việc phân công trách nhiệm chưa cụ thể, thiếu đầu mối điều phối chung dẫn đến chồng chéo hoặc bỏ sót nhiệm vụ. Nhiều chương trình phối hợp giữa các cơ quan và tổ chức xã hội chỉ mang tính chất thời điểm, phụ thuộc vào dự án hoặc tài trợ, thiếu tính ổn định và lâu dài.

Bảy là, thiếu sự tham gia chủ động từ cộng đồng. Sự tham gia của cộng đồng đóng vai trò then chốt trong việc phát hiện sớm, hỗ trợ, theo dõi và tái hòa nhập cho người mắc rối loạn tâm thần. Tuy nhiên, tại Việt Nam, sự tham gia chủ động từ cộng đồng trong mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần vẫn còn mờ nhạt và chưa phát huy được hiệu quả như kỳ vọng. Người dân và cộng đồng chưa được trang bị đầy đủ kiến thức về tâm thần học, chưa có kỹ năng hỗ trợ, cũng như thiếu các chính sách khuyến khích sự tham gia như hỗ trợ tài chính, công nhận vai trò tình nguyện viên y tế cộng đồng, dẫn đến thái độ thụ động trong phòng ngừa và hỗ trợ người bệnh.

5. ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP NHẪM XÂY DỰNG MẠNG LƯỚI HỖ TRỢ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở VIỆT NAM

Để xây dựng hiệu quả mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần, Việt Nam cần triển khai đồng bộ nhiều giải pháp thiết thực.

Thứ nhất, hoàn thiện khung pháp lý và chính sách cụ thể về sức khỏe tâm thần. Đây được xem là cơ sở nền tảng để phát triển mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần một cách đồng bộ, hiệu

quả và bền vững. Khi hệ thống pháp luật được quy định cụ thể, Nhà nước sẽ có căn cứ để phân bổ ngân sách một cách ổn định và minh bạch cho lĩnh vực sức khỏe tâm thần, tránh tình trạng đầu tư dàn trải, thiếu trọng tâm. Đồng thời, các quy định pháp lý rõ ràng sẽ tạo tiền đề cho việc phát triển đội ngũ nhân lực chuyên môn, thông qua việc xác định tiêu chuẩn nghề nghiệp, chế độ đào tạo, đãi ngộ và bố trí nhân lực phù hợp với từng tuyến y tế. Bên cạnh đó, khung pháp lý cũng góp phần định hướng và hỗ trợ việc mở rộng các mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng như tư vấn học đường, trị liệu nhóm, chăm sóc tại nhà, giúp người dân tiếp cận dễ dàng và kịp thời hơn với các dịch vụ hỗ trợ tâm thần. Chính sách pháp luật ổn định sẽ thu hút sự tham gia của khu vực tư nhân và các tổ chức phi chính phủ, góp phần đa dạng hóa nguồn lực và dịch vụ, từ đó nâng cao chất lượng mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần trên phạm vi cả nước.

Thứ hai, tăng cường đào tạo và phát triển nhân lực chuyên môn. Cần đẩy mạnh công tác đào tạo và nâng cao năng lực cho đội ngũ cán Bộ Y tế chuyên ngành tâm thần tại các trường đại học và cao đẳng y dược trên cả nước. Thường xuyên tổ chức các khóa tập huấn ngắn hạn cho nhân viên y tế tuyến xã, phường nhằm trang bị kiến thức và kỹ năng phát hiện sớm, tư vấn và can thiệp đối với các rối loạn tâm thần thường gặp như trầm cảm, lo âu, rối loạn stress sau sang chấn. Đặc biệt cần tăng cường đào tạo nhân viên CTXH, vì họ là cầu nối quan trọng giữa y tế, gia đình và cộng đồng, góp phần cải thiện hiệu quả chăm sóc, phục hồi và hòa nhập cho người rối loạn tâm thần. Vì vậy, cần chuẩn hóa chương trình đào tạo CTXH chuyên ngành sức khỏe tâm thần. Tổ chức các khóa đào tạo ngắn hạn, CME chuyên biệt cho bác sĩ tâm thần - y tá - nhân viên CTXH - cán bộ hội phụ nữ, đoàn thể... nhằm tăng cường hiểu biết và phối hợp trong chuỗi chăm sóc bệnh nhân tâm thần.

Thứ ba, tiếp tục phát triển các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần. Việt Nam cần mở rộng và chuẩn hóa mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng, đảm bảo được triển khai thường xuyên tại tất cả các xã, phường trên toàn quốc. Khuyến khích các sáng kiến từ cộng đồng và khu vực phi chính phủ, bao gồm các mô hình tư vấn tâm lý học đường, trị liệu nhóm, nhóm đồng đẳng và dịch vụ chăm sóc tại nhà giúp lấp đầy khoảng trống về nhân lực chuyên môn, trang thiết bị và cơ sở vật chất tại tuyến y tế cơ sở. Ngoài ra, các mô hình này có đặc điểm là linh hoạt, thân thiện và dễ tiếp cận, đặc biệt phù hợp với những người mắc rối loạn tâm thần nhẹ đến trung bình như trầm cảm, lo âu, căng thẳng sau sang chấn,... cảm thấy an toàn, dễ chia sẻ và ít bị kỳ thị hơn so với việc đến các cơ sở y tế chuyên khoa.

Thứ tư, đầu tư tài chính cho mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Việt Nam cần ưu tiên bố trí ngân sách ổn định và dài hạn cho mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở - nơi trực tiếp triển khai các chương trình quản lý, điều trị và phục hồi chức năng tâm thần tại cộng đồng. Đưa các dịch vụ như tư vấn tâm lý, trị liệu cá nhân, trị liệu nhóm, chăm sóc ngoại trú và phục hồi chức năng tâm thần vào danh mục được bảo hiểm y tế thanh toán, nhằm giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh và gia đình bệnh nhân; đồng thời mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ chất lượng đến mọi người dân. Ưu đãi thuế, hỗ trợ tài chính cho các tổ chức xã hội, doanh nghiệp hoặc cá nhân đầu tư vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Điều này khuyến khích phát triển các mô hình hợp tác công - tư (PPP) trong việc thành lập và vận hành các cơ sở điều trị, phục hồi tâm thần tại cộng đồng.

Thứ năm, tăng cường sự tham gia của cộng đồng và giảm kỳ thị xã hội, bằng cách đẩy mạnh hỗ trợ cho các tổ chức phi chính phủ (NGO), nhóm tự lực và mạng lưới đồng đẳng trong việc triển khai các dịch vụ thiết thực như trị liệu nhóm, tư vấn học đường, hỗ trợ tâm lý tại nhà cho người mắc rối loạn tâm thần nhẹ đến trung bình. Xây dựng các mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng với sự tham gia chủ động của gia đình, trường học, đoàn thể và chính quyền địa phương, nhằm tạo ra hệ sinh thái hỗ trợ gần gũi, dễ tiếp cận và phù hợp với điều kiện thực tế tại cơ sở. Tăng cường truyền thông đại chúng và giáo dục cộng đồng về sức khỏe tâm thần nhằm nâng cao nhận thức của người dân, thay đổi thái độ và hành vi ứng xử đối với người mắc rối loạn tâm thần, qua đó dần xóa bỏ những định kiến, kỳ thị và phân biệt đối xử vốn tồn tại lâu dài trong xã hội.

Thứ sáu, tăng cường hợp tác liên ngành và quốc tế. Sự phối hợp giữa các ngành như y tế, giáo dục, lao động - thương binh và xã hội, công an, tư pháp... giúp hình thành các mô hình chăm sóc đa lĩnh vực, từ dự phòng, phát hiện sớm đến can thiệp, điều trị và tái hòa nhập cộng đồng. Bộ Y tế cần phối hợp kịp thời với các bộ, ngành liên quan như Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Công an... xây dựng các chương trình can thiệp, hỗ trợ tâm lý trong trường học, trung tâm bảo trợ xã hội, cơ sở cai nghiện và trại giam. Ngoài ra, các địa phương cũng thúc đẩy cơ chế phối hợp giữa y tế - giáo dục - chính quyền cơ sở trong việc phát hiện sớm, chuyển tuyến và quản lý bệnh nhân rối loạn tâm thần tại cộng đồng; bố trí nhân viên CTXH trong bệnh viện chuyên khoa tâm thần, trung tâm y tế tuyến huyện, trạm y tế xã điểm. Đối với quốc tế, Việt Nam tiếp tục duy trì và đẩy mạnh mối quan hệ chặt chẽ với các tổ chức như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc (UNICEF), Tổ chức Y tế Tâm thần Thế giới (WFMH), cũng như nhiều tổ chức phi chính phủ khác huy động nguồn lực hỗ trợ về tài chính, kỹ thuật và chuẩn hóa tài liệu đào tạo cho các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần.

6. KẾT LUẬN

Sự gia tăng đáng kể các rối loạn sức khỏe tâm thần trong cộng đồng, đặc biệt là sau tác động sâu rộng của đại dịch COVID-19, đã đặt ra yêu cầu cấp bách về việc phát triển và hoàn thiện mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần tại Việt Nam. Mặc dù trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã triển khai các chương trình, mô hình chăm sóc tâm thần cộng đồng, thực tế vẫn còn không ít những khó khăn thách thức về nhân lực, cơ sở vật chất và tính bền vững của mạng lưới hỗ trợ. Vì vậy, trong thời gian tới, Việt Nam cần tập trung vào các giải pháp then chốt để xây dựng một mạng lưới hỗ trợ sức khỏe tâm thần vững mạnh, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân và xây dựng một xã hội khỏe mạnh, bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021a). *Tài liệu Hướng dẫn triển khai mô hình điểm chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng* - Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.
2. Bộ Y tế (2021b). *Báo cáo tổng kết Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng giai đoạn 2016-2020*.
3. Minas, H. (2018). Establishing community-based mental health care in Vietnam: a policy and practice perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1-7.

4. Xuân Mai (2023), *14,1% dân số cả nước rối loạn tâm thần, khoảng trống điều trị lớn*. Truy cập tại <<https://tuoitre.vn/14-1-dan-so-ca-nuoc-roi-loan-tam-than-khoang-trong-dieu-tri-lon-20230628120545628.htm>>
5. Nguyễn Hữu Minh (2019). “Ảnh hưởng của stress và hỗ trợ xã hội đến sức khỏe tâm thần của thanh niên Việt Nam”. *Tạp chí Tâm lý học*, (9), 56-65.
6. Wright, P., Nguyen, H. T., Le, Q. T., & Tran, L. T. (2021). Mental health in Vietnam: Burden, services and policy directions. *Global Mental Health*, 8, e14.
7. Duy Thái & Cao Nguyên (2025). *Hiệu quả từ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân*. Truy cập tại <<https://sonlatv.vn/hieu-qua-tu-cham-soc-suc-khoe-ban-dau-cho-nguoi-dan-26470.html>>
8. Nguyễn Thị Minh Thúy (2020). “Đánh giá thực trạng và giải pháp phát triển dịch vụ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Việt Nam”. *Tạp chí Y học Thực hành*, (5), 45-49.
9. UNICEF & MoH (2021). *Báo cáo đánh giá thực trạng công tác xã hội trong hệ thống y tế Việt Nam*. Hà Nội
10. WHO (2002). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*.
11. WHO (2020). *Mental Health in Primary Care: Integration and Scale-up in Low and Middle Income Countries*.
12. WHO (2022). *Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Viet Nam*. Truy cập tại <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/vnm.pdf?sfvrsn=3c00af7f_4&download=true>

CÔNG TÁC XÃ HỘI NHÓM TRONG HỖ TRỢ HỌC SINH CĂNG THẺNG SAU BÃO YAGI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC BÁN TRÚ TỈNH CAO BẰNG

Phạm Thị Thu Hoa¹, Đỗ Dương Hiền², Đỗ Thị Trang³, Trần Ngọc Thảo⁴, Dương Anh Tuấn⁵

Tóm tắt: Mục đích: Đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần ở học sinh các trường phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng, từ đó ứng dụng phương pháp công tác xã hội nhóm nhằm hỗ trợ học sinh giảm thiểu căng thẳng sau bão Yagi.

Phương pháp nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu bao gồm 956 học sinh trong độ tuổi từ 14 đến 16 ở các trường phổ thông dân tộc bán trú Tỉnh Cao Bằng, trong đó 475 học sinh nam (49,7%) và 481 học sinh nữ (50,3%). Nghiên cứu sử dụng thang đo DASS - Y (Depression Anxiety and Stress Scale - Youth version) - một công cụ đo lường mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng dành cho trẻ em và vị thành niên. Thang đo được thích nghi, chuẩn hóa cho đối tượng học sinh Việt Nam bởi Nguyễn Thị Mỹ Lộc và cộng sự (2021).

Kết quả nghiên cứu: Có 29,5% học sinh trong diện khảo sát có dấu hiệu trầm cảm từ trung bình trở lên, 40,9% có dấu hiệu lo âu và 17% có mức stress cần hỗ trợ, can thiệp. Sau tiến trình công tác xã hội nhóm, học sinh đã giảm thiểu được căng thẳng.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy phương pháp công tác xã hội nhóm là một hướng đi hiệu quả trong hỗ trợ học sinh căng thẳng, giúp giảm triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kỹ năng thích ứng. Việc áp dụng phương pháp này trong môi trường học đường và cộng đồng cần được phát triển và nhân rộng dựa trên các mô hình đã được chứng minh hiệu quả tại Việt Nam và quốc tế.

Từ khóa: Căng thẳng, công tác xã hội nhóm, học sinh THPT dân tộc bán trú. . .

GROUP SOCIAL WORK IN SUPPORTING STUDENTS EXPERIENCING STRESS AFTER TYPHOON YAGI AT SELECTED ETHNIC SEMI-BOARDING SCHOOLS IN CAO BANG PROVINCE

Abstract: Objective: This study aims to assess the current status of mental health among students attending semi-boarding ethnic minority high schools in Cao Bang province, Vietnam. Based on the findings, the study explores the application of group social work interventions to support students in alleviating stress following the aftermath of Typhoon Yagi.

Methods: The research sample comprises 956 students aged 14 to 16 from semi-boarding ethnic minority high schools in Cao Bang. Among them, 475 are male (49.7%) and 481 are female (50.3%). The study employed the Depression Anxiety and Stress Scale - Youth version (DASS-Y), an established tool for measuring levels of depression, anxiety, and stress in children and adolescents. The scale was adapted and standardized for Vietnamese students by Nguyen Thi My Loc et al. (2021).

Findings: The study revealed that 29.5% of the surveyed students exhibited moderate to severe depressive symptoms, 40.9% showed signs of anxiety, and 17% experienced stress levels requiring support and intervention. Following the group social work intervention, a notable reduction in students' stress levels was observed.

Conclusions: The findings suggest that group social work is an effective approach to supporting students experiencing psychological stress. This method contributes to symptom reduction, enhances quality of life, and fosters better adaptive skills. The integration of such evidence-based interventions within school and community settings should be further developed and scaled up, drawing from successful models both in Vietnam and internationally.

Keywords: Stress, group social work, semi-boarding ethnic minority students, adolescent mental health, school-based intervention.

1. GIỚI THIỆU

Trong những năm gần đây, biến đổi khí hậu và thiên tai ngày càng trở thành mối đe dọa nghiêm trọng đối với sự phát triển toàn diện của trẻ em, đặc biệt là tại các khu vực vùng cao,

miền núi - nơi có điều kiện sinh hoạt và học tập còn nhiều khó khăn. Thiên tai không chỉ gây thiệt hại về cơ sở vật chất mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến tâm lý và cảm xúc của trẻ em, để lại những hậu quả lâu dài về sức khỏe tâm thần nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời.

Bão Yagi - một trong những cơn bão lớn đi qua khu vực Đông Bắc Việt Nam - đã gây ra thiệt hại nghiêm trọng tại tỉnh Cao Bằng, đặc biệt ở các huyện có đông đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống và học tập. Học sinh tại các trường phổ thông dân tộc bán trú không chỉ phải chịu những mất mát về tài sản và sự gián đoạn trong việc học tập mà còn phải đối mặt với các tác động tiêu cực về mặt tâm lý. Những cảm giác lo lắng, bất an, hoảng sợ kéo dài cùng các triệu chứng stress, trầm cảm là những hệ quả phổ biến mà các em gặp phải sau thiên tai. Theo Báo cáo của UNICEF (2023) về trẻ em chịu tổn thương tâm lý do thiên tai, trẻ em bị ảnh hưởng bởi thiên tai thường gặp các vấn đề sức khỏe tinh thần nghiêm trọng, trong đó có lo âu và trầm cảm (<https://ttdn.vn/nguyen-cuu-trao-doi/quyen-con-nguoi/unicef-tre-em-chiu-nhieu-ton-thuong-tam-ly-do-thien-tai-88250>).

Trong bối cảnh đó, công tác xã hội nhóm trở thành một phương pháp can thiệp quan trọng và phù hợp để hỗ trợ học sinh vượt qua những căng thẳng tâm lý sau bão Yagi. Công tác xã hội nhóm tận dụng sức mạnh động lực nhóm nhằm thúc đẩy sự thay đổi hành vi tích cực, tăng cường hỗ trợ cảm xúc và phát triển các kỹ năng xã hội cần thiết cho học sinh. Mô hình công tác xã hội nhóm đã được chứng minh là đặc biệt hiệu quả trong các tình huống khủng hoảng, sang chấn tâm lý hoặc khi đối tượng can thiệp thiếu sự hỗ trợ cá nhân thường xuyên (Toseland & Rivas, 2005).

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng sau cơn bão Yagi, từ đó ứng dụng phương pháp công tác xã hội nhóm hỗ trợ học sinh giảm thiểu căng thẳng. Kết quả nghiên cứu này không chỉ bổ sung cơ sở lý thuyết cho việc ứng dụng các mô hình can thiệp nhóm trong bối cảnh đặc thù của học sinh dân tộc bán trú, nơi mà sự hỗ trợ cá nhân thường bị hạn chế do điều kiện về nhân lực và cơ sở vật chất mà còn cung cấp các bằng chứng khoa học và phương pháp can thiệp cụ thể giúp giảm thiểu các tác động tiêu cực về mặt tâm lý sau bão Yagi, góp phần nâng cao sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống cho học sinh. Đồng thời, định hướng cho nhà trường và các cơ quan chức năng trong việc xây dựng chương trình hỗ trợ tâm lý phù hợp, tận dụng hiệu quả công tác xã hội nhóm để can thiệp kịp thời, nhất là trong bối cảnh thiếu hụt nguồn lực chuyên môn và điều kiện khó khăn của vùng dân tộc thiểu số.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Theo tác giả Konapka (1963): “*Công tác xã hội (CXTH) nhóm là phương pháp công tác xã hội giúp cá nhân tăng cường chức năng xã hội thông qua việc trải nghiệm hoạt động trong nhóm, từ đó giúp họ đối mặt để giải quyết một cách hiệu quả những vấn đề của cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng*”, (Dẫn theo Nguyễn Quốc Giang, 2020)

Theo định nghĩa trên cho thấy, bên cạnh phương pháp làm việc với cá nhân, thì phương pháp CTXH nhóm cũng có thể ứng dụng làm việc với những nhóm người yếu thế trong từng môi trường khác nhau, với mục tiêu hướng đến cuối cùng là hỗ trợ và giúp họ tự giải quyết những vấn đề mà họ gặp phải thông qua những tương tác tích cực trong nhóm.

Trên thế giới, công tác xã hội nhóm đã được triển khai thành công trong các chương trình phục hồi sau thiên tai, thảm họa tại Philippines, Nhật Bản, Mỹ, giúp trẻ em và thanh thiếu niên vượt qua cảm xúc tiêu cực, giảm các biểu hiện trầm cảm và tái thiết sự ổn định tâm lý (Philip J. Lazarus và cộng sự, 2003). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Phương và cộng sự (2022) phân tích các biểu hiện căng thẳng và nguồn lực hỗ trợ học sinh ứng phó với căng thẳng. Trong đó nhấn mạnh vai trò của công tác xã hội nhóm như một hoạt động hỗ trợ tâm lý hiệu quả, giúp học sinh có môi trường trải nghiệm và chia sẻ kinh nghiệm, tăng khả năng giải quyết vấn đề và nâng cao năng lực ứng phó với căng thẳng.

Mặc dù đã có những nghiên cứu về vai trò của công tác xã hội nhóm nhưng trong thực tiễn, mô hình công tác xã hội nhóm vẫn chưa được triển khai rộng rãi tại các khu vực vùng cao như Cao Bằng - nơi học sinh dân tộc thiểu số gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Phần lớn các trường chưa có cán bộ tham vấn học đường chính thức, giáo viên kiêm nhiệm còn thiếu kỹ năng chuyên môn về hỗ trợ tâm lý nhóm. Hơn nữa, do điều kiện địa lý và văn hóa đặc thù, học sinh dân tộc thiểu số thường ngại chia sẻ vấn đề tâm lý, dẫn đến các sang chấn tâm thần bị “ẩn giấu”.

Khoảng trống trong nghiên cứu hiện nay chính là việc thiếu các bằng chứng thực tiễn về hiệu quả của mô hình công tác xã hội nhóm tại các trường dân tộc bán trú miền núi, đặc biệt trong bối cảnh thiên tai. Do đó, bài viết này không chỉ góp phần bổ sung dữ liệu cho lĩnh vực sức khỏe tâm thần học đường, mà còn có ý nghĩa thực tiễn trong việc đề xuất một mô hình can thiệp khả thi, phù hợp với bối cảnh vùng cao.

3. MẪU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=956)

Thành phần		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	475	49,7
	Nữ	481	50,3
Khối lớp	Lớp 6	225	23,5
	Lớp 7	122	12,8
	Lớp 8	200	20,9
	Lớp 9	409	42,8
Trường học	PTDT bán trú TH-THCS Cẩn Nông	200	21%
	PTDT bán trú TH-THCS Ngọc Động	175	18%
	THCS Kim Đồng	189	20%
	PTDT bán trú TH-THCS Quang Trọng	169	18%
	PTDT bán trú TH-THCS Ca Thành	144	15%
	PTDT bán trú TH-THCS Yên Lạc	79	8%
Cấu trúc gia đình	Sống cùng bố	787	82,3
	Sống cùng mẹ	842	88,1
	Sống cùng ông/bà	402	42,1
	Sống cùng anh/chị/em	507	53,0

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Để đánh giá thực trạng sức khỏe tinh thần ở học sinh các trường phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng, chúng tôi đã sử dụng phương pháp điều tra bằng bảng hỏi là phương pháp chính trong nghiên cứu này. Bảng hỏi gồm 2 phần:

Phần 1: thu thập những thông tin chung về giới tính, độ tuổi, trường học, hoàn cảnh sống...

Phần 2: Đánh giá sức khỏe tâm thần ở học sinh bằng thang đo DASS-Y

Nghiên cứu sử dụng thang đo DASS - Y (Depression Anxiety and Stress Scale - Youth version) - một công cụ đo lường mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng dành cho trẻ em và vị thành niên. Thang đo này được phát triển dựa trên thang DASS gốc của Lovibond & Lovibond (1995) và đã được thích nghi, chuẩn hóa cho đối tượng học sinh Việt Nam bởi Nguyễn Thị Mỹ Lộc và cộng sự (2021)

DASS - Y gồm 21 câu hỏi chia làm 3 phân thang: trầm cảm, lo âu và căng thẳng (mỗi phân thang gồm 7 mục). Học sinh tự báo cáo mức độ cảm nhận về trạng thái tâm lý này trong tuần gần nhất theo thang điểm Likert 4 mức độ (từ 0 - “không đúng chút nào” đến 3 - “Rất đúng hoặc đúng hầu hết thời gian”

Sau khi cộng điểm mức độ của các câu hỏi và tính tổng, tiếp tục nhân 2 và so sánh với bảng kết quả sau:

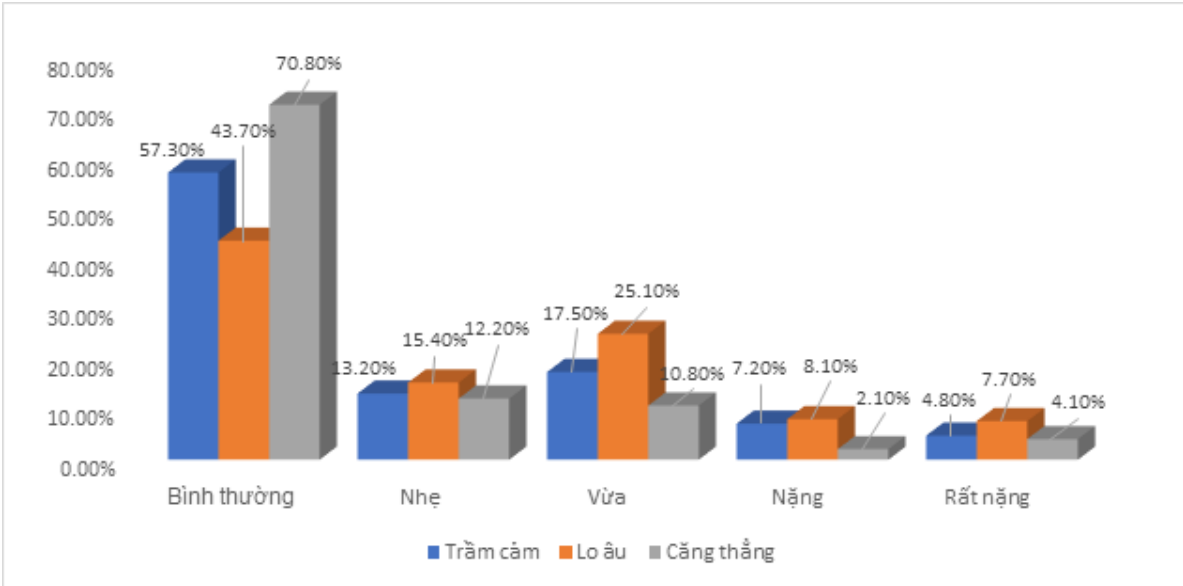
Mức độ	Lo âu	Trầm cảm	Stress
Bình thường	0 - 7	0 - 9	0 - 14
Nhẹ	8 - 9	10 - 13	15 - 18
Vừa	10 - 14	14 - 20	19 - 25
Nặng	15 - 19	21 - 27	26 - 33
Rất nặng	≥20	≥28	≥34

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả để xác định tỷ lệ học sinh có biểu hiện tâm lý ở các mức độ khác nhau (bình thường, nhẹ, trung bình, nặng, rất nặng).

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng

Để đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của học sinh trong nhóm khảo sát, các chỉ số căng thẳng, trầm cảm và lo âu đã được đo lường và phân tích. Những chỉ số này phản ánh mức độ ảnh hưởng tâm lý mà học sinh đang trải qua, từ đó giúp xác định các vấn đề cần được quan tâm và can thiệp kịp thời. Kết quả thu được sẽ cung cấp cái nhìn tổng quan về tình trạng tâm lý hiện tại của học sinh, làm cơ sở cho việc xây dựng các giải pháp hỗ trợ phù hợp.



Hình 1. Thực trạng mức độ sức khỏe tâm thần ở học sinh phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng

Kết quả thu được tại hình 1 cho thấy: Phần lớn học sinh có mức độ căng thẳng bình thường (70,8%), tiếp theo là trầm cảm bình thường (57,3%) và lo âu bình thường (43,7%). Điều này cho thấy căng thẳng là trạng thái phổ biến nhất ở mức độ bình thường trong nhóm được khảo sát, trong khi lo âu có tỷ lệ bình thường thấp nhất.

Mức độ nhẹ và trung bình của trầm cảm chiếm tổng cộng 30,7% (13,2% nhẹ + 17,5% trung bình), lo âu chiếm 40,5% (15,4% nhẹ + 25,1% trung bình), căng thẳng chiếm 23% (12,2% nhẹ + 10,8% trung bình). Lo âu có tỷ lệ học sinh ở mức độ nhẹ và trung bình cao nhất, cho thấy đây là vấn đề phổ biến và cần được quan tâm nhiều hơn.

Tỷ lệ học sinh bị trầm cảm nặng và rất nặng là 12% (7,2% + 4,8%), lo âu nặng và rất nặng là 15,8% (8,1% + 7,7%), căng thẳng nặng và rất nặng thấp hơn, chỉ chiếm 6,2% (2,1% + 4,1%). Lo âu không chỉ phổ biến ở mức độ nhẹ và trung bình mà còn có tỷ lệ cao ở mức độ nặng và rất nặng, cho thấy đây là vấn đề nghiêm trọng cần can thiệp.

Kết quả này cho thấy sức khỏe tâm thần của học sinh, đặc biệt là vấn đề lo âu và trầm cảm, đang là những thách thức lớn trong môi trường học đường và đòi hỏi sự chú trọng, đầu tư nhiều hơn vào các chương trình hỗ trợ tâm lý nhằm giảm thiểu các tác động tiêu cực, giúp học sinh phát triển toàn diện về mặt tinh thần và học tập. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Danh Lâm và cộng sự (2022); Nguyễn Đức Khánh và cộng sự (2021) khi khẳng định tỷ lệ cao các vấn đề về lo âu, trầm cảm và căng thẳng ở học sinh Việt Nam.

4.2. Nhu cầu được chăm sóc sức khỏe tinh thần ở học sinh các trường phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng

Kết quả khảo sát cho thấy, có 19,4% học sinh (185/956 em) tại các trường phổ thông dân tộc bán trú ở Cao Bằng có nhu cầu được hỗ trợ tâm lý, trong đó nhóm tuổi 13 và 14 chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt 28,83% và 32,11%). Điều này cho thấy nhu cầu hỗ trợ tâm lý tập trung chủ yếu ở học sinh đầu cấp trung học cơ sở - giai đoạn các em trải qua nhiều biến đổi tâm sinh lý và áp lực học tập tăng cao.

Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam. Ví dụ, nghiên cứu tại huyện Đan Phượng, Hà Nội cho thấy nhu cầu trợ giúp tâm lý học đường của học sinh trung học phổ thông rất đa dạng, với tỷ lệ học sinh có nhu cầu cao chiếm phần lớn, đặc biệt ở các khối lớp đầu cấp (Bùi Thị Thoa, 2012). Tương tự, nghiên cứu tại Bắc Ninh cũng chỉ ra rằng học sinh có nhu cầu hỗ trợ tâm lý khá cao nhưng chưa được tiếp cận đầy đủ các dịch vụ tư vấn tâm lý học đường (Đào Lan Hương và cộng sự, 2021).

Đặc biệt, giai đoạn đầu THCS là thời kỳ chuyển tiếp quan trọng với nhiều thay đổi về thể chất, nhận thức và xã hội, khiến học sinh dễ gặp các khó khăn tâm lý như lo âu, trầm cảm, căng thẳng. Các áp lực học tập, mối quan hệ bạn bè, sự thay đổi về vai trò và kỳ vọng từ gia đình, nhà trường cũng làm tăng nguy cơ rối loạn tâm thần ở lứa tuổi này. Nghiên cứu cũng cho thấy sự gắn bó và hỗ trợ xã hội từ bạn bè có tác động tích cực trong việc giảm thiểu các vấn đề tâm lý như lo âu và trầm cảm ở học sinh.

Tình hình này phản ánh thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh dân tộc vùng miền núi còn nhiều khó khăn, cần được quan tâm đặc biệt. Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cao Bằng, tỉnh đang chú trọng nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, trong đó có việc phát hiện sớm và hỗ trợ các đối tượng dễ bị tổn thương như học sinh tại các trường phổ thông dân tộc bán trú (<https://baocaobang.vn/-26842.html> truy cập ngày 22/2/2025)

Việc khảo sát nhu cầu hỗ trợ tâm lý không chỉ giúp nhận diện đúng đối tượng cần can thiệp mà còn làm cơ sở để xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp, hiệu quả. Các nghiên cứu tại Đà Nẵng cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát triển các hoạt động hỗ trợ tâm lý học đường chuyên nghiệp, tập trung vào đánh giá, sàng lọc, tư vấn và trị liệu cho học sinh có khó khăn tâm lý (Nguyễn Thị Trâm Anh, 2016).

4.3. Ứng dụng phương pháp công tác xã hội nhóm trong hỗ trợ, can thiệp với học sinh có biểu hiện căng thẳng

4.3.1. Mục đích ứng dụng phương pháp công tác xã hội nhóm

- Căn cứ vào Thông tư số 31/2017/TT-BGDĐT hướng dẫn công tác tư vấn tâm lý cho học sinh trong trường phổ thông, quy định rõ về nguyên tắc, nội dung, trách nhiệm và tổ chức thực hiện công tác tư vấn tâm lý nhằm hỗ trợ học sinh vượt qua các khó khăn về tâm lý, trong đó có căng thẳng và Thông tư số 33/2018/TT-BGDĐT hướng dẫn công tác xã hội trong trường học, quy định nguyên tắc, nội dung, trách nhiệm của các bên liên quan trong việc triển khai công tác xã hội nhằm phát hiện, can thiệp, trợ giúp học sinh gặp khó khăn về tâm lý - xã hội, bao gồm cả các hoạt động nhóm nhằm nâng cao nhận thức, kỹ năng ứng phó căng thẳng. Hai thông tư này tạo hành lang pháp lý vững chắc cho việc triển khai các hoạt động công tác xã hội nhóm và tư vấn tâm lý trong trường học. Tuy nhiên, thực tế ở địa bàn Tỉnh Cao Bằng chưa có chưa thấy có sự tham gia của công tác xã hội chuyên nghiệp, chưa có nhân sự trong biên chế đảm nhiệm vị trí công tác xã hội viên, giáo viên kiêm nhiệm còn thiếu kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ trong lĩnh vực này.

- Khảo sát thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh các trường phổ thông dân tộc bán trú tại Cao Bằng cho thấy nhu cầu cần được hỗ trợ tâm lý ở học sinh là rất cao nhưng

mô hình công tác xã hội nhóm vẫn chưa được triển khai rộng rãi tại các khu vực vùng cao như Cao Bằng - nơi học sinh dân tộc thiểu số gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

- Công tác xã hội nhóm là phương pháp có khả năng mang lại cho học sinh có biểu hiện căng thẳng nhiều lợi ích quan trọng. Thông qua các hoạt động nhóm, học sinh được tạo môi trường an toàn, hòa đồng để chia sẻ, bộc lộ cảm xúc và nhận được sự hỗ trợ từ bạn bè và nhân viên công tác xã hội. Phương pháp này giúp các em giảm bớt lo âu, căng thẳng và các khủng hoảng tâm thần bằng cách tăng cường tương tác tích cực, xây dựng sự tin tưởng và hỗ trợ lẫn nhau trong nhóm. Ngoài ra, công tác xã hội nhóm còn giúp học sinh phát triển kỹ năng quản lý cảm xúc, kỹ năng giao tiếp và giải quyết vấn đề, từ đó nâng cao năng lực cá nhân và xã hội, góp phần cải thiện hành vi, thái độ và kết quả học tập. Tuy vậy, phương pháp công tác xã hội nhóm lại chưa được triển khai tại đây.

4.3.2. Tiến trình công tác xã hội nhóm với học sinh có biểu hiện căng thẳng

4.3.2.1. Giai đoạn chuẩn bị và thành lập nhóm

*** Xác định mục đích hỗ trợ nhóm**

Căn cứ vào nhu cầu, mong muốn của học sinh có căng thẳng; Căn cứ vào nguồn lực hỗ trợ cho việc thực hiện các hoạt động của nhóm và khả năng chuyên môn của mình, chúng tôi (*Chuyên viên tham vấn học đường nhưng thực hiện chức năng của nhân viên công tác xã hội*) xác định mục đích hỗ trợ nhóm như sau: Thông qua các buổi sinh hoạt nhóm, tạo môi trường hòa đồng, thân thiện để các thành viên nhóm gắn kết với nhau, chia sẻ với nhau những kiến thức, thông tin về căng thẳng, cách ứng phó với căng thẳng từ đó nâng cao nhận thức, kỹ năng quản lý cảm xúc và khả năng giải quyết vấn đề của học sinh. Đồng thời, hoạt động nhóm giúp các em phát huy điểm mạnh cá nhân, tăng cường sự tự tin và khả năng hòa nhập xã hội, góp phần giảm thiểu các hành vi tiêu cực như lo âu, trầm cảm, căng thẳng thần kinh và các rối loạn tâm lý khác.

*** Xác định loại hình, qui mô, thành phần nhóm**

Dựa vào số lượng học sinh đang gặp vấn đề cần hỗ trợ, mục đích hỗ trợ của nhóm và loại hình nhóm định thành lập cũng như đặc điểm chung của học sinh, chúng tôi xác định:

+ Loại hình nhóm: Nhóm rèn luyện kỹ năng ứng phó với căng thẳng (nhóm thành lập mới).

+ Quy mô nhóm: 05 thành viên.

+ Thành phần nhóm: Là học sinh có biểu hiện trầm cảm sau khảo sát thực trạng tự nguyện tham gia trên tinh thần hợp tác và tán thành các nội quy, quy chế của nhóm.

*** Đánh giá khả năng thành lập nhóm**

+ Các nguồn lực hỗ trợ nhóm hoạt động: Dựa trên tinh thần tự nguyện tham gia của các thành viên, các nguồn chi phí cho hoạt động của nhóm được hỗ trợ từ dự án Childfund.

+ Nhóm nghiên cứu với tư cách là nhân viên CTXH bán chuyên nghiệp, đóng vai trò làm người điều phối.

- + Địa điểm sinh hoạt nhóm: Nhóm tiến hành hoạt động nhóm tại phòng tham vấn
- + Thời gian sinh hoạt nhóm: 05 buổi, vào buổi sáng thứ 3 và sáng thứ 5 hàng tuần (Từ ngày 14 tháng 4 đến ngày 20 tháng 5 năm 2025).

Dựa trên các tiêu chí trên, chúng tôi lựa chọn 5 thành viên đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu, nguyên tắc mà nhóm hướng đến.

* Thành lập nhóm học sinh có biểu hiện căng thẳng

Sau khi thông qua và được sự nhất trí của Hiệu trưởng Trường PTDT bán trú TH - THCS Cần Nông, cũng như các thành viên trong nhóm. Chúng tôi tiến hành thành lập nhóm dựa trên các tiêu chí trên. Các thành viên tham gia nhóm bao gồm:

Bảng 2. Danh sách nhóm thử nghiệm công tác xã hội với học sinh căng thẳng

TT	Họ và tên	Tuổi	Mức độ căng thẳng
1	Nông Thị H.	13	Cao - khó ngủ, dễ cáu gắt
2	Hoàng văn L.	14	Trung bình - mệt mỏi, mất tập trung
3	Lý Thị M.	13	Cao - hay khóc, lo lắng nhiều
4	Triệu Văn C.	12	Trung bình - đau đầu, chán học
5	Đặng Thị H.	14	Thấp - hơi thu mình, ít giao tiếp

Ghi chú: Tên học sinh đã được đổi để đảm bảo tính bảo mật

4.3.2.2. Giai đoạn nhóm bắt đầu hoạt động

- Mục tiêu buổi sinh hoạt nhóm đầu tiên: Các nhóm viên làm quen với nhau; thảo luận xây dựng mục tiêu chung của nhóm và mục tiêu của các nhóm viên, xây dựng quy chế hoạt động nhóm, thống nhất nguyên tắc hoạt động nhóm và lập kế hoạch can thiệp.

- Thành phần tham gia: Ngoài 05 thành viên nhóm học sinh và nhóm nghiên cứu, trong buổi sinh hoạt đầu tiên, chúng tôi mời 2 đại biểu tham dự là: Hiệu trưởng và 01 cô giáo tổng phụ trách

- Thời gian sinh hoạt: Từ 8 giờ 00 phút đến 9 giờ 00 phút ngày 14 tháng 4 năm 2025

- Địa điểm: Phòng tham vấn trường PTDT bán trú TH - THCS Cần Nông

- Kết quả dự kiến: Các thành viên làm quen với nhau, hiểu biết lẫn nhau; cùng nhau xây dựng quy chế, nguyên tắc sinh hoạt được thống nhất; lập được kế hoạch sinh hoạt nhóm.

- Các hoạt động nhóm cụ thể trong buổi sinh hoạt đầu tiên bao gồm các nội dung chính sau đây:

+ Giới thiệu, làm quen:

Chúng tôi sắp xếp các thành viên cùng chúng tôi ngồi thành một vòng tròn, sau đó, lần lượt từng thành viên giới thiệu: Họ tên, tuổi, quê quán, dân tộc, hoàn cảnh gia đình.

+ Nêu mục đích thành lập nhóm:

Các thành viên tự nguyện tham gia nhóm vì có những nhu cầu, mong muốn nhất định khác nhau nhưng đều có chung một mong muốn là được hỗ trợ nâng cao hiểu biết của mình về căng thẳng và cách ứng phó với căng thẳng

+ Xây dựng nội quy hoạt động nhóm

Trước khi nhóm chính thức đi vào hoạt động, chúng tôi phổ biến cho các thành viên của nhóm biết cần suy nghĩ trước về khả năng tham gia nhóm đầy đủ, đúng giờ và những khó khăn, cản trở khi tham gia các buổi sinh hoạt; xác định cho mình tinh thần làm việc tập thể, có trách nhiệm và đoàn kết với nhau. Các thành viên trong nhóm cùng thảo luận đưa ra những cam kết chung để cùng thực hiện

- Bầu em Đặng Thị H. làm trưởng nhóm.
- Các thành viên tham gia đầy đủ các buổi sinh hoạt, đi đúng giờ. Nếu vắng mặt cần có lí do và báo cáo lại với người điều hành.
- Nghiêm túc trong giờ sinh hoạt nhóm, giữ trật tự, không làm việc riêng, không nói chuyện riêng.
- Tích cực tham gia các hoạt động, tham gia chia sẻ kinh nghiệm và hỗ trợ các thành viên trong nhóm hoàn thành nhiệm vụ.
- Tôn trọng nhau và giành quyền tham gia cho các thành viên khác. Sau mỗi nội dung có nhận xét đánh giá và biểu dương những thành viên tham gia nhiệt tình và đạt kết quả tốt.
- Thời gian họp tối thiểu 1 lần/tuần vào tối thứ 3 hàng tuần bắt đầu từ buổi họp đầu tiên này (14/4) đến (20/5) Thời gian thực tế có thể điều chỉnh khi có việc phát sinh, song phải được sự thống nhất của cả nhóm.
- Thống nhất địa điểm sinh hoạt nhóm: Phòng tham vấn tâm lý học đường.

+ Xây dựng kế hoạch can thiệp nhóm:

KẾ HOẠCH HỖ TRỢ, CAN THIỆP NHÓM HỌC SINH CÓ BIỂU HIỆN CĂNG THẲNG
(Từ ngày 14/4 đến 20/5/2025)

Mục tiêu	Hoạt động	Thành phần	Thời gian	Nguồn lực	Dự kiến kết quả
Giúp học sinh làm quen, thiết lập mối quan hệ nhóm	Giới thiệu, làm quen, chia sẻ thông tin cá nhân. Xây dựng nội quy nhóm, nguyên tắc bảo mật	Nhóm học sinh, nhân viên CTXH	Buổi 1 (14/4/2025)	Phòng tham vấn, phiếu tự giới thiệu	Nhóm gắn kết, đồng thuận mục tiêu và nội quy hoạt động
Giúp học sinh nhận diện và chia sẻ cảm xúc	Trò chơi “Bản đồ cảm xúc”, thảo luận nhóm về những tình huống gây căng thẳng	Nhóm học sinh, nhân viên CTXH	Buổi 2 (17/4/2025)	Thẻ cảm xúc, bút màu, giấy	Học sinh nhận diện được cảm xúc và nguyên nhân gây căng thẳng
Trang bị kỹ năng quản lý cảm xúc	Hướng dẫn kỹ thuật thở sâu, viết nhật ký cảm xúc, trò chơi “Hộp thư bí mật”	Nhóm học sinh, nhân viên CTXH	Buổi 3 (22/4/2025)	Nhạc thư giãn, giấy A4, hộp thư cảm xúc	Học sinh biết ít nhất 2 kỹ năng quản lý cảm xúc khi bị căng thẳng
Phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề và ứng phó với căng thẳng	Kịch tình huống, thảo luận nhóm giải pháp	Nhóm học sinh, nhân viên CTXH	Buổi 4(25/4/2025)	Phiếu tình huống, đạo cụ đơn giản	Học sinh biết cách ứng phó tích cực với một số tình huống gây căng thẳng

Tổng kết, lượng giá, định hướng tương lai	Chia sẻ trải nghiệm nhóm, viết thư gửi chính mình trong tương lai, đánh giá nhóm	Nhóm học sinh, nhân viên CTXH	Buổi 5 (20/5/2025)	Giấy viết thư, hộp thư tương lai, phiếu lượng giá	Học sinh tự đánh giá thay đổi tích cực và cam kết ứng dụng kỹ năng đã học

- Đưa ra nguyên tắc bảo mật của nhóm

Nguyên tắc bảo mật rất quan trọng trong nhóm. Những thông tin về nhóm, về các thành viên trong nhóm cần được giữ bí mật. Đối với nhóm học sinh tham gia, chúng tôi điều hành cho nhóm thảo luận về: Những nội dung cần được bảo mật và mức độ bảo mật. Sau khi cả nhóm thảo luận, 01 thành viên nhóm nghiên cứu ghi lại những nguyên tắc bảo mật mà nhóm đã thống nhất, đồng thời nhắc nhở các nhóm viên cách thức đảm bảo các nguyên tắc.

4.3.2.3. *Giai đoạn can thiệp và thực hiện nhiệm vụ*

** Tổ chức và điều phối hoạt động can thiệp nhóm*

Sau khi xây dựng kế hoạch, nhóm nghiên cứu tiến hành tổ chức các hoạt động can thiệp theo kế hoạch đã đề ra. Việc tổ chức được thực hiện một cách khoa học, bao gồm chuẩn bị chương trình chi tiết, phân công vai trò rõ ràng, chuẩn bị cơ sở vật chất, kiểm soát thời gian và tiến trình, đồng thời theo dõi, giám sát và hỗ trợ kịp thời khi cần.

** Hỗ trợ nhóm đạt mục tiêu*

Nhóm nghiên cứu luôn nhắc nhở các thành viên về mục tiêu chung và cá nhân, xác định và giải quyết các rào cản trong quá trình thực hiện, cung cấp thông tin và nguồn lực cần thiết, đồng thời khích lệ, động viên để tăng sự tự tin và cam kết hoàn thành mục tiêu.

** Xử lý thành viên có hành vi đối kháng*

Khi xuất hiện hành vi không tích cực hoặc không tham gia của thành viên, nhóm nghiên cứu tìm hiểu nguyên nhân, hỗ trợ nhận thức và thay đổi hành vi, điều chỉnh phương pháp làm việc để thu hút sự tham gia, đồng thời sử dụng áp lực nhóm một cách phù hợp nhằm thúc đẩy sự thay đổi tích cực.

** Giám sát và đánh giá hoạt động nhóm*

Giám sát, đánh giá được thực hiện liên tục trong suốt quá trình can thiệp, tập trung vào tiến độ, vai trò của các thành viên, chất lượng công việc, mức độ đạt mục tiêu, các vấn đề phát sinh và sự thay đổi của từng thành viên. Vai trò của nhân viên công tác xã hội rất quan trọng trong việc phát hiện và hỗ trợ kịp thời để đảm bảo hiệu quả hoạt động nhóm

PHÚC TRÌNH BUỔI SINH HOẠT NHÓM THỨ 2

Thời gian: 14h - 15:00 ngày 20/4/2025

Địa điểm: Phòng tham vấn học đường

Thành phần tham dự: 05 thành viên nhóm, giáo viên tham vấn và khách mời

Mục đích: Chia sẻ những suy nghĩ và cảm xúc, nâng cao thêm sự hiểu biết giữa các nhóm viên với nhau, tạo môi trường làm việc nhóm thuận lợi, hiệu quả

Mô tả diễn biến phức trình	Cảm xúc, hành vi của nhóm học sinh	Tự đánh giá cảm xúc kỹ năng của giáo viên tham vấn
Buổi sinh hoạt bắt đầu bằng trò chơi khởi động “Gió thổi - Gió thổi” nhằm giúp các em cảm thấy vui vẻ, thoải mái. Sau đó, các em chia sẻ cảm xúc hiện tại bằng thẻ màu và từ khóa. Tiếp theo, giáo viên tham vấn tổ chức hoạt động “Bản đồ cảm xúc” với giấy A3, các nhóm viên vẽ hình viết mô tả về những điều khiến mình cảm thấy căng thẳng. Cuối buổi, các em chia sẻ và nhận được sự lắng nghe từ các bạn trong nhóm.	Các em cởi mở hơn so với buổi 1, thể hiện cảm xúc rõ ràng, chủ động nêu lên suy nghĩ cá nhân. Một số em thể hiện cảm xúc buồn, lo âu khi nhắc đến thi cử hoặc mâu thuẫn trong gia đình. Có sự động viên, chia sẻ giữa các nhóm viên.	Giáo viên tham vấn cảm nhận không khí nhóm dần ổn định, các em đã hình thành sự tin tưởng lẫn nhau. Kỹ năng lắng nghe, hướng dẫn biểu đạt cảm xúc được vận dụng hiệu quả. Cần tiếp tục phát huy và hỗ trợ thêm cho em H. vì em còn rụt rè.

4.3.2.4. Giai đoạn lượng giá và kết thúc

Bảng 4. Lượng giá từng thành viên nhóm

Họ và tên	Hoạt động hỗ trợ, can thiệp	Lượng giá	
		Trước khi hỗ trợ, can thiệp	Sau khi hỗ trợ, can thiệp
Nông Thị H.	Chia sẻ cảm xúc, kỹ năng kiểm soát cơn giận	Hay cáu gắt, mất ngủ, tâm trạng thất thường	Biết thở sâu khi tức giận, ngủ tốt hơn, chia sẻ được cảm xúc
Hoàng Văn L.	Kỹ năng tập trung, giảm lo âu học tập	Mệt mỏi, thiếu tập trung, lo lắng thi cử	Tập trung tốt hơn, hứng thú học hơn, giảm lo âu
Lý Thị M.	Giao tiếp cảm xúc, giảm lo âu	Hay khóc, lo lắng, ngại giao tiếp	Cười nhiều hơn, mạnh dạn chia sẻ, ít lo lắng hơn
Triệu Văn C.	Tạo động lực học tập, kết nối nhóm	Hay than mệt, không thích học nhóm	Hợp tác nhóm tốt hơn, hứng thú chia sẻ, cải thiện thái độ học tập
Đặng Thị H.	Tăng cường tự tin, khuyến khích giao tiếp	Thu mình, không tự tin phát biểu	Tự nguyện làm trưởng nhóm, nói chuyện tích cực hơn

Qua tiến trình thực hiện, mô hình công tác xã hội nhóm đã bước đầu chứng minh được hiệu quả thiết thực trên nhiều khía cạnh quan trọng, góp phần cải thiện sức khỏe tâm thần và phát triển kỹ năng xã hội cho học sinh.

1/ Giảm triệu chứng căng thẳng rõ rệt

Kết quả lượng giá cả định tính và định lượng cho thấy các thành viên trong nhóm có sự cải thiện đáng kể về mặt cảm xúc và hành vi. Việc học sinh ngủ ngon hơn, giảm các biểu hiện lo âu và tăng cường tương tác xã hội phản ánh sự giảm thiểu rõ rệt các triệu chứng căng thẳng. Điều này cho thấy mô hình đã tạo ra môi trường an toàn, hỗ trợ học sinh giải tỏa áp lực và xây dựng lại trạng thái tâm lý cân bằng, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống hàng ngày của các em.

2/ Tăng khả năng tự nhận diện và điều tiết cảm xúc

Một trong những điểm mạnh của mô hình là giúp học sinh nhận biết và gọi tên chính xác các cảm xúc của bản thân - một bước quan trọng trong quá trình quản lý sức khỏe tâm thần. Việc học sinh biết áp dụng các kỹ năng như hít thở sâu, viết nhật ký cảm xúc hay trò chuyện

với bạn bè không chỉ giúp điều tiết cảm xúc tiêu cực mà còn phát triển kỹ năng tự chăm sóc bản thân, giảm thiểu nguy cơ bùng phát các rối loạn tâm lý nghiêm trọng.

3/ Cải thiện kỹ năng sống và kết nối xã hội

Mô hình tạo điều kiện cho học sinh giao lưu, thể hiện bản thân và học hỏi lẫn nhau, từ đó xây dựng sự gắn kết và cảm giác được hỗ trợ trong nhóm. Đây là yếu tố then chốt giúp học sinh phát triển kỹ năng sống, tăng cường khả năng thích ứng xã hội và giảm thiểu cảm giác cô lập, vốn là nguyên nhân phổ biến dẫn đến các vấn đề tâm lý tiêu cực.

4/ Tăng sự tin tưởng và nhận thức của nhà trường về hỗ trợ tâm lý

Sự đánh giá tích cực từ Ban Giám hiệu và giáo viên cho thấy mô hình công tác xã hội nhóm không chỉ được học sinh đón nhận mà còn nhận được sự ủng hộ mạnh mẽ từ nhà trường. Điều này tạo tiền đề vững chắc cho việc nhân rộng mô hình, đồng thời nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của hỗ trợ tâm lý trong môi trường giáo dục, đặc biệt tại các vùng khó khăn hoặc có nhiều học sinh chịu ảnh hưởng tâm lý do thiên tai, biến cố.

Một nghiên cứu của Shirk và Karver (2003) về tư vấn nhóm tại trường học đã chứng minh sự giảm đáng kể các triệu chứng lo âu và căng thẳng ở thanh thiếu niên. Những người tham gia báo cáo chất lượng giấc ngủ tốt hơn, giảm lo lắng và cải thiện khả năng điều chỉnh cảm xúc. Bên cạnh đó, một phân tích tổng hợp của Durlak và cộng sự (2011) về các chương trình học tập xã hội-cảm xúc (SEL) cho thấy các can thiệp nhóm làm giảm lo âu và các triệu chứng trầm cảm khoảng 10-15% ở trẻ em trong độ tuổi đi học. Ngoài ra, việc ứng dụng công tác xã hội nhóm sẽ giúp học sinh có thêm kiến thức, giảm thiểu hành vi tiêu cực, cải thiện kỹ năng ứng phó với căng thẳng và phát triển bản thân (Hoàng Thị Loan, 2017).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện tại 6 trường dân tộc bán trú ở Cao Bằng sau bão Yagi đã làm rõ thực trạng đáng quan ngại về sức khỏe tâm thần của học sinh, đặc biệt là ở nhóm tuổi 13-14. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Gần 30% học sinh có dấu hiệu trầm cảm ở mức từ trung bình trở lên, hơn 40% có biểu hiện lo âu, và gần 20% trải qua stress rõ rệt sau thiên tai; Gần 1/5 học sinh (19,4%) chủ động bày tỏ nhu cầu được hỗ trợ, cho thấy ý thức tự nhận diện khó khăn tâm lý đang dần tăng lên.

Tiến trình các bước của công tác xã hội nhóm mà nhóm nghiên cứu đã thử nghiệm trong việc hỗ trợ, can thiệp cho học sinh có biểu hiện căng thẳng đã cho thấy hiệu quả rõ rệt. Qua quá trình thực nghiệm, mô hình không chỉ giúp học sinh nhận diện và quản lý cảm xúc mà còn tăng cường kỹ năng giải quyết vấn đề và xây dựng mối quan hệ tích cực trong nhóm. Từ những kết quả khả quan này, chúng tôi nhận thấy việc ứng dụng mô hình công tác xã hội nhóm do nhân viên công tác xã hội triển khai trong trường học là một giải pháp khả thi và phù hợp với điều kiện thực tế của địa phương cũng như nguồn lực hiện có. Mô hình này không chỉ góp phần nâng cao sức khỏe tâm thần cho học sinh mà còn tạo ra môi trường học tập an toàn, hỗ trợ sự phát triển toàn diện của các em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh, N. T. T. (2016). “Nghiên cứu đề xuất chương trình hoạt động hỗ trợ tâm lý học đường tại các trường THCS trên địa bàn Thành phố Đà Nẵng”. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Đà Nẵng*, số 8(105).1-5
2. Giang, T. N. Q. CTXH nhóm: hỗ trợ thân nhân giảm căng thẳng và lo âu.
3. Hoàng, T.L. (2017). *Công tác xã hội nhóm đối với học sinh nghiện game online tại Trường Trung học cơ sở Gia Hòa, Huyện Gia Viễn, Tỉnh Ninh Bình*. Luận văn thạc sĩ công tác xã hội.
4. Hương, Đ.L., & Thương, N.T. (2021). Nhu cầu được tư vấn tâm lý học đường của học sinh THPT trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh. Tuyển tập công trình khoa học Hội thảo quốc gia mang tên “Giải pháp phát triển tư vấn tâm lý trong các nhà trường đáp ứng nhu cầu người học” do Hội Khoa học Tâm Lý - Giáo dục Việt Nam tổ chức ngày 23/24 tháng 7 năm 2021 tại thành phố Nha Trang, Tỉnh Khánh Hòa, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, 2021, tr.209-220
5. Nguyễn, D. L., Lê, M. G., Nguyễn, T. P. M., Nguyễn, T. D. T., & Nguyễn, T. T. M. (2022). Thực trạng nguy cơ stress, lo âu, trầm cảm của học sinh trung học phổ thông huyện Yên Định, Thanh Hóa. *Tạp chí y học Việt Nam*, 516(1). 67-70
6. Nguyễn, T. H. P. (2022). NGUỒN LỰC HỖ TRỢ HỌC SINH ỨNG PHÓ VỚI CĂNG THẲNG (NGHIÊN CỨU TẠI TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ NGUYỄN VĂN LINH, THÀNH PHỐ HUẾ). *Hue University Journal of Science: Social Sciences and Humanities*, 131(6D), 183-194.
7. Lazarus, P. J., Jimerson, S. R., & Brock, S. E. (2003). Helping children after a natural disaster: Information for parents and teachers. *National Association of School Psychologists*, 1, 1-10.
8. Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 452-464
9. Toseland, R. W., & Rivas, R. F. (2005). An introduction to group work practice.

HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ Ở HÀ NỘI

TS. Đặng Thị Lan Anh¹, ThS. Đỗ Thị Ngọc Bích²

Tóm tắt: Người nghiện ma túy là nhóm đối tượng có nguy cơ cao gặp phải các rối loạn sức khỏe tâm thần. Thực tế tại các cơ sở điều trị nghiện ma túy ở Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc các vấn đề tâm thần trong nhóm này cao hơn nhiều lần so với dân số chung. Việc can thiệp hỗ trợ tâm lý xã hội đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc toàn diện, không chỉ giúp người nghiện vượt qua triệu chứng cai nghiện mà còn hỗ trợ họ ổn định tinh thần, giảm nguy cơ tái nghiện và tăng khả năng tái hòa nhập cộng đồng. Bài viết tập trung phân tích, đánh giá các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội hiện đang được áp dụng như: Tư vấn điều trị nghiện ma túy, sinh hoạt câu lạc bộ nhóm đồng đẳng của người nghiện ma túy, tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng và đào tạo nghề hướng nghiệp cho NNMT. Qua đó, bài viết đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả của các can thiệp tâm lý xã hội, hướng đến một chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện và bền vững cho người nghiện ma túy tại Việt Nam.

Từ khóa: Hỗ trợ tâm lý xã hội, người nghiện ma túy, chăm sóc sức khỏe tâm thần

PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN MENTAL HEALTH CARE FOR DRUG ADDICTS AT TREATMENT FACILITIES IN HANOI

Abstract: People who use drugs (PWUD) are at high risk of developing mental health disorders, including depression, anxiety, bipolar disorder, and personality disorders. In reality, treatment centers for drug addiction in Hanoi have shown that the prevalence of mental health issues among this group is significantly higher than in the general population. Psychosocial support interventions play a crucial role in comprehensive care, helping not only to alleviate withdrawal symptoms but also to stabilize patients psychologically, reduce the risk of relapse, and improve their chances of successful reintegration into the community. This paper focuses on analyzing and evaluating psychosocial support activities currently being implemented, such as: addiction counseling, peer support group meetings for PWUD, community outreach programs, and vocational training and career orientation for drug users. Based on this analysis, the paper proposes several solutions to enhance the effectiveness of psychosocial interventions, aiming toward a comprehensive and sustainable mental health care strategy for people with substance use disorders in Vietnam.

Keywords: Psychosocial support, people who use drugs, mental health care

1. GIỚI THIỆU

Người nghiện ma túy là một trong những nhóm dân số dễ bị tổn thương nhất về sức khỏe tâm thần, với nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần cao gấp nhiều lần so với cộng đồng chung. Tại các cơ sở điều trị nghiện ma túy ở Hà Nội, thực tiễn cho thấy tình trạng rối loạn tâm thần ở người nghiện không chỉ phổ biến mà còn phức tạp, ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả điều trị và khả năng hồi phục. Trong bối cảnh đó, các can thiệp hỗ trợ tâm lý xã hội đang ngày càng được coi trọng như một phần không thể thiếu trong mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện.

¹ Khoa CTXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

² Khoa CTXH, Trường Đại học Lao động - Xã hội.

Những hoạt động như tư vấn điều trị, tổ chức nhóm đồng đẳng, tiếp cận cộng đồng hay đào tạo nghề không chỉ giúp người nghiện vượt qua giai đoạn cai nghiện mà còn đóng vai trò thiết yếu trong việc củng cố sức khỏe tinh thần, phòng ngừa tái nghiện và thúc đẩy tái hòa nhập xã hội. Bài viết này nhằm phân tích và đánh giá thực trạng triển khai các hình thức hỗ trợ tâm lý xã hội cho người nghiện ma túy tại các cơ sở điều trị ở Hà Nội, đồng thời đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả và tính bền vững của các can thiệp trong tương lai.

2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ HỖ TRỢ XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY

2.1. Tổng quan về về hỗ trợ xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện ma túy

Trong những năm gần đây, vấn đề nghiện ma túy và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nghiện đang trở thành một thách thức lớn trong công tác y tế và an sinh xã hội tại Việt Nam, đặc biệt là tại các đô thị lớn như Hà Nội. Người nghiện ma túy không chỉ đối mặt với các hậu quả về thể chất mà còn chịu ảnh hưởng sâu sắc về mặt tâm lý, xã hội, và tinh thần. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỉ lệ rối loạn sức khỏe tâm thần trong nhóm người nghiện cao hơn nhiều so với dân số chung, bao gồm các rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, và rối loạn nhân cách. Theo thống kê của Bộ Y tế Việt Nam, khoảng 14,9% dân số mắc ít nhất một trong mười rối loạn tâm thần thường gặp, tương đương gần 15 triệu người. Trong đó, trầm cảm và lo âu chiếm tỷ lệ cao, khoảng 5-6% dân số (Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bến Tre, (2023)

Một nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy người sử dụng ma túy có tỷ lệ rối loạn tâm thần cao hơn 11 lần so với dân số chung. Các rối loạn phổ biến bao gồm trầm cảm, lo âu và rối loạn nhân cách (Trần Thu Hằng & Văn Đình Hòa, 2022). Theo BS. Khuất Hải Oanh, tỷ lệ người sử dụng ma túy có vấn đề về sức khỏe tâm thần dao động từ 20-40%. Mối liên hệ giữa việc sử dụng chất gây nghiện với sức khỏe tâm thần thể hiện rất chặt chẽ, ở 3 khía cạnh: một là, vì gặp vấn đề về sức khỏe tâm thần nên sử dụng ma túy; hai là, vì sử dụng ma túy nên những dấu hiệu của sức khỏe tâm thần bộc phát ra; ba là, vì sử dụng ma túy kéo dài dẫn đến các vấn đề trong sức khỏe tâm thần.. (Dân Sinh. 2019)

Trong bối cảnh đó, các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội (psychosocial support) được xem là một trong những yếu tố quan trọng trong quá trình điều trị, phục hồi và tái hòa nhập cộng đồng của người nghiện ma túy. Tại Hà Nội, mạng lưới các cơ sở điều trị nghiện ma túy bao gồm các trung tâm công lập và bán công, với sự tham gia của đội ngũ chuyên môn đa ngành như bác sĩ, nhà tâm lý học, cán bộ xã hội và cộng tác viên công tác xã hội. Tuy nhiên, thực tiễn triển khai các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội vẫn còn nhiều hạn chế: thiếu nhân lực chuyên môn, phương pháp can thiệp chưa đa dạng, tài liệu can thiệp chưa được chuẩn hóa, và sự phối hợp giữa các ngành còn rời rạc. Những thay đổi căn bản trong quan điểm của Đề án là coi người nghiện ma túy là người bệnh, cần đáp ứng đa dạng các nhu cầu của họ: từ nhu cầu chữa bệnh (bệnh nghiện) đến các nhu cầu về tâm lý, hỗ trợ xã hội, phục hồi...

2.2. Một số khái niệm cơ bản

2.2.1. Hỗ trợ tâm lý xã hội đối với người nghiện ma túy

Hỗ trợ tâm lý xã hội là một thuật ngữ khoa học mang tính liên ngành, phản ánh nội hàm của những hoạt động mang tính xã hội, y học, tâm lý học và công tác xã hội. Hỗ trợ tâm lý xã hội có thể bao gồm tư vấn sức khỏe tâm thần, giáo dục, hỗ trợ tinh thần, hỗ trợ nhóm và nhiều

dịch vụ khác như vậy. Những dịch vụ này thường được cung cấp bởi các chuyên gia sức khỏe tâm thần, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội, y tá chuyên ngành. Theo “Hướng dẫn thực hành chuyên nghiệp về can thiệp tâm lý xã hội cho người nghiện rượu và ma túy” của NSW Ministry of Health “Hỗ trợ tâm lý xã hội cung cấp cho cá nhân một cơ hội để khám phá và làm rõ cách sống hợp lý hơn, với ý thức tốt hơn và bao gồm các giá trị về thể chất, tâm lý, tinh thần, môi trường, gia đình và văn hóa” (NSW Ministry of Health. 2024). Từ những quan điểm trên, hỗ trợ tâm lý xã hội được hiểu chính là *những hoạt động tư vấn tâm lý, trị liệu tâm lý, các hoạt động hỗ trợ cải thiện các mối quan hệ xã hội, mối quan hệ gia đình cũng như môi trường xã hội cho các cá nhân, nhóm... đang gặp những vấn đề khó khăn trong cuộc sống.*

Trong công tác trợ giúp điều trị nghiện đặc biệt là nghiện ma túy rất cần có những can thiệp mang tính chuyên môn với sự trợ giúp của các nhân viên công tác xã hội/nhân viên hỗ trợ xã hội thông qua vai trò và các hoạt động can thiệp, hỗ trợ như tham vấn, tư vấn, giáo dục, biện hộ, kết nối và huy động nguồn lực...giúp người nghiện ma túy, gia đình và cộng đồng phát huy nội lực, ngoại lực để giải quyết vấn đề của họ. Như vậy, hỗ trợ tâm lý xã hội cho người nghiện ma túy là *những hoạt động nhằm hồi phục các vấn đề về “tâm lý” và “xã hội” của NNMT sau khi họ đã hoặc đang được can thiệp y tế như: tình trạng tâm lý ổn định hơn, trang bị các kỹ năng cần thiết cho NNMT, hỗ trợ, cải thiện các mối quan hệ xã hội, tìm kiếm các cơ hội việc làm... Các can thiệp này được chứng minh là hiệu quả và cần được tích hợp trong các chương trình điều trị nghiện ma túy với mục đích là để NNMT có thể tái hòa nhập cộng đồng một cách toàn diện cả về thể chất, tâm lý và xã hội.*

2.2.2. Các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội đối với người nghiện ma túy

Hoạt động tư vấn điều trị nghiện ma túy

Các nội dung của hoạt động tư vấn điều trị nghiện chủ yếu liên quan đến tư vấn trước điều trị, tư vấn trong quá trình điều trị, tư vấn khi giảm liều và tiến tới kết thúc điều trị và tư vấn hỗ trợ sau khi kết thúc điều trị. (1) Tư vấn trước điều trị chính là việc cung cấp các thông tin liên quan đến thủ tục hành chính, kinh phí, thời gian điều trị, chuyên gửi, đánh giá động cơ điều trị, mức độ cam kết sẵn sàng tham gia điều trị, cung cấp các kiến thức cơ bản về điều trị nghiện bằng Methadone... (2) Tư vấn trong quá trình điều trị nhằm cung cấp thông tin về methadone, tác dụng phụ, cách xử trí cũng như tư vấn tuân thủ điều trị, tư vấn dự phòng tái nghiện, kỹ năng đối phó với cơn thèm nhớ, kỹ năng từ chối, kỹ năng quản lý sự giận dữ... (3) Tư vấn khi giảm liều và tiến tới kết thúc điều trị là đánh giá mức độ phục hồi về tâm lý xã hội, hỗ trợ lập kế hoạch và thực hiện giảm liều, phát hiện các biểu hiện thiếu thuốc, nguy cơ tái sử dụng ma túy khác... (4) Tư vấn hỗ trợ sau khi kết thúc điều trị: khuyến khích bệnh nhân tiếp tục được tư vấn 06 tháng sau khi kết thúc điều trị, tư vấn cho bệnh nhân có thể quay lại

Hoạt động sinh hoạt câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng của người nghiện ma túy

Người nghiện ma túy sẽ cảm thấy tự tin hơn khi họ được sinh hoạt, làm việc với những người có cùng hoàn cảnh, cùng vấn đề với mình. Vì vậy tổ chức thành lập các Câu lạc bộ, sinh hoạt các nhóm đồng đẳng là một trong những giải pháp hữu ích đối với hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội cho những người nghiện ma túy. Đây là môi trường xã hội cực kỳ hiệu quả để họ có thể chia sẻ nguyện vọng, bày tỏ tâm tư, nói lên mong muốn, bộc lộ suy nghĩ,... của họ một cách thoải mái nhất mà không e ngại bị chỉ trích, lên án hay bị kỳ

thị và phân biệt đối xử. Hoạt động chính của những buổi sinh hoạt câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng là trao đổi, giao lưu, gặp gỡ, tham gia các hoạt động xã hội. Đồng thời, trong những buổi sinh hoạt chung đó, những người nghiện ma túy cũng được chia sẻ về kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm duy trì kết quả điều trị tốt. Tham gia các buổi sinh hoạt, họ chủ động chia sẻ các vấn đề trong cuộc sống, những vướng mắc, mâu thuẫn, đôi khi là cả sự xung đột với những thành viên là người thân trong gia đình, những vấn đề liên quan đến mối quan hệ hôn nhân vợ chồng, con cái... Một khía cạnh khác, khi tham gia sinh hoạt câu lạc bộ, các nhóm đồng đẳng cũng chia sẻ về những kỹ năng, kinh nghiệm để vượt qua kỳ thị, phân biệt đối xử của cộng đồng, xã hội.

Hoạt động tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng

Tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng là hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội khá tích cực. Các cán bộ/dồng đẳng viên trực tiếp đến nhà người nghiện ma túy tại cộng đồng nhằm tiếp cận để vận động, thuyết phục tham gia điều trị nghiện ma túy tại cơ sở điều trị. Việc tiếp cận người nghiện tại cộng đồng cũng là một hoạt động trực tiếp để tìm hiểu các khó khăn, vướng mắc trong quá trình điều trị nghiện ma túy tại cơ sở. Hoạt động này được thực hiện cũng có thể để tư vấn, vận động người nghiện ma túy điều trị các bệnh lây nhiễm HIV/AIDS, lao, viêm gan A,B,C hoặc một số bệnh nhiễm trùng cơ hội khác... Cũng từ những buổi tiếp cận trực tiếp này, người nghiện ma túy có thể được cung cấp các thông tin về hoạt động sinh hoạt nhóm/tham gia các câu lạc bộ do cơ sở điều trị tổ chức. Hoạt động tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng thể hiện được tính gần gũi, thấu cảm và chia sẻ của những người làm việc trực tiếp với NNMT. Đồng thời cũng phản ánh được khả năng chuyên môn nghề nghiệp trong việc can thiệp hỗ trợ tâm lý xã hội đối với NNMT. Đây là một hoạt động thay đổi quan điểm, cách nhìn của cộng đồng về NNMT. Từ chỗ cho NNMT là những đối tượng cần loại bỏ, thì việc tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng cho thấy bản thân NNMT và gia đình của họ cần được xã hội quan tâm hơn là xa lánh, ruồng bỏ.

Hoạt động đào tạo nghề, hướng nghiệp cho người nghiện ma túy

Đây là một hoạt động giúp người nghiện có được tay nghề, nâng cao kỹ năng lao động và chủ động, tự tin tìm kiếm cho bản thân những công việc phù hợp. Hoạt động này đáp ứng mục tiêu học nghề, có việc làm, sớm có việc làm để ổn định cuộc sống của người nghiện, tránh áp lực cho gia đình và xã hội, đồng thời ngăn chặn khả năng tái nghiện của người nghiện, giúp họ thành công hơn trong việc tái hòa nhập cộng đồng. Để thực hiện thành công hoạt động đào tạo, hướng nghiệp cho người nghiện ma túy, các tổ chức thực hiện các công việc cụ thể như sau: (1) Tư vấn, giới thiệu đến các trung tâm học nghề /trung tâm giới thiệu việc làm tại địa bàn. Ngoài ra, có thể tổ chức các buổi giao lưu, sinh hoạt, đàm thoại về tư vấn hướng nghiệp/lựa chọn việc làm, trao đổi kỹ năng xin việc làm. Hoạt động này thường được thực hiện thông qua chính quyền địa phương, nhân viên CTXH có kết nối với các trường/cơ sở đào tạo nghề, các Doanh nghiệp trên địa bàn... Người nghiện sẽ được tư vấn, hỗ trợ để lựa chọn học nghề phù hợp với tình trạng sức khỏe, năng lực của bản thân. (2) Kết nối nguồn lực hỗ trợ cho người nghiện được học nghề. Những nguồn lực đó có thể là cơ sở vật chất, tiềm lực tài chính, doanh nghiệp, cơ sở đào tạo nghề và sự ủng hộ của chính quyền địa phương, cộng đồng, người thân trong gia đình..Đây thực sự là những mắt xích quan trọng trong việc hỗ trợ năng lực lao động, học nghề và làm việc của người nghiện ma túy. (3) Hoạt động truyền thông tuyên truyền về vai trò, ý nghĩa của việc đào tạo nghề,

hướng nghiệp đến các nhóm xã hội khác nhau, trong đó đặc biệt là người nghiện ma túy. Đồng thời, cũng vận động đến các doanh nghiệp, các cơ sở sản xuất trên địa bàn tiếp nhận người nghiện được học nghề và được làm việc. (4) Hỗ trợ cho người nghiện được vay vốn từ những nguồn vốn ưu đãi, từ các chương trình, dự án, chính sách của nhà nước/ địa phương/ cá nhân để bản thân người nghiện có cơ hội và điều kiện tham gia trong suốt thời gian học nghề.

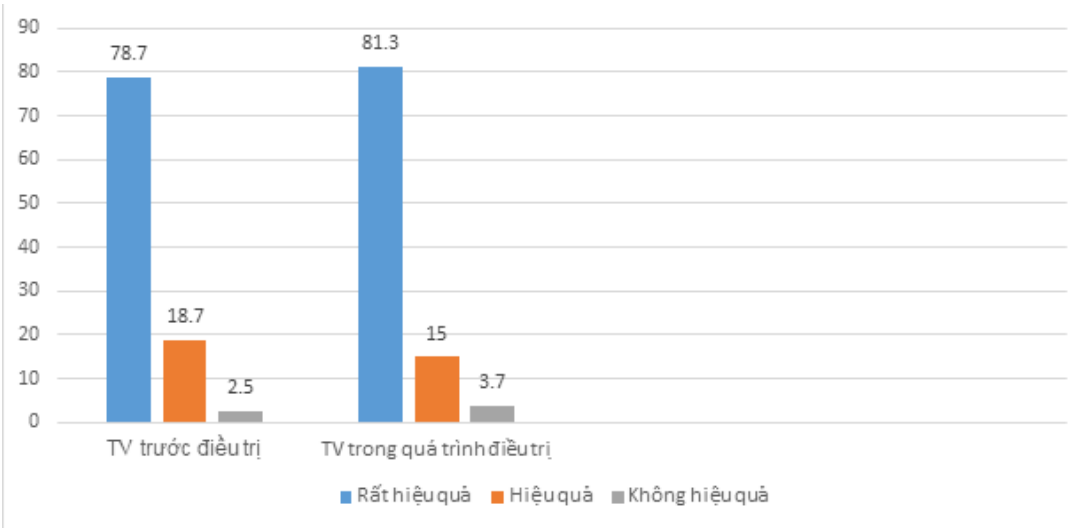
3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Kết quả bài viết dựa trên số liệu điều tra khảo sát thông qua bảng hỏi dành cho các đối tượng người nghiện ma túy đang tham gia các dịch vụ điều trị tại các cơ sở điều trị nghiện ở Hà Nội (80 người được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích); các cán bộ hiện đang cung cấp dịch vụ hỗ trợ xã hội của các cơ sở điều trị nghiện. Phương pháp phỏng vấn sâu được thực hiện 6 người nghiện ma túy, 6 cán bộ làm công tác hỗ trợ xã hội, lãnh đạo quản lý. Việc nghiên cứu các chính sách, văn bản, nghị định, tài liệu về nghiện ma túy, hỗ trợ tâm lý, xã hội với người nghiện ma túy.. được sử dụng hỗ trợ trong phân tích thông tin. Số liệu thực địa được xử lý trên phần mềm SPSS để phân tích dữ liệu từ bảng hỏi.

4. THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI ĐỐI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TUÝ TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TUÝ TẠI HÀ NỘI

4.1. Thực trạng hoạt động tư vấn điều trị nghiện ma túy

Tư vấn điều trị nghiện ma túy bắt đầu triển khai từ 2006 thông qua triển khai thí điểm chương trình hồi gia để giúp những NNMT từ các trung tâm 06 trở về tái hòa nhập cộng đồng và dự phòng tái nghiện. Kết quả khảo sát cho thấy 100% NNMT ở hai trung tâm thuộc diện khảo sát đều tham gia hoạt động tư vấn điều trị nghiện ma túy. Khi tham gia vào hoạt động này, NNMT đã được các cán bộ trung tâm tư vấn cho họ trước khi điều trị, trong quá trình điều trị cũng được theo dõi để từ đó có hình thức tư vấn về giảm liều tiến tới kết thúc điều trị, đồng thời tư vấn và hỗ trợ sau khi kết thúc điều trị. Đánh giá về hoạt động này, NNMT cho biết ý kiến của họ như sau:



Biểu đồ 1: Đánh giá về hoạt động tư vấn điều trị nghiện ma túy (n=80)

Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2023

Có thể nói, đây là hoạt động được thực hiện hệ thống và có hiệu quả nhất trong hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT. Ở tất cả các công việc (tư vấn trước điều trị, trong điều trị) đều được NNMT đánh giá ở mức độ đạt hiệu quả khá cao. Hoạt động hiệu quả nhất là tư vấn trong quá trình điều trị chiếm 81,3%. Các công việc trong quá trình tư vấn điều trị thường là: Trao đổi với NNMT về tác dụng phụ, cách xử trí khi gặp phản ứng phụ của thuốc. Qua đó, tư vấn cho NNMT cần tuân thủ điều trị tốt để tránh không bị bỏ liều, nhờn liều Methadone. Ngoài ra, một nội dung các bệnh nhân thường được tư vấn là các kỹ năng về dự phòng tái nghiện.

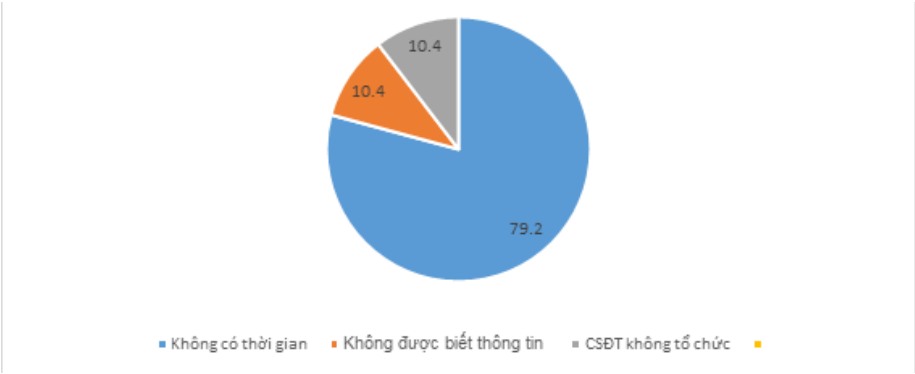
Tiếp đến là hoạt động tư vấn trước điều trị được đánh giá ở mức rất hiệu quả chiếm 78,7%. Tính hiệu quả của công việc này được NNMT cho là: được cung cấp các kiến thức cơ bản về điều trị nghiện bằng Methadone, được giới thiệu các thông tin liên quan đến thủ tục hành chính, thông báo về mức kinh phí, đề cập đến thời gian điều trị hoặc chuyển gửi, ... Bản thân NNMT cũng được hỏi về lý do/ nguyên nhân cũng như động cơ tham gia điều trị, điều này tạo cho NNMT một tâm thái tin tưởng, quyết tâm hơn trong quá trình điều trị. Chính bản thân những cán bộ làm công tác tư vấn cũng cho biết: kết hợp các thông tin trên thực sự là hữu ích để họ tìm hiểu mức độ sẵn sàng, mức độ cam kết tham gia điều trị của NNMT.

Ngoài sự đánh giá về hiệu quả của hoạt động tư vấn điều trị nghiện ma túy thì các cán bộ làm công tác này cũng chỉ ra một số khó khăn đang tồn tại. Đó là “*sự mệt mỏi tâm lý của NNMT khi đến tư vấn*”, “*trạng thái không tin tưởng của NNMT vào phác đồ điều trị*”. (Trích PVS cán bộ cơ sở). Điều này cũng tạo nên những áp lực cho người trực tiếp làm công việc tư vấn điều trị.

Có thể nói đây là một hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT tại trung tâm được đánh giá khá hiệu quả. Hoạt động này đã góp phần cải thiện chất lượng điều trị nhờ sự chuyển đổi về chất đối với phương pháp tiếp cận. NNMT đã được tập trung vào năng lực của bản thân để phục hồi, dự phòng tái nghiện, tiếp cận dịch vụ y tế xã hội. Trong các hoạt động cụ thể của tư vấn điều trị nghiện ma túy thì tư vấn trong quá trình điều trị cho NNMT được đánh giá đạt mức hiệu quả cao nhất.

4.2. Hoạt động sinh hoạt của các câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng của người nghiện ma túy

Nếu hoạt động tư vấn điều trị nghiện có nhiều NNMT tham gia thì hoạt động tham gia sinh hoạt các nhóm đồng đẳng có số lượng ít hơn. Trong số 80 NNMT tham gia khảo sát, chỉ có 32 người tham gia sinh hoạt câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng, tỷ lệ này chiếm 40,0%. Điều này cho thấy, so với việc tham gia hỗ trợ tâm lý xã hội về tư vấn điều trị thì hoạt động này thấp hơn rất nhiều. Có 60,0% NNMT chưa tham gia hoạt động này, những lý do cơ bản là: không có thời gian (79,2%); không được biết thông tin (10,4%) và cơ sở điều trị không tổ chức (chiếm 10,4%).



Biểu đồ 2: Nguyên nhân NNMT chưa tham gia các hoạt động nhóm đồng đẳng/Các CLB tại CSĐT (n=32)

Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2023

Lý do phổ biến nhất mà NNMT tại 02 cơ sở đưa ra là họ không có thời gian. Đây là nguyên nhân đầu tiên và trọng yếu mà họ không tham gia các hoạt động sinh hoạt nhóm tại các cơ sở. Bệnh nhân luôn từ chối tham gia vì thời gian không phù hợp với họ, họ bận đi làm, đi đón con, hoặc bận một công việc nào đó... Hai nguyên nhân còn lại: không được biết thông tin và cơ sở điều trị không tổ chức đều là 10,4%. Việc không được biết thông tin về các buổi sinh hoạt nhóm đồng đẳng/các câu lạc bộ có thể đến từ phía các bệnh nhân: họ không quan tâm tới các hoạt động tại cơ sở, chỉ đến uống thuốc rồi đi về, không cập nhật thông tin, không trò chuyện, giao lưu với cán bộ trung tâm; hoặc có thể đến từ phía cơ sở: không thông báo rộng rãi tới các bệnh nhân đang điều trị về hoạt động của nhóm đồng đẳng/câu lạc bộ đang sinh hoạt tại trung tâm...

Nguyên nhân cuối cùng khiến NNMT tại 02 cơ sở này không tham gia vào các hoạt động sinh hoạt nhóm là việc cơ sở không tổ chức, không duy trì các nhóm đồng đẳng, các câu lạc bộ. Thực tế, việc thành lập, phát triển và duy trì các nhóm đồng đẳng, các câu lạc bộ gặp nhiều khó khăn từ nguồn kinh phí thực hiện, mức độ tham gia của NNMT, khả năng điều hành buổi sinh hoạt, thiết kế các chủ đề, huy động sự tham gia NNMT... Chính vì vậy, nhiều hoạt động nhóm đã không được 02 cơ sở quan tâm, tổ chức.

Những NNMT đã từng tham gia sinh hoạt câu lạc bộ, nhóm đồng đẳng có nhận xét, đánh giá khá tích cực về hoạt động này.

Bảng 2 : Đánh giá về hoạt động sinh hoạt các câu lạc bộ/ nhóm đồng đẳng của NNMT (n= 32)

Hoạt động	Rất hiệu quả		Hiệu quả		Không hiệu quả	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trao đổi gặp gỡ tham gia các hoạt động xã hội	25	78,1	5	15,6	2	6,2
Chia sẻ kiến thức, kỹ năng duy trì kết quả điều trị tốt	32	100,0				
Chia sẻ các vấn đề trong cuộc sống, gia đình	15	46,8	10	31,2	7	21,8
Chia sẻ kiến thức, kỹ năng vượt qua kỳ thi/ phân biệt đối xử của cộng đồng	20	62,5	10	31,2	2	6,2

Nguồn: Kết quả khảo sát 2023

Các hoạt động sinh hoạt nhóm đồng đẳng tại trung tâm thường được tổ chức dưới hình thức các buổi nói chuyện, sinh hoạt có chủ đề. Các cán bộ trung tâm sẽ trực tiếp là người điều

hành buổi sinh hoạt hoặc có thể các cán bộ sẽ chọn trong số những người đang tham gia điều trị từ một đến hai người có kết quả điều trị tốt (tuân thủ điều trị, không bỏ liều...), có công việc ổn định, có khả năng trình bày... để thay mặt các cán bộ điều hành những buổi sinh hoạt đó. Cơ sở hoặc trung tâm sẽ thông báo hoặc lựa chọn số người tham gia các buổi sinh hoạt này. Các chủ đề sinh hoạt thường gắn với những vấn đề được quan tâm của người sử dụng ma túy như: các loại ma túy và tác động của nó lên người sử dụng; chuyển gửi xét nghiệm HIV; đối phó với cơn thèm nhớ, dự phòng và điều trị lao trong nhóm NNMT, kỹ năng từ chối...

Kết quả nghiên cứu trên cho thấy việc tổ chức hoạt động sinh hoạt câu lạc bộ nhóm đồng đẳng là một liệu pháp tâm lý phù hợp với nhóm NNMT. Tính chất phù hợp không chỉ đơn thuần là số lượng người tham gia trực tiếp mà là cảm nhận của họ về những lợi ích đã mang lại cho họ khi được tham dự. Một quan tâm gần nhất, thiết yếu nhất của NNMT vẫn là những vấn đề liên quan đến tình trạng nghiện của họ. Vì vậy những buổi gặp gỡ, trao đổi với những người đồng cảnh ngộ thì việc chia sẻ kinh nghiệm cho nhau về cách ứng phó, cách duy trì kết quả điều trị tốt là điều hữu ích mong mỏi nhất.

4.3. Hoạt động tiếp cận người nghiện ma túy tại cộng đồng

Tiếp cận NNMT tại cộng đồng là một hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội hiệu quả nhằm để tiếp xúc, thu hút, cung cấp thông tin và hỗ trợ NNMT chủ động tiếp cận dịch vụ điều trị nghiện ma túy, dịch vụ xét nghiệm HIV và điều trị ARV, cung cấp các thông tin giảm hại nhằm giúp NNMT thay đổi hành vi. Thông thường, để thực hiện hoạt động này, cán bộ trung tâm hoặc giáo dục viên đồng đẳng (là người từng sử dụng ma túy/đang sử dụng ma túy) đã được tập huấn về kiến thức, kỹ năng tiếp cận cộng đồng, là người có thái độ tích cực, tự tin, nhiệt tình và tâm huyết với công việc.

Bảng 3: Đánh giá về hoạt động tiếp cận NNMT tại cộng đồng (n= 30)

Hoạt động	Rất hiệu quả		Hiệu quả		Không hiệu quả	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Thuyết phục tham gia điều trị nghiện ma túy tại cơ sở điều trị	5	16,6	20	66,6	5	16,6
Tìm hiểu các khó khăn trong quá trình điều trị nghiện ma túy tại cơ sở	13	43,3	17	56,6	10	33,3
Tư vấn điều trị các bệnh lây nhiễm	27	90,0	2	6,6	1	3,3
Cung cấp các thông tin về hoạt động sinh hoạt nhóm đồng đẳng	2	6,6	3	10,0	25	75,0

Nguồn: Kết quả khảo sát, 2023

Đa số những NNMT này đều cho rằng việc tiếp cận NNMT tại cộng đồng chỉ đạt hiệu quả ở một số công việc nhất định. Cụ thể: Hoạt động tư vấn/vận động điều trị các bệnh lây nhiễm như HIV/AIDS, bệnh lao, viêm gan A,B,C.. được đánh giá hiệu quả nhất chiếm 90,0%. Hoạt động tiếp cận tại cộng đồng có những thế mạnh rõ rệt khi NNMT được tìm đến, họ cảm thấy tự tin hơn, dễ dàng bộc lộ hơn. Đặc biệt khi cán bộ đi cùng các đồng đẳng viên tới gia đình, cộng đồng thì việc tiếp xúc với NNMT càng hiệu quả cao.

Tiếp đến là hoạt động tìm hiểu các khó khăn trong quá trình điều trị nghiện ma túy tại cơ sở được 43,3% NNMT đánh giá có hiệu quả. Tính hiệu quả của hoạt động này chính là ở chỗ,

NNMT được cán bộ cho biết “*khó khăn khi điều trị nghiện có thể là sự bức bách, khó chịu về cơ thể, cũng là áp lực về tâm lý có khi khó vượt qua, cũng lường trước cả vấn đề tài chính, ví dụ như đang đi làm thì nên nghỉ một thời gian ngắn..*”.(PVS NNMT). Chính những thông tin này đã giúp cho NNMT và những người thân trong gia đình hiểu rõ hơn về quá trình điều trị nghiện tại trung tâm, cũng như họ chuẩn bị tâm lý trước khi quyết định điều trị Methadone.

Tóm lại, trong các công việc mà người cán bộ ở trung tâm/đồng đẳng viên thực hiện trong hoạt động tiếp cận NNMT tại cộng đồng thì thành công nhất và hiệu quả nhất là tiếp cận để vận động cho NNMT tham gia điều trị các bệnh lây nhiễm, cung cấp các thông tin giảm hại và thông tin về sự khó khăn trong quá trình điều trị nghiện ma túy tại cơ sở. Biểu hiện của tính hiệu quả ở hoạt động này chính là việc NNMT đã được chuẩn bị tâm thế trước khi tham gia điều trị nghiện và hiểu được mức độ nguy hiểm của những bệnh lây nhiễm để từ đó lựa chọn hành vi phòng tránh, hành vi điều trị phù hợp.

4.4. Hoạt động đào tạo nghề, hướng nghiệp cho người nghiện ma túy

Trong số 80 NNMT được khảo sát, có 30 người đã từng tham gia hoạt động đào tạo nghề, chiếm 37,5%. Số lượng NNMT chưa tham gia hoạt động này là 50 người chiếm 62,5%. Kết quả khảo sát về đánh giá mức độ hiệu quả của hoạt động đào tạo nghề, hướng nghiệp cho NNMT được thể hiện như sau:

Bảng 4: Đánh giá hoạt động đào tạo nghề, hướng nghiệp cho NNMT (n=30)

Hoạt động	Rất hiệu quả		Hiệu quả		Không hiệu quả	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cung cấp các thông tin về học nghề	25	83,3	5	16,6		
Kết nối các nguồn lực hỗ trợ học nghề và đào tạo nghề	10	33,3	1	3,3	19	63,3
Tư vấn hướng nghiệp	4	13,3	10	33,3	16	53,3
Hỗ trợ vay vốn	10	33,3	2	6,6	18	60,0

Nguồn: Kết quả khảo sát, 2023

Kết quả khảo sát cho thấy, có 83% số NNMT được hỏi cho rằng trong các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội thông qua đào tạo nghề thì việc cung cấp các thông tin về học nghề, giới thiệu đến các trung tâm học nghề cho NNMT được đánh giá là có hiệu quả nhất. Các hoạt động này thường được thực hiện dưới hình thức của các buổi thông tin của các cơ sở dạy nghề tới các trung tâm hoặc dưới hình thức phát các tờ rơi, quảng cáo về các cơ sở dạy nghề cho các học viên. Tuy nhiên, nội dung chỉ dừng lại ở việc giới thiệu các nghề do cơ sở nào đào tạo, mức phí, địa điểm... mà thực sự chưa phù hợp với đặc thù đối tượng là NNMT.

Đáng lưu ý là hoạt động kết nối các nguồn lực hỗ trợ học nghề/ đào tạo nghề của cơ sở điều trị đều không đạt hiệu quả. Tỷ lệ NNMT đánh giá không đạt hiệu quả chiếm 63,3%. Lý do dẫn đến hoạt động này không hiệu quả chủ yếu là: “*chưa giới thiệu chi tiết nơi nào cho vay tiền để học nghề*”, “*không hướng dẫn phải có những giấy tờ nào mới vay được tiền đi học nghề*”, (Tổng hợp kết quả PVS NNMT).

Ngoài các hoạt động trên, thì hoạt động tư vấn hướng nghiệp giới thiệu đến các trung tâm giới thiệu việc làm/ các cơ sở doanh nghiệp, cơ sở sản xuất cũng được đánh giá ở mức độ

không đạt hiệu quả (53,3%), hoạt động hỗ trợ cho vay vốn cũng không đạt hiệu quả (tỷ lệ này chiếm tới 60,0%). Bởi trên thực tế, sau khi được đào tạo nghề, NNMT cần được giới thiệu tới các cơ sở sản xuất để làm việc. Đây là việc rất có ý nghĩa, nhưng cũng đầy thách thức đối với cán bộ tại các trung tâm, các cơ sở cai nghiện vì nhiều lý do: thứ nhất, họ không có thời gian để toàn tâm, toàn ý với việc này; thứ hai để một cơ sở sản xuất, kinh doanh nào đó tiếp nhận người nghiện ma túy vào làm việc là rất khó khăn.

5. MỘT SỐ GIẢI PHÁP THÚC ĐẨY HIỆU QUẢ CÁC HOẠT ĐỘNG HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI ĐỐI VỚI NGƯỜI NGHIỆN MA TUÝ TẠI CÁC CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TUÝ Ở HÀ NỘI

Các giải pháp liên quan đến truyền thông

Cần thực hiện truyền thông cung cấp thông tin để những thành viên trong gia đình phải có sự chấp nhận thành viên nghiện ma túy, cùng nhau khơi dậy, thúc đẩy những điểm mạnh của họ và hỗ trợ họ vượt qua khó khăn do nghiện ma túy đem lại. Tạo cơ hội để NNMT và gia đình của họ được tham gia vào các hoạt động cộng đồng phù hợp; để cộng đồng hiểu họ nhiều hơn, có sự cảm thông và tôn trọng, chấp nhận, không phân biệt kỳ thị đối với họ. Các nhóm đồng đẳng/nhóm tự giúp của người nghiện ma túy cũng cần tăng cường các hoạt động cộng đồng và chủ động tổ chức hoặc tham gia các hoạt động xã hội, đóng góp vào một số chương trình/hoạt động của cộng đồng khi có khả năng... Những việc làm này của người nghiện ma túy, gia đình và các nhóm tự lực sẽ góp phần làm giảm đi sự xa cách giữa người nghiện với cộng đồng, xã hội.

Nhóm giải pháp về kinh phí, tài chính

Hỗ trợ kinh phí sử dụng các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội trợ giúp NNMT. Vấn đề tài chính cũng là một trở ngại khá lớn trong việc sử dụng dịch vụ. Mặc dù chi phí cho nhiều loại hình dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội đã được hỗ trợ bởi các chương trình, dự án song không phải NNMT nào cũng có khả năng chi trả. Cụ thể, với những dịch vụ như xét nghiệm HIV/AIDS, tư vấn sàng lọc, can thiệp ngăn, giới thiệu việc làm... có thể cung cấp miễn phí.. dịch vụ hỗ trợ pháp lý, dạy nghề có thể miễn một phần. Xã hội hóa nguồn lực nhằm thực hiện tốt hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội cần chủ động tìm nguồn lực từ ngân sách trung ương, địa phương; huy động nguồn lực của các tổ chức xã hội, các tổ chức phi chính phủ trên cơ sở triển khai chủ trương xã hội hóa các cơ sở cung cấp dịch vụ cho hoạt động cai nghiện ma túy tại cộng đồng và các dịch vụ hỗ trợ. Cải thiện cơ sở vật chất của trung tâm, cơ sở điều trị nghiện: Để nâng cao hiệu quả hoạt động, cần cấp kinh phí để tổ chức các hoạt động kiểm tra, giám sát, tuyên truyền, tập huấn nâng cao nghiệp vụ, kỹ năng và trang bị cơ sở vật chất cho các trung tâm cai nghiện.

Giải pháp liên quan đến hỗ trợ kỹ năng thực hành cho cán bộ làm việc trực tiếp với người nghiện ma túy

Hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT không đơn giản chỉ là một công việc thuần túy mà đó còn là một khoa học, một hoạt động chuyên môn. Chính vì vậy đòi hỏi người thực hiện (cán bộ làm công tác trực tiếp tại các cơ sở điều trị nghiện ma túy) cần được trang bị hệ thống kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ cũng như những quy định, yêu cầu chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp.

Với đặc thù của tính chất nghề nghiệp là trợ giúp xã hội, cung cấp các dịch vụ xã hội nhằm trợ giúp NNMT phục hồi, phát triển, thích ứng với những giá trị trong xã hội đòi hỏi năng lực của người làm việc không chỉ đơn thuần giới hạn ở trình độ chuyên môn tay nghề mà còn đòi hỏi sự tâm huyết, lòng nhiệt thành khi làm việc. Nói cách khác, NNMT chủ yếu là nhóm yếu thế trong xã hội, vì vậy người làm công tác hỗ trợ tâm lý xã hội cho họ cần hình thành những phẩm chất gắn với lòng yêu thương con người, có sự cởi mở, dễ gần, có tinh thần trách nhiệm, sự độ lượng, biết hy sinh vì người khác.

Giải pháp liên quan đến cung cấp kiến thức nền tảng lý thuyết

Thực tế trong quá trình hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT đòi hỏi đội ngũ cán bộ cần làm việc với tính chuyên nghiệp cao thể hiện trong các hoạt động cụ thể: tư vấn điều trị nghiện, tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ các nhóm đồng đẳng, tiếp cận NNMT tại cộng đồng và hỗ trợ tạo việc làm, định hướng nghề nghiệp... Bên cạnh đó, nhu cầu NNMT rất khác nhau, đòi hỏi người cán bộ làm việc trực tiếp với NNMT trong hỗ trợ tâm lý xã hội cần mang lại sự “định hướng toàn diện”, tức là nhìn nhận tất cả các khía cạnh của con người, hoàn cảnh và môi trường của họ. Do vậy, mỗi cán bộ cần là một chuyên gia có kiến thức, kỹ năng và thái độ nghề nghiệp hệ thống. Cụ thể là có kiến thức về ma túy, nghiện ma túy, các mô hình điều trị nghiện ma túy và các biện pháp can thiệp, kiến thức về đặc điểm tâm lý xã hội của NNMT, người thân trong gia đình của họ, có kiến thức về hệ thống chính sách, chương trình dịch vụ hỗ trợ hiện có..Người cán bộ hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT cần có kỹ năng cơ bản, kỹ năng thiết lập quan hệ, kỹ năng lắng nghe tích cực, kỹ năng thấu cảm, kỹ năng chuyên biệt (vận động, liên kết, điều phối nguồn lực, thuyết phục, giám sát, lưu trữ thông tin...).

6. KẾT LUẬN

Từ thực trạng khảo sát tại các cơ sở điều trị nghiện ma túy ở Hà Nội, có thể khẳng định rằng hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị và phục hồi cho người nghiện ma túy (NNMT). Trong các hình thức can thiệp, tư vấn điều trị nghiện được đánh giá là hiệu quả và toàn diện nhất, với tỷ lệ tham gia cao và sự phản hồi tích cực từ phía NNMT. Đặc biệt, tư vấn trong quá trình điều trị đã giúp người nghiện tuân thủ tốt phác đồ, giảm nguy cơ bỏ liều và dự phòng tái nghiện hiệu quả. Tuy nhiên, hoạt động sinh hoạt nhóm đồng đẳng và các câu lạc bộ lại cho thấy tỷ lệ tham gia còn hạn chế. Nguyên nhân chính là do người nghiện thiếu thời gian, thiếu thông tin hoặc do cơ sở chưa tổ chức thường xuyên. Dù vậy, với những người từng tham gia, hoạt động này được đánh giá là có giá trị thiết thực trong việc tạo không gian chia sẻ, hỗ trợ tinh thần và học hỏi kỹ năng vượt qua kỳ thị. Hoạt động tiếp cận cộng đồng cũng chứng minh được tính hiệu quả nhất định, đặc biệt trong việc tuyên truyền phòng ngừa các bệnh lây nhiễm và cung cấp thông tin điều trị. Sự đồng hành của cán bộ và giáo dục viên đồng đẳng giúp NNMT cảm thấy tin tưởng, chủ động hơn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và điều trị. Trong khi đó, hoạt động đào tạo nghề và hướng nghiệp tuy có ý nghĩa rất lớn về mặt tái hòa nhập xã hội nhưng lại gặp nhiều hạn chế trong thực tiễn triển khai. Tỷ lệ người tham gia còn thấp, việc kết nối nguồn lực và hỗ trợ tài chính chưa hiệu quả, nhiều NNMT không có cơ hội học nghề phù hợp hoặc không được giới thiệu việc làm sau đào tạo.

Nhìn chung, các hoạt động hỗ trợ tâm lý xã hội cho NNMT tại các cơ sở điều trị ở Hà Nội đã bước đầu mang lại những kết quả tích cực, nhất là trong công tác tư vấn và tiếp cận cộng đồng. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức đặt ra trong việc mở rộng phạm vi, nâng cao chất lượng và đảm bảo tính bền vững của các hoạt động này. Để làm được điều đó, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan chuyên môn, chính quyền địa phương, tổ chức xã hội và cả bản thân người nghiện. Chỉ khi các hoạt động hỗ trợ được thiết kế sát thực tiễn, toàn diện và liên tục, thì mới có thể góp phần xây dựng một chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả và nhân văn cho người nghiện ma túy tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2015). *Sổ tay về phòng, chống ma túy*. Hà Nội: Nhà xuất bản Lao Động.
2. Cục Phòng, chống tệ nạn xã hội. (2018). *Hội thảo “Tư vấn, cai nghiện ma túy trong tình hình mới”*. [Thông tin hội thảo].
3. Quốc hội. (2000). *Luật số 23/2000/QH10 ngày 09/12/2000: Luật Phòng, chống ma túy*.
4. Thủ tướng Chính phủ. (2013). *Quyết định số 2596/QĐ-TTg ngày 27/12/2013: Phê duyệt Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020*.
5. Bộ Y tế. (2010). *Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010: Về điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone*.
6. Bộ Y tế. (2016). *Quyết định số 439/QĐ-BYT ngày 18/2/2016: Hướng dẫn điều trị Methadone trong các cơ sở cai nghiện ma túy*.
7. Trần Thu Hằng & Văn Đình Hòa. (2022). “Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan ở nhóm có sử dụng ma túy tại Hà Nội năm 2020”. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 152(4), 186.
8. FHI (Family Health International). (2009). *Tư vấn điều trị nghiện ma túy*. NXB Văn hóa Thông tin.
9. Rosmarin, A., & Eastwood, N. (2012). *Một cuộc cách mạng thầm lặng - Các chính sách phi hình sự hóa ma túy trên toàn cầu*. [Báo cáo].
10. Stevenson, B. (2011). *Chính sách ma túy - tư pháp hình sự và giam giữ hàng loạt*. Viện Xã hội Mở và Hội Giảm hại Quốc tế.
11. Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI). (n.d.). *Methadone và điều trị heroin online*. [Thông tin trực tuyến].
12. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bến Tre. (2023, 10 tháng 10). Truy cập từ <https://cdcbentre.org/vi/news/tin-tuc-su-kien/gan-15-trieu-nguoi-viet-mac-it-nhat-mot-roi-loan-tam-than-3635.html>
13. Dân Sinh. (2019, 9 tháng 7). Truy cập từ <https://dansinh.dantri.com.vn/dien-dan-dan-sinh/20-40-nguoi-su-dung-ma-tuy-co-van-de-ve-suc-khoe-tam-than-20190709100700000.htm>
14. NSW Ministry of Health. (2024, February 7). *Alcohol and Other Drugs Psychosocial Interventions - Practice Guide*. Truy cập từ <https://www.health.nsw.gov.au/aod/resources/Publications/nsw-health-psycho-social-interventions.pdf>
15. Jhanjee, S. (2014). Evidence-based psychosocial interventions in substance use. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 112-118. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130960>
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *The role of psychosocial interventions in drug treatment*. Truy cập từ <https://www.euda.europa.eu/publications/topics/pods/psycho-social-interventions>
17. Gottlieb, B. H. (2000). *Coping with chronic stress: The role of social support*. Springer.

BẠO LỰC HỌC ĐƯỜNG VÀ NHỮNG HỆ LỤY CỦA NÓ ĐỐI VỚI SỨC KHỎE TÂM THẦN TRẺ EM

ThS. Lương Thị Lan Huệ¹

Tóm tắt: Sức khỏe tâm thần đóng vai trò đặc biệt quan trọng đối với sự phát triển toàn diện nhân cách trẻ em. Việc chăm sóc, giáo dục và đảm bảo các điều kiện tốt nhất cho sự phát triển của trẻ em không chỉ là trách nhiệm của gia đình, nhà trường mà còn là trách nhiệm của toàn xã hội. Bài viết nêu bật các dấu hiệu bạo lực trong môi trường học đường. Thông qua việc phân tích ảnh hưởng tiêu cực của bạo lực học đường dưới góc độ sức khỏe tâm thần từ đó đề xuất các giải pháp góp phần phòng chống bạo lực học đường, nâng cao sức khỏe tâm thần cho trẻ em bị bạo lực.

Từ khóa: Bạo lực, bạo lực học đường, bắt nạt, sức khỏe tâm thần.

SCHOOL VIOLENCE AND ITS IMPACT ON CHILDREN'S MENTAL HEALTH

Abstract: Mental health plays a crucial role in the comprehensive development of children's personalities. Ensuring care, education, and the best possible conditions for children's development is not only the responsibility of families and schools but also of society as a whole. This article highlights signs of violence within the school environment and analyzes the negative effects of school violence on children's mental health. Based on that, it proposes solutions to help prevent school violence and improve the mental well-being of affected children.

Keywords: violence, school violence, bullying, mental health.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực học đường không phải là vấn đề mới, nó xảy ra ở tất cả các quốc gia trên thế giới, ở mọi thời kỳ lịch sử. Hầu như trong quãng đời đi học của mỗi người, ai ai cũng đã từng bị bạo lực hoặc chứng kiến bạo lực học đường dù chỉ một lần. Đối với trẻ em, bạo lực học đường là cơn ác mộng kéo dài khiến cho trẻ luôn sống trong cảm giác sợ hãi, lo âu, đau đớn về thể chất, khủng hoảng về tinh thần. Dưới góc độ sức khỏe tâm thần, bạo lực học đường tăng nguy cơ rối loạn lo âu, trầm cảm và làm giảm sự tự tin của học sinh vào bản thân. Các tác động tiêu cực không chỉ nhất thời mà còn lâu dài, tiềm ẩn nguy cơ nguy hiểm trọng trầm cảm, tự hoại hay tự tử.

Theo Báo cáo của Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc năm 2024, thế giới có 150 triệu thanh thiếu niên bị bạo lực học đường. Hơn một nửa thanh thiếu niên trên toàn thế giới ở độ tuổi 13 - 15 tuổi phải chịu một thời gian dài học tập trong môi trường không đảm bảo an toàn [6; 1]. Ở Việt Nam đã có rất nhiều văn bản pháp luật về phòng chống bạo lực trẻ em nói chung và phòng chống bạo lực nói riêng song việc thực hiện chưa mang lại kết quả như mong đợi. Bạo lực trẻ em trong môi trường học đường vẫn diễn ra khắp mọi nơi trở thành vấn nạn xã hội. Theo thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo, trong 5 năm từ năm 2017 đến 2022 cả nước có 2.624 vụ với

¹ Trường Đại học Quảng Bình

7.209 người có liên quan. Hầu hết các vụ đều được xử lý bằng hình thức tư vấn tâm lý, phối hợp với gia đình để cùng giáo dục hoặc xây dựng kế hoạch hỗ trợ, một số trường hợp được xử lý theo quy định của pháp luật.

Thực trạng bạo lực học đường ngày càng tiếp diễn đã đặt ra nhu cầu cấp thiết là nhà nước, các trường học cần đẩy mạnh công tác phòng chống bạo lực trẻ em cũng như nâng cao hiệu quả của hoạt động này. Thực tiễn cho thấy rằng, phòng chống bạo lực học đường cần có yếu tố xã hội hóa để chung tay giải quyết trong đó hoạt động công tác xã hội luôn đóng vai trò nền tảng, quyết định hiệu quả phòng chống bạo lực trường học.

2. NỘI DUNG

2.1. Bạo lực học đường

Bạo lực học đường là khái niệm dùng để chỉ những hành động hoặc hành vi gây tổn hại cả về thể chất và tâm lý đối với học sinh, hoặc giáo viên trong môi trường học đường. Hiểu một cách đơn giản, bạo lực học đường là hệ thống xâu chuỗi lời nói, hành vi, mang tính miệt thị, đe dọa, khủng bố người khác, để lại thương tích trên cơ thể, thậm chí dẫn đến tử vong, đặc biệt là gây tổn thương đến tư tưởng, tình cảm, tâm lý cho những đối tượng trực tiếp tham gia. [5; tr.2]. Đó là những hành vi như đánh đập, đe dọa, lăng mạ, tẩy chay, cô lập, chửi bới hoặc sử dụng các phương tiện truyền thông để xúc phạm danh dự, uy tín, nhân phẩm của người khác. Như vậy, bạo lực học đường không chỉ là hành vi dùng sức mạnh của cơ bắp để đánh đập, đá, đạp, cào xé thậm chí dùng hung khí để tác động lên thân thể người khác mà còn là hành vi chửi bới, lăng mạ, xua đuổi, cô lập người khác trong môi trường học đường. Biểu hiện của bạo lực học đường rất đa dạng như dọa nạt nhằm tống tiền, lấy đồ dùng học tập đồ chơi của bạn. Hoặc là tụ tập một nhóm nói xấu bạn, chế giễu, cô lập bạn, dọa dẫm, tẩy chay, đánh đập, tống tiền, khủng bố tinh thần làm bạn lo lắng, đau buồn chán nản. Ngày nay với sự phát triển của công nghệ, bạo lực học đường cũng mở rộng ra không gian mạng, nơi học sinh có thể bị quấy rối, đe dọa, làm nhục qua các nền tảng trực tuyến. Hình thức này bao gồm việc gửi tin nhắn đe dọa, phát tán hình ảnh hoặc viдео qua facebook, zalo, Instagram làm cho nạn nhân cảm thấy xấu hổ, bất an hoặc nổi loạn, từ đó dẫn đến các hành vi tiêu cực khác như trả thù bằng bạo lực, tuyệt thực, không giám đến trường thậm chí tự tử. Bạo lực học đường trên không gian mạng đã và đang là một hiện tượng đáng lo ngại tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm lý, tinh thần của hàng triệu học sinh. Không giống như bạo lực học đường truyền thống, bạo lực trong môi trường mạng thông qua các nền tảng trực tuyến như mạng xã hội, diễn đàn, hội nhóm ảo ngày càng gia tăng. Bạo lực học đường trực tuyến có thể xảy ra bằng nhiều hình thức như xúc phạm trực tuyến, lăng mạ trực tuyến, quấy rối trực tuyến. Nhiều trường hợp bạo lực trên không gian mạng đã trở thành hiện tượng tranh luận rộng rãi trong cộng đồng mạng ảnh hưởng trực tiếp đến an toàn, quyền học tập, quyền phát triển của trẻ.

Bạo lực học đường thường xảy ra ở các học sinh với nhau trong môi trường học đường. Có thể một học sinh này dùng hành vi, lời nói bạo lực học sinh khác hoặc một nhóm học sinh bạo lực một học sinh khác yếu đuối, cô độc hơn. Thông thường học sinh là chủ thể bạo lực học đường thường có bản tính nóng nảy, thích quyền lực, hiếu thắng, thêm khát sự sợ hãi khuất phục của

người khác. Khi bạo lực người khác thấy người ta sợ hãi thì lấy làm thích thú hoặc những người khi bắt nạt kẻ khác được cổ vũ thì thấy mình vĩ đại. Còn những học sinh là nạn nhân của bạo lực học đường thường có vẻ ngoài yếu ớt, đơn độc, nhút nhát, ít giao du kết bạn, yếu đuối, tự ti bản thân. Một số học sinh có tâm lý “bốc đồng”, khó kiểm soát cảm xúc bản thân, hoặc có tâm lý tự ti, nhẫn nhịn nhưng khi gặp phải những tình huống bị đàn áp quá mức thì có thể bộc phát cách giải quyết mang tính bạo lực. Một số dấu hiệu nhận biết trẻ bị bạo lực học đường như: làm lì, ít nói, khi bị bạn bè trêu chọc thường lẩn trốn, xấu hổ, khóc lóc, mất tự tin, cũng có khi lại phản ứng dữ dội như cáu gắt, chửi thề, sử dụng bạo lực. Học sinh có thành tích học tập đột nhiên giảm sút nhanh chóng, trong lớp học không tập trung, có biểu hiện nói dối, lẩn tránh khi có sự quan tâm của người khác. Học sinh có áo quần, sách vở, đồ dùng bị rách, bị mất hay bị hủy hoại khi đi học về; Có vết cắn, cào, bầm không giải thích được trên cơ thể.v.v...

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến bạo lực học đường nhưng chủ yếu là do mâu thuẫn, xung đột về lợi ích giữa các học sinh với nhau. Đôi khi chỉ là sự xích mích nhỏ như đặt tên cho bạn theo kiểu chế giễu, khinh miệt ngoại hình bạn, giành đồ chơi, tự do lấy đồ học tập mà không hỏi ý kiến của bạn. Ngoài ra nguyên nhân dẫn đến bạo lực học đường còn do yếu tố từ gia đình, nhà trường và xã hội. Sự thiếu quan tâm hoặc giáo dục con trẻ không đúng cách của gia đình, tác động bạo lực từ môi trường mạng đều có thể dẫn đến bạo lực học đường. Nhiều người cho rằng, việc các học sinh tham gia vào cuộc ẩu đả, đánh nhau là chuyện bình thường trong môi trường học đường. Tuy nhiên nếu không phát hiện sớm và xử lý hiệu quả những xô sát nhỏ có thể dẫn đến mâu thuẫn trầm trọng, hậu quả khôn lường. Thực tiễn cho thấy một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các rối loạn tâm thần trẻ em đó là bạo lực học đường.

2.2. Ảnh hưởng của bạo lực học đường đối với sức khỏe tâm thần trẻ em

Sức khỏe tâm thần là trạng thái khỏe mạnh về tinh thần, con người cảm nhận được sự thanh thản, thoải mái, phấn chấn, đầy năng lượng. Theo Tổ chức Y tế thế giới, “Sức khỏe tinh thần là trạng thái mà trong đó con người nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối phó với những căng thẳng thông thường, vẫn làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng” [2; tr.45]. Theo định nghĩa này, sức khỏe tâm thần là trạng thái khỏe mạnh về tinh thần, nó có vai trò đặc biệt quan trọng trong cuộc sống. Bởi vì khi tinh thần cảm thấy thoải mái thì con người mới có tâm thế làm việc tốt và công việc mới thành công được. Khi tinh thần không tốt, ít nhiều sẽ ảnh hưởng đến các hoạt động khác của cá nhân. Như vậy, sức khỏe tâm thần là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của các cá nhân. Mặc dù sức khỏe tâm thần và sức khỏe thể chất là hai khái niệm biểu hiện khác nhau nhưng chúng có mối liên hệ thống nhất. Thông thường sức khỏe tâm thần của một người thường biểu hiện qua các triệu chứng của thể chất. Đối với trẻ bị bạo lực học đường thường kéo theo các rối loạn sức khỏe tâm thần, biểu hiện như:

Mất ngủ: Trẻ em cần được ngủ trung bình tối thiểu 8 giờ mỗi ngày để đảm bảo được nghỉ ngơi đủ sức khỏe để tiếp tục học tập vào ngày tiếp theo. Khi bị bạo lực trẻ thường có cảm giác đau đớn do các vết thương như bầm tím, sưng phù hoặc do bị chửi bới, lăng mạ, chế giễu, cô lập làm trẻ không ngủ ngon giấc, giấc ngủ hay chập chờn, trẻ hay la ó, giật mình trong lúc ngủ. Từ chỗ ngủ không đủ giấc, giấc ngủ chập chờn và lo âu khiến trẻ thờ ơ, vô hồn, mệt mỏi. Nếu

tình trạng này kéo dài khiến trẻ rối loạn tâm sinh lý tạo nên những căn bệnh như tự kỉ, trầm cảm. Đây chính là dấu hiệu trẻ em đang gặp vấn đề sức khỏe tâm thần.

Cảm giác lo âu, sợ hãi, sống khép kín: Khi bị bạo lực và chứng kiến bị bạo lực trẻ thường có cảm giác bất an, lo lắng sợ bị đánh đập, chửi bới vào các ngày tiếp theo. Những hành vi bạo lực như đánh, đấm, tát, kéo tóc, hay xô ngã hoặc chửi bới, lăng mạ, cô lập, đay nghiến luôn để lại cho trẻ nỗi đau đớn về thể xác, bất an về tinh thần. Nếu hành vi này lặp lại thường xuyên sẽ dẫn đến sự khủng hoảng tinh thần, trẻ luôn sống trong lo âu, sợ hãi dần đánh mất sự tự tin của mình trước người khác. Trẻ không dám đến trường học vì sợ tiếp tục bị bạo lực. Từ đó dần dần hình thành một nhân cách nhút nhát, tự ti, sống cô lập, thiếu sự khẳng định mình. Cá biệt có trường hợp còn làm thay đổi cả tính cách của một con người.

Trẻ nổi loạn, có hành vi lệch chuẩn: Khi một đứa trẻ thường xuyên bị bạo lực, cảm xúc tức giận bị đè nén lâu dần bùng phát và trở thành thói quen, tính cách cộc cằn, thô lỗ. Nhiều trẻ có hành vi nung nấu trả thù bạn khiến cho mâu thuẫn trầm trọng hơn. Nhiều trẻ bị bạo lực hoặc chứng kiến sự bạo lực có quan niệm sống lệch lạc, không biết tôn trọng người khác và cũng không biết tôn trọng chính bản thân mình. Từ chỗ sống mất niềm tin, không được cảm nhận tình yêu thương từ chính môi trường học đường làm cho trẻ hình thành lối sống tiêu cực như: lập nên những nhóm trẻ em cùng suy nghĩ, bỏ nhà đi lang thang, hút thuốc lá, trộm cắp, cướp giật, thậm chí nghiện ma túy. Càng bị bạo lực, trẻ càng có nguy cơ rối loạn hành vi một cách tiêu cực nhiều hơn.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bạo lực học đường ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần của học sinh là nạn nhân của bạo lực và cả những học sinh chứng kiến cảnh bạo lực. Trước hết, bạo lực học đường ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, thể chất của trẻ hoặc nguy hại hơn, khiến trẻ có thể bị nguy hiểm đến tính mạng. Một số trường hợp bạo lực học đường làm cho trẻ không thể phát triển về thể chất một cách bình thường. Trẻ trở nên còi cọc, chậm lớn, tự ti bản thân hoặc hung dữ, không kiểm soát được bản thân. Trẻ thường xuyên bị bạo lực trong môi trường học đường bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm thần như gây ra các vấn đề trầm cảm, lo âu, rối loạn cảm xúc, sang chấn tâm lý thậm chí trẻ có ý định tự tử. Các nghiên cứu tâm lý học chỉ ra rằng, khi bị bạo lực, có hai xu hướng phản ứng thường xảy ra ở trẻ. Đó là trẻ có thể thay đổi tính nết trở nên hung dữ, cộc cằn, thô lỗ hay cáu gắt hoặc sống đơn độc khép kín bản thân. Đó là những biểu hiện rối loạn hành vi không mong đợi của trẻ bị bạo lực học đường. Như vậy sang chấn tâm lý do bạo lực học đường để lại tác động, hậu quả tiêu cực lâu dài trên các mặt như thể chất, cảm xúc, hành vi của trẻ. Những tác động khủng khiếp này không chỉ tác động đến sức khỏe, tâm sinh lý của trẻ ở thời điểm hiện tại mà còn cả tương lai sau này của trẻ. Quan trọng hơn là bạo lực học đường ảnh hưởng tiêu cực đến sự hình thành và phát triển nhân cách của trẻ. Chẳng hạn, đối với trẻ thường xuyên bạo lực bạn sẽ đánh mất lòng tự trọng, không còn coi chuyện vi phạm lỗi là quan trọng. Trẻ không tôn trọng người khác, có những hành vi mà người có lòng tự trọng không bao giờ làm. Trẻ cũng trở nên vô cảm, không biết lên án những hành vi phi đạo đức của người khác. Đối với trẻ là nạn nhân của bạo lực sẽ đánh mất sự tự tin trong giao tiếp, sống khép kín hoặc trở nên nổi loạn hành vi. Thực tiễn cho thấy phần lớn những trẻ em bị ngược đãi, xâm hại và bị bóc lột có tâm lý mặc cảm, tự ti hoặc tâm lý thù hận đối với người xã hội, sau này khi trưởng thành nhiều em trong số đó cũng ứng xử tương tự đối với người khác.

2.2. Một số giải pháp phòng, chống bạo lực học đường, nâng cao sức khỏe tâm thần cho trẻ em

Một là, khi phát hiện trẻ em bị bạo lực học đường, nếu nhận thấy trẻ có dấu hiệu bất thường, giáo viên, phụ huynh cần đưa trẻ đến y tế kiểm tra sức khỏe. Nhân viên công tác xã hội trường học, giáo viên chủ nhiệm cần quán triệt nguyên tắc rằng, trẻ bị bạo lực cần được thăm khám và trị liệu tâm lý, đồng thời có biện pháp xử lý dứt điểm không để tái xảy ra tình trạng bạo lực đối với trẻ.

Hai là, Nhà trường coi trọng công tác phòng ngừa, phát hiện sớm. Phát hiện sớm nguy cơ dẫn đến xung đột, bạo lực học đường và phát hiện sớm các rối loạn tâm lý ở trẻ là giải pháp đặc biệt quan trọng trong việc phòng chống bạo lực học đường và bảo vệ sức khỏe tâm thần cho học sinh. Bởi vì phát hiện sớm sẽ có sự can thiệp kịp thời, phòng tránh được các bệnh lý nguy hiểm, hành vi tiêu cực có thể xảy ra với trẻ bị bạo lực và chứng kiến bị bạo lực. Công tác phòng ngừa, phát hiện sớm gắn với công tác truyền thông nâng cao nhận thức của nhà trường, phụ huynh, trẻ về đảm bảo quyền, lợi ích của trẻ trong môi trường học đường, tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần đối với trẻ. Thông qua đó giúp giáo viên phát hiện các vấn đề nảy sinh trong lớp học. Giáo viên là người thường xuyên tiếp xúc với học sinh nên việc nhận diện thường dễ dàng hơn.

Ba là, Nhà trường thực hiện các khảo sát vấn đề của học sinh liên quan đến bạo lực, sức khỏe tâm thần trong phạm vi toàn trường để có những tư vấn cho Ban giám hiệu, giáo viên, phụ huynh phối hợp phòng chống bạo lực hiệu quả. Đồng thời, lồng ghép phòng chống bạo lực học đường trong dạy học, giúp học sinh nhận diện được vấn đề chính mình thông qua câu chuyện kể, tình huống và các buổi nói chuyện cùng chuyên gia.

Bốn là, truyền thông nâng cao kỹ năng sống, kỹ năng tự bảo vệ bản thân cho học sinh. Học sinh vừa là chủ thể và là nạn nhân của bạo lực học đường. Vì thế hơn ai hết các em phải được truyền thông để phát triển kỹ năng sống, kỹ năng tự bảo vệ bản thân cho mình. Thông qua đó, trẻ nhận diện được các nguyên nhân, dấu hiệu của bạo lực học đường và các rối loạn tâm lý khi bị bạo lực. Bài học đầu tiên giáo viên cần trang bị cho trẻ là luôn biết nói lời cảm ơn và xin lỗi, yêu thương bạn bè, tương trợ, giúp đỡ bạn bè, nói không với bạo lực học đường. Giáo viên dạy cho trẻ cách tự kiềm chế cảm xúc, khôn khéo trong xử lý mâu thuẫn và dạy cho trẻ tự giải quyết mâu thuẫn và tìm kiếm sự giúp đỡ khi cần thiết. Giáo viên cần giúp trẻ nhận thức được các đặc điểm tính cách của người hay bạo lực và người thường bị bạo lực để các em có phòng ngừa hiệu quả. Trước hết phải xác định rằng, kẻ bạo lực người khác thường chỉ dám bạo lực khi người đó cô độc, nhút nhát, yếu đuối, ít nói. Do đó để ứng phó với tình trạng bắt nạt, bạo lực ta cần tự tin, cương quyết, nhìn thẳng vào đối phương và nói “bạn không được làm thế”, “Đây là đồ dùng của mình” đồng thời cần biết quan sát tìm kiếm trợ giúp khi tình huống trở nên căng thẳng hoặc bỏ đi nơi khác. Kẻ bạo lực sẽ nao núng khi biết ta tự vệ bằng sức mạnh của chính mình, sức mạnh có ở nơi chính ta, nơi bản lĩnh, nơi đôi mắt. Bản thân cũng hãy có cách tự vệ, bằng chính thể hiện sức mạnh, thái độ quyết liệt đối mặt với kẻ hà hiếp, nhìn thẳng vào mắt đối phương và không hề nao núng, thể hiện sự giận dữ cần thiết, nhìn thẳng và trả lời kẻ bạo lực. Mặt khác, để ứng phó với tình trạng bạo lực mỗi chúng ta cần sống hoà đồng với mọi người, sống vui vẻ, kết bạn với mọi người. Có như vậy, kẻ bắt nạt, bạo lực mới không bắt nạt mình vì mình có đồng minh bên cạnh.

3. KẾT LUẬN

Bạo lực trẻ em để lại hậu quả nghiêm trọng đối với trẻ khiến cho trẻ sống khép kín, tự ti về bản thân, có thể sẽ dẫn đến hành vi lệch chuẩn khó kiểm soát. Mặc dù phòng, chống bạo lực học đường luôn được các nhà trường chú trọng tuy nhiên nó vẫn thường xuyên xảy ra ở các mức độ, biểu hiện khác nhau trong các trường học. Bạo lực trẻ em trong môi trường học đường đã xâm phạm đến quyền con người, danh dự, nhân phẩm, tính mạng của mỗi cá nhân trẻ, làm xấu đi hình ảnh nhà trường và tạo nên vết nhơ trong môi trường văn hóa học đường. Nó càng làm xói mòn về đạo đức, mất tính dân chủ xã hội và ảnh hưởng xấu đến thế hệ tương lai. Việc trẻ em bị bạo lực xảy ra rồi không có nghĩa là không xảy ra nữa. Bởi vậy, cần sự quan tâm giúp đỡ của các cơ quan ban ngành, các tổ chức xã hội có liên quan đến trẻ em. Thực hiện các biện pháp phù hợp kịp thời ngăn chặn các hành vi bạo lực có thể xảy ra tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vân An (2021), “Stress và sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên: Yếu tố ảnh hưởng và khuynh hướng”, Tạp chí *Giáo dục*.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2022), *Sổ tay hướng dẫn thực hành CTXH trong trường học*, NXB Giáo dục, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thùy Dung (2021) *Thực trạng hoạt động phòng, chống bạo lực học đường tại các trường THCS ở thành phố Hồ Chí Minh*, Tạp chí *Giáo dục*.
4. Lê Thị Hồng Hải (2023), “Bạo lực trẻ em trong gia đình hiện nay - Thực trạng và giải pháp, Viện nghiên cứu gia đình và giới”, Viện Hàn lâm khoa học xã hội Việt Nam.
5. Tô Bá Trọng (2024), “Bạo lực học đường trong các cơ sở giáo dục phổ thông hiện nay và định hướng dư luận xã hội trong việc truyền thông, Tạp chí Điện tử *Giáo chức Việt Nam*.
6. Trang web <https://cand.com.vn/giao-duc/thuc-trang-bao-luc-hoc-duong-o-nhieu-quoc-gia-bai-1--i734544/>

DỰ ÁN ĐỌC VỀ NĂNG LỰC HỌC TẬP CẢM XÚC XÃ HỘI CHO TRẺ EM GÓP PHẦN TRIỂN KHAI DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TẠI CỘNG ĐỒNG

TS. Hoàng Tuấn Ngọc¹, Nguyễn Trần Trâm Anh², Lê Đình Khôi³

Tóm tắt: Bài viết này tập trung thảo luận về thực trạng năng lực học tập cảm xúc xã hội của học sinh và các biện pháp nâng cao năng lực học tập cảm xúc xã hội của các em, góp phần phát triển dịch vụ Công tác xã hội tại cộng đồng. Thông qua phương pháp điều tra bằng bảng hỏi, bài viết đã chỉ ra thực trạng năng lực học tập cảm xúc xã hội của trẻ tham gia vào dự án như nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của cảm xúc xã hội trong sự phát triển của trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, năng lực học tập cảm xúc xã hội của trẻ ở mức khá và có thể nâng cao năng lực này cho các em thông qua các phương pháp và hoạt động giáo dục nhằm trang bị cho trẻ em kỹ năng nhận diện và quản lý cảm xúc, tạo dựng mối quan hệ tích cực với người khác, và phát triển sự đồng cảm. Ngoài ra, bài tham luận cũng nhấn mạnh vai trò của dịch vụ công tác xã hội trong cộng đồng, cách mà các nhân viên công tác xã hội có thể hỗ trợ trẻ em và gia đình thông qua dự án đọc. Phối hợp giữa các tổ chức xã hội, trường học và gia đình, dự án mong muốn tạo ra một môi trường học tập tích cực, giúp trẻ em phát triển toàn diện và nâng cao chất lượng cuộc sống tại cộng đồng.

Từ khóa: Dự án, giáo dục cảm xúc xã hội, mô hình công tác xã hội, cộng đồng.

READING PROJECT ON SOCIAL-EMOTIONAL LEARNING COMPETENCIES FOR CHILDREN AS A CONTRIBUTION TO COMMUNITY-BASED SOCIAL WORK SERVICES

Abstract: This article focuses on the current situation of students' social-emotional learning (SEL) competencies and proposes measures to enhance these competencies as a way to support the development of community-based social work services. Using a questionnaire survey method, the study explores the SEL competencies of children participating in the project, while raising awareness about the importance of social-emotional development in childhood. Research findings indicate that children's SEL competencies are at a fairly good level and can be further strengthened through specific educational methods and activities. These include helping children recognize and manage emotions, build positive relationships, and develop empathy. In addition, the article highlights the role of social work services in the community and how social workers can support children and their families through the reading project. By fostering cooperation between social organizations, schools, and families, the project aims to create a positive learning environment that promotes holistic development and improves the quality of life for children in the community.

Keywords: project, social-emotional education, social work model, community.

1. GIỚI THIỆU

Nghiên cứu thông qua triển khai dự án là một sáng kiến cộng đồng nhằm nâng cao các kỹ năng sống thiết yếu cho trẻ em, đặc biệt là trong bối cảnh phát triển dịch vụ công tác xã hội tại địa phương. Dự án tập trung vào việc phát triển năng lực học tập cảm xúc xã hội thông qua các hoạt động đọc sách, tương tác và trải nghiệm thực tế.

¹ Trường Đại học Sư phạm Thành Phố Hồ Chí Minh.

² Trường Đại học Sư phạm Thành Phố Hồ Chí Minh.

³ Trường Đại học Sư phạm Thành Phố Hồ Chí Minh.

Các lý thuyết quốc tế như khung năng lực cảm xúc xã hội của CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) đã xác định năm năng lực cốt lõi gồm: tự nhận thức, quản lý bản thân, nhận thức xã hội, kỹ năng quan hệ và ra quyết định có trách nhiệm. Những năng lực này có mối liên hệ chặt chẽ với sự thành công học đường và phát triển cá nhân toàn diện (CASEL, 2020). Ngoài ra, các tài liệu mới hơn của OECD như báo cáo “*Nuôi dưỡng kỹ năng cảm xúc xã hội trên toàn cầu*” (“Nurturing Social and Emotional Skills Across the Globe”, 2023) và “*Kỹ năng cảm xúc xã hội cho cuộc sống tốt đẹp hơn*” (“Social and Emotional Skills for Better Lives”, 2024) tiếp tục phân tích mối liên hệ giữa SEL với thành tích học tập, sức khỏe tinh thần và hành vi xã hội. Các báo cáo này cũng đưa ra khuyến nghị chính sách nhằm phát triển kỹ năng cảm xúc xã hội như một năng lực cốt lõi toàn cầu. Dự án hiện tại kế thừa và nội địa hóa những định hướng đó thông qua phương pháp đọc sách phản hồi sáng tạo, kết hợp tương tác nhóm và đánh giá đa chiều.

Dự án sẽ triển khai nhiều hoạt động đa dạng và hấp dẫn, bao gồm: Thứ nhất là tổ chức các buổi đọc sách tương tác: Sử dụng sách truyện có nội dung liên quan đến cảm xúc, kỹ năng xã hội để khơi gợi sự thảo luận và chia sẻ ở trẻ em; Thứ hai là tổ chức các trò chơi và hoạt động trải nghiệm: Thiết kế các trò chơi đóng vai, hoạt động nhóm, hoạt động sáng tạo nhằm giúp trẻ em thực hành các kỹ năng SEL trong tình huống thực tế; Thứ ba là huấn luyện và chia sẻ cho phụ huynh, cung cấp kiến thức và kỹ năng cho phụ huynh về cách hỗ trợ con cái phát triển trí tuệ cảm xúc tại nhà; Thứ tư là xây dựng thư viện sách SEL: Tuyển chọn và bổ sung các đầu sách phù hợp với lứa tuổi và nội dung SEL; Phối hợp với các tổ chức công tác xã hội: Lồng ghép các hoạt động của dự án vào các chương trình hỗ trợ cộng đồng, tăng cường hiệu quả can thiệp; Thứ năm là dự án “*Đọc về Năng lực Học tập Cảm xúc Xã hội cho Trẻ em*” không chỉ là một sáng kiến giáo dục mà còn là một phần quan trọng trong việc xây dựng một cộng đồng vững mạnh và nhân ái. Bằng cách trang bị cho trẻ em những kỹ năng cảm xúc và xã hội cần thiết, dự án giúp các em phát triển toàn diện, tự tin vượt qua thử thách, xây dựng các mối quan hệ tích cực và trở thành những công dân có trách nhiệm trong tương lai. Đây cũng là một bước đi thiết thực trong việc chuẩn hóa và mở rộng các dịch vụ công tác xã hội tại cộng đồng, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao về hỗ trợ tâm lý và xã hội cho trẻ em và gia đình.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Trong những năm gần đây, các chương trình giáo dục cảm xúc - xã hội (SEL) đã được đánh giá tích cực trên toàn cầu, với nhiều bằng chứng cho thấy tác động của chúng đến kết quả học tập, hành vi và sức khỏe tinh thần của học sinh (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017; OECD, 2024a, 2024b).

Tại Việt Nam, SEL đã bắt đầu được triển khai trong một số chương trình giáo dục, đặc biệt ở bậc tiểu học, tuy nhiên việc tích hợp còn mang tính thử nghiệm, thiếu đồng bộ và chưa được hệ thống hóa toàn diện trong chương trình chính khóa. Một nghiên cứu của Bùi Thị Điền và Lê Anh Vinh (2023) phân tích chương trình môn Ngữ văn từ cấp chính sách đến thực tiễn giảng dạy cho thấy SEL chủ yếu được lồng ghép gián tiếp thông qua các hoạt động cảm thụ văn học, thiếu định hướng cụ thể và chưa trở thành một cấu phần giảng dạy chính thức. Bên cạnh đó, khảo sát của Huỳnh Văn Sơn và cộng sự (2023) với giáo viên tiểu học chỉ ra rằng, mặc dù giáo viên có nhận thức tích cực về vai trò của SEL, nhưng việc triển khai thực tế còn gặp nhiều rào cản như thiếu tài liệu hướng dẫn, hạn chế kỹ năng sư phạm và sự mơ hồ về phương pháp tích hợp phù hợp.

Từ thực tiễn này, có thể thấy rằng SEL tại Việt Nam hiện vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm và cần được củng cố về mặt lý luận cũng như thực hành. Việc kết hợp SEL vào hoạt động đọc sách - với đặc trưng trải nghiệm, tính tương tác và hình thức đánh giá đa chiều - như mô hình đề xuất trong nghiên cứu này, có thể là một hướng tiếp cận khả thi nhằm nâng cao hiệu quả giáo dục cảm xúc - xã hội trong môi trường phổ thông và cộng đồng.

3. TRIỂN KHAI MÔ HÌNH DỰ ÁN ĐỌC

3.1. Đối tượng tham gia dự án đọc

Đối tượng thụ hưởng trực tiếp từ dự án là cộng đồng học sinh đang theo học tại các trường tiểu học Trần Nhân Tôn, Trương Định, Phú Lâm, Bình Trọng, Phú Lâm. Đối tượng thụ hưởng gián tiếp là cộng đồng học sinh tiềm năng (sẽ học tại các trường), cộng đồng giáo viên đang và sẽ công tác tại các trường, phụ huynh của học sinh.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của khách thể nghiên cứu

	Phân loại	Số lượng (N=40)	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	19	47,5
	Nữ	21	52,5
Cấp học	Tiểu học	29	72,5
	Trung học cơ sở	11	27,5
Đặc điểm gia đình	Gia đình mở rộng	10	25
	Gia đình hạt nhân	18	45
	Gia đình đơn thân	10	25
	Khác	2	5

Bảng trên cho thấy đặc điểm nhân khẩu học của 40 học sinh tham gia dự án. Về giới tính, tỉ lệ nam (47,5%) và nữ (52,5%) khá cân bằng. Về cấp học, học sinh tiểu học chiếm tỉ lệ chủ yếu (72,5%). Về hoàn cảnh gia đình, phần lớn học sinh sống trong gia đình hạt nhân (45%), tiếp theo là nhóm sống trong gia đình mở rộng và đơn thân (mỗi nhóm chiếm 25%). Đáng chú ý, một số học sinh thuộc nhóm hoàn cảnh đặc biệt như mồ côi hoặc sống cùng người thân thay vì cha mẹ ruột (chiếm tổng cộng 5%). Những số liệu này phản ánh sự đa dạng trong điều kiện sống và bối cảnh phát triển của học sinh, từ đó đặt ra yêu cầu về các phương pháp can thiệp phù hợp với từng nhóm đối tượng trong quá trình triển khai dự án.

3.2. Sản phẩm của dự án đọc

Bắt đầu hoạt động từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025, dự án đã có những sản phẩm nhất định như sau: giáo án tiết dạy, nhật ký trưởng thành của học sinh.

Một trong những sản phẩm trọng tâm của dự án là kế hoạch đọc sách tích hợp theo tháng, được xây dựng theo tiến trình thời gian từ tháng 9/2023 đến tháng 5/2025, với mỗi tháng học sinh tiếp cận và khai thác một tác phẩm cụ thể. Tổng cộng 18 đầu sách đã được lựa chọn có chủ đích, bảo đảm tính đa dạng về thể loại (truyện cổ tích, dân gian, hiện đại, truyện ngụ ngôn, khoa học phổ thông...) và nội dung giáo dục. Mỗi tác phẩm được gắn kết chặt chẽ với mục tiêu phát triển đồng thời năng lực đọc - viết và năng lực cảm xúc - xã hội thông qua các hoạt động như đọc hiểu theo hướng phản hồi mở, viết sáng tạo, thảo luận nhóm và ứng dụng tình huống

đạo đức - xã hội. Cấu trúc liên thông giữa hai năm học (lớp 1 và lớp 2) đảm bảo tính kế thừa, đồng thời nâng dần độ phức tạp về yêu cầu kỹ năng, giúp học sinh hình thành và phát triển các năng lực nền tảng như diễn đạt ngôn ngữ, đồng cảm, tự chủ, hợp tác và gắn kết cộng đồng. Việc thiết kế hoạt động đọc theo lịch trình tháng cụ thể không chỉ tạo sự nhất quán cho tiến trình giáo dục mà còn hỗ trợ giáo viên chủ động xây dựng kế hoạch sư phạm, cá nhân hóa hỗ trợ và theo dõi sự phát triển của từng học sinh một cách hệ thống và bền vững.

Bảng 2. Chương trình đọc sách 18 tháng (2023 - 2025)

Tháng/Năm	Tên sách	Nội dung chính	Năng lực đọc - viết	Kỹ năng cảm xúc - xã hội
09/2023	Bà Phí Quá đi theo sông	Bảo vệ môi trường	Nhận biết thông tin	Hợp tác nhóm
10/2023	Con ngỗng đẻ trứng vàng	Bài học về lòng tham	Viết cảm nhận	Kiểm soát cảm xúc
11/2023	Cô bé quàng khăn đỏ	An toàn cá nhân	Kể lại câu chuyện	Tự bảo vệ
12/2023	Sự tích dưa hấu	Gắn kết gia đình	Viết đoạn mô tả	Quan tâm gia đình
01/2024	Cậu bé chăn cừu	Tính trung thực	So sánh nhân vật	Tự đánh giá hành vi
02/2024	Sư tử và chuột	Giúp đỡ lẫn nhau	Viết lời thoại	Đồng cảm
03/2024	Rùa và Thỏ	Kiên trì bền bỉ	Sáng tạo kết thúc mới	Tinh thần nỗ lực
04/2024	Ba chú heo con	Lập kế hoạch	Nhật ký nhân vật	Ra quyết định
05/2024	Cô bé bán diêm	Thấu hiểu cuộc sống	Viết thư cho nhân vật	Trắc ẩn xã hội
Nghỉ hè				
09/2024	Làm gì với rác thải	Bảo vệ thiên nhiên	Viết bài phản ánh	Trách nhiệm cộng đồng
10/2024	Những nhạc công thành Bremen	Tinh thần đồng đội	Sáng tác truyện tranh	Làm việc nhóm
11/2024	Sự tích bánh chưng bánh giầy	Giá trị văn hóa	So sánh truyền thống	Tôn trọng sự khác biệt
12/2024	Trái đất của chúng ta	Kiến thức khoa học	Ghi chú thông tin	Tự học
01/2025	Pinocchio	Trưởng thành nhân cách	Miêu tả nhân vật	Tự điều chỉnh
02/2025	Chuột phố và chuột đồng	Lối sống đô thị - nông thôn	Viết bài tranh luận	Chấp nhận khác biệt
03/2025	Chú quạ thông minh	Giải quyết vấn đề	Viết kịch bản	Tư duy sáng tạo
04/2025	Cậu bé thông minh	Tự lực tự cường	Viết thư phản hồi	Tự tin
05/2025	Bầy chim thiên nga	Tình yêu thương	Nhật ký nhân vật	Thấu cảm sâu sắc

Bên cạnh kế hoạch đọc sách tích hợp theo chủ đề, nhóm nghiên cứu đã phát triển hệ thống Phiếu trưởng thành nhằm đánh giá sự phát triển năng lực đọc - viết và thái độ học tập của học sinh trong suốt quá trình tham gia dự án. Phiếu dành cho học sinh tiểu học tập trung vào 8 năng lực đọc - viết cơ bản và 5 biểu hiện cảm xúc - xã hội; trong khi phiếu dành cho học sinh trung học cơ sở mở rộng lên 16 năng lực, bao gồm tư duy phân tích, kỹ năng trình bày và thể hiện cá nhân. Các phiếu được sử dụng trước và sau dự án, kết hợp nhận xét từ giáo viên, học sinh và phụ huynh để phản ánh tiến trình thay đổi thực tế.

Bảng 3. Mẫu phiếu trưởng thành dành cho học sinh tiểu học

Thông tin học sinh:

- Họ và tên:
- Lớp:
- Giai đoạn ghi nhận: [] Trước khi tham gia dự án đọc sách [] Cuối dự án đọc sách

I. Năng lực học tập - đọc - viết

STT	Tiêu chí	Ghi nhận hiện tại
1	Thói quen đọc	
2	Năng lực đọc hiểu	
3	Năng lực viết lại/sáng tạo	
4	Ghi nhớ & dùng từ vựng	
5	Biết đặt câu hỏi/thảo luận	
6	Diễn đạt - trình bày	
7	Trình bày logic (mở-thân-kết)	
8	Tự đánh giá cảm xúc	

II. Thái độ học tập - cảm xúc - xã hội

STT	Tiêu chí	Ghi nhận hiện tại
1	Trung thực & chính xác	
2	Chủ động & tự học	
3	Hợp tác nhóm	
4	Lắng nghe & phản hồi	
5	Tự tin & thể hiện bản thân	

III. Trích dẫn lời học sinh (nếu có):

IV. Trích dẫn lời giáo viên hoặc phụ huynh:

Bảng 4. Mẫu phiếu trưởng thành dành cho học sinh trung học cơ sở

Thông tin học sinh:

- Họ và tên:
- Lớp:
- Giai đoạn ghi nhận: [] Trước khi tham gia dự án đọc sách [] Cuối dự án đọc sách

V. Năng lực học tập - đọc - viết

STT	Tiêu chí	Ghi nhận hiện tại
1	Thói quen đọc sách	
2	Kỹ thuật đọc sách	
3	Năng lực đọc hiểu & khai thác nội dung	
4	Năng lực tư duy logic	
5	Năng lực tư duy phê phán	
6	Năng lực phân tích - tổng hợp thông tin	
7	Năng lực sáng tạo trong nội dung viết	
8	Năng lực sử dụng từ vựng	
9	Nói - Nghe (diễn đạt - thảo luận)	
10	Tính trung thực trong diễn đạt	
11	Tính độc đáo trong cách viết	
12	Tính khả thi (ý tưởng có thể thực hiện)	
13	Tính nhất quán trong trình bày	

14	Tính kinh tế (diễn đạt ngắn gọn - hiệu quả)	
15	Tính chính xác (ngữ pháp - logic - dấu câu)	
16	Tính tự nhiên (giọng điệu, cá tính riêng)	

VI. Thái độ học tập - cảm xúc - xã hội

STT	Tiêu chí	Ghi nhận hiện tại
1	Chủ động & tự học	
2	Hợp tác - làm việc nhóm	
3	Lắng nghe - tiếp thu phản hồi	
4	Tự tin trình bày - giao tiếp	
5	Tự đánh giá cảm xúc khi đọc - viết	

VII. Trích dẫn lời học sinh (nếu có):

.....

.....

VIII. Trích dẫn lời giáo viên hoặc phụ huynh:

.....

.....

2.3. Phương pháp nghiên cứu dự án đọc

2.3.1. Đối tượng và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu được thực hiện với 40 học sinh đến từ các trường tiểu học và trung học cơ sở tại TP. Hồ Chí Minh, bao gồm Trần Nhân Tôn, Trương Định, Phú Lâm, Bình Trọng. Mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, dựa trên sự tham gia đầy đủ của học sinh trong giai đoạn đầu của dự án đọc sách tích hợp SEL. Nhóm mẫu có sự đa dạng về giới tính, cấp học và hoàn cảnh gia đình, phản ánh bối cảnh học tập và phát triển của học sinh trong môi trường cộng đồng đô thị.

2.3.2. Công cụ khảo sát và quy trình đánh giá

Để khảo sát nhận thức của học sinh về năng lực học tập, nhóm nghiên cứu sử dụng thang đo PASS (Perception of Ability Scale for Students) do Chapman và Maguire (1979) xây dựng. PASS là một công cụ tự báo cáo gồm 70 phát biểu dạng “có/không”, phản ánh cảm nhận của học sinh về sáu thành phần năng lực: (1) năng lực học tập tổng quát, (2) toán học, (3) đọc - đánh vần, (4) viết - trình bày, (5) sự hài lòng với trường học, và (6) sự tự tin học tập.

Quy trình xử lý dữ liệu PASS được thực hiện theo ba bước:

1. Tính điểm thô: Số lượng câu trả lời “có” trong từng nhóm phát biểu của sáu thành phần được cộng lại để tính điểm thô.
2. Chuyển đổi điểm T (T-score): Điểm thô được đổi chiều với bảng chuẩn hóa theo giới tính để xác định điểm T, với giá trị trung bình là 50 và độ lệch chuẩn là 10.
3. Chuyển đổi sang phần trăm chuẩn hóa (percentile rank): Điểm T được chuyển đổi sang phần trăm thứ hạng nhằm xác định vị trí tương đối của học sinh trong nhóm mẫu.

Học sinh được phân loại theo năm mức độ tự nhận thức năng lực học tập: rất thấp (≤ 29), thấp (30-39), trung bình (40-59), cao (60-69), và rất cao (≥ 70). Dữ liệu này phản ánh rõ thực trạng tự tin học tập của học sinh trước khi tham gia các hoạt động can thiệp. Ngoài ra, một số trường hợp được chọn để xây dựng hồ sơ học sinh, cho phép phân tích định tính tiến trình

chuyển biến thông qua điểm PASS trước - sau, kết hợp với nhận xét của giáo viên, sản phẩm học tập và phát biểu cá nhân của học sinh.

Song song với PASS, nhóm nghiên cứu còn sử dụng phiếu đánh giá năng lực đọc - viết dành cho hai nhóm tuổi: tiểu học và trung học cơ sở. Công cụ này nhằm ghi nhận tiến trình phát triển kỹ năng ngôn ngữ học thuật và biểu hiện cảm xúc - xã hội liên quan đến học tập.

- Đối với học sinh tiểu học: phiếu gồm 8 tiêu chí, bao gồm: thói quen đọc sách, năng lực đọc hiểu, khả năng sáng tạo, vốn từ vựng, kỹ năng nói - nghe, tính trung thực, tính nhất quán và tính chính xác.
- Đối với học sinh trung học cơ sở: mở rộng thành 16 tiêu chí, bổ sung các năng lực như tư duy logic, tư duy phản biện, phân tích - tổng hợp, kỹ thuật trình bày, tính khả thi, tính tự nhiên và độc đáo.

Mỗi tiêu chí được chấm theo thang điểm 0-5. Trung bình điểm toàn bộ tiêu chí sẽ được quy đổi thành ba mức: thấp (0-1.5), trung bình (1.6-3.4) và cao (3.5-5.0). Phiếu được sử dụng ở hai thời điểm: trước và sau dự án, kết hợp với nhận xét định tính từ giáo viên, học sinh và phụ huynh để theo dõi tiến trình thay đổi cá nhân.

2.3.3. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu khảo sát được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Phân tích chủ yếu sử dụng phương pháp thống kê mô tả, gồm điểm trung bình, độ lệch chuẩn và tỉ lệ phân loại học sinh theo các mức điểm T trong từng lĩnh vực. Do phạm vi bài viết tập trung vào khảo sát thực trạng ban đầu, kết quả phản ánh mức độ tự tin và cảm nhận năng lực học tập của học sinh tại thời điểm trước can thiệp.

2.4. Kết quả thực hiện dự án đọc

2.4.1. Thực trạng năng lực học tập xã hội của học sinh

Bảng 5 cho thấy năng lực học tập nói chung của học sinh ở mức thấp so với chuẩn trung bình. Cụ thể, điểm tổng PASS trung bình đạt 29.92 (ĐLC = 10.28) trên thang điểm tối đa 70, phản ánh nhận thức chưa tích cực của học sinh về năng lực học tập của bản thân. Điểm T trung bình là 37.63 (ĐLC = 7.08), nằm dưới mức trung bình chuẩn (M = 50; ĐLC = 10), cho thấy mức độ tự tin trong học tập của học sinh còn hạn chế. Điểm phần trăm trung bình chỉ đạt 15.70 (ĐLC = 15.99), nghĩa là phần lớn học sinh trong mẫu khảo sát có kết quả thấp hơn so với mặt bằng chung của nhóm chuẩn, và độ lệch chuẩn cao ở chỉ số này cho thấy sự phân hóa rõ rệt giữa các cá nhân. Kết quả này chỉ ra nhu cầu cấp thiết trong việc xây dựng các chương trình hỗ trợ giúp học sinh nâng cao nhận thức, củng cố niềm tin vào khả năng học tập và phát triển kỹ năng cảm xúc - xã hội.

Bảng 5. Thực trạng năng lực học tập của học sinh (N = 40)

Phân loại	ĐTB	ĐLC
Điểm tổng PASS	29.92	10.28
Điểm T	37.63	7.08
Điểm phần trăm	15.70	15.99

Kết quả bảng 6 cho thấy phần lớn học sinh tự đánh giá ở mức trung bình, tuy nhiên điểm T trung bình của nhóm này vẫn dưới ngưỡng chuẩn ($M = 50$), phản ánh mức độ tự tin còn hạn chế.

- Đối với năng lực học tập chung, nhóm “trung bình” đạt $T = 45.75$, cao hơn nhóm “thấp hơn trung bình” ($T = 36.67$), cho thấy sự phân hóa về mức độ tự tin.
- Tự tin trong môn toán thể hiện mức dao động đáng kể, điểm T dao động từ 24.50 (“rất thấp”) đến 64.00 (“rất cao”).
- Với năng lực đọc/đánh vần, nhóm “trung bình” đạt $T = 45.52$, trong khi nhóm “rất thấp” chỉ đạt $T = 28.33$ (đọc) và $T = 20.00$ (viết), cho thấy mức tự tin thấp trong kỹ năng ngôn ngữ.
- Điểm T ở sự hài lòng với trường học được thể hiện cao hơn so với các lĩnh vực khác, nhóm “trung bình” đạt $T = 45.03$, phản ánh cảm nhận tích cực về môi trường học tập.
- Sự tự tin về năng lực học tập là chỉ số phản ánh tổng thể niềm tin của học sinh vào khả năng học tập của bản thân. Điểm T tăng dần từ nhóm “rất thấp” ($T = 25.57$) đến “trung bình” ($T = 49.41$), tuy chưa vượt chuẩn nhưng cho thấy xu hướng cải thiện theo nhận thức chủ quan của học sinh.

Nhìn chung, dữ liệu phản ánh mức độ tự tin của học sinh còn ở mức thấp, đặc biệt trong các kỹ năng học thuật cơ bản. Kết quả này cho thấy sự cần thiết của các can thiệp giáo dục như hoạt động đọc sách nhằm nâng cao nhận thức và củng cố niềm tin vào khả năng học tập cá nhân.

Bảng 6. Mức độ tự tin về các thành tố thuộc năng lực học tập của học sinh

Yếu tố	Tần số (N=40)	Tỷ lệ (%)	ĐTB	ĐLC
Năng lực chung				
Thấp hơn trung bình	12	30	36.67	2.93
Trung bình	28	70	45.75	4.07
Toán học				
Rất thấp so với trung bình	2	5	24.50	3.54
Thấp hơn trung bình	16	40	33.31	3.18
Trung bình	20	50	46.10	4.83
Rất cao so với trung bình	2	5	64.00	12.73
Đọc/ đánh vần				
Rất thấp so với trung bình	3	7.5	28.33	1.16
Thấp hơn trung bình	10	25	36.40	2.32
Trung bình	27	67.5	45.52	3.26
Chữ viết đẹp/ sự gọn gàng				
Rất thấp so với trung bình	2	2.5	20.00	9.90
Thấp hơn trung bình	11	27.5	35.64	2.77
Trung bình	27	67.5	44.74	4.21
Sự hài lòng đối với trường học				
Thấp hơn trung bình	9	22.5	37.00	1.23
Trung bình	31	77.5	45.03	3.75
Sự tự tin về năng lực học tập				
Rất thấp so với trung bình	7	17.5	25.57	1.51
Thấp hơn trung bình	6	15	35.67	0.516
Trung bình	27	67.5	49.41	4.69

2.4.2. Tác động của dự án đọc đến năng lực học tập cảm xúc xã hội của học sinh

Phân tích trường hợp học sinh Lý Phúc Thịnh

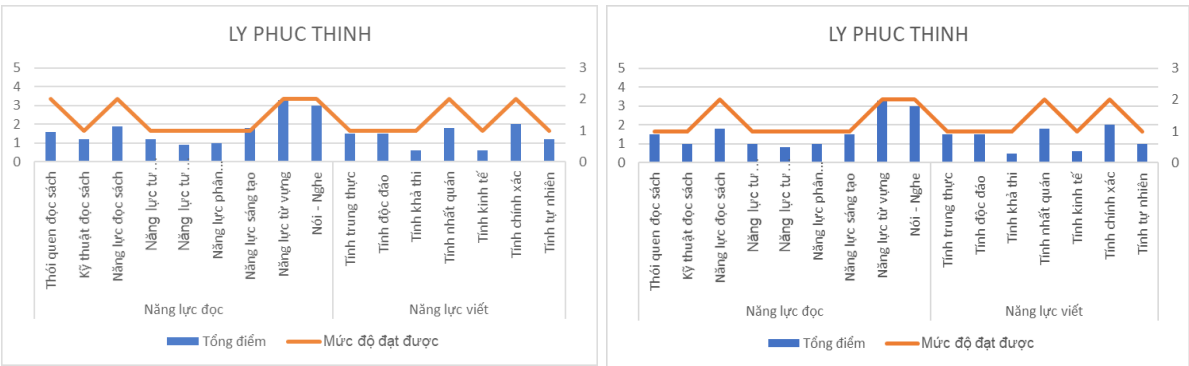
Lý Phúc Thịnh là học sinh trung học cơ sở tham gia dự án đọc sách kéo dài từ tháng 9/2023 đến tháng 5/2025, với mục tiêu phát triển năng lực học tập và cảm xúc xã hội thông qua các hoạt động đọc hiểu, viết sáng tạo và tương tác nhóm. Ở giai đoạn khởi đầu, Thịnh là một học sinh khá trầm lặng, thiếu tự tin, kỹ năng diễn đạt và tổ chức ý trong viết còn đơn giản và thiếu chiều sâu. Việc đọc sách thường mang tính đối phó, vốn từ hạn chế và chưa có khả năng đưa ra nhận định cá nhân trong quá trình đọc.

Tiến trình phát triển năng lực đọc - viết

Trong suốt quá trình tham gia dự án, Thịnh từng bước được tiếp cận với các dạng bài đọc và viết theo hướng phát triển tư duy phản biện, phân tích, sáng tạo và tự diễn đạt. Những giờ thảo luận nhóm, phản hồi mở và viết lại kết thúc câu chuyện đã giúp em mạnh dạn trình bày suy nghĩ, dần dần cải thiện khả năng tổ chức ý tưởng và dùng từ linh hoạt hơn.

Dựa trên bảng điểm năng lực chi tiết, có thể nhận thấy sự phát triển đáng kể của Thịnh qua hai giai đoạn. Trước dự án, các điểm số năng lực đọc - viết đều ở mức thấp: thói quen đọc sách (1.5), kỹ thuật đọc (1.0), năng lực đọc sách (1.8), tư duy logic (1.0), tư duy phê phán (0.8), phân tích - tổng hợp (1.0), sáng tạo (1.5), từ vựng (3.3), nói - nghe (3.0). Ở nhóm năng lực viết, các chỉ số như tính trung thực (1.5), độc đáo (1.5), khả thi (0.5), nhất quán (1.8), chính xác (2.0) cho thấy sự chưa ổn định trong tư duy lập luận và trình bày.

Sau hai năm tham gia dự án, các chỉ số đều tăng trưởng đáng kể, thể hiện sự thay đổi không chỉ về kỹ năng mà còn ở thói quen học tập. Cụ thể, thói quen đọc tăng lên 1.6, kỹ thuật đọc 1.2, năng lực đọc 1.9, sáng tạo 1.8, tư duy logic 1.2, tư duy phê phán 0.9, phân tích - tổng hợp 1.0, từ vựng duy trì ở mức cao 3.3, nói - nghe 3.0. Ở nhóm năng lực viết, tính chính xác tăng lên 2.0, tính khả thi 0.6, các chỉ số khác như trung thực, độc đáo, nhất quán giữ ổn định hoặc tăng nhẹ. Sự tiến bộ này cho thấy năng lực đọc - viết của Thịnh không phát triển tức thì nhưng có tính ổn định và tiềm năng phát triển bền vững.



Hình 1. Năng lực đọc - viết của học sinh Lý Phúc Thịnh trước và sau dự án

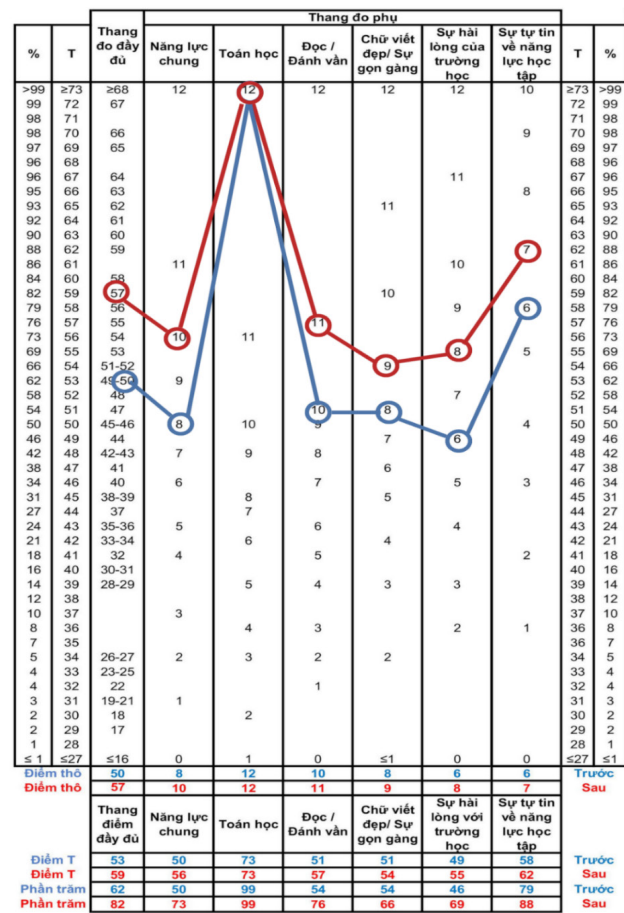
(Ghi chú: Cột màu xanh biểu thị điểm số của học sinh theo từng tiêu chí; đường màu cam biểu thị mức độ đạt được. Biểu đồ bên trái thể hiện kết quả trước dự án, bên phải là kết quả sau dự án)

Hồ sơ điểm PASS và mối liên hệ với năng lực học tập tổng thể

Dữ liệu từ bảng điểm PASS cho thấy sự phát triển năng lực đọc - viết của học sinh Lý Phúc Thịnh có liên hệ mật thiết với sự cải thiện toàn diện trong năng lực học tập tổng thể. Cụ thể, tổng điểm T tăng từ 50 lên 59, nâng tỷ lệ phần trăm so với chuẩn từ 62% lên 82%, phản ánh sự tiến bộ rõ rệt trong nhận thức học tập và thái độ học tập của học sinh.

Ở các thang đo phụ, năng lực đọc - đánh vần tiếp tục giữ ở mức rất cao, tăng từ T = 73 lên T = 76, với tỷ lệ phần trăm duy trì ở ngưỡng 99%. Năng lực toán học cũng ổn định ở mức T = 73, cho thấy học sinh có nền tảng tư duy logic vững. Các thang đo phản ánh kỹ năng học tập và cảm xúc xã hội khác như chữ viết đẹp/gọn gàng (T tăng từ 51 lên 54; % tăng từ 54% lên 66%), sự hài lòng với trường học (T tăng từ 49 lên 55; % tăng từ 46% lên 69%) và sự tự tin về năng lực học tập (T tăng từ 58 lên 62; % tăng từ 79% lên 88%) đều có mức tăng đáng kể. Những thay đổi này không chỉ là biểu hiện số liệu, mà còn phản ánh sự phát triển đồng bộ giữa kỹ năng ngôn ngữ, cảm xúc xã hội và năng lực học tập tổng thể.

Đặc biệt, mối liên hệ giữa năng lực đọc - viết và các thang đo phản ánh cảm xúc và thái độ học tập, như sự tự tin về năng lực học tập và sự hài lòng với trường học, cho thấy sự chuyển biến tích cực trong cảm nhận bản thân và mức độ gắn bó với môi trường học tập. Kết quả này khẳng định năng lực ngôn ngữ không chỉ là một kỹ năng riêng lẻ mà còn là yếu tố nền tảng, có vai trò hỗ trợ và thúc đẩy phát triển các năng lực học tập phụ trợ khác trong hệ thống PASS.



Hình 2. Hồ sơ tính điểm PASS của học sinh Lý Phúc Thịnh trước và sau dự án

(Ghi chú: Đường màu xanh biểu thị điểm số của học sinh trước khi tham gia dự án; đường màu đỏ biểu thị điểm số sau khi kết thúc dự án.)

Trường hợp học sinh Lý Phúc Thịnh cho thấy quá trình phát triển năng lực đọc - viết có ảnh hưởng sâu rộng đến toàn bộ hệ thống năng lực học tập và cảm xúc xã hội. Sự gia tăng ở cả điểm tổng và các thang đo phụ trong hồ sơ PASS thể hiện sự thay đổi về nhận thức học tập, từ một học sinh chưa có thói quen đọc, thiếu tự tin và hạn chế trong diễn đạt, trở thành người học chủ động hơn, có khả năng biểu đạt suy nghĩ rõ ràng và tiếp cận nhiệm vụ học tập một cách linh hoạt hơn. Dự án đọc sách, với thiết kế can thiệp tích hợp giữa đọc hiểu, viết sáng tạo và thảo luận phản biện, đã tạo ra môi trường thuận lợi cho sự chuyển hóa này. Trường hợp này góp phần củng cố luận điểm rằng phát triển năng lực ngôn ngữ là điều kiện cần thiết để nâng cao hiệu quả học tập nói chung, đồng thời là chìa khóa thúc đẩy sự phát triển toàn diện của học sinh trong bối cảnh giáo dục tiêu học hiện đại.

3. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy dự án này đóng vai trò quan trọng trong việc nuôi dưỡng những hạt mầm cảm xúc và xã hội tích cực cho thế hệ trẻ. Thông qua việc tiếp cận và lan tỏa các kiến thức về năng lực học tập cảm xúc - xã hội (SEL) qua hoạt động đọc sách, dự án không chỉ góp phần nâng cao nhận thức của trẻ em, phụ huynh và cộng đồng, mà còn trực tiếp trang bị những kỹ năng sống thiết yếu, giúp các em phát triển toàn diện và ứng phó tốt hơn với những thách thức trong cuộc sống.

Tuy nhiên, quá trình triển khai mô hình thực tế cũng cho thấy một số khó khăn nhất định, từ đó đặt ra các kiến nghị nhằm phát huy tác động bền vững của dự án đối với cộng đồng. Trước hết, đội ngũ triển khai còn thiếu kinh nghiệm trong việc vận dụng SEL vào hoạt động đọc sách, đặc biệt là với học sinh có hoàn cảnh đặc biệt hoặc nhu cầu hỗ trợ riêng. Điều này dẫn đến đề xuất mở rộng phạm vi và đối tượng thụ hưởng, không chỉ mở rộng địa bàn sang các khu vực lân cận hoặc cộng đồng còn thiếu dịch vụ công tác xã hội, mà còn cần đa dạng hóa đối tượng - từ trẻ mầm non đến thanh thiếu niên - để đáp ứng đặc điểm cảm xúc - xã hội ở mỗi giai đoạn phát triển.

Bên cạnh đó, tài liệu đọc và hoạt động thực hành vẫn còn mang tính thử nghiệm, thiếu sự đa dạng phù hợp với từng độ tuổi. Điều này đặt ra yêu cầu về việc phát triển tài liệu và hoạt động mang nội dung SEL phong phú, phù hợp với văn hóa Việt Nam. Các sản phẩm như sách, truyện tranh, tài liệu hướng dẫn nên được biên soạn và xuất bản bài bản, kết hợp với các hoạt động tương tác, trò chơi giáo dục để nâng cao chất lượng và tính bền vững của mô hình.

Hoạt động đào tạo cho tình nguyện viên và giáo viên cũng là một thách thức khi chưa đảm bảo được chiều sâu và tính kế thừa. Việc tổ chức các khóa tập huấn chuyên sâu về SEL, phương pháp đọc sách tương tác và kỹ năng ứng dụng SEL trong công tác xã hội là cần thiết để đội ngũ thực hiện có thể hỗ trợ trẻ em và phụ huynh một cách hiệu quả nhất.

Ngoài ra, việc huy động nguồn lực từ cộng đồng địa phương và các tổ chức hỗ trợ chưa ổn định, ảnh hưởng đến khả năng duy trì lâu dài mô hình. Do đó, cần thiết lập các quan hệ đối

tác chiến lược với nhà trường, trung tâm y tế, tổ chức phi chính phủ, doanh nghiệp và cơ quan chính quyền để đảm bảo hỗ trợ về tài chính, cơ sở vật chất và nhân lực.

Cuối cùng, một trong những trở ngại lớn là thay đổi thói quen học tập và nhận thức của học sinh trong thời gian ngắn, nhất là ở nhóm thiếu nền tảng kỹ năng học tập ban đầu. Việc thiết lập hệ thống theo dõi và đánh giá định kỳ sẽ giúp nắm bắt tiến trình phát triển, kịp thời điều chỉnh và cải tiến mô hình cho phù hợp với thực tiễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boersma, F. J., Chapman, J. W., & Maguire, T. O. (1979). The Student's Perception of Ability Scale: An Instrument for Measuring Academic Self-Concept in Elementary School Children.
2. Educational and Psychological Measurement, 39(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1177/001316447903900443>
3. Samsung Dream Scholarship Foundation. (n.d.). <https://eng.sdream.or.kr/>
4. CASEL'S SEL Framework - CASEL. (2020). CASEL. <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>
5. OECD (2024), Nurturing Social and Emotional Learning Across the Globe: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/32b647d0-en>.
6. OECD (2024), Social and Emotional Skills for Better Lives: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/35ca7b7c-en>.
7. Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
8. Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
9. Huynh, V.S., Giang, T.V., Nguyen, V.K., Nguyen, C.H., & Bui, H.Q. (2023). The possibility of applying the Social-Emotional Learning Model in teaching of primary Teachers: a Vietnamese case study. *European Journal of Educational Research*, volume-12-2023(volume-12-issue-1-january-2023), 387-395. <https://doi.org/10.12973/eu-jer.12.1.387>
10. Bui, T.D. & Le, A.V. (2023). How social-emotional learning is integrated into the Vietnamese Language and Literature subject: A review from curriculum and textbooks to teachers' practices. In A. Smart, S. Iannuzzi, L. Horvath, & M. Sinclair (Eds.), *Volume 4: Doing More with Language and Teaching* (tr. 168-195). NISSEM Global Briefs.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG BUÔN MA THUỘT TỈNH ĐẮK LẮK VÀ GỢI MỞ VAI TRÒ CỦA CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CUNG CẤP DỊCH VỤ KẾT NỐI GIỮA NHÀ TRƯỜNG VÀ CỘNG ĐỒNG

ThS. Đỗ Thị Liên¹

Tóm tắt: Bài viết trình bày kết quả nghiên cứu về thực trạng sức khỏe tâm thần học sinh THPT tại Trường THPT Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk và đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội kết nối giữa nhà trường và cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu được tiến hành năm 2024, kết quả khảo sát 400 học sinh cho thấy tỷ lệ cao các vấn đề lo âu, trầm cảm và stress, đặc biệt trong nhóm học sinh lớp 12 và nhóm có hoàn cảnh gia đình khó khăn. Tuy nhiên, mức độ nhận thức và khả năng tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ tâm lý của học sinh vẫn còn hạn chế, thiếu sự liên kết giữa nhà trường và hệ thống dịch vụ cộng đồng.

Trên cơ sở phân tích kết quả khảo sát, bài viết làm rõ 5 định hướng can thiệp mà công tác xã hội trường học có thể đảm nhận: (1) phát hiện sớm và tầm soát các vấn đề tâm lý thông qua hoạt động sàng lọc trong nhà trường; (2) cung cấp dịch vụ tư vấn cá nhân và nhóm cho học sinh ngay tại trường; (3) kết nối học sinh và phụ huynh với các cơ sở tham vấn, dịch vụ y tế chuyên sâu tại địa phương; (4) phối hợp liên ngành giữa giáo viên, nhân viên y tế học đường, cán bộ công tác xã hội và tổ chức xã hội; (5) triển khai mô hình nhóm hỗ trợ, câu lạc bộ học sinh tích cực, diễn đàn tâm lý học đường nhằm tạo lập môi trường học đường an toàn, cởi mở và thân thiện với sức khỏe tâm thần.

Từ khóa: Công tác xã hội trường học, sức khỏe tâm thần, kết nối cộng đồng, học sinh THPT, mô hình can thiệp.

THE CURRENT SITUATION OF MENTAL HEALTH AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS AT BUON MA THUOT HIGH SCHOOL, DAK LAK PROVINCE, AND IMPLICATIONS FOR THE ROLE OF SOCIAL WORK IN BRIDGING SCHOOL AND COMMUNITY BASED SUPPORT SERVICES

Abstract: This paper presents the findings of a study on the mental health status of high school students at Buon Ma Thuot High School, Dak Lak Province, and proposes a school based social work service model that links schools with community resources to support mental health care. Conducted in 2024, the study surveyed 400 students and revealed a high prevalence of anxiety, depression, and stress particularly among 12th grade students and those from disadvantaged family backgrounds. However, students' awareness of and access to mental health support services remain limited, with a lack of connection between schools and community based support systems.

Based on the survey results, the paper outlines five intervention directions that school social work can assume: (1) early detection and screening of psychological issues through mental health assessments within schools; (2) provision of individual and group counseling services at school; (3) linkage of students and their families to specialized psychological and healthcare services in the community; (4) interdisciplinary collaboration among teachers, school health staff, social workers, and community organizations; and (5) implementation of peer support groups, student led positive clubs, and mental health forums to create a safe, inclusive, and mentally healthy school environment.

Keywords: School social work, mental health, community connection, high school students, intervention model.

1. GIỚI THIỆU

Trong những năm gần đây, sức khỏe tâm thần học sinh trung học phổ thông (THPT) đang trở thành một vấn đề nổi cộm và đáng báo động. Học sinh ngày càng đối diện với nhiều áp lực từ học tập, kỳ vọng của gia đình, tác động của mạng xã hội và các yếu tố xã hội đa chiều. Tại

¹ Giảng viên Bộ môn Công tác xã hội, Học viện Cán bộ Thành phố Hồ Chí Minh. Email: d.tlien@hcmca.edu.vn

các địa phương như Đắk Lắk, nơi điều kiện về nhân lực, dịch vụ và nguồn lực chăm sóc sức khỏe tâm thần còn hạn chế những áp lực này có thể để lại hậu quả lâu dài đối với sự phát triển toàn diện của học sinh nếu không được can thiệp kịp thời và phù hợp.

Trong bối cảnh hệ thống hỗ trợ sức khỏe tâm thần hiện nay trong trường học còn thiếu nguồn lực, thiếu chuyên môn và thiếu kết nối với các dịch vụ cộng đồng thì việc tiếp cận công tác xã hội dựa vào cộng đồng với vai trò kết nối giữa nhà trường và hệ thống dịch vụ xã hội là hướng đi đúng đắn trong hỗ trợ giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trong trường học.

Qua quá trình khảo sát và làm việc thực địa tại Trường THPT Buôn Ma Thuột, tác giả nhận thấy sự thiếu hụt rõ rệt về hệ thống hỗ trợ sức khỏe tâm thần trong nhà trường, bao gồm cả nhân lực chuyên môn, mô hình dịch vụ và sự kết nối với các nguồn lực hỗ trợ trong cộng đồng. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp bách cần có những giải pháp mang tính chuyên nghiệp, liên ngành và phù hợp với đặc thù văn hóa, xã hội địa phương.

Bài viết này nhằm trình bày kết quả nghiên cứu thực tiễn về sức khỏe tâm thần học sinh tại một trường THPT tiêu biểu ở tỉnh Đắk Lắk, đồng thời đề xuất mô hình dịch vụ công tác xã hội học đường đóng vai trò cầu nối giữa nhà trường và hệ thống dịch vụ cộng đồng. Trên cơ sở đó, bài viết hướng đến việc khẳng định tính khả thi và vai trò thiết yếu của tiếp cận công tác xã hội học đường trong việc hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh, đặc biệt trong bối cảnh hiện nay, khi các vấn đề tâm lý học đường ngày càng phức tạp và khó nhận diện.

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Tổng quan nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh Trường THPT Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk; nhận diện các yếu tố ảnh hưởng; và đề xuất những giải pháp hỗ trợ từ góc độ công tác xã hội trường học. Nghiên cứu được tiến hành năm 2024, khảo sát 400 học sinh đang học ở các khối lớp 10,11 và 12.

2.2. Các khái niệm có liên quan

2.2.1. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần là một trong 3 trụ cột chính của sức khỏe tổng thể, bao gồm: sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và sức khỏe xã hội. Theo Tổ chức Y tế Thế giới(WHO): “sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ bao gồm có tình trạng không có bệnh hay thương tật”.

Cụ thể hơn về sức khỏe tâm thần WHO cho rằng đó là: “trạng thái hoàn toàn thoải mái mà ở đó mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và năng suất và đóng góp cho cộng đồng”.

Như vậy, một người có sức khỏe tâm thần tốt là người: có khả năng tư duy, suy nghĩ rõ ràng và logic. Có khả năng giải quyết các vấn đề trong cuộc sống. Có khả năng tương tác, giao tiếp tốt với mọi người xung quanh (bạn bè, đồng nghiệp, gia đình...).

2.2.2. Khái niệm rối loạn tâm thần

Rối loạn tâm thần được định nghĩa theo DMS5: Là hội chứng xáo trộn đáng kể về nhận thức, cảm xúc, hoặc hành vi của cá nhân, trạng thái rối loạn chức năng về tâm lý, sinh lý, rối loạn quá trình phát triển tâm thần. Rối loạn tâm thần thường đi kèm với suy giảm nghiêm trọng ở cá nhân về tương tác xã hội, nghề nghiệp, hay những hoạt động quan trọng khác trong đời sống của họ.

Các rối loạn tâm thần thường gặp như: rối loạn lo âu, căng thẳng (stress), trầm cảm.

Lo âu là cảm giác khi cá nhân lo lắng hoặc lo sợ về điều gì đó. Đó là cảm giác tự nhiên của con người về sợ hãi hoặc hoang mang. Sau đó, con người sẽ bình tĩnh lại và có cảm giác tốt hơn. Một chút lo lắng và sợ hãi có thể giúp con người tỉnh táo, tập trung và thúc đẩy hành động để giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, lo lắng quá mức có thể làm con người cảm thấy mọi thứ trở nên tồi tệ hơn và cảm thấy quá sức. Thường xuyên lo lắng sẽ dẫn đến rối loạn lo âu kéo dài (Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2023, tr. 39).

Căng thẳng là cảm giác phổ biến khi cá nhân chịu một áp lực nào đó, bị quá tải hoặc không có khả năng ứng phó. Một chút căng thẳng có thể tốt cho cá nhân, tạo động lực để cá nhân đạt được mục tiêu nào đó, làm bài thi tốt hơn hoặc thuyết trình thành công trước lớp. Tuy nhiên, căng thẳng quá mức, đặc biệt là khi cá nhân không kiểm soát được, sẽ có tác động tiêu cực đến tâm trạng, sức khỏe thể chất và tâm thần cũng như các mối quan hệ của cá nhân (Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2023, tr. 38).

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần nghiêm trọng, ảnh hưởng tiêu cực đến cách cảm nhận, suy nghĩ, và thực hiện các hoạt động hàng ngày như ngủ, ăn và học tập. Trầm cảm ở học sinh sau các giai đoạn không vui và cáu kỉnh kéo dài. Một số trẻ em có cảm giác không vui hoặc buồn. Một số khác muốn tự làm tổn thương bản thân hoặc thậm chí muốn chết. Trẻ em và vị thành niên bị trầm cảm thường có nguy cơ tự làm tổn thương bản thân hoặc muốn tự tử cao hơn. Điều này có thể phòng được khi có sự hỗ trợ phù hợp. Do vậy, phát hiện sớm để có can thiệp kịp thời là rất quan trọng (Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2023, tr. 44).

2.2.3. Khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng

Chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng là chiến lược, các biện pháp về chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết kế, triển khai hướng tới thu hút tối đa nguồn lực, sự tham gia của gia đình, cộng đồng giúp cho NTT được bình đẳng về cơ hội và hòa nhập xã hội (Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, 2017, tr.9)

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp được sử dụng bao gồm khảo sát định lượng với 400 học sinh thuộc ba khối lớp 10, 11 và 12, với bảng hỏi về stress, lo âu, trầm cảm, nhận thức và nhu cầu hỗ trợ tâm lý. Nghiên cứu được tiến hành vào năm 2024, trong bối cảnh Bộ Giáo dục và đào tạo mới ban hành “Tài liệu truyền thông về sức khỏe tâm thần của học sinh phổ thông” vào cuối năm 2023.

Tác giả sử dụng bộ câu hỏi test về sức khỏe tâm thần DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scales) là thang đo (gồm 21 câu hỏi) giúp đánh giá mức độ rối loạn lo âu - trầm cảm -

stress, được phát triển bởi các nhà khoa học thuộc Đại học New South Wales (University of New South Wales), Australia. DASS-21 được dùng trong tầm soát và đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu và stress. Mặc dù, bảng hỏi này không thể thay thế các chẩn đoán y khoa nhưng các số liệu thu được cũng là một nguồn tư liệu tham khảo tốt cho việc đánh giá tình trạng ban đầu các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh, cũng như đưa ra các gợi ý can thiệp tiếp sau.

4. KẾT QUẢ KHẢO SÁT VÀ PHÂN TÍCH

4.1. Kết quả khảo sát về thực trạng sức khỏe tâm thần của học sinh

Bảng 1: Kết quả thống kê các vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh trường THPT Buôn Ma Thuật, tỉnh Đắk Lắk

Mức độ	Stress		Lo âu		Trầm cảm	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
1. Bình thường	253	63,2	12	3,0	47	11,8
2. Nhẹ	64	16,0	11	2,8	111	27,8
3. Vừa	54	13,5	102	25,5	226	56,5
4. Nặng	29	7,2	93	23,2	15	3,8
5. Rất nặng	0	0	182	45,5	1	0,2

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Khoảng 36,8% học sinh trải qua các mức độ stress từ nhẹ đến nặng. Nguyên nhân chủ yếu là do áp lực thi cử, mâu thuẫn bạn bè và sự kỳ vọng cao từ gia đình. Không có sự khác biệt đáng kể về mức độ stress giữa các khối lớp và nhóm hoàn cảnh sống.

Đáng chú ý, có đến 45,5% học sinh cho biết trải qua mức độ lo âu rất nặng, đặc biệt ở lớp 12. Áp lực kỳ thi tốt nghiệp, chọn ngành nghề và kỳ vọng từ gia đình là các yếu tố dẫn đến trạng thái lo âu cao.

Hơn 60% học sinh cho thấy các dấu hiệu trầm cảm ở mức nhẹ đến vừa. Đây là dấu hiệu cảnh báo cần sự can thiệp sớm từ nhà trường và cộng đồng. Tình trạng trầm cảm có xu hướng đồng đều giữa các nhóm học sinh, không phụ thuộc vào giới tính, tôn giáo hay chức vụ.

4.2. Các yếu tố thuộc về gia đình có liên quan đến vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trường THPT Thành phố Buôn Ma Thuật

4.2.1. Tình trạng hôn nhân của cha mẹ và mối liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh

Tình trạng hôn nhân của các bậc phụ huynh cụ thể 33.0% học sinh cho biết bố mẹ của họ hiện đang sống cùng nhau, cho thấy một tỷ lệ đáng kể các gia đình vẫn duy trì mối quan hệ hôn nhân ổn định và hạnh phúc. Ngược lại 32.5% học sinh cho biết bố mẹ của họ đang ly thân, chỉ thấp hơn một chút so với tỷ lệ các cặp đôi sống cùng nhau, cho thấy tình trạng ly thân cũng khá phổ biến và có thể phản ánh những khó khăn trong mối quan hệ.

Bên cạnh đó 23.8% số học sinh trong khảo sát cho biết bố mẹ đã ly dị, chỉ ra rằng sự kết thúc chính thức của hôn nhân là một hiện tượng cũng khá phổ biến trong mẫu khảo sát này. Có tới 10.8% học sinh tham gia cho biết bố hoặc mẹ của họ đã qua đời, cho thấy một phần không nhỏ trong cộng đồng khảo sát đã trải qua mất mát này.

Bảng 2: Mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân của cha mẹ và Mức độ stress của học sinh (N=400)						
Bình thường		Mức độ stress				Giá trị P (*)
		Nhẹ	Vừa	Nặng		
Tình trạng hôn nhân hiện nay của bố mẹ bạn?	Hiện đang sống cùng nhau (n= 132)	85	21	14	12	0.90
	Ly thân (n=130)	85	19	17	9	
	Ly dị (n=95)	59	16	15	5	
	Bố/mẹ đã qua đời (n=43)	24	8	8	3	
Tổng		253	64	54	29	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,90 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân của cha mẹ và mức độ stress giữa các nhóm học sinh. Tuy nhiên, nhóm “Bố/mẹ đã qua đời” có tỷ lệ học sinh bình thường thấp nhất (55,8%) và tỷ lệ stress vừa/nặng cao hơn so với các nhóm khác, nhưng sự khác biệt này không đủ lớn để có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân của cha mẹ và Mức độ lo âu của học sinh (N=400)

		Mức độ lo âu					Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	
Tình trạng hôn nhân hiện nay của bố mẹ bạn?	Hiện đang sống cùng nhau (n= 132)	6	4	30	36	56	0.76
	Ly thân (n=130)	3	4	30	32	61	
	Ly dị (n=95)	3	2	28	16	46	
	Bố/mẹ đã qua đời (n=43)	0	1	14	9	19	
Tổng		12	11	102	93	182	

(Nguồn: Khảo sát của tác giả)

Giá trị P: 0,76 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Tỷ lệ học sinh có mức độ lo âu “rất nặng” khá cao ở tất cả các nhóm, đặc biệt nhóm có cha mẹ “Ly dị” (48,4%) và “Ly thân” (46,9%). Nhóm “Bố/mẹ đã qua đời” không có học sinh nào ở mức “bình thường”, và tỷ lệ “vừa” cao nhất (32,6%). Tuy nhiên, giá trị P = 0,76 ($> 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về mức độ lo âu.

Bảng 4: Mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân của cha mẹ và Mức độ trầm cảm của học sinh (N=400)

		Mức độ trầm cảm					Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	
Tình trạng hôn nhân hiện nay của bố mẹ bạn?	Hiện đang sống cùng nhau (n= 132)	16	38	74	4	0	0.98
	Ly thân (n=130)	17	36	71	5	1	
	Ly dị (n=95)	11	24	56	4	0	
	Bố/mẹ đã qua đời (n=43)	3	13	25	2	0	
Tổng		47	111	226	15	1	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,98 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về mức độ trầm cảm. Mức độ trầm cảm “vừa” chiếm tỷ lệ cao nhất ở tất cả các nhóm (trên

54%), đặc biệt nhóm có cha mẹ “Ly dị” (58,9%) và “Bố/mẹ đã qua đời” (58,1%). Nhóm “Bố/mẹ đã qua đời” có tỷ lệ “bình thường” thấp nhất (7,0%). Chỉ có 1 học sinh duy nhất ở mức “rất nặng” (nhóm có cha mẹ “Ly thân”).

Nhìn chung, dù có một số khác biệt nhỏ về tỷ lệ giữa các nhóm tình trạng hôn nhân của bố mẹ, nhưng giá trị P ở cả 3 bảng đều lớn hơn 0,05 (0,90; 0,76; 0,98), cho thấy không có mối liên hệ ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân của bố mẹ và mức độ stress, lo âu, trầm cảm của học sinh. Tuy nhiên, nhóm “Bố/mẹ đã qua đời” thường có tỷ lệ “bình thường” thấp nhất ở cả 3 khía cạnh, cho thấy nhóm này có thể dễ bị ảnh hưởng hơn, dù không đạt ý nghĩa thống kê. Mức độ lo âu và trầm cảm của học sinh trong mẫu này khá cao (lo âu “rất nặng” và trầm cảm).

4.2.2. Vấn đề kinh tế của gia đình và mối liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh

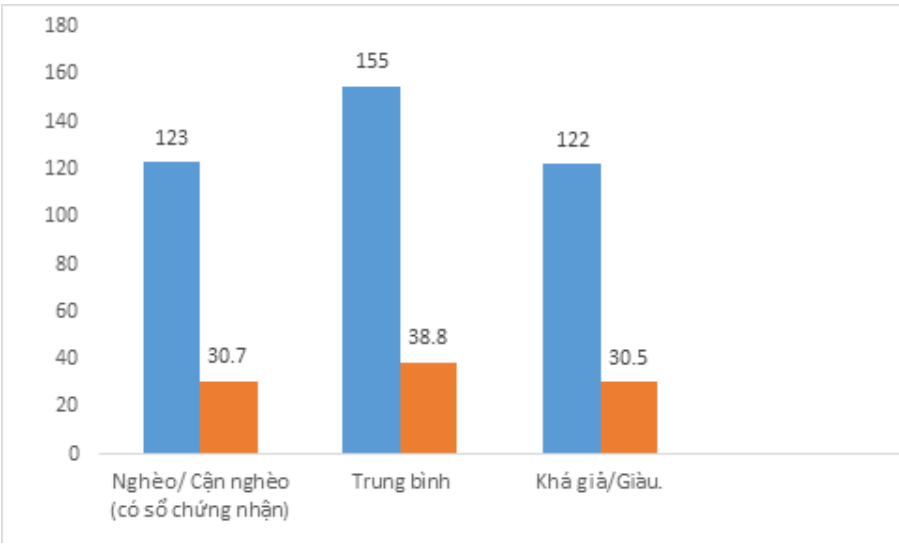
Tình hình kinh tế của gia đình học sinh cho thấy sự phân bố tương đối đồng đều giữa các mức độ kinh tế khác nhau. Có 30.8% gia đình học sinh thuộc diện nghèo hoặc cận nghèo và có sổ chứng nhận, phản ánh một tình trạng kinh tế khó khăn với những hạn chế rõ rệt về tài chính.

Trong khi đó số học sinh đánh giá tình hình kinh tế của gia đình mình ở mức trung bình tỷ lệ 38.8%. Nhóm này có khả năng đáp ứng đầy đủ các nhu cầu cơ bản nhưng có thể gặp phải một số khó khăn hoặc hạn chế trong việc chi tiêu cho các hoạt động bổ sung hoặc các cơ hội phát triển cá nhân.

Nhóm học sinh cho rằng gia đình mình khá giả hoặc giàu có tỷ lệ là 30.5%, cho thấy một mức độ tài chính tốt hơn với khả năng cung cấp cho học sinh nhiều cơ hội và điều kiện thuận lợi hơn trong học tập và sinh hoạt.

Sự phân bố này phản ánh sự đa dạng trong tình hình kinh tế của các gia đình học sinh và nhấn mạnh sự cần thiết phải có các chính sách hỗ trợ phù hợp để đảm bảo rằng tất cả học sinh đều có cơ hội tiếp cận các nguồn lực và hỗ trợ cần thiết cho sự phát triển của mình, bất kể điều kiện tài chính của gia đình.

Hình 1: Tình hình về kinh tế của gia đình



Nguồn: Khảo sát của tác giả

Bảng 5: Mối liên quan giữa tình hình kinh tế gia đình và Mức độ stress của học sinh (N=400)

		Mức độ stress				Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Bạn cảm thấy tình hình kinh tế của gia đình bạn như thế nào?	Nghèo/ Cận nghèo (có sổ chứng nhận)(n= 123)	82	16	15	10	0.05
	Trung bình (n= 155)	106	15	25	9	
	Khá giả/Giàu (n=122)	65	33	14	10	
Tổng	400	253	64	54	29	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,05 ($P \approx 0,05$) Có thể coi là ngưỡng ý nghĩa thống kê (thường chấp nhận $P < 0,05$). Nhóm “Khá giả/Giàu” có tỷ lệ stress “nhẹ” cao nhất (27,0%), trong khi nhóm “Trung bình” có tỷ lệ “vừa” cao nhất (16,1%). Giá trị $P = 0,05$ nằm ngay trên ngưỡng ý nghĩa thống kê (thường chấp nhận $P < 0,05$), nên có thể xem xét rằng sự khác biệt giữa các nhóm có thể không hoàn toàn ý nghĩa, nhưng rất gần ngưỡng. Điều này cho thấy có khả năng có mối liên hệ yếu giữa tình trạng kinh tế và mức độ stress.

4.2.3. Các yếu tố di truyền và mối liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh

Trình trạng bệnh tâm thần trong gia đình cho thấy sự phân bố không đồng đều. Cụ thể là 55.5% học sinh tham gia khảo sát cho biết không có ai trong gia đình mắc các bệnh tâm thần, điều này cho thấy một tỷ lệ lớn cộng đồng khảo sát không phải đối mặt với vấn đề này. Tuy nhiên, 16.3% học sinh rằng bố của họ mắc các bệnh tâm thần, và 18.5% cho biết mẹ cũng gặp vấn đề tương tự. Điều này cho thấy rằng bệnh tâm thần ở bậc cha mẹ là một vấn đề đáng lưu ý và ảnh hưởng đáng kể đến các gia đình.

Thêm vào đó, 9.8% số người khảo sát cho biết anh/chị/em của họ mắc các bệnh về tâm thần, cho thấy rằng tình trạng này không chỉ xuất hiện ở thế hệ cha mẹ mà còn ảnh hưởng đến thế hệ trẻ hơn trong gia đình.

Bảng 6: Mối liên quan giữa yếu tố di truyền và Mức độ stress của học sinh (N=400)

		Mức độ stress				Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Trong gia đình bạn có ai mắc các bệnh về tâm thần? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	Không có ai (n=222)	147	38	31	6	0.07
	Bố (n=65)	38	9	9	9	
	Mẹ (n=74)	44	11	10	9	
	Anh/chị/em (n=39)	24	6	4	5	
Tổng		253	64	54	29	

(Nguồn: Khảo sát của tác giả)

Giá trị P: 0,07 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm học sinh có hoặc không có người thân mắc bệnh tâm thần về mức độ stress. Tuy nhiên, nhóm có bố hoặc mẹ mắc bệnh tâm thần có tỷ lệ học sinh bị stress ở mức “nặng” cao hơn so với nhóm “không có ai” (bố: 13,8%; mẹ: 12,2% so với 2,7%).

Bảng 7: Mối liên quan giữa yếu tố di truyền và Mức độ lo âu của học sinh (N=400)

		Mức độ lo âu					Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	
Trong gia đình bạn có ai mắc các bệnh về tâm thần? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	Không có ai (n=222)	3	4	60	55	100	0.19
	Bố (n=65)	2	3	17	12	31	
	Mẹ (n=74)	5	4	19	18	28	
	Anh/chị/em (n=39)	2	0	6	8	23	
Tổng		12	11	102	93	182	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,19 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Tuy vậy, tỷ lệ học sinh có mức độ lo âu “rất nặng” vẫn rất cao ở tất cả các nhóm, đặc biệt nhóm có anh/chị/em mắc bệnh (59%) và nhóm có bố mắc các bệnh về tâm thần (47,7%).

Bảng 8: Mối liên quan giữa yếu tố di truyền và Mức độ trầm cảm của học sinh (N=400)

		Mức độ trầm cảm					Giá trị P (*)
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	
Trong gia đình bạn có ai mắc các bệnh về tâm thần? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	Không có ai (n=222)	25	62	126	9	0	0.44
	Bố (n=65)	6	18	39	2	0	
	Mẹ (n=74)	10	19	43	2	0	
	Anh/chị/em (n=39)	6	12	18	2	1	
Tổng		47	111	226	15	1	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,44 ($P > 0,05$) cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về mức độ trầm cảm. Dù vậy, phần lớn học sinh ở các nhóm đều rơi vào mức “vừa”, đặc biệt nhóm có mẹ mắc bệnh (58,1%) và nhóm không có ai trong gia đình mắc bệnh tâm thần (56,8%).

4.2.4. Trình độ học vấn của cha mẹ, nghề nghiệp của cha mẹ và mối liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh

Trình độ học vấn cao nhất của bố trong mẫu khảo sát cho thấy sự phân bố đa dạng về các mức độ học vấn, bố của học sinh có trình độ tiểu học hoặc không đi học chiếm tỷ lệ 17.5%, bố của học sinh đã hoàn thành trung học cơ sở là 25.3%, 19.0% học sinh cho biết bố của họ đã hoàn thành bậc trung học phổ thông.

Một phần lớn học sinh có bố đã đạt trình độ trung cấp, cao đẳng hoặc đại học có tỷ lệ 32.3%. Cuối cùng có 6.0% học sinh có bố trình độ học vấn trên đại học, cho thấy một số ít bố trong cộng đồng khảo sát đạt được trình độ học vấn rất cao.

Về nghề nghiệp chính của bố trong khảo sát cho thấy sự phân bố rõ ràng giữa các lĩnh vực công việc.

Cụ thể, số học sinh khảo sát cho biết bố của họ làm nông dân chiếm 4.0%, 14.5% bố của học sinh làm cán bộ viên chức nhà nước. Nghề công nhân là phổ biến nhất chiếm 31.3%.

Tương tự, 31.8% bố là chủ doanh nghiệp, cuối cùng, 18.5% làm việc trong buôn bán và dịch vụ.

Nghề nghiệp chính của mẹ cho thấy sự phân bố rõ ràng giữa các lĩnh vực công việc. mẹ của học sinh làm nông dân chiếm 42.5, mẹ của người khảo sát làm cán bộ viên chức nhà nước có tỷ lệ là 18.5%, gồm có 17.0% làm công nhân.

Chỉ có 9.3% mẹ là chủ doanh nghiệp, và 9.5% làm nội trợ hoặc đã nghỉ hưu. Cuối cùng, 3.3% mẹ làm việc trong buôn bán và dịch vụ.

Trình độ học vấn cao nhất của mẹ cho thấy sự phân bố rõ ràng về trình độ học vấn. Học sinh cho biết mẹ có trình độ tiểu học hoặc không đi học, cho thấy một tỷ lệ 47.8%. Mẹ đã hoàn thành trung học cơ sở, phản ánh rằng mức độ học vấn là 20.5. Mẹ có trình độ trung học phổ thông, cho thấy tỷ lệ 17.8%. Tuy nhiên, chỉ có 10.0% mẹ có trình độ trung cấp, cao đẳng hoặc đại học và 4.0% có trình độ trên đại học.

Bình thường		Mức độ stress				Giá trị P (*)
			Nhẹ	Vừa	Nặng	
Trình độ học vấn cao nhất của bố bạn hiện nay là gì?	Không đi học/Tiểu học (n= 70)	46	7	7	10	0.02
	Trung học cơ sở (n = 101)	62	12	19	8	
	Trung học phổ thông (n= 76)	42	21	10	3	
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học (n=129)	87	18	17	7	
	Trên đại học (n= 124)	16	6	1	1	
Nghề nghiệp của bố bạn hiện nay là gì?	Nông dân (n=16)	8	4	3	1	0.96
	Cán bộ viên chức nhà nước (n= 58)	39	7	8	4	
	Công nhân (n=125)	79	20	17	9	
	Chủ doanh nghiệp (n= 127)	80	24	14	9	
	Buôn bán, dịch vụ (n=74)	47	9	12	6	
Trình độ học vấn cao nhất của mẹ bạn hiện nay là gì?	Không đi học/Tiểu học (n= 191)	120	30	28	13	0.99
	Trung học cơ sở (n =82)	50	14	11	7	
	Trung học phổ thông (n= 71)	48	12	8	3	
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học (n=40)	25	6	5	4	
	Trên đại học (n= 16)	10	2	2	2	
Nghề nghiệp của mẹ bạn hiện nay là gì?	Nông dân (n=170)	105	28	26	11	0.83
	Cán bộ viên chức nhà nước (n= 74)	47	12	10	5	
	Công nhân (n=68)	46	12	8	2	
	Chủ doanh nghiệp (n= 37)	23	6	5	3	
	Buôn bán, dịch vụ (n=13)	7	2	2	2	
	Nội trợ/nghỉ hưu (n= 38)	25	4	3	6	
Tổng		253	64	54	29	

Nguồn: Khảo sát của tác giả

Giá trị P: 0,02 ($P < 0,05$) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm học sinh theo trình độ học vấn của bố liên quan đến mức độ stress. Cụ thể, tỷ lệ học sinh có mức độ stress “nặng” giảm rõ rệt theo chiều tăng của trình độ học vấn của bố: Nhóm Không đi học/ Tiểu học: 14,3% (10/70); Nhóm Trung học cơ sở: 7,9% (8/101); Nhóm Trung học phổ thông: 3,9% (3/76); Nhóm Trung cấp/CĐ/ĐH: 5,4% (7/129); Nhóm Trên đại học: chỉ 0,8% (1/124).

Trình độ học vấn của bố càng cao thì tỷ lệ học sinh bị stress nặng càng thấp. Điều này có thể liên quan đến khả năng tạo môi trường sống ổn định, kỹ năng giao tiếp, ứng xử trong gia đình, và mức độ hỗ trợ tâm lý tốt hơn từ những người cha có học vấn cao.

5. KẾT LUẬN

Các kết quả khảo sát cho thấy học sinh đang đối mặt với nhiều yếu tố nguy cơ về sức khỏe tâm thần nhưng lại thiếu hệ thống hỗ trợ phù hợp. Công tác xã hội có thể đóng vai trò then chốt qua: (1) Phát hiện sớm và tầm soát qua hoạt động sàng lọc tâm lý tại trường. (2) Tư vấn cá nhân và nhóm tại trường học. (3) Kết nối học sinh và gia đình với các dịch vụ hỗ trợ chuyên sâu tại địa phương. (4) Phối hợp giữa giáo viên, cán Bộ Y tế trường học, phụ huynh và tổ chức xã hội để xây dựng môi trường học tập lành mạnh. (5) Triển khai các mô hình nhóm hỗ trợ, CLB học sinh tích cực, diễn đàn tâm lý học đường.

Vấn đề sức khỏe tâm thần học sinh đang là thách thức hiện hữu trong trường học. Kết quả của nghiên cứu này có thể dùng để đề xuất mô hình công tác xã hội trường học như cầu nối giữa nhà trường và cộng đồng để phát hiện, can thiệp sớm, đồng hành và hỗ trợ học sinh vượt qua khó khăn tâm lý. Cần xây dựng hệ thống dịch vụ kết nối liên ngành giữa trường học, y tế, gia đình, tổ chức xã hội để hỗ trợ toàn diện cho học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2023). *Quyết định số 3854/QĐ-BGDĐT về việc ban hành Quy chế hoạt động của phòng tâm lý giáo dục học đường*.
2. Bộ Giáo dục và Đào tạo. (2023). *Tài liệu truyền thông về sức khỏe tâm thần của học sinh phổ thông*. NXB Giáo dục Việt Nam.
3. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2017). *Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần: Tài liệu hướng dẫn thực hành dành cho cán bộ xã hội cấp cơ sở*.
4. Nguyễn Thị Mai Hương, & cộng sự. (2020). *Công tác xã hội với học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần*. NXB Giáo dục Việt Nam.
5. Trịnh Thị Mai. (2013). *Thực trạng các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông nội trú ở vùng dân tộc thiểu số phía Bắc* [Nghiên cứu].
6. UNICEF Việt Nam. (2018). *Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam* [Báo cáo].

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI BỊ TRẦM CẢM TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI

Phạm Thị Kiều Duyên¹, Nguyễn Thị Trâm Anh²

Tóm tắt: Trầm cảm được coi là một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất ở người cao tuổi (NCT), nó gây ra những đau khổ lớn và làm suy giảm sự vận hành chức năng trong cuộc sống hàng ngày. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT cũng chỉ dựa vào bệnh viện, việc dựa vào cộng đồng còn hạn chế nên hiệu quả dự phòng và tái hòa nhập xã hội còn thấp. Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại TP. Quảng Ngãi và đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp cộng đồng cho NCT có RLTC bằng phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang và can thiệp thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu: Có sự khác biệt giữa nhóm thực nghiệm và nhóm chứng về chuyển biến RLTC ở NCT sau can thiệp: (1) Ở nhóm thực nghiệm (N=30) có 19 NCT trở về trạng thái bình thường, trong đó nhẹ chuyển về trạng thái bình thường là 14 NCT, từ vừa về bình thường là 5 NCT, chiếm 63,3%. Không có NCT nào ở mức độ vừa. (2) Ở nhóm chứng (N=30) có 16 NCT trở về trạng thái bình thường (55,2%) từ mức nhẹ. Còn lại có mức nhẹ là 10 NCT (34,5%) chưa có sự chuyển biến, có 1 NCT chuyển thành mức độ vừa. Bên cạnh đó, có 3 NCT chuyển từ mức độ nhẹ thành vừa (10,3%). Mô hình can thiệp giảm thiểu RLTC cho NCT ở địa bàn Thành phố Quảng Ngãi là thiết thực có thể giúp giảm bớt triệu chứng trầm cảm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT.

Từ khóa: Đánh giá hiệu quả, mô hình can thiệp, người cao tuổi, rối loạn trầm cảm

SURVEY ON THE CURRENT SITUATION OF DEPRESSION DISORDER AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY INTERVENTION MODEL FOR ELDERLY PEOPLE WITH DEPRESSION IN QUANG NGAI CITY

Abstract: Depression is considered one of the most common mental health problems in the elderly (older people). It causes great suffering and reduces functional performance in daily life. Mental health care activities for the elderly still rely only on hospitals, with limited community-based support, so the effectiveness of prevention and social reintegration remains low. Objective: To survey the rate of depression in the elderly in Quang Ngai City, and to evaluate the effectiveness of a community-based intervention model for the elderly with depressive disorders using the research method: cross-sectional descriptive and experimental intervention. Research results: There was a difference between the experimental group and the control group in terms of changes in depressive disorders in the elderly after the intervention: (1) In the experimental group (N=30), 19 elderly people returned to a normal state, of which 14 shifted from mild to normal, and 5 from moderate to normal, accounting for 63.3%. No elderly individuals remained at the moderate level. (2) In the control group (N=30), 16 elderly people returned to a normal state (55.2%) from the mild level. The rest remained at the mild level — 10 elderly people (34.5%) showed no improvement, and 1 elderly person progressed to the moderate level. In addition, 3 elderly people progressed from mild to moderate (10.3%). The community-based intervention model to reduce depressive disorders among the elderly in Quang Ngai City is practical and may help alleviate symptoms of depression and improve the quality of life for the elderly.

Keywords: depressive disorder, elderly, program effectiveness.

^{1,2} Trường Đại học Sư phạm, Đại học Đà Nẵng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam thuộc nhóm nước đang phát triển nhưng đồng thời cũng là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới, điều này cũng đặt ra nhiều thách thức trong việc chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần cho NCT. Theo Tổng cục thống kê (2021), chỉ trong vòng 10 năm từ 2009 đến 2019, số lượng NCT nước ta từ 7,45 triệu lên đến 11,41 triệu người, tăng 3,96 triệu người [18].

Cùng với chứng sa sút trí tuệ, trầm cảm được xem là một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhất ở người cao tuổi. Các nghiên cứu sàng lọc trầm cảm sử dụng các công cụ khác nhau đều cho thấy tỷ lệ người cao tuổi mắc rối loạn trầm cảm ở mức cao [43] như tại Hà Nội và Quảng Bình (2021 - 2022) là 3,8% [13], tại phường Trương Quang Trọng, thành phố Quảng Ngãi (2018) 15,9% [4]. Tuy nhiên, rối loạn này vẫn chưa được công nhận xứng đáng là một thách thức quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng [1]. Nét đặc trưng trong trầm cảm ở người cao tuổi thường thấy chính là sự phối hợp với nhiều căn bệnh khác như tim, cao huyết áp, nhồi máu cơ tim, ... khiến cho bệnh lý trở nên phức tạp và khó điều trị hơn [2]. Điều này gây nên rất nhiều khó khăn trong việc sàng lọc, chẩn đoán cũng như thiết lập một quy trình chăm sóc phù hợp, hiệu quả cho nhóm đối tượng người cao tuổi.

Bên cạnh điều trị bằng phương pháp y khoa, nhiều kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân RLTC không phải chỉ là những nguyên nhân nội sinh mà phần lớn đến từ các yếu tố tâm lý - xã hội, do đó cũng khá nhiều các nghiên cứu đã chỉ ra những tác động hiệu quả bằng các can thiệp tâm lý xã hội kết hợp với điều trị y khoa trong can thiệp cộng đồng - một hình thức thường được sử dụng trong y tế cộng đồng, các hoạt động phòng ngừa tâm lý-xã hội. (Phạm Thắng và cộng sự (2009) [14]. Nghiên cứu của Van leo Veer-Tazelaar và cộng sự (2016), mô hình chăm sóc sức khỏe cho NCT trong chăm sóc ban đầu được triển khai làm giúp giảm hơn một nửa tỷ lệ mắc chứng rối loạn lo âu hoặc trầm cảm và cho thấy hiệu quả lâu dài [19]. Tại Trung Quốc, nghiên cứu của tác giả Chao Wang và cộng sự (2017) chỉ ra hiệu quả của một mô hình can thiệp với cách tiếp cận “phục hồi lẫn nhau” để phòng chống trầm cảm, người tham gia nhóm can thiệp đã trải qua mô hình can thiệp “phục hồi lẫn nhau” trong 2 tháng, thời gian mỗi lần can thiệp là 7 phút và các phiên hằng tuần dựa trên lịch trình thiết kế chuẩn sẵn. Kết luận mô hình can thiệp “phục hồi lẫn nhau” có hiệu quả phòng chống trầm cảm ở NCT trong cộng đồng [20]. Tại Nhật Bản một nghiên cứu (2016), mô hình liên kết với các dịch vụ chăm sóc/hỗ trợ trong 2 năm; kết quả tỷ lệ tự tử do trầm cảm ở khu vực can thiệp giảm 48% so với các khu vực còn lại [10]. Ngoài ra, các mô hình phòng ngừa khác trong cộng đồng, chẳng hạn như can thiệp tâm lý xã hội hoặc tập thể dục, ít được tiêu chuẩn hóa hơn so với can thiệp bằng liệu pháp dược lý và tâm lý trị liệu, nhưng vẫn có cơ hội giải quyết các yếu tố nguy cơ cụ thể theo cách có thể dễ chịu hơn và ít kỳ thị hơn đối với NCT. Hầu hết các nghiên cứu tâm lý xã hội đang hướng đến mục tiêu thúc đẩy sức khỏe tâm thần trong đời sống NCT sống trong cộng đồng, trái ngược với phòng ngừa được chỉ định hoặc chọn lọc cho một rối loạn cụ thể. Các mô hình này đem lại nhiều cơ hội cho những NCT bằng cách tạo ra môi trường tích cực cho NCT. [1] [3]

Trên thực tế, nhiều mô hình quản lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi được

nghiên cứu, triển khai ứng dụng nhiều nơi trên thế giới nhưng mức độ hiệu quả là không giống nhau bởi còn phụ thuộc vào đặc điểm cá nhân, các điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội nơi NCT sinh sống. Vì vậy, việc xây dựng một mô hình can thiệp cộng đồng phòng ngừa trầm cảm cho NCT có ý nghĩa quan trọng trong việc điều trị và nâng cao chất lượng sống cho NCT có RLTC trở nên cấp thiết. Bài viết này tập trung vào 02 mục tiêu nghiên cứu sau:

(1) Khảo sát tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi tại TP. Quảng Ngãi.

(2) Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp cộng đồng cho đối tượng nghiên cứu nói trên.

2. CƠ SỞ LÝ LUẬN

2.1. Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

2.1.1. Khái niệm

* *Người cao tuổi*

Luật NCT Việt Nam năm 2010 quy định: NCT là “Tất cả các công dân Việt Nam từ 60 tuổi trở lên”. [15]

Theo WHO: NCT phải từ 70 tuổi trở lên. Một số nước phát triển như Đức, Hoa Kỳ... lại quy định NCT là những người từ 65 tuổi trở lên. Quy định ở mỗi nước có sự khác biệt là do sự khác nhau về lứa tuổi có các biểu hiện về già của người dân ở các nước đó khác nhau. Những nước có hệ thống y tế, chăm sóc sức khỏe tốt thì tuổi thọ và sức khỏe của người dân cũng được nâng cao. Do đó, các biểu hiện của tuổi già thường đến muộn hơn, vì vậy, quy định về tuổi của các nước đó cũng khác nhau [2]

Trong nghiên cứu này, NCT được xác định theo quy định của Luật NCT của Việt Nam, đó là “công dân Việt Nam từ 60 tuổi trở lên” [15]

* *Rối loạn trầm cảm*

RLTC (hay còn gọi là trầm cảm) là một rối loạn tâm thần phổ biến. Nó liên quan đến tâm trạng chán nản hoặc mất niềm vui hoặc hứng thú với các hoạt động trong thời gian dài [2]

Theo WHO: “Trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến, đặc trưng bởi sự buồn bã, mất đi hứng thú hoặc khoái cảm, cảm thấy tội lỗi hoặc tự hạ thấp giá trị bản thân, bị rối loạn giấc ngủ hoặc ăn uống và kém tập trung” [22]

Theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi, trầm cảm là một hội chứng bệnh lý của cảm xúc biểu hiện đặc trưng bởi khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, phổ biến là một mối rõ rệt chỉ sau một cố gắng nhỏ. Các triệu chứng này tồn tại trong một khoảng thời gian tối thiểu là 2 tuần liên tục. Những biểu hiện này được coi là các triệu chứng có ý nghĩa lâm sàng nhất trong việc chẩn đoán [17].

Qua các khái niệm trên, chúng ta có thể hiểu: RLTC là một rối loạn tâm thần phổ biến, đặc trưng bởi các triệu chứng kéo dài liên quan đến tâm trạng chán nản, mất hứng thú và khoái cảm trong các hoạt động hàng ngày. Nó thường đi kèm với cảm giác tội lỗi, tự hạ thấp giá trị bản thân, rối loạn giấc ngủ và ăn uống, cùng với sự giảm khả năng tập trung và năng lượng. Những

triệu chứng này kéo dài ít nhất hai tuần và có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng xã hội, công việc và chất lượng cuộc sống của cá nhân.

** Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi*

Từ khái niệm NCT và khái niệm rối loạn trầm cảm đề cập ở trên, trong nghiên cứu này có thể hiểu NCT bị rối loạn trầm cảm là những người đã trải qua những tình trạng tâm lý phức tạp, xuất hiện ở những NCT từ 60 tuổi trở lên khi họ gặp những vấn đề liên quan đến tinh thần, cảm xúc và hành vi. Điều này dẫn đến sự xuất hiện của tâm trạng buồn, mất hứng thú và thiếu năng lượng, ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, sức khỏe và khả năng lao động của NCT.

2.1.2. Đặc điểm rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

RLTC thường gặp ở NCT với các đặc điểm: (1) Rối loạn nhận thức: thường gặp như suy giảm trí nhớ, suy giảm sự tập trung chú ý, tư duy chậm lại. (2) Các triệu chứng loạn thần khá thường gặp: Hoang tưởng bị hại, bị bỏ rơi... (3) Các hoạt động xã hội: Thường thu mình, cô lập không muốn giao tiếp với ai, ít quan tâm tới các hoạt động diễn ra xung quanh. (4) Thường biểu hiện bằng triệu chứng cơ thể: đau đầu, đau bụng, đau ngực, ngột ngạt kèm cảm giác lo âu, buồn, chán nản. (5) Khí sắc dao động: Khí sắc không ổn định, hay cáu kỉnh dễ xúc động, không giải thích được nguyên nhân. (6) Rối loạn tâm thần vận động: Giảm hoạt động có khi sững sờ bất động, một số biểu hiện trạng thái kích thích: bồn chồn đi lại, bất an, rên rỉ... (7) Rối loạn ăn uống: Nổi bật là cảm giác chán ăn, không có hứng thú trong ăn uống. (8) Rối loạn giấc ngủ: Thường là mất ngủ, có thể ác mộng. (9) Đặc điểm khác: Liên quan đến các bệnh cơ thể phối hợp và các chất/thuốc tác động tâm thần. [2]

2.2. Can thiệp cộng đồng phòng, chống trầm cảm cho người cao tuổi

2.2.1. Khái niệm

Can thiệp cộng đồng là quá trình tác động lấy cộng đồng làm trung tâm nhằm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của cá nhân, qua đó tạo ra sự chuyển biến tích cực không chỉ ở từng người mà còn trong toàn thể cộng đồng. Phương pháp này thường được áp dụng trong y tế công cộng và phòng ngừa các vấn đề tâm lý - xã hội [14].

Đối với NCT can thiệp cộng đồng trong phòng chống trầm cảm là việc huy động nguồn lực xã hội một cách có tổ chức nhằm nâng cao nhận thức về trầm cảm, tăng cường sự quan tâm và hỗ trợ đối với NCT. Nhờ đó, cộng đồng hình thành năng lực chăm sóc, phòng ngừa và giúp NCT cảm thấy mình có giá trị, từ đó cải thiện sức khỏe tinh thần và thể chất.

2.2.2. Các phương pháp tâm lý - xã hội can thiệp phòng chống chống trầm cảm cho người cao tuổi [4]

Trầm cảm ở NCT là vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến nhưng hoàn toàn có thể phòng ngừa và can thiệp hiệu quả. Tùy theo nguyên nhân, mức độ và bối cảnh cá nhân - xã hội, các phương pháp can thiệp được triển khai đa dạng từ tiếp cận tâm lý đến hỗ trợ cộng đồng

Can thiệp tâm lý

Các biện pháp can thiệp tâm lý nhằm điều chỉnh nhận thức, cảm xúc và hành vi để cải thiện sức khỏe tinh thần cho NCT. Một số liệu pháp tiêu biểu bao gồm:

Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT) giúp NCT nhận diện và thay đổi những suy nghĩ tiêu cực, từ đó điều chỉnh hành vi và cảm xúc. Phương pháp này có thể áp dụng cá nhân hoặc theo nhóm.

Liệu pháp giữa các cá nhân (IPT) tập trung vào cải thiện các mối quan hệ, tăng cường kỹ năng giao tiếp và hỗ trợ quá trình thích nghi với các thay đổi trong cuộc sống như mất người thân, nghỉ hưu, hoặc thay đổi vai trò xã hội.

Liệu pháp kích hoạt hành vi nhằm khuyến khích NCT tham gia các hoạt động có ý nghĩa, giúp họ duy trì cảm giác gắn kết và chủ động trong cuộc sống.

Liệu pháp chánh niệm (MBI) như MBSR (giảm stress dựa trên chánh niệm) hoặc MBCT (trị liệu nhận thức dựa trên chánh niệm) giúp NCT tăng khả năng tập trung, giảm lo âu và trầm cảm.

Liệu pháp Dohsa-hou - một phương pháp trị liệu tâm thể từ Nhật Bản - kết hợp vận động nhẹ nhàng và điều chỉnh nhận thức thông qua việc thư giãn cơ thể, giúp cải thiện cảm xúc và khả năng kiểm soát căng thẳng.

Can thiệp tâm lý qua Internet, đặc biệt là các chương trình CBT trực tuyến, cho thấy hiệu quả tích cực ở NCT có khả năng sử dụng công nghệ, giúp giảm trầm cảm và tăng cường khả năng tự điều chỉnh cảm xúc.

Cải thiện giấc ngủ cũng là một hướng can thiệp hữu ích. Áp dụng kỹ thuật hành vi để điều chỉnh thói quen ngủ có thể gián tiếp làm giảm triệu chứng trầm cảm.

Can thiệp xã hội

Can thiệp xã hội tập trung vào yếu tố môi trường sống và mối quan hệ xã hội để giảm thiểu nguy cơ trầm cảm ở NCT:

Mô hình chăm sóc từng bước (stepped-care) là cách tiếp cận linh hoạt, bắt đầu từ các hỗ trợ cơ bản như theo dõi, tư vấn tâm lý, và nâng dần mức can thiệp nếu tình trạng không cải thiện.

Hoạt động thể chất thường xuyên, bao gồm đi bộ, tập dưỡng sinh, hoặc thể dục nhẹ, không chỉ tăng cường sức khỏe thể chất mà còn giúp cải thiện tâm trạng, giảm stress và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Các chương trình hỗ trợ cộng đồng, chẳng hạn như câu lạc bộ NCT, hoạt động tình nguyện, hoặc hỗ trợ kết nối xã hội, có vai trò quan trọng trong việc giảm cảm giác cô đơn, nâng cao lòng tự trọng và tạo ra mạng lưới hỗ trợ tinh thần bền vững.

Việc can thiệp trầm cảm ở NCT cần được nhìn nhận một cách toàn diện, kết hợp giữa các liệu pháp tâm lý và các giải pháp xã hội phù hợp với đặc điểm, nhu cầu và hoàn cảnh sống của từng cá nhân. Can thiệp hiệu quả không chỉ giúp giảm triệu chứng trầm cảm mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống, duy trì sự gắn kết xã hội và thúc đẩy NCT sống tích cực, có ý nghĩa hơn. Sự phối hợp giữa cá nhân, gia đình, cộng đồng và các dịch vụ chuyên môn là yếu tố then chốt trong quá trình hỗ trợ sức khỏe tinh thần cho NCT.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên, được chia làm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1 (Mục tiêu 1: sàng lọc rối loạn trầm cảm): Tiêu chuẩn chọn: NCT tính từ 60 trở lên đang sinh sống trên địa bàn nghiên cứu (NC). Tiêu chuẩn loại trừ: NCT là người tạm trú, hoặc

đi công tác vắng mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu; NCT sa sút trí tuệ nặng không còn minh mẫn để trả lời bộ câu hỏi; NCT bị bệnh cơ thể nặng, khuyết tật về ngôn ngữ, giác quan; NCT không chấp nhận hợp tác nghiên cứu; NCT đang mắc các rối loạn tâm thần khác.

Giai đoạn 2 (Mục tiêu 2: Thực nghiệm can thiệp): NCT từ 60 trở lên đã được xác định RLTC ở các mức độ. Đối tượng được chia làm 2 nhóm, nhóm tham gia vào các hoạt động trong mô hình can thiệp cộng đồng giảm thiểu trầm cảm và nhóm được khuyến cáo điều trị thông thường theo mô hình của địa phương.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng thang GDS - 15 và chẩn đoán bằng khám lâm sàng dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 để sàng lọc và đánh giá RLTC ở NCT trước và sau thực nghiệm.

3.3. Quy trình nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu gồm 3 bước sau:

Bước 1: Chọn mẫu nghiên cứu theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên có hệ thống. Tổng số mẫu nghiên cứu: 1572 người cao tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Thực hiện sàng lọc RLTC bằng thang GDS -15 thực hiện bởi các chuyên viên tâm lý và chẩn đoán bằng ICD -10 do các bác sĩ Bệnh viện tâm thần tỉnh Quảng Ngãi thực hiện.

Bước 3: NCT có tổng điểm GDS ≥ 6 và được kết luận có RLTC ở các mức độ đã được khám chẩn đoán bởi các bác sĩ tâm thần sẽ được mời tham gia các hoạt động trong thực nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng phòng ngừa trầm cảm. Tổng số lượng tham gia: 49 NCT có RLTC (nhóm thực nghiệm).

Bước 4: Xây dựng mô hình can thiệp cộng đồng phòng ngừa trầm cảm cho NCT có RLTC tại Thành phố Quảng Ngãi

Mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm cho NCT có RLTC tập trung tác động đến việc chăm sóc sức khỏe tinh thần cho NCT trên các khía cạnh tâm lý - xã hội và điều trị y tế nhằm giảm thiểu mức độ RLTC cho họ. Mô hình thể hiện ở 5 hoạt động như sau:

- Hoạt động nhận thức bản thân: Giúp NCT nhận rõ bản thân, vị trí, vai trò của bản thân trong các mối quan hệ gia đình và xã hội;

- Hoạt động khẳng định giá trị: Giúp NCT nâng cao giá trị cá nhân và khẳng định sự hữu ích của bản thân thông qua các hoạt động lao động công ích, hoạt động sáng tạo phù hợp với lứa tuổi;

- Hoạt động tập thể: Giúp NCT mở rộng vòng giao tiếp, được trực thuộc vào một nhóm xã hội và được tăng cường thêm các mục đích sống;

- Hoạt động chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần: Giúp NCT được thăm khám và có ý thức chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần thường xuyên nhằm ngăn ngừa trầm cảm;

- Hoạt động sàng lọc và can thiệp điều trị: NCT được đánh giá sàng lọc các nguy cơ gây trầm cảm; đồng thời được can thiệp (tham vấn, trị liệu, thuốc...) giảm nguy cơ bệnh lý).

Đây là mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở NCT tại thành phố Quảng Ngãi hướng đến nâng cao sức khỏe tinh thần và thể chất cho NCT từ góc độ huy động sự quan tâm, nhận thức đúng đắn và tham gia của cộng đồng về công tác phòng chống trầm cảm của NCT. Trong đó mô hình trọng tâm là hình thành Tổ dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho NCT phòng chống trầm cảm đặt tại Trung tâm Công tác xã hội tỉnh Quảng Ngãi.

Đối tượng thụ hưởng: Cộng đồng địa phương, các gia đình và NCT được nâng cao nhận thức, kỹ năng về công tác phòng chống trầm cảm của NCT; NCT được thăm khám, đánh giá và điều trị.

Người điều phối: Tổ dịch vụ, cộng tác viên là bác sĩ, y tá, nhân viên xã hội cấp xã/phường, tổ trưởng tổ dân phố và đại diện chi hội NCT tại thôn/tổ dân phố đã được tập huấn.

Hình thức và phương pháp thực hiện: Công tác xã hội nhóm, Phát triển cộng đồng; phương pháp đánh giá sàng lọc; tham vấn phòng ngừa; phương pháp can thiệp y khoa; phương pháp trị liệu tâm lý; phương pháp tập huấn; phương pháp phối hợp và kết nối các nguồn lực.

Bước 5: Triển khai mô hình thực nghiệm can thiệp cộng đồng phòng ngừa trầm cảm với nhóm thực nghiệm trong thời gian 6 tháng (1/2021 - 6/2021).

Từ 5 hoạt động trên chia thành 3 khâu được triển khai thực hiện theo quy trình như sau:

Khâu 1: Đối với NCT có mức độ vừa và nặng được thăm khám tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Quảng Ngãi. Tại khâu này có quy trình thực hiện như sau:

1/ Cộng tác viên tại các xã/phường liên hệ với NCT tại địa phương để gửi giấy mời đến thăm khám tại bệnh viện;

2/ Tổ cộng tác tại địa phương giúp đưa NCT đến bệnh viện và hỗ trợ về hồ sơ khám bệnh;

3/ Các bác sĩ tại Bệnh viện Tâm thần tổ chức thăm khám cho NCT được mời đến xác định tình hình bệnh và đưa ra phác đồ điều trị, ghi chép thông tin bệnh vào hồ sơ bệnh án.

4/ Bác sĩ Bệnh viện Tâm thần tỉnh Quảng Ngãi có những kết luận qua các cuộc thăm khám.

Khâu 2. Tại trạm y tế hoặc Ủy ban nhân dân xã/phường tổ chức hoạt động tư vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần và hoạt động cộng đồng

Tổ chức hoạt động cộng đồng bởi các cộng tác viên tại địa phương kết hợp với sự hỗ trợ của các chuyên gia của nhóm nghiên cứu đề tài: hoạt động nâng cao nhận thức về bản thân, hoạt động khẳng định giá trị bản thân thông qua hoạt động sáng tạo, hoạt động giao lưu...

Tổ chức hoạt động tư vấn tâm lý chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần bởi các chuyên viên tâm lý học hoặc công tác xã hội của Tổ dịch vụ dựa trên các khó khăn và biểu hiện RLTC của NCT, tổ chức thực hiện các liệu pháp nhóm, liệu pháp kích hoạt hành vi, Dohsa-hou nhằm tăng cường các cảm xúc tích cực và thay đổi hành vi.

Khâu 3. Tại gia đình NCT thực hiện hoạt động thăm hỏi và có những trường hợp đặc biệt cần thăm khám tại nhà.

Tại khâu này có sự tham dự của các cộng tác viên tại địa phương kết hợp với sự hỗ trợ của các chuyên gia của nhóm nghiên cứu đến vãng gia tại nhà NCT ở giai đoạn đầu của chuỗi hoạt động tác động phòng chống trầm cảm cho NCT.

Các bước thực hiện được triển khai từ bước liên hệ với NCT xác định thời gian đến vắng gia; tổ chức đến vắng gia và thực hiện trò chuyện tư vấn, kết nối. Các thông tin buổi vắng gia được ghi ghép làm dữ liệu cho các hoạt động tác động tiếp theo của mô hình thực nghiệm.

Bước 6: Đánh giá kết quả thực nghiệm bằng Thang đo GDS-15 và Chẩn đoán lâm sàng của bác sĩ chuyên khoa Tâm thần (ICD-10) đối với nhóm thực nghiệm.

Bước 7: So sánh kết quả giữa nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng: Số lượng mẫu rút ra đối sánh N=60 (nhóm thực nghiệm =30 và nhóm chứng =30). Trong đó, nhóm chứng là nhóm NCT được khuyến cáo điều trị thông thường theo mô hình của địa phương, còn nhóm thực nghiệm có sự tác động của mô hình can thiệp cộng đồng. Công cụ đánh giá so sánh dựa trên Thang đo GDS-15 và Chẩn đoán lâm sàng của bác sĩ chuyên khoa Tâm thần (ICD-10).

3.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu sau khi nhập liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS statistics 21, sử dụng các thuật toán thống kê phân tích.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của NCT được khảo sát (N=1572)

STT	Phân loại		Số lượng	Tỉ lệ %
1	Giới tính	Nam	630	40.1
		Nữ	942	59.9
2	Tuổi	60-70 tuổi	661	42.0
		71-80 tuổi	598	38.0
		Trên 80 tuổi	313	19.9
3	Tình trạng hôn nhân	Độc thân	94	6.0
		Ly hôn/ Ly thân	24	1.5
		Vợ/ chồng mất	498	31.7
		1 vợ 1 chồng	956	60.8
4	Sống chung với	Vợ chồng	858	54.6
		Con	433	27.5
		Cháu và người khác	60	3.8
		Độc thân	221	14.1
5	Trình độ học vấn	Không biết chữ	207	13.2
		Tiểu học	885	56.3
		THCS	283	18.0
		THPT	131	8.3
		Trung cấp trở lên	66	4.2

4.2. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

Qua đánh giá sơ bộ, chúng tôi thu thập được thông tin ban đầu về tỉ lệ trầm cảm ở NCT theo thang GDS-15 tại thành phố Quảng Ngãi có 18,8%, trong đó có mức độ nhẹ là 12,8% và mức độ vừa 5,7%. Để có dữ liệu chung về vấn đề RLTC ở NCT, đề tài đã khảo sát trên 1572 NCT bằng thang GDS-15 và có kết luận của bác sĩ chuyên khoa tâm thần thông qua khám lâm sàng. Kết quả đánh giá chung được thể hiện ở bảng sau:

Bảng 2. Thực trạng trầm cảm ở người cao tuổi

Mức độ trầm cảm	GDS		Kết luận lâm sàng	
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
Bình thường	1381	87,8	1463	93,1
Có biểu hiện trầm	191	12,2	109	6,9
Tổng cộng	1572	100	1572	100

Theo kết quả sàng lọc bằng thang đánh giá GDS-15 cho thấy, tỷ lệ người có dấu hiệu trầm cảm chiếm 12,2% (191 người). Tuy nhiên, kết quả đánh giá kết hợp bằng công cụ thăm khám lâm sàng ICD-10 thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa tâm thần cho thấy, tỉ lệ người có dấu hiệu trầm cảm là 6,9%. Như vậy, tỉ lệ NCT có dấu hiệu trầm cảm tại địa bàn khảo sát ở thành phố Quảng Ngãi cũng khá thống nhất với *các nghiên cứu trước đó trên thế giới như nghiên cứu của VinayK. Cheruvu và Chiyaka (2019) khi đánh giá mức độ trầm cảm của NCT ở Hoa Kỳ với tỉ lệ 6,1% [3]*

Bảng 3. Mức độ trầm cảm của người cao tuổi

Mức độ trầm cảm	N	Tỉ lệ (%)	M	SD
Bình thường	1463	93,1	1,09	0,339
Trầm cảm nhẹ	83	5,3		
Trầm cảm vừa	25	1,6		
Trầm cảm nặng	1	0,1		
Tổng cộng	1572	100		

Số liệu nghiên cứu từ bảng 3 chỉ ra rằng có 5,3% NCT trầm cảm ở mức độ nhẹ, trong khi đó mức độ trầm cảm vừa và nặng ở NCT tương ứng là 1,6% và 0,1%. Như vậy, tỉ lệ về mức độ trầm cảm trong tổng số những NCT thì NCT có dấu hiệu trầm cảm ở mức độ nhẹ là 76,1%, mức độ vừa là 23% và mức độ nặng là 0,9%.

4.3. Đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp giảm thiểu trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

4.3.1. Sự thay đổi sau can thiệp về mức độ biểu hiện rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

Tỉ lệ NCT có biểu hiện RLTC sau thực nghiệm có chiều hướng thay đổi như sau:

Bảng 4. Sự thay đổi sau can thiệp về mức độ biểu hiện của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi

Mức độ	Trước thực nghiệm	Sau thực nghiệm
Nặng	1 (4,3%)	0 (0%)
Vừa	14 (28,6%)	9 (18,4%)
Nhẹ	34 (69,4%)	21 (42,8%)
Bình thường	0 (0%)	19 (38,8%)
Tổng	49 (100%)	

Nhìn vào bảng cho thấy mức độ nặng không còn ở NCT, mức độ vừa giảm từ 28,6% xuống còn 9%, còn mức độ nhẹ từ 69,4% xuống còn 42,8%. Có 19 NCT (38,8%) trở về trạng thái bình thường. Mức độ có sự chuyển biến sâu nhất là từ nhẹ và vừa trở thành bình thường. *Con số trở về bình thường 39% và chỉ còn 61,2% có biểu hiện RLTC.* Điều đó cho thấy, có một sự chuyển biến có ý nghĩa sau quá trình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm cho NCT. Trong đó, mức độ vừa là 18% và nhẹ 43%.

Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với một số nghiên cứu khác khi đề cập đến việc can thiệp RLTC cho NCT trên các phương diện hỗ trợ tâm lý xã hội, điều trị bằng thuốc và can thiệp giáo dục sức khỏe và mô hình quản lý sức khỏe cho người cao tuổi sống tại cộng đồng như nghiên cứu của Li Duan (2020), nghiên cứu của Anna K Forsman và cộng sự (2011), Hirofumi Oyama và cộng sự (2006) đều đem lại hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng RLTC và tác động tích cực đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần của NCT [1] [6] [11].

4.3.2. **Đối sánh kết quả trước và sau thực nghiệm về mức độ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi.**

Kết quả thực nghiệm cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau mô hình tác động can thiệp phòng ngừa trầm cảm cho NCT. Kết quả thể hiện ở bảng sau:

Bảng 5. So sánh trước và sau tác động can thiệp thông qua các thang đo

N	Thang đo	Trước thực nghiệm		Sau thực nghiệm		T	Sig.
		M	SD	M	SD		
49	GDS	9.6	2.75	7.8	4.3	2.913	0.005
	ICD-10	2.3	0.51	1.7	0.73	5.612	0.000

Qua bảng số liệu cho thấy NCT tham gia vào mô hình can thiệp phòng ngừa trầm cảm đã có những chuyển biến tích cực. Sự thay đổi đó được thể hiện ở điểm số trung bình về biểu hiện trầm cảm thông qua của 2 đánh giá (đánh giá qua thang đo GDS-15 và đánh giá lâm sàng theo ICD-10) đều cho thấy có sự giảm đi đáng kể (GDS-15 có số điểm giảm từ 9.6 xuống còn 7.8 và ICD-10 có số điểm giảm từ 2.3 xuống còn 1.7); kiểm định t đều có Sig=0.005 và Sig=0.000, $p<0,05$. Điều đó cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê trước và sau tác động trên cả 2 phương pháp đo lường đánh giá trước và sau. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chao Wang và cộng sự (2017) đã xem xét hiệu quả của một mô hình can thiệp “phục hồi lẫn nhau”, ở nhóm đối chứng tỷ lệ trầm cảm ở NCT bằng thang GDS -15 cho thấy sau can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp (94% trước can thiệp và 14,4% sau can thiệp, $p<0,001$), điều này cho thấy tác dụng của mô hình can thiệp làm giảm tỷ lệ trầm cảm và mức độ trầm cảm ở nhóm can thiệp là rất rõ rệt, còn ở nhóm không can thiệp (nhóm đối chứng) là không có sự thay đổi đáng kể [21].

4.3.3. **Đối sánh nhóm thực nghiệm và nhóm chứng**

Để đảm bảo cho tính chất đối sánh sau sàng lọc có mức độ tương đồng giữa các yếu tố, chúng tôi lấy 30 NCT nhóm thực nghiệm và 30 NCT nhóm chứng để tiến hành đối sánh. Thông qua các liệu pháp khác nhau từ việc sử dụng thuốc đến các liệu pháp tâm lý - xã hội đối với nhóm thực nghiệm, trong khi đó, nhóm đối chứng chỉ can thiệp thường quy, với thời gian thực nghiệm trong 6 tháng cho thấy những kết quả như sau:

Bảng 6. Kết quả trước và sau thực nghiệm theo kết quả thăm khám lâm sàng

Nội dung	Trước thực nghiệm				Sau thực nghiệm			
	M	SD	T (58)	P	M	SD	T (58)	P
Nhóm đối chứng	2,03	0,183	2,981	0,000	1,57	0,697	1,308	0,018
Nhóm thực nghiệm	2,30	0,466			1,37	0,490		

Kết quả kiểm định Independent T-test cho thấy, tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sau trước và sau khi thực nghiệm của nhóm đối chứng và nhóm thực nghiệm. Theo đó, trước khi thực nghiệm [$t(58)=2,981$, $p=0,000$], nhóm thực nghiệm có mức độ trầm cảm cao hơn so với nhóm đối chứng thì sau khi tiến hành thực nghiệm [$t(58)=-1,038$, $p=0,018$], mức độ trầm cảm của nhóm thực nghiệm giảm xuống rất đáng kể. Mặt khác, sự khác biệt về điểm trung bình giữa 2 nhóm đối chứng và thực nghiệm trước và sau khi thực nghiệm chỉ ra rằng, nếu điểm trung bình của nhóm đối chứng chỉ giảm 0,46 thì nhóm thực nghiệm giảm đến 0,93. Như vậy, các hoạt động trong can thiệp cộng đồng đã tác động đáng kể đến sự giảm thiểu mức độ trầm cảm ở NCT. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Van leo Veer-Tazelaar và cộng sự (2011), mô hình chăm sóc sức khỏe cho NCT trong chăm sóc ban đầu giúp giảm hơn một nửa tỷ lệ mắc chứng rối loạn lo âu hoặc trầm cảm và cho thấy hiệu quả lâu dài [19]. Nghiên cứu của X.D. Peng và cộng sự (2009) cho thấy so với giả dược, liệu pháp tâm lý có hiệu quả hơn trong việc giảm điểm trầm cảm (sự khác biệt trung bình chuẩn hóa -0,92; khoảng tin cậy 95% -1,21, -0,36) [12]. Nghiên cứu khác của Steur Joanne L. và cộng sự đánh giá liệu pháp nhóm nhận thức-hành vi và tâm động học trong điều trị trầm cảm lão khoa cho thấy ở 33 NCT từ 55 đến 78 tham gia nghiên cứu và 20 người đã hoàn thành quá trình điều trị kéo dài 9 tháng có mức độ giảm đáng kể về mặt thống kê và lâm sàng đối với các chỉ số trầm cảm và lo lắng [16].

Kết quả kiểm định Paired-Sample T-Test cũng chỉ ra rằng, có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê [$t(29)= 7,992$, $p=0,000$] của nhóm thực nghiệm trước và sau khi tiến hành thực nghiệm. Theo đó, việc áp dụng phối hợp các liệu pháp can thiệp cộng đồng có ý nghĩa tích cực trong việc giảm thiểu trầm cảm đối với NCT.

Bảng 7. Kết quả chuyển biến các mức độ trầm cảm sau tác động can thiệp đối sánh với nhóm chứng

Mức độ chuyển biến sau thực nghiệm			Bình thường	Nhẹ	Vừa
Thực nghiệm	Mức độ	Nhẹ	14	7	0
			66.7%	33.3%	0.0%
		Vừa	5	4	0
			55.6%	44.4%	0.0%
	Tổng	63.3%	19	11	0
			36.7%	0.0%	
Đối chứng	Mức độ	Nhẹ	16	10	3
			55.2%	34.5%	10.3%
		Vừa	0	1	0
			0.0%	100.0%	0.0%
	Total	53.3%	16	11	3
			36.7%	10.0%	
Tổng	Mức độ	Nhẹ	30	17	3
			60.0%	34.0%	6.0%
		Vừa	5	5	0
			50.0%	50.0%	0.0%
	Tổng	58.3%	35	22	3
			36.7%	5.0%	

Tại bảng 7 cho thấy, ở nhóm thực nghiệm (N=30) có 19 NCT trở về trạng thái bình thường (trong đó nhẹ chuyển về trạng thái bình thường là 14 NCT, từ vừa về bình thường là 5 NCT), chiếm 63,3%. Không có NCT nào ở mức độ vừa. Trong khi đó, nhóm chứng (N=30) có 16 NCT trở về trạng thái bình thường (55,2%) từ mức nhẹ. Còn lại có mức nhẹ là 10 NCT (34,5%) chưa có sự chuyển biến, có 1 NCT chuyển thành mức độ vừa. Bên cạnh đó, có 3 NCT chuyển từ mức độ nhẹ thành vừa (10,3%). Như vậy, có thể khẳng định sự chuyển biến của NCT ở nhóm thực nghiệm sau quá trình tác động có chiều hướng tích cực. Ở nhóm đối chứng cũng có sự chuyển biến nhất định bởi sự tác động của các yếu tố các cộng tác viên của địa bàn cũng đã được tập huấn can thiệp, cùng các yếu tố tích cực khác của gia đình và xã hội, thể hiện rõ nhất ở nhóm có biểu hiện trầm cảm nhẹ. Tuy nhiên, ở nhóm đối chứng có các trường hợp NCT có biểu hiện mức độ từ nhẹ lên thành mức độ vừa (10,3%).

Có yếu tố được xem là khách quan ảnh hưởng ít nhiều đến công tác đánh giá sau can thiệp ở nhóm thực nghiệm được tiến hành tận dụng thời gian sau giãn cách của chỉ thị 15 trên thành phố Quảng Ngãi, đại đa số NCT tại xã, phường can thiệp qua một thời gian dài phong toả cũng ít nhiều có những ảnh hưởng tiêu cực từ vấn đề này, do đó khi đánh giá lại, các biểu hiện chuyển biến có thay đổi, nhưng mức độ không được nhiều. Đó cũng chính là hạn chế của mô hình trong can thiệp cộng đồng khi có những tác nhân thay đổi mà khó khăn có thể kiểm soát được.

5. KẾT LUẬN

Có thể khẳng định mô hình can thiệp cộng đồng phòng ngừa trầm cảm cho NCT ở địa bàn thành phố Quảng Ngãi là thiết thực có thể giúp giảm bớt triệu chứng, mức độ và đẩy lùi được trầm cảm ở NCT. Như vậy, mô hình có thể áp dụng rộng rãi cho các địa phương trong toàn thành phố Quảng Ngãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anna K Forsman 1, et al. (2011), *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults*, Health Promot Int, doi: 10.1093/heapro/dar074.
2. Bộ môn Tâm thần học (2015), *Trầm cảm chủ yếu, Giáo trình Tâm thần học*, Đại học Y dược Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ, tr. 70 - 83.
3. Cheruvu Vinay K and Chiyaka Edward T (2019), *Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample*, J BMC geriatrics, 19(1), 1-10.
4. Đỗ Văn Diệu, et al. (2018), “Tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi phường Trương Quang Trọng, thành phố Quảng Ngãi”, Tạp chí Y dược học, 8(6), 82-88.
5. Dr Amy P. Y. Ho (2007), *A peer counselling program for the elderly with depression living in the community*, Aging & Mental Health, Pages 69-74 | Received 15 Aug 2005, Accepted 07 Mar 2006, Published online: 18 Jan 2007.
6. Duan L., et al. (2020), *Research on Supportive Psychosocial, Drug Treatment, and Health Education Intervention and Health Management Model of Community-Residing Elderly Adults With Late Life Depression in Liaoning Province: A Protocol*, Front Psychiatry, 11, 267.
7. Lee Tac-Young, et al. (2017 Dec), *The effect of a VR exercise program on falls and depression in the elderly with mild depression in the local community*, J Phys Ther Sci, 29(12):2157-2159. doi: 10.1589/jpts.29.2157. Epub 2017 Dec 7.

8. Nguyễn Văn Đồng (2018), *Luật Người cao tuổi: Thực tiễn triển khai sau 8 năm ban hành (2009-2017)*, VNU Journal of Science: Policy Humanities, 3(6), 802-811.
9. Nguyễn Văn Dũng (2015), *Sử dụng một số trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ chẩn đoán lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi*, thông tin Y học, Bệnh viện tâm thần Huế.
10. Oyama Hirofumi and Sakashita Tomoe (2016), *Long-term effects of a screening intervention for depression on suicide rates among Japanese community-dwelling older adults*, J The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24(4), 287-296.
11. Oyama Hirofumi, et al. (2006), *Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention*, Psychiatry clinical neurosciences, 60(1), 110-114.
12. Peng XD, et al. (2009), *Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review*, J Journal of International Medical Research, 37(4), 975-982.
13. Phạm Ngọc Long (2022), *Trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi trong cộng đồng tại Hà Nội và Quảng Bình năm 2021 - 2022*.
14. Phạm Thắng and Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009), *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam: Bộ y tế*. tr.1-30.
15. Quốc hội (2009), *Luật người cao tuổi*, Hà Nội.
16. Steuer Joanne L, et al. (1984), *Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression*, J Journal of Consulting Clinical Psychology, 52(2), 180.
17. Tổ chức Y tế thế giới (1992), *"Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm"*, *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi*, trang 32-42.
18. Tổng cục thống kê (2021), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*, Bộ Kế hoạch và đầu tư, Tổng cục thống kê, Quỹ Dân số Liên hiệp quốc.
19. Van't Veer-Tazelaar Petronella J, et al. (2011), *Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial*, J The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19(3), 230-239.
20. Wang Chao, et al. (2017), *Effects of a mutual recovery intervention on mental health in depressed elderly community-dwelling adults: a pilot study*, J BMC public health, 17, 1-10.
21. World Health Organization (2021). Depression.

NHẬN THỨC VỀ VẤN ĐỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH DÂN TỘC NỘI TRÚ TẠI CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TỈNH QUẢNG NGÃI

Phạm Thị Kiều Duyên¹, Nguyễn Trà²

Tóm tắt: Trong bối cảnh sức khỏe tâm thần đang trở thành một trong những vấn đề y tế công cộng cấp thiết hiện nay, học sinh trung học phổ thông dân tộc nội trú (THPT DTNT) là nhóm đối tượng dễ bị tổn thương nhưng lại chưa nhận được sự quan tâm đúng mức. Bài báo này trình bày kết quả nghiên cứu về thực trạng nhận thức trong chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKT) của học sinh tại các trường THPT DTNT trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi, thông qua khảo sát 359 học sinh và phỏng vấn sâu 15 em. Kết quả cho thấy phần lớn học sinh có nhận thức còn hạn chế về các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần và thiếu thói quen tìm kiếm sự hỗ trợ khi gặp khó khăn. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đã tiến hành thực nghiệm một mô hình truyền thông nhằm nâng cao nhận thức về CSSKT cho học sinh, cho thấy hiệu quả tích cực trong việc cải thiện nhận thức và hành vi chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng học sinh DTNT.

TỪ KHÓA: chăm sóc sức khỏe tâm thần, học sinh trung học phổ thông, dân tộc nội trú

PERCEPTIONS OF MENTAL HEALTH CARE AMONG ETHNIC BOARDING HIGH SCHOOL STUDENTS IN QUANG NGAI PROVINCE

Abstract: In the context of mental health becoming one of the most pressing public health issues today, ethnic minority boarding high school (EMBHS) students represent a vulnerable group that remains largely overlooked. This paper presents the findings of a study on the current state of mental health care awareness among students at EMBHSs in Quang Ngai province, based on a survey of 359 students and in-depth interviews with 15 participants. The results reveal that most students have limited awareness of mental health issues and rarely seek support when needed. Based on these findings, the study conducted an experimental communication intervention aimed at raising mental health awareness. The intervention proved effective in improving both awareness and mental health-related behaviors among ethnic minority students.

KEYWORDS: mental health care, high school students, ethnic minority boarding schools

1. GIỚI THIỆU

Trong xã hội hiện đại, sức khỏe tâm thần (SKTT) ngày càng được coi là một yếu tố quan trọng không thể tách rời khỏi sức khỏe tổng thể. Những áp lực đến từ học tập, các mối quan hệ xã hội và những thay đổi trong đời sống cá nhân đang ngày càng ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của thanh thiếu niên. Việt Nam trong những năm gần đây đã chứng kiến sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ các rối loạn tâm thần và cảm xúc, đặc biệt ở nhóm thanh thiếu niên và học sinh phổ thông tại những khu vực khó khăn và vùng đồng bào dân tộc thiểu số.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, khoảng 20% trẻ em và vị thành niên trên toàn cầu đang phải đối mặt với ít nhất một dạng rối loạn tâm thần, trong đó các rối loạn phổ biến nhất là trầm

¹ Trường Đại học Sư phạm - Đại học Đà Nẵng.

² Trường THPT Dân tộc nội trú Tỉnh Quảng Ngãi.

cảm, lo âu và các rối loạn cảm xúc khác (WHO, 2022). Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận xu hướng gia tăng các vấn đề về SKTT trong lứa tuổi học sinh. Viện Xã hội học (2022) báo cáo tỷ lệ trẻ vị thành niên gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần chiếm 21,7%, trong đó có 4,3% trẻ bị trầm cảm và 18,6% trẻ mắc chứng lo âu; nhóm học sinh trung học phổ thông là đối tượng dễ tổn thương, với tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần dao động từ 8% đến 29%. Đáng chú ý, tỷ lệ tự tử chiếm 2,3% trên tổng số ca tử vong ở trẻ vị thành niên, cho thấy mức độ nghiêm trọng của tình trạng này (Báo cáo điều tra sức khỏe tâm thần vị thành niên VN của Viện Xã hội, 2022). Tuy nhiên, nhận thức của học sinh về tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần còn nhiều hạn chế. Một khảo sát của Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo cho thấy chỉ 40% học sinh hiểu rằng sức khỏe tâm thần quan trọng như sức khỏe thể chất (Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo, 2023). Điều này ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tự nhận biết và tìm kiếm sự giúp đỡ khi gặp vấn đề. (Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo, 2023)

Đặc biệt, nhóm học sinh dân tộc thiểu số (DTTS) sống tại các vùng miền núi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn là đối tượng dễ bị tổn thương hơn cả về mặt sức khỏe tâm thần. Các yếu tố như điều kiện sinh hoạt thiếu thốn, hạn chế tiếp cận thông tin và dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần, áp lực phải đi làm thêm trong giờ học do hoàn cảnh gia đình khó khăn, cũng như các phong tục tập quán như tảo hôn, đều làm tăng nguy cơ phát sinh các vấn đề về SKTT và ảnh hưởng đến sự phát triển toàn diện của các em (Viện Xã hội học, 2022). Mối liên hệ giữa gia đình và nhà trường thường yếu kém, cùng với sự thiếu hụt về kiến thức và nhận thức đúng đắn về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng DTTS khiến cho việc chăm sóc và hỗ trợ các em gặp nhiều khó khăn.

Theo Tổng cục Thống kê Việt Nam (2023), tại tỉnh Quảng Ngãi, khoảng 3,1% dân số là người dân tộc thiểu số, chủ yếu sống ở các huyện miền núi. Những học sinh này vừa phải đối mặt với áp lực học tập, vừa chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố văn hóa - xã hội đặc thù (Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo, 2023). Thực tế, học sinh dân tộc thiểu số tại các trường dân tộc nội trú không chỉ đối mặt với khoảng cách văn hóa, trình độ học vấn của phụ huynh, mà còn bị ảnh hưởng bởi các định kiến xã hội liên quan đến bệnh tâm thần. Những yếu tố này khiến cho các em dễ bị cô lập, ngại chia sẻ và không tìm kiếm được sự hỗ trợ kịp thời khi gặp vấn đề tâm lý (Lê Minh Hoàng, 2022).

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh rằng nhận thức tích cực về sức khỏe tâm thần là nền tảng quan trọng giúp học sinh chủ động tìm kiếm sự trợ giúp khi cần thiết. Chẳng hạn, Jorm et al. (2006) chỉ ra rằng giáo dục về sức khỏe tâm thần trong trường học giúp học sinh nâng cao khả năng nhận biết các dấu hiệu bất thường về tâm lý, từ đó thúc đẩy hành vi phòng ngừa và tìm kiếm hỗ trợ phù hợp. Ở Việt Nam, các chương trình như “Bạn đồng hành” do Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF) phối hợp với các tổ chức địa phương thực hiện đã góp phần xây dựng kỹ năng nhận thức và hỗ trợ đồng đẳng cho học sinh (UNICEF Việt Nam, 2020). Những chương trình này tuy có hiệu quả bước đầu nhưng vẫn chưa được phổ biến rộng rãi ở các trường dân tộc nội trú. Do đó, việc nghiên cứu nhận thức về chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT DTNT dân tộc thiểu số là rất cần thiết. Nghiên cứu không chỉ giúp đánh giá thực trạng nhận thức về SKTT của nhóm đối tượng này mà còn góp phần đề xuất các mô hình giáo dục, truyền thông và can thiệp phù hợp, nhằm nâng cao hiệu quả chăm

sóc sức khỏe tâm thần trong trường học và cộng đồng, đặc biệt tại các vùng DTTS miền núi còn nhiều khó khăn.

2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ VẤN ĐỀ

2.1. Khái niệm sức khỏe tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần được định nghĩa bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) “là trạng thái hoàn toàn thoải mái mà ở đó mỗi cá nhân nhận thức rõ khả năng của mình, có thể đối phó với những căng thẳng bình thường trong cuộc sống, làm việc hiệu quả và năng suất và đóng góp cho cộng đồng”. (WHO, 2013). Những người khỏe mạnh về mặt tâm thần nghĩa là họ có cuộc sống độc lập và có tính tự quyết, có cái nhìn thực tế về khả năng và những thiếu sót, khuyết điểm của bản thân cũng như của người khác. Những hành vi, cảm xúc và giá trị của họ phù hợp và được chấp nhận trong nền văn hóa của từng quốc gia và được coi là thống nhất với những thành viên khác trong cùng cộng đồng.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần bao gồm việc phát hiện sớm, can thiệp và điều trị các rối loạn tâm lý, cũng như cung cấp hỗ trợ cho những cá nhân gặp khó khăn trong việc quản lý stress, mối quan hệ cá nhân, hoặc các vấn đề khác liên quan đến cuộc sống hàng ngày. Cụ thể, nó có thể bao gồm các liệu pháp tâm lý, hỗ trợ từ nhân viên xã hội, bác sĩ tâm thần, và các chương trình giáo dục nhằm nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng (Gonzalez et al., 2020).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi hiểu CSSKTT bao gồm các can thiệp, trị liệu và các hoạt động đảm bảo trạng thái khỏe mạnh về mặt tinh thần ở 5 khía cạnh cơ bản sau: (1) Khả năng cân bằng: Khả năng tạo sự cân bằng trong cuộc sống ở các khía cạnh thể chất, tâm lý, tinh thần, xã hội và kinh tế, tạo cân bằng trong cuộc sống ở mọi bối cảnh, hoàn cảnh. (2) Khả năng phục hồi: Khả năng vượt qua, đối phó với các tình huống khó khăn và trở lại trạng thái bình thường sau những sự kiện mất mát, đau buồn, tổn thất, đổ vỡ... về con người, tài sản, sự nghiệp. (3) Khả năng phát triển cá nhân: Khả năng nhận biết, nuôi dưỡng và phát triển năng lực và sở trường của cá nhân. (4) Biết tận hưởng cuộc sống: Đó là khả năng sống với hiện tại, và trân trọng những gì mình có; biết học hỏi, đúc kết kinh nghiệm từ quá khứ, kể cả trải nghiệm đau buồn, tiếp tục sống có kế hoạch cho hiện tại và tương lai có hiệu quả. (5) Sự linh hoạt: Khả năng thích nghi với mọi hoàn cảnh, với các tình huống mới, có khả năng tự điều chỉnh bản thân.

2.2. Nhận thức và vai trò nhận thức về CSSKTT

Nhận thức là quá trình tiếp nhận, xử lý, lưu trữ và áp dụng thông tin. Trong lĩnh vực SKTT, nhận thức đúng đắn về các dấu hiệu bất ổn tâm lý, tầm quan trọng của SKTT và các biện pháp CSSKTT có vai trò quyết định đến hành vi của cá nhân. Jorm et al. (2006) nhấn mạnh rằng tăng cường hiểu biết về SKTT giúp cá nhân có thái độ tích cực hơn, giảm kỳ thị và chủ động tìm kiếm trợ giúp khi cần (Jorm et al., 2006). Các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức về chăm sóc sức khỏe tâm thần rất đa dạng và có thể bao gồm các yếu tố cá nhân, văn hóa, xã hội và hệ thống giáo dục. Để nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần trong cộng đồng học sinh dân tộc nội trú, cần có sự kết hợp hài hòa giữa các yếu tố văn hóa, cá nhân, xã hội và giáo dục. Các nỗ

lực cải thiện cần phải được thực hiện đồng bộ và liên tục để tạo ra một môi trường hỗ trợ toàn diện cho sức khỏe tâm thần của học sinh

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp hỗn hợp bao gồm:

- **Điều tra bằng bảng hỏi:** Tiến hành khảo sát 359 học sinh từ 5 trường THPT dân tộc nội trú tại Quảng Ngãi, gồm các trường: THPT DTNT tỉnh Quảng Ngãi, THPT Ba Tơ, THPT Tây Trà, THPT Đinh Tiên Hoàng, và THPT Phạm Kiệt.
- **Phỏng vấn sâu:** Thực hiện với 10 học sinh và 5 giáo viên nhằm thu thập thông tin định tính bổ sung.
- **Quan sát:** Ghi nhận thái độ, hành vi tương tác và biểu hiện cảm xúc của học sinh trong môi trường học tập.
- **Phân tích số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng nhận thức về chăm sóc sức khỏe tâm thần của học sinh THPT DTNT

Sức khỏe tâm thần rất quan trọng với học sinh THPT, giúp các em học tốt, xử lý stress và phát triển toàn diện. Tuy nhiên, nhiều em vẫn chưa hiểu rõ về trầm cảm, lo âu hay stress, dẫn đến khó khăn trong việc chăm sóc bản thân và tìm kiếm hỗ trợ. Chúng tôi đã thực hiện khảo sát để đánh giá mức độ nhận thức của học sinh, kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Nhận biết về cụm từ liên quan đến SKTT của HS THPT DTNT

Nội dung	Mức độ cần thiết			ĐTB	ĐLC
	Chưa bao giờ	Một lần	Hơn một lần		
	%	%	%		
Bệnh tâm thần	41,5	37,0	21,4	1,80	0,77
Tâm thần khỏe mạnh	54,9	27,6	17,5	1,63	0,77
Tâm thần không khỏe mạnh	26,5	52,4	21,2	1,95	0,69
Chăm sóc SKTT	25,9	21,7	52,4	2,26	0,84
Sức khỏe tâm thần	40,7	29,0	30,4	1,90	0,83
Trung tâm hỗ trợ chăm sóc Sức khỏe tâm thần	57,1	24,2	18,7	1,62	0,79

Nguồn: Kết quả khảo sát.

Kết quả khảo sát bảng 1 cho thấy mức độ nhận biết của học sinh THPT dân tộc nội trú về sức khỏe tâm thần còn hạn chế. Chỉ 52,4% học sinh từng nghe đến cụm “chăm sóc sức khỏe tâm thần” (ĐTB = 2,26), cho thấy các em có tiếp xúc nhất định nhưng hiểu biết vẫn mơ hồ. Một học sinh lớp 11 chia sẻ: “Em đã từng nghe đến cụm này nhưng không biết nó nghĩa là gì, chỉ thấy trên mạng thôi.” (PVS, học sinh, lớp 11). Đáng lo ngại, có đến 57,1% học sinh chưa từng nghe đến “Trung tâm hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần” (ĐTB = 1,62), phản ánh sự thiếu hụt thông tin về các nguồn hỗ trợ chuyên nghiệp. Một em lớp 10 nói: “Em chưa bao giờ nghe đến trung tâm này. Nếu được giới thiệu thì nhiều bạn sẽ được giúp đỡ.” (PVS, học sinh, lớp 10). Ngoài ra, 54,9% học sinh chưa nghe đến cụm “tâm thần khỏe mạnh” (ĐTB = 1,63),

cho thấy học sinh thường chỉ chú ý khi gặp vấn đề, chứ chưa có thói quen xây dựng sức khỏe tâm thần tích cực. Các cụm từ quen thuộc hơn như “bệnh tâm thần” và “sức khỏe tâm thần” vẫn có tỷ lệ chưa từng nghe đến khá cao (trên 40%). Dù “tâm thần không khỏe mạnh” có tỷ lệ học sinh nghe “một lần” cao nhất (52,4%), song tần suất tiếp cận vẫn chưa đủ để hình thành hiểu biết sâu. Thực trạng này cho thấy cần tăng cường truyền thông, giáo dục và tư vấn về sức khỏe tâm thần trong trường học, nhất là với học sinh dân tộc nội trú - nhóm còn nhiều hạn chế trong tiếp cận thông tin.

Nhận thức về thời điểm và người cần được chăm sóc sức khỏe tâm thần

Việc hiểu rõ thời điểm phù hợp và xác định đúng đối tượng cần được chăm sóc cũng là yếu tố quan trọng không kém, giúp đảm bảo việc hỗ trợ được thực hiện kịp thời và hiệu quả. Nhận thức này không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả phòng ngừa mà còn thúc đẩy hành vi tìm kiếm giúp đỡ khi cần thiết.

Bảng 2. Đánh giá của học sinh về mức độ cần thiết của các thời điểm CSSKT

Thời điểm chăm sóc sức khỏe tâm thần	Mức độ (%)					ĐTB	ĐLC
	1	2	3	4	5		
Khi học sinh bị áp lực trong học tập (Bài tập nhiều, thời gian học chiếm quá nhiều thời gian, ...)	0	0	0	50,7	49,3	4,49	0,50
Khi có những xung đột trong gia đình (Bất hòa giữa ba và mẹ, giữa ba mẹ và con cái,...)	0	0	13,9	19,2	66,9	4,53	0,73
Trong các mùa thi cử	0	0	63,2	17,5	19,2	3,56	0,79
Khi có những bất hòa, xung đột với những người xung quanh, bạn bè, thầy cô	0	0	13,9	49,3	36,8	3,23	0,68
Tất cả mọi lúc	0	0	49,3	50,7	0	2,51	0,50
Khi có sức khỏe khỏe mạnh	45,4	0	19,2	35,4	0	1,90	0,89
Khi bị đau ốm về cơ thể (đau đầu, đau bụng, mệt mỏi,...)	63,2	0	36,8	0	0	1,74	0,97
Khi tham gia các hoạt động ở trường, ở cộng đồng	36,8	0	63,2	0	0	1,63	0,48

(1. Hoàn toàn không cần thiết, 2. Không cần thiết, 3. Thỉnh thoảng, 4. Cần thiết, 5. Rất cần thiết)

Kết quả khảo sát cho thấy học sinh THPT dân tộc nội trú nhận thức rõ tầm quan trọng của việc chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) trong một số tình huống cụ thể. “Khi có xung đột trong gia đình” được đánh giá là cần thiết nhất (ĐTB = 4,53), tiếp theo là “áp lực học tập” (ĐTB = 4,49), cho thấy các em chịu ảnh hưởng lớn từ môi trường gia đình và học đường. Một số học sinh sống xa nhà, tự lập sớm, dễ chịu áp lực tinh thần nhưng lại thiếu các kênh hỗ trợ phù hợp.

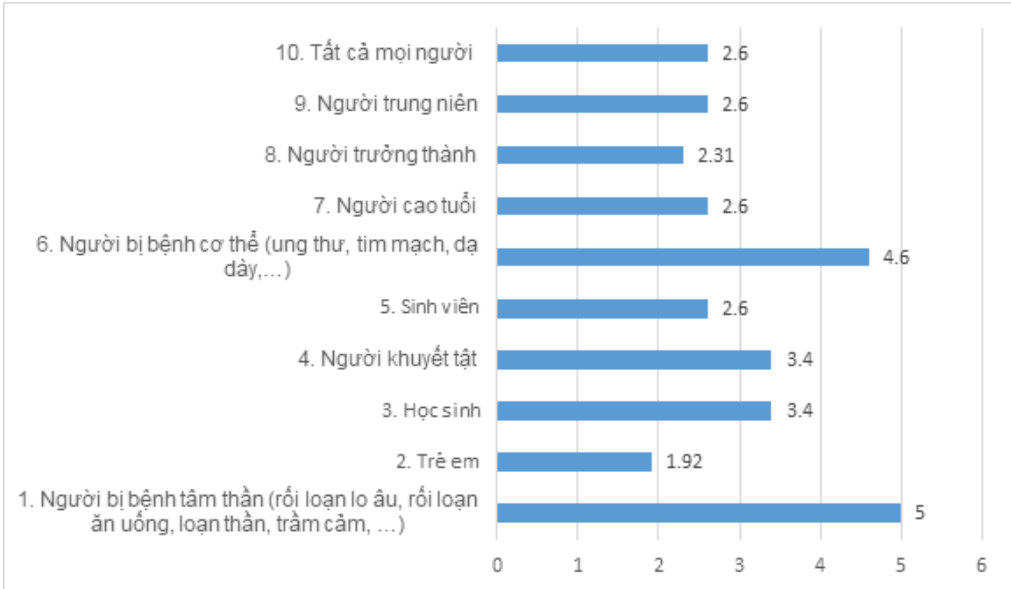
Các thời điểm như “mùa thi” (ĐTB = 3,56) hay “bất hòa với bạn bè, thầy cô” (ĐTB = 3,23) cũng được xem là có ảnh hưởng đến tâm lý, nhấn mạnh vai trò của môi trường học đường thân thiện, hỗ trợ. Tuy nhiên, điểm trung bình chỉ 2,51 cho lựa chọn “tất cả mọi lúc” cho thấy các em chưa nhận thức đầy đủ rằng CSSKTT nên diễn ra thường xuyên, không chỉ khi gặp vấn đề.

Ngoài ra, nhiều học sinh đánh giá thấp vai trò của CSSKTT khi “sức khỏe thể chất tốt” (ĐTB = 1,90), “bị đau ốm” (ĐTB = 1,74) hay “tham gia hoạt động cộng đồng” (ĐTB = 1,63). Điều này phản ánh sự thiếu kết nối giữa sức khỏe thể chất, tinh thần và hoạt động xã hội - những yếu tố đặc biệt quan trọng với học sinh nội trú để giảm cảm giác cô đơn và tăng sự tự tin.

Từ đây cho thấy nhu cầu cấp thiết trong việc nâng cao nhận thức toàn diện về CSSKTT thông qua các chương trình giáo dục, tư vấn và hoạt động tập thể thường xuyên trong trường học.

Tiếp theo, yếu tố chúng tôi muốn đề cập thêm chính là nhận thức của học sinh về đối tượng cần CSSKTT, kết quả chúng tôi nhận được như sau:

Biểu đồ 1: Mức độ hiểu của học sinh về đối tượng cần được CSSKTT



Nguồn: Kết quả khảo sát.

Kết quả khảo sát cho thấy học sinh THPT dân tộc nội trú bắt đầu nhận thức được tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) với từng nhóm đối tượng. Nhóm “người mắc bệnh tâm thần” (ĐTB = 5,00) và “người mắc bệnh cơ thể” (ĐTB = 4,60) được đánh giá cao nhất, cho thấy sự thấu hiểu rõ ràng về nhu cầu hỗ trợ tinh thần ở những người đang gặp vấn đề nghiêm trọng. Tuy nhiên, mức độ nhận thức về CSSKTT cho nhóm “học sinh” và “người khuyết tật” chỉ ở mức trung bình (ĐTB = 3,40), phản ánh sự quan tâm ban đầu nhưng vẫn còn hạn chế về hiểu biết. Điều này có thể do các em chưa được trang bị đầy đủ kiến thức về tâm lý học đường và cuộc sống của người yếu thế. Đáng chú ý, các nhóm như “sinh viên”, “người cao tuổi”, “người trưởng thành” và “trẻ em” lại có điểm số rất thấp (từ 1,92 đến 2,60), cho thấy học sinh chưa nhận thức được rằng CSSKTT là cần thiết cho mọi lứa tuổi. Nguyên nhân có thể đến từ định kiến xã hội hoặc thiếu thông tin về các vấn đề sức khỏe tâm thần ở các nhóm này. Từ đó cho thấy cần đẩy mạnh giáo dục toàn diện về sức khỏe tâm thần, giúp học sinh hiểu rằng mọi người - ở mọi độ tuổi và hoàn cảnh - đều có nhu cầu được chăm sóc tinh thần.

Khi thảo luận về sức khỏe tâm thần, không thể không nhắc đến những rào cản cản trở học sinh trong việc chăm sóc và nâng cao sức khỏe tâm lý của bản thân. Kết quả khảo sát thể hiện ở bảng sau:

Bảng 3. Đánh giá của học sinh về nguyên nhân cản trở việc chăm sóc sức khỏe tâm thần

Nguyên nhân	Mức độ					ĐTB	ĐLC
	1	2	3	4	5		
Học sinh ít có điều kiện được tiếp cận với nguồn lực hỗ trợ CSSKTT	0	0	25,3	49,3	25,3	4,00	0,71
Học sinh không biết đến các dịch vụ CSSKTT	0	0	25,3	25,3	49,3	4,24	0,83
Gia đình cha mẹ không quan tâm và phổ biến vấn đề về CSSKTT cho học sinh.	0	25,3	25,3	25,3	24	3,48	1,11
Vấn đề về CSSKTT ít được nhà trường và xã hội đề cập đến.	50,7	0	24	25,3	0	2,75	0,84
Mọi người thường nghĩ, khi nào bị bệnh tâm thần mới cần CSSKTT	0	0	0	25,3	74,7	4,75	0,44
Học sinh cảm thấy không cần thiết để quan tâm đến vấn đề CSSKTT	0	0	24	76	0	3,76	0,43
Mọi người xung quanh em đều không ai quan tâm đến việc CSSKTT	25,3	25,3	48,3	0	0	2,24	0,83

(1. Hoàn toàn không đồng ý, 2. Không đồng ý, 3. Phân vân, 4. Đồng ý, 5. Rất đồng ý)

Kết quả khảo sát cho thấy học sinh THPT dân tộc nội trú đang gặp nhiều rào cản trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT), xuất phát từ nhận thức cá nhân, gia đình, nhà trường và xã hội. Rào cản lớn nhất là hiểu sai khái niệm CSSKTT - nhiều em cho rằng chỉ người bị “bệnh tâm thần” mới cần chăm sóc (ĐTB = 4,75), cho thấy sự hạn chế trong nhận thức về vai trò của việc quản lý stress, lo âu hằng ngày. Như một học sinh chia sẻ: “*Tụi em với những áp lực hằng ngày, bài vở chỉ thoáng rồi sẽ qua*” (PVS, lớp 12). Ngoài ra, học sinh thiếu thông tin về các dịch vụ hỗ trợ (ĐTB = 4,24) và gặp khó khăn trong việc tiếp cận các nguồn lực như tư vấn tâm lý (ĐTB = 4,00). Một học sinh nói: “*Nếu có điều gì xảy ra, mình thậm chí không biết nơi nào để tìm giúp đỡ*” (PVS, lớp 12). Không ít em còn tỏ ra thờ ơ hoặc chưa thấy sự cần thiết của việc quan tâm đến sức khỏe tâm thần (ĐTB = 3,76), dù có thể đã có nhận thức ban đầu. Gia đình cũng chưa thực sự là chỗ dựa tâm lý, khi nhiều em cho rằng gia đình không quan tâm đến CSSKTT (ĐTB = 3,48). “*Gia đình tôi không bao giờ nói về sức khỏe tâm thần. Họ thường nói rằng đó là điều không quan trọng*” (PVS, lớp 10). Đồng thời, học sinh đánh giá sự hỗ trợ từ nhà trường và xã hội còn rất hạn chế (ĐTB = 2,75), khiến các em thiếu môi trường thuận lợi để nâng cao hiểu biết và kỹ năng chăm sóc tinh thần. Cuối cùng, cảm giác “cô đơn khi quan tâm đến sức khỏe tâm thần” (ĐTB = 2,24) tuy không phổ biến nhất nhưng vẫn đáng chú ý, phản ánh nhu cầu có người đồng hành khi đối mặt với các vấn đề tâm lý.

Tóm lại, học sinh THPT dân tộc nội trú đang phải đối mặt với nhiều rào cản trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, từ nhận thức sai lệch, thiếu thông tin, cho đến sự thờ ơ từ gia đình và nhà trường. Điều này đòi hỏi sự vào cuộc mạnh mẽ hơn từ các bên liên quan để tháo gỡ những rào cản này.

Kết quả khảo sát về các nguồn lực hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) của học sinh THPT Dân tộc Nội trú cung cấp một cái nhìn sâu sắc vào cách các em ứng phó với những căng thẳng tâm lý và tìm kiếm hỗ trợ trong bối cảnh gia đình, trường học và xã hội. Sự phân tích này sẽ tập trung vào ba yếu tố chính: gia đình, trường học và xã hội, đồng thời thảo luận về những nguyên nhân có thể ảnh hưởng đến sự lựa chọn của học sinh.

Bảng 4. Những nguồn lực hỗ trợ được học sinh tìm đến khi thực hiện CSSKTT

Cách thức	Mức độ (%)					ĐTB	ĐLC
	1	2	3	4	5		
Yếu tố từ gia đình							
Tự bản thân tìm cách giải quyết mà không nhờ đến sự giúp đỡ từ người khác.	0	0	18,4	42,3	39,3	4,21	0,73
Trao đổi, chia sẻ và tâm sự với ông/ bà	0	43,5	42,6	11,7	2,2	2,73	0,75

Nói chuyện, tâm sự với ba mẹ.	0	41	43,4	10,3	5,3	2,80	0,83
Nói những tâm sự của bản thân cho anh/chị/em trong gia đình.	0	0	75,8	16,4	7,8	3,32	0,61
Yếu tố trường học							
Tìm đến bạn bè cùng lớp để giải bày tâm sự	0	0,8	63,2	18,7	17,3	3,53	0,79
Chia sẻ với các anh chị khóa trên để có thêm kinh nghiệm	34,8	13,6	41,2	8,4	2	2,28	1,08
Chia sẻ với thầy/cô giáo	0	93,6	6,4	0	0	2,06	0,24
Đến phòng tham vấn tâm lý học đường tại trường học.	100	0	0	0	0	1,00	0,00
Yếu tố xã hội							
Tìm đến những người bạn quen biết ngoài xã hội	52,4	47,6	0	0	0	2,48	0,50
Tìm kiếm kinh nghiệm và sự chia sẻ từ những anh/chị, người đi trước.	52,1	47,9	0	0	0	1,96	1,00
Tìm kiếm đến các chuyên viên tâm lý/ người hỗ trợ CSSKT	100	0	0	0	0	1,00	0,00
Các trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần							
Các bệnh viện liên quan đến tâm thần	100	0	0	0	0	1,00	0,00
Các phòng khám tư vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần.	100	0	0	0	0	1,00	0,00
Các trung tâm CSSKT cộng đồng.	100	0	0	0	0	1,00	0,0

(1. Chưa bao giờ, 2. Hiếm khi, 3. thỉnh thoảng, 4. Thường xuyên, 5. Rất thường xuyên)

Kết quả khảo sát về các nguồn lực hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) của học sinh THPT Dân tộc Nội trú cho thấy một thực trạng đáng chú ý: học sinh có xu hướng lựa chọn cách tự giải quyết vấn đề tâm lý thay vì tìm kiếm sự hỗ trợ từ các nguồn lực xung quanh. Với điểm trung bình 4,21 cho phương án “Tự bản thân tìm cách giải quyết”, có thể thấy rằng nhiều học sinh đang mang tâm lý tự lập cao, xem việc tự mình vượt qua khó khăn là điều cần thiết. Tuy nhiên, điều này cũng dẫn đến một nguy cơ không nhỏ: các em có thể rơi vào trạng thái căng thẳng kéo dài mà không được can thiệp, hỗ trợ kịp thời. Trong khi đó, vai trò của gia đình - đặc biệt là cha mẹ và ông bà - lại chưa được học sinh đánh giá cao. Các chỉ số khá thấp như “Nói chuyện với ba mẹ” (ĐTB = 2,80) hay “Chia sẻ với ông/bà” (ĐTB = 2,73) phản ánh sự xa cách trong giao tiếp giữa thế hệ trẻ với người lớn trong gia đình, điều này có thể xuất phát từ sự e ngại, thiếu tin tưởng hoặc do cha mẹ chưa thực sự cởi mở, quan tâm đến vấn đề sức khỏe tâm thần. Trái lại, anh chị em ruột lại được xem là người gần gũi, sẵn sàng lắng nghe (ĐTB = 3,32), cho thấy mối quan hệ ngang hàng dễ tạo dựng sự đồng cảm và chia sẻ hơn.

Ở môi trường học đường, bạn bè cùng lớp tiếp tục là nguồn lực hỗ trợ quan trọng (ĐTB = 3,53), vì sự gần gũi, thấu hiểu và không bị rào cản quyền lực hay khoảng cách thế hệ. Tuy nhiên, học sinh lại ít tìm đến thầy cô (ĐTB = 2,06) hay anh chị khóa trên (ĐTB = 2,28), phần nào phản ánh sự thiếu kết nối, thiếu niềm tin hoặc lo sợ bị đánh giá, lan truyền thông tin cá nhân. Đặc biệt, kết quả đáng lo ngại là việc hầu như không có học sinh nào lựa chọn “Đến phòng tham vấn tâm lý học đường” (ĐTB = 1,00), điều này cho thấy học sinh hoặc không biết đến sự tồn tại của phòng tham vấn, hoặc chưa hiểu được vai trò, giá trị của dịch vụ tâm lý học đường, hoặc mang tâm lý e ngại, sợ bị kỳ thị.

Yếu tố xã hội cũng cho thấy những hạn chế tương tự. Học sinh có phần cởi mở hơn với bạn bè ngoài trường (ĐTB = 2,48), nhưng lại rất ít khi tìm đến người đi trước (ĐTB = 1,96) hoặc các chuyên viên tâm lý, các trung tâm CSSKTT (tất cả đều ở mức ĐTB = 1,00). Điều này cho thấy rằng các em gần như không tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên nghiệp từ bên ngoài, có thể do

thiếu thông tin, khoảng cách địa lý hoặc do sự kỳ thị xã hội về việc “gặp chuyên gia tâm lý”.

Như vậy, có thể thấy học sinh THPT Dân tộc Nội trú đang thiếu hệ thống hỗ trợ toàn diện trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Từ gia đình, nhà trường đến xã hội đều còn nhiều khoảng trống cần lấp đầy để các em có thể được hỗ trợ kịp thời, đúng lúc. Điều này đòi hỏi các bên liên quan phải nâng cao nhận thức, tăng cường truyền thông, tạo dựng niềm tin và xây dựng hệ thống hỗ trợ CSSKTT hiệu quả, gần gũi và dễ tiếp cận hơn đối với học sinh.

4.2. Thực nghiệm hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức học sinh về vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần

Thông qua kết quả khảo sát về nhận thức của học sinh về sức khỏe tâm thần và nhu cầu tìm hiểu về vấn đề này, với sự tạo điều kiện của Ban Giám hiệu Trường PTDTNT THPT tỉnh Quảng Ngãi, nhóm thực nghiệm đã được thành lập gồm 20 học sinh. Các em học sinh trong độ tuổi từ 16 đến 18 đã có khả năng tiếp thu và hiểu biết về các hoạt động giáo dục mà giáo viên dự kiến thực hiện. Địa điểm sinh hoạt của nhóm sẽ được tổ chức tại phòng truyền thống và phòng học đa chức năng của trường, nơi có cơ sở vật chất thuận lợi cho các hoạt động giáo dục và trau dồi kỹ năng.

Thời gian thực nghiệm: 10/2024 - 11/2024

Trong bối cảnh nghiên cứu này, các em học sinh đều mong muốn được học hỏi, trang bị kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhóm sẽ tổ chức các hoạt động như hội thảo, tọa đàm, và các trò chơi tương tác nhằm truyền thông và nâng cao kiến thức về sức khỏe tâm thần cho các thành viên, cũng như trong toàn thể học sinh của trường.

Nhóm cũng mong muốn lan tỏa thông điệp về sức khỏe tâm thần đến với các bạn học sinh khác, từ đó góp phần xây dựng một môi trường học tập tích cực và hỗ trợ lẫn nhau trong cộng đồng học sinh.

Nội dung thực hiện các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm các hoạt động:

Hoạt động 1: Trao đổi kiến thức cùng chuyên gia

Mục đích: Nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần, các dấu hiệu nhận biết vấn đề tâm lý cũng như cách xử lý.

Hình thức: Mời chuyên gia tâm lý đến nói chuyện

Thời gian: 2 buổi (Mỗi buổi từ 2 - 3 giờ), tổ chức vào cuối tuần.

Hoạt động 2: Tổ chức hoạt động chia sẻ và kết nối “Bộc lộ bản thân”

Mục đích: Giúp học sinh bộc lộ, chia sẻ cảm xúc của bản thân.

Hình thức: Học sinh chia sẻ trải nghiệm cá nhân hoặc câu chuyện thành công trong việc vượt qua khó khăn liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Thời gian: 1 buổi/tháng trong suốt học kỳ (khoảng 1,5 - 2 giờ/buổi)

Hoạt động 3: Tổ chức cuộc thi “Cách bạn hack nỗi đau của bạn”

Mục đích: Khuyến khích sự chia sẻ của học sinh, Tạo không gian an toàn cho học sinh chia sẻ kinh nghiệm và cách đối phó với những khó khăn, nỗi đau trong cuộc sống.

Hình thức: Chia sẻ hình ảnh, kèm theo thông điệp thể hiện cách thức mà học sinh đã làm để vượt qua căng thẳng, nỗi đau...

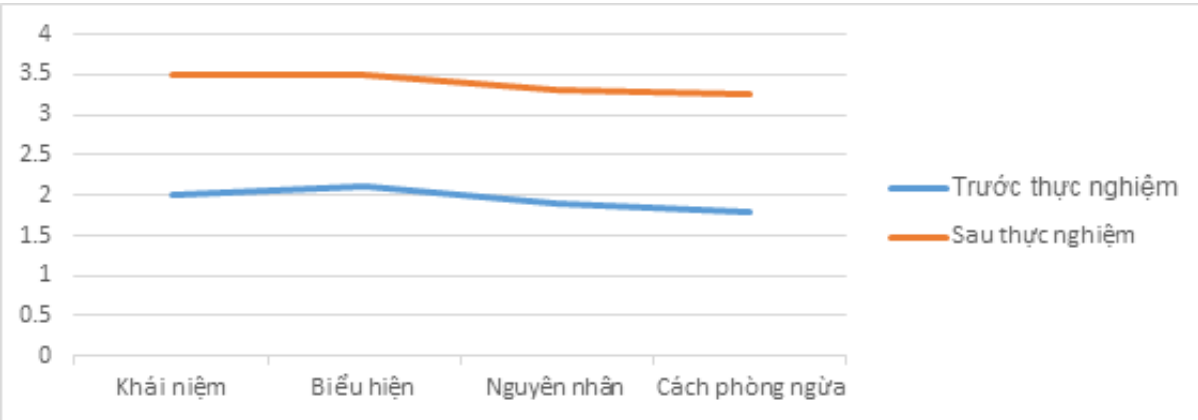
Thời gian: Tổ chức cuộc thi trong vòng 1 tháng, công bố kết quả vào cuối tháng.

Thông qua các hoạt động thực nghiệm truyền thông cho nhóm học sinh này nhằm nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần cho học sinh tại Trường PTDTNT THPT tỉnh Quảng Ngãi, tạo ra một môi trường học tập tích cực cũng như hỗ trợ nhau trong việc vượt qua khó khăn tâm lý.

Đánh giá kết quả thực hiện các hoạt động truyền thông nâng cao nhận thức về vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh

Để xem xét hiệu quả của hoạt động truyền thông đối với nhận thức của học sinh về sức khỏe tâm thần, dựa trên mẫu 20 học sinh tham gia hoạt động truyền thông, cho kết quả như sau:

Biểu đồ 2: So sánh sự khác biệt về nhận thức sức khỏe tâm thần cho Học sinh trước và sau thực nghiệm theo điểm trung bình (N=20)



Ghi chú: $p < 0,05$

Nguồn: Kết quả khảo sát

Kết quả khảo sát cho thấy nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh sau khi tham gia hoạt động truyền thông đã được cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy biện pháp can thiệp - bao gồm hoạt động đào tạo và sử dụng cảm nang - đã phát huy hiệu quả trong việc giúp học sinh hiểu rõ hơn về sức khỏe tâm thần, từ khái niệm, biểu hiện, nguyên nhân cho đến cách phòng ngừa. Trước thực nghiệm, mức độ nhận thức của học sinh còn khá hạn chế, thể hiện qua các điểm trung bình thấp dưới 2,10. Tuy nhiên, sau can thiệp, toàn bộ các nội dung khảo sát đều tăng lên trên mức 3,30, cho thấy sự chuyển biến tích cực về nhận thức. Không chỉ dừng lại ở kiến thức, học sinh còn có những phản hồi tích cực đối với phương pháp tiếp cận truyền thông, thể hiện sự hứng thú và sẵn sàng tham gia.

Từ kết quả này, có thể khẳng định việc truyền thông giáo dục sức khỏe tâm thần trong trường học là cần thiết và khả thi. Việc duy trì và mở rộng các hoạt động này sẽ tạo ra nền tảng lâu dài cho việc chăm sóc sức khỏe tâm thần học sinh, góp phần xây dựng môi trường học đường an toàn, hỗ trợ và phát triển toàn diện cho các em.

5. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát và phân tích cho thấy rằng nhận thức về CSSKTT của học sinh THPT Dân tộc Nội trú tại Quảng Ngãi còn nhiều hạn chế, cả về mặt lý thuyết lẫn hành vi thực tiễn. Học sinh chưa thực sự hiểu rõ bản chất của sức khỏe tâm thần, chưa nhận diện được đầy đủ các dấu hiệu bất ổn tâm lý thường gặp như stress, lo âu, trầm cảm,... Đặc biệt, các em còn thiếu kiến thức về các kênh hỗ trợ phù hợp và hiệu quả. Tâm lý e ngại, thụ động trong việc chia sẻ khó khăn cũng là một biểu hiện rõ nét, phản ánh ảnh hưởng của định kiến xã hội và kỳ thị văn hóa đối với các vấn đề tâm lý. Chính những hạn chế này khiến học sinh không chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ kịp thời, dẫn đến nguy cơ kéo dài hoặc trầm trọng hơn các vấn đề tâm lý. Trước thực trạng trên, cần có những giải pháp đồng bộ và lâu dài nhằm nâng cao nhận thức và tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ tâm lý cho học sinh:

Tăng cường giáo dục sức khỏe tâm thần trong trường học, thông qua việc tích hợp nội dung về CSSKTT vào các môn học phù hợp và tổ chức thường xuyên các hoạt động ngoại khóa, sinh hoạt chuyên đề để giúp học sinh có thêm kiến thức và kỹ năng nhận diện, ứng phó với các vấn đề tâm lý.

Bồi dưỡng và nâng cao năng lực cho đội ngũ tư vấn học đường, đảm bảo đội ngũ này không chỉ có chuyên môn tâm lý học mà còn am hiểu văn hóa của học sinh dân tộc thiểu số, biết lắng nghe, thấu hiểu và đồng hành cùng các em một cách gần gũi, chân thành.

Tổ chức các chiến dịch truyền thông cộng đồng, đặc biệt tại các khu vực có đông học sinh DTTS sinh sống, nhằm giảm thiểu sự kỳ thị, định kiến đối với vấn đề sức khỏe tâm thần, đồng thời nâng cao nhận thức của phụ huynh, giáo viên và cộng đồng về vai trò của CSSKTT trong học đường.

Thiết lập và củng cố mạng lưới hỗ trợ CSSKTT bao gồm nhà trường, gia đình và các tổ chức xã hội. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các bên sẽ tạo thành một hệ thống hỗ trợ đa tầng, đảm bảo học sinh luôn được theo dõi, phát hiện sớm các vấn đề và hỗ trợ kịp thời.

Thông qua các giải pháp trên, việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho học sinh không chỉ dừng lại ở một hoạt động hỗ trợ ngắn hạn mà cần trở thành một chiến lược dài hạn, toàn diện và bền vững, phù hợp với đặc điểm văn hóa, tâm lý và môi trường sống của học sinh dân tộc thiểu số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gonzalez, J. M., Alegria, M., & Prihoda, T. J. (2020). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(4), 606-618. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09683-w>
2. Lê Minh Hoàng. (2022). “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của học sinh Trường trung học phổ thông Cờ Đỏ, huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2022”. *Tạp chí Y học Dự phòng*.
3. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (2006). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

4. Tổng cục Thống kê Việt Nam. (2023). *Báo cáo tổng hợp dân số các tỉnh*.
5. Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo. (2023). *Báo cáo khảo sát nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh tại Việt Nam năm 2023*. Hà Nội: Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Đào tạo.
6. UNICEF Việt Nam. (2020). *Sức khỏe tâm thần và tâm lý xã hội của trẻ em và thanh niên tại một số tỉnh và thành phố ở Việt Nam*. UNICEF Việt Nam.
7. Viện Sức khỏe Tâm thần. (2022). *Báo cáo thống kê về sức khỏe tâm thần tại Việt Nam*.
8. Viện Xã hội học. (2022). *Báo cáo điều tra sức khỏe tâm thần vị thành niên Việt Nam*. Hà Nội: Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.
9. World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
10. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TINH THẦN CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN

ThS. Đỗ Thị Ngọc Bích¹

Tóm tắt: Trong văn kiện Đại hội Đảng lần thứ XI có nêu rõ: Phát triển kinh tế nhanh, bền vững, đồng thời “thực hiện có hiệu quả tiến bộ và công bằng xã hội, bảo đảm an sinh xã hội trong từng bước và từng chính sách phát triển”. Bởi vậy, an sinh xã hội đã trở thành vấn đề trọng tâm trong các chiến lược phát triển của đất nước ta. Người khuyết tật (NKT) là một trong những nhóm yếu thế trong xã hội, họ không chỉ đối mặt với khó khăn về thể chất mà còn thường xuyên gặp phải các vấn đề về tâm lý và sức khỏe tâm thần. Các hoạt động trợ giúp NKT được triển khai rất đa dạng, đáp ứng thiết thực nhu cầu của đối tượng được trợ giúp, trong đó có hoạt động chăm sóc sức khỏe tinh thần cho NKT. Chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người khuyết tật là một phần không thể thiếu trong quá trình hỗ trợ họ ổn định cuộc sống và hòa nhập với cộng đồng. Tại Việt Nam nói chung và thành phố Thái Nguyên nói riêng, Mặc dù các hoạt động này đã và đang nhận được sự quan tâm từ các cơ quan chức năng, tổ chức xã hội và cộng đồng. Tuy nhiên, việc triển khai vẫn gặp nhiều thách thức.

Bài viết này sẽ đề cập đến một số hoạt động công tác xã hội được triển khai tại thành phố Thái Nguyên, từ đó rút ra những bài học, khuyến nghị nhằm nâng cao hiệu quả của công tác chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người khuyết tật.

Từ khóa: người khuyết tật, sức khỏe tinh thần, công tác xã hội

SOME SOCIAL WORK ACTIVITIES IN MENTAL HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN THAI NGUYEN CITY, THAI NGUYEN PROVINCE

Abstract: The 11th Party Congress documents clearly stated: Rapid and sustainable economic development, while “effectively implementing social progress and equity, ensuring social security in each step and each development policy”. Therefore, social security has become a central issue in our country’s development strategies. People with disabilities (PWD) are one of the vulnerable groups in society, they not only face with physical difficulties but also often encounter psychological and mental health problems. Activities to support PWD are implemented in a variety of ways, practically meeting the needs of the beneficiaries, including mental health care activities for PWD. Mental health care for PWD is an indispensable part of the process of supporting them to stabilize their lives and integrate into the community. In Vietnam in general and Thai Nguyen city in particular, although these activities have received attention from authorities, social organizations and the community. However, the implementation still faces many challenges. This article will discuss some social work activities implemented in Thai Nguyen city, from which lessons and recommendations are drawn to improve the effectiveness of mental health care for PWD

Keywords: disability, mental health, social work

1. VẤN ĐỀ

Trong bất kỳ quốc gia nào, dù nền kinh tế phát triển hay còn chưa phát triển, việc chăm sóc, hỗ trợ người yếu thế nói chung và người khuyết tật nói riêng đều được đặc biệt quan tâm. NKT tồn tại như một yếu tố khách quan và trên thực tế, họ cũng có những đóng góp tích cực cho sự phát triển chung của toàn xã hội. Theo thống kê của Ủy ban Quốc gia về người khuyết tật Việt

¹ Trường Đại học Lao động - Xã hội, Email: bichctxh@gmail.com

Nam (2021), tính đến cuối năm 2020, cả nước có khoảng 6,2 triệu NKT, chiếm 7,06% dân số từ 2 tuổi trở lên, trong đó có 58% là nữ, 28,3% là trẻ em, gần 29% là NKT nặng và đặc biệt nặng. Trong đó, hơn 5 triệu NKT sống ở nông thôn, với đa số thuộc các dạng khuyết tật vận động, thần kinh hoặc trí tuệ, và thị giác. Những con số này phản ánh tỷ lệ người khuyết tật tại Việt Nam còn cao, ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống và khả năng hòa nhập xã hội của họ

NKT là những người có những khiếm khuyết về mặt thể chất hoặc tinh thần, vì thế gây ra suy giảm đáng kể và lâu dài đến sự hoạt động hàng ngày khiến họ gặp nhiều khó khăn trong việc tự chăm sóc cho bản thân. Ngoài ra, tâm lý mặc cảm tự ti của NKT có nhiều nguyên nhân khác nhau từ bản thân hoặc do đời sống môi trường xã hội tác động. Từ đó dẫn đến những hậu quả đáng lo ngại đối với bản thân họ như rơi vào trạng thái trầm cảm, ngại giao lưu, sợ hãi đám đông... ảnh hưởng trực tiếp đến cá nhân cũng như khả năng tiếp cận giáo dục, việc làm, vui chơi giải trí... của bản thân NKT.

Trong thời gian qua, Đảng, Nhà nước và xã hội đã có nhiều chính sách hỗ trợ người khuyết tật, góp phần nâng cao nhận thức và khuyến khích họ hòa nhập cộng đồng. Tuy nhiên, người khuyết tật vẫn gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ hỗ trợ và thực hiện chính sách. Họ cần sự quan tâm của toàn xã hội để vượt qua trở ngại, phát huy năng lực cá nhân và hòa nhập. Trong những năm gần đây, chăm sóc sức khỏe người khuyết tật là một trong những vấn đề được Đảng và Nhà nước ta quan tâm với những hướng ưu tiên cơ bản như: Tạo cơ hội phù hợp để người khuyết tật tham gia vào các hoạt động kinh tế - xã hội, hòa nhập với đời sống cộng đồng, tăng cường sức khỏe và cải thiện cuộc sống vật chất và tinh thần cho người khuyết tật, đảm bảo môi trường thuận lợi và các dịch vụ thiết yếu hỗ trợ đời sống người khuyết tật.

Công tác xã hội (CTXH) là một ngành khoa học xã hội ứng dụng, một nghề nghiệp chuyên môn được hình thành và phát triển từ cuối thế kỷ XIX. CTXH có những vai trò và đóng góp tích cực đối với việc hướng tới xây dựng xã hội tiến bộ, bình đẳng, ở đó mỗi thành viên có được một đời sống an toàn, đảm bảo nhu cầu thiết yếu về vật chất, tinh thần, được tôn trọng và tạo điều kiện phát triển toàn diện.

Thành phố Thái Nguyên - Tỉnh Thái Nguyên, nơi có bề dày lịch sử về truyền thống yêu nước và bảo vệ tổ quốc, thủ đô kháng chiến của Việt Nam, nơi mà có biết bao nhiêu người con hi sinh bản thân để bảo vệ tổ quốc. Theo thống kê, hiện nay, tỉnh Thái Nguyên có trên 26.000 người khuyết tật (bao gồm cả người khuyết tật là thương binh, bệnh binh, nạn nhân chất độc da cam/dioxin) (thainguyen.gov.vn). NKT tại đây còn gặp nhiều khó khăn trong đảm bảo cuộc sống vật chất và tinh thần... Các hoạt động CTXH trong hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NKT không chỉ giúp NKT ổn định sức khỏe nói chung và còn giúp tinh thần được cải thiện và nâng cao, giúp NKT hòa nhập với cộng đồng và tự tin hơn trong cuộc sống, góp phần giảm gánh nặng nên hệ thống an sinh xã hội từ đó phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT

2.1. Các khái niệm nghiên cứu

2.1.2. *Khái niệm sức khỏe và sức khỏe tinh thần*

Theo quan điểm của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra các nhận định sau:

“Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về mặt thể chất, tinh thần, xã hội chứ không chỉ bao gồm có tình trạng không có bệnh tật hay thương tật”.

“Sức khỏe tinh thần là trạng thái mà trong đó con người nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối phó với những căng thẳng thông thường, vẫn làm việc hiệu quả và đóng góp cho cộng đồng”.

Sức khỏe toàn diện có 3 thành phần: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và sức khỏe xã hội. Ba thành phần này có mối quan hệ mật thiết và tác động qua lại với nhau. Cơ thể bị tổn thương (tổn thương thể chất và bệnh thực thể) sẽ gây trạng thái lo âu, bi quan, buồn phiền, cáu gắt, uể oải, giảm hứng thú tức là gây ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần như trầm cảm và ngược lại khi trạng thái tâm lý không thoải mái, lo âu, buồn chán, sợ hãi... hoặc bị rối loạn tâm thần nặng đều kéo theo những rối loạn cơ thể. Sức khỏe xã hội không tốt con người khó hòa nhập, không thoải mái, tăng stress làm sức khỏe tinh thần con người dễ tổn thương.

2.1.1. Khái niệm khuyết tật

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1999), “Khuyết tật chỉ đến sự giảm thiểu chức năng hoạt động, là hậu quả của sự khiếm khuyết. Còn tàn tật đề cập đến tình thế bất lợi hoặc thiệt thòi của người mang khiếm khuyết do tác động của môi trường xung quanh lên tình trạng khuyết tật của họ”.

Theo từ điển tiếng Việt, “khuyết” mang nghĩa là không đầy đủ hoặc thiếu hụt một phần nào đó. Trong khi đó, “tật” được hiểu là trạng thái bất thường, ít nhiều khó chữa ở vật liệu, dụng cụ máy móc. Còn ở người là sự bất thường của một cơ quan quan trọng trong cơ thể do bẩm sinh mà có, hoặc do tai nạn hay bệnh tật gây ra.

2.1.2. Khái niệm người khuyết tật

Theo Công ước về Quyền của người khuyết tật của Liên hợp quốc năm 2006: “Người khuyết tật bao gồm những người bị suy giảm về thể chất, thần kinh, trí tuệ hay giác quan trong một thời gian dài, có ảnh hưởng qua lại với hàng loạt những rào cản có thể cản trở sự tham gia đầy đủ và hiệu quả của NKT vào xã hội trên cơ sở bình đẳng với những người khác trong xã hội”.

Theo khoản 1, Điều 2 Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12 của Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam thông qua ngày 17/06/2010: “Người khuyết tật là người bị khiếm khuyết một hoặc nhiều bộ phận cơ thể hoặc bị suy giảm chức năng được biểu hiện dưới dạng tật khiến cho lao động, sinh hoạt, học tập gặp khó khăn”.

2.1.3. Khái niệm công tác xã hội

Hiệp hội Công tác xã hội quốc tế (IFSW) và các trường đào tạo công tác xã hội quốc tế (2011) thống nhất một định nghĩa về công tác xã hội như sau: “Công tác xã hội là nghề nghiệp tham gia vào giải quyết vấn đề liên quan tới mối quan hệ của con người và thúc đẩy sự thay đổi xã hội, tăng cường sự trao quyền và giải phóng quyền lực nhằm nâng cao chất lượng sống của con người. Công tác xã hội sử dụng các học thuyết về hành vi con người và lý luận về hệ thống xã hội vào can thiệp sự tương tác của con người với môi trường sống.”

Theo giáo trình Công tác xã hội cá nhân và gia đình của TS. Nguyễn Trung Hải (2020), công tác xã hội được định nghĩa như sau: “Công tác xã hội là một nghề đặt trọng tâm vào các hoạt động thực hành và được pháp luật, xã hội công nhận. Với triết lý nhân văn, dựa trên hệ

thống lý thuyết đặc thù và các bằng chứng khoa học, công tác xã hội cung cấp các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu, giải quyết vấn đề cũng như đảm bảo quyền và lợi ích chính đáng của thân chủ. Ngoài ra, công tác xã hội còn phối hợp với các bộ, ban ngành cũng như các cơ quan, tổ chức, các hội, đoàn thể... nhằm đề xuất phát triển hệ thống chính sách, nâng cao chất lượng sống và đảm bảo an sinh xã hội tốt nhất cho con người”.

2.1.4. Khái niệm hoạt động

Theo Từ điển Tiếng Việt của tác giả Hoàng Phê (2019), hoạt động là “Tiến hành những việc làm có quan hệ với nhau chặt chẽ nhằm một mục đích nhất định trong đời sống xã hội”

Theo Giáo trình Tâm lý học đại cương của tác giả Nguyễn Xuân Thức (2017): Hoạt động là phương thức tồn tại của con người. Hoạt động là quá trình tác động qua lại giữa con người với thế giới xung quanh để tạo ra sản phẩm về phía thế giới và sản phẩm về phía con người”

2.1.5. Khái niệm hoạt động công tác xã hội

Trên cơ sở các khái niệm về hoạt động và khái niệm công tác xã hội, tác giả đưa ra khái niệm về hoạt động công tác xã hội như sau: “Hoạt động công tác xã hội bao gồm các can thiệp nhằm nâng cao khả năng ứng phó và tự giải quyết vấn đề cho các nhóm đối tượng yếu thế, bao gồm cá nhân, gia đình, nhóm và cộng đồng đang gặp khó khăn trong cuộc sống. Đồng thời, hoạt động này còn hướng đến cải thiện môi trường xã hội để hỗ trợ các đối tượng trên thực hiện hiệu quả các vị trí, chức năng và vai trò của họ. Qua đó, góp phần giải quyết và phòng ngừa các vấn đề xã hội, thúc đẩy sự thay đổi và phát triển xã hội, cũng như đảm bảo nền an sinh xã hội bền vững”.

2.1.6. Khái niệm hoạt động công tác xã hội với người khuyết tật

Từ những khái niệm trên về khuyết tật, người khuyết tật, công tác xã hội, trong nghiên cứu này, hoạt động CTXH với NKT có thể hiểu: “là hoạt động chuyên nghiệp của nhân viên công tác xã hội giúp đỡ những người khuyết tật tăng cường hay khôi phục việc thực hiện các chức năng xã hội của họ, huy động nguồn lực, xác định những dịch vụ cần thiết để hỗ trợ người khuyết tật, gia đình và cộng đồng triển khai hoạt động chăm sóc trợ giúp họ một cách hiệu quả, vượt qua những rào cản, đảm bảo sự tham gia đầy đủ vào các hoạt động xã hội trên nền tảng sự công bằng như những người khác trong xã hội”.

2.1.7. Khái niệm hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần với người khuyết tật

Qua hệ thống các khái niệm liên quan ở trên, tác giả đưa ra khái niệm hoạt động công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tinh thần cho NKT là hoạt động chuyên nghiệp của nhân viên công tác xã hội giúp đỡ những NKT nhằm đảm bảo sức khỏe cho họ ở 3 khía cạnh, đó là: sức khỏe về thể chất, sức khỏe về tinh thần và sức khỏe về xã hội.

Khảo sát về hoạt động công tác xã hội trong hỗ trợ tinh thần cho NKT tại thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên cũng được triển khai ở 3 khía cạnh nói trên: hoạt động hỗ trợ về sức khỏe thể chất; hoạt động hỗ trợ về sức khỏe tinh thần và hoạt động hỗ trợ về sức khỏe xã hội.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu như: phương pháp nghiên cứu tài liệu, phương pháp khảo sát bằng bảng hỏi, phỏng vấn sâu và phương pháp thống kê toán học.

Số liệu trong bài viết được tiến hành khảo sát đại diện NKT tại thành phố Thái Nguyên với số lượng là 225 người. Do đặc thù của người khuyết tật, nhóm đối tượng được lựa chọn là những người khuyết tật vận động và lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện tại cộng đồng, tại các phường/xã... nơi có triển khai các hoạt động CTXH với NKT.

Bảng 1: Tổng cỡ mẫu tham gia khảo sát

		Số lượng	%
Độ tuổi	Dưới 16	45	20
	Từ 16-60	106	47,1
	Trên 60 tuổi	74	32,9
Giới tính	Nam	95	42,2
	Nữ	130	57,8
Trình độ học vấn	Chưa được đi học	32	14,2
	Tiểu học	41	18,2
	THCS	102	45,3
	THPT	36	16
	Cao đẳng, Đại học	14	6,2
Mức độ khuyết tật	Nhẹ	0	0
	Nặng	192	85,3
	Đặc biệt nặng	33	14,7
Tình trạng sức khỏe của NKT	Tốt	58	25,8
	Bình thường	156	69,3
	Yếu	11	4,9
	Tổng	225	100,0

(Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022)

Bên cạnh đó, bài viết cũng sử dụng kết quả khảo sát bằng phương pháp phỏng vấn sâu 20 đối tượng là người khuyết tật, cán bộ tại trạm y tế, cán bộ công chức văn hóa - xã hội/cộng tác viên công tác xã hội tại thành phố Thái Nguyên. Nhóm đối tượng này được lựa chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên, thuận tiện và người trước giới thiệu cho người tiếp theo.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sức khỏe tinh thần là một yếu tố vô cùng quan trọng với đời sống cảm xúc của con người. Khi đối mặt với những khó khăn, thử thách, người có sức khỏe tinh thần tốt sẽ có ý chí kiên cường hơn. Do đó, chăm sóc sức khỏe tinh thần chính là tạo nên niềm hạnh phúc cho mỗi cá nhân, giúp bản thân họ cảm thấy vững vàng và kiểm soát mọi việc tốt hơn dù ở bất cứ tâm trạng nào. Đối với NKT, sức khỏe tinh thần có sự liên quan mật thiết với sức khỏe thể chất và sức khỏe về xã hội. Người khuyết tật nếu được chăm sóc sức khỏe thể chất tốt, được phục hồi chức năng để giảm thiểu tác động của khuyết tật đến các hoạt động của cơ thể thì sẽ giúp tinh thần của họ trở nên vui vẻ, hứng khởi, tạo điều kiện để họ sẵn sàng tham gia các hoạt động xã hội, các hoạt động để hòa nhập cộng đồng, giúp sức khỏe về xã hội của họ cũng trở nên tích cực hơn.

4.1. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe thể chất cho NKT

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe thể chất NKT được tập trung vào việc: (1) cấp phát thẻ bảo hiểm y tế cho NKT; (2) tổ chức khám sức khỏe định kỳ.

Với hoạt động cấp phát bảo hiểm y tế miễn phí cho người khuyết tật - đây là một trong những hoạt động rất quan trọng trong việc thực hiện chính sách an sinh xã hội theo quy định của Nhà nước. Theo Nghị định số 20/2021/NĐ-CP ban hành ngày 15 tháng 3 năm 2021 quy định về chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội: 100% NKT nặng và đặc biệt nặng là các đối tượng được hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng và được cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí. Chính sách này thể hiện tính nhân văn của Nhà nước, giúp giảm gánh nặng tài chính và đảm bảo quyền lợi được chăm sóc sức khỏe đầy đủ của NKT. Bảo hiểm y tế miễn phí giúp người khuyết tật có thể tiếp cận các dịch vụ y tế một cách dễ dàng hơn mà không phải lo ngại về chi phí điều trị. *“Việc cấp phát bảo hiểm y tế cho người khuyết tật là một bước tiến lớn trong việc đảm bảo quyền lợi chăm sóc sức khỏe cho họ. Khi được cấp bảo hiểm y tế, người khuyết tật có thể tiếp cận các dịch vụ y tế một cách dễ dàng hơn mà không phải lo lắng về chi phí.”* (PVS - cán Bộ Y tế, nữ).

Hoạt động chăm sóc sức khỏe thể chất cho NKT tại thành phố Thái Nguyên được triển khai qua việc tổ khám sức khỏe định kỳ giúp NKT phát hiện và điều trị sớm các bệnh lý đặc thù. Việc khám sức khỏe định kỳ không chỉ giúp phát hiện các bệnh lý sớm mà còn giúp người khuyết tật nhận được sự can thiệp kịp thời, từ đó nâng cao sức khỏe tổng thể và phòng tránh được các biến chứng nguy hiểm có thể ảnh hưởng đến cuộc sống hằng ngày. Các bác sĩ cũng sẽ cung cấp các phương pháp chăm sóc sức khỏe phù hợp cho từng đối tượng, giúp người khuyết tật duy trì sức khỏe lâu dài. Đặc biệt, trong các trường hợp khó khăn về di chuyển, thành phố Thái Nguyên triển khai dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, đảm bảo rằng mọi người khuyết tật đều có thể nhận được sự hỗ trợ y tế cần thiết mà không gặp khó khăn về phương tiện di chuyển. Điều này giúp người khuyết tật tiếp cận dịch vụ y tế mà không phải lo ngại về vấn đề cơ sở vật chất hay địa lý.

Bảng 2: Mức độ tham gia các hoạt động khám sức khỏe định kỳ của NKT tại thành phố Thái Nguyên

STT	Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1	Thường xuyên	168	74,7
2	Thỉnh thoảng	39	17,3
3	Không tham gia	18	8
Tổng		225	100

Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022

Với sự quan tâm và tạo điều kiện tối đa cho NKT tại địa phương tham gia khám sức khỏe định kỳ, tỷ lệ NKT tích cực tham gia các hoạt động này chiếm tỷ lệ rất cao 74,7%, tỷ lệ NKT thỉnh thoảng tham gia chiếm 17,3% và tỷ lệ NKT không tham gia chiếm tỷ lệ nhỏ là 8%. Như vậy, hoạt động khám sức khỏe định kỳ cho NKT trên địa bàn thành phố Thái Nguyên được NKT quan tâm và tham gia tích cực, phần nào giúp họ kiểm soát được tình hình sức khỏe thể chất tốt hơn, thể hiện ở đại đa số tỷ lệ NKT tham gia các đợt khám sức khỏe định kỳ tại địa phương.

Bảng 3. Đánh giá mức độ hài lòng của NKT có tham gia khám sức khỏe định kỳ về thái độ làm việc của nhân viên y tế

STT	Đánh giá mức độ hài lòng của NKT có tham gia khám sức khỏe định kỳ về thái độ của nhân viên y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Hài lòng	127	61,4
2	Khá hài lòng	69	33,3
3	Không hài lòng	11	5,3
Tổng		207	100

Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022

Qua kết quả khảo sát ở Bảng 3 cho thấy, NKT đa phần đánh giá về thái độ nhân viên y tế ở mức hài lòng, chiếm tỷ lệ 61,4%. Hài lòng từ cách tiếp đón, niềm nở với người bệnh cũng như cách khám, tư vấn sức khỏe và thăm hỏi gần gũi đã giúp NKT vui vẻ, thoải mái hơn. Khi NKT tham gia khám sức khỏe định kỳ, các cán Bộ Y tế đã có cách tiếp đón, trò chuyện về tình trạng sức khỏe, sự tuân thủ điều trị của NKT với các y lệnh trong các lần thăm khám trước đây, chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt của NKT... chính vì vậy, NKT cảm thấy được chăm sóc và có tâm lý tốt hơn, qua đó cán Bộ Y tế cũng dễ dàng trong việc khám bệnh cho họ trong các việc chuyên môn như : khám tổng quát, khám chuyên sâu, xét nghiệm, siêu âm.... Một NKT nữ khi được hỏi về thái độ của nhân viên y tế khi họ đến khám sức khỏe định kỳ đã cho biết : *“Các cô ấy khá tận tình, chúng tôi thì sức khỏe cũng yếu, di chuyển không nhanh nhẹn được nhưng các cô ý không quát tháo như ở nơi khác, may là người ta cũng thông cảm và đón tiếp nên mỗi khi đi khám gì tôi cũng không thấy lo lắng.”* (PVS, NKT nữ).

Với mức “khá hài lòng”, tỷ lệ là 33,3% số người được hỏi và vẫn còn 5,3% NKT được hỏi đánh giá là không hài lòng do thái độ và cách làm việc của nhân viên y tế khiến cho NKT cảm thấy không được thoải mái khi đến khám bệnh.

4.2. Các hoạt chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người khuyết tật

Sức khỏe tinh thần không chỉ là vấn đề về các rối loạn hay bệnh lý mà còn là tập hợp của những yếu tố về mặt cảm xúc, khả năng thích ứng, tư duy, tiếp nhận thông tin, học hỏi và hiểu được cảm xúc của người khác bên ngoài xã hội. Hơn nữa, sức khỏe tinh thần tốt còn giúp hỗ trợ cũng như thúc đẩy sự phát triển của sức khỏe thể chất, giúp con người dễ vượt qua được những khó khăn, trắc trở. Khi các trong trạng thái sức khỏe tinh thần bất ổn, sẽ gặp nhiều trở ngại với những tâm lý tiêu cực. Hơn nữa, tình trạng này còn có khả năng gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, khả năng xử lý công việc và các mối quan hệ.

Vấn đề sức khỏe tinh thần NKT rất phức tạp, bởi mỗi dạng tật, thời gian bắt đầu bị khuyết tật, hoàn cảnh gia đình,... đều có tác động đến tâm lý, đến tinh thần của họ; tinh thần đôi khi quyết định rất lớn đến hành vi, hành động và thái độ của NKT. NKT thường gặp nhiều vấn đề liên quan đến mặc cảm, tự ti, buồn bã, căng thẳng, lo lắng cho số phận, bị quan trọng cuộc sống hạnh phúc sau này, dẫn đến mất niềm tin vào chính mình và làm hạn chế giao tiếp với mọi người xung quanh. Điều đó tự tạo nên rào cản tâm lý làm giảm khả năng của NKT. Chính vì vậy, việc hỗ trợ, chăm sóc vền sức khỏe tinh thần cho NKT là điều rất cần thiết.

Đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe tinh thần của các cán bộ xã hội tại Thành phố Thái Nguyên tập trung vào hoạt động: Thăm hỏi, trò chuyện với bản thân và gia đình NKT; Tham vấn giao tiếp xã hội (giúp NKT tự tin, thái độ tích cực khi giao tiếp); Tham vấn tâm lý giải tỏa

căng thẳng khi gặp những vấn đề khó khăn, áp lực trong cuộc sống,...Những hoạt động này đang được những người CTXH (cán bộ chính sách xã hội, cộng tác viên CTXH) hỗ trợ rất tích cực và nhận được sự tin tưởng từ NKT.

Bảng 4: Mức độ nhận được các hoạt động hỗ trợ tinh thần của NKT

Hoạt động	Thường xuyên		Thỉnh thoảng		Không bao giờ	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thăm hỏi, trò chuyện với bản thân và gia đình NKT	155	68,9	65	28,8	5	2,2
Tham vấn giao tiếp xã hội	167	74,2	48	21,3	10	4,4
Tham vấn tâm lý giải tỏa căng thẳng khi gặp những vấn đề khó khăn, áp lực trong cuộc sống	112	49,8	94	41,8	19	8,4

Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022

Theo kết quả khảo sát, có thể thấy các hoạt động hỗ trợ tinh thần cho NKT được thực hiện tương đối đa dạng. Đối với hoạt động “*Thăm hỏi, trò chuyện với bản thân và gia đình NKT*” thì có đến 68,9% NKT vận động đánh giá mức độ thực hiện hoạt động là thường xuyên. Ở mức độ thỉnh thoảng là 28,8 và không bao giờ được thực hiện hoạt động là rất ít (chỉ chiếm 2,2%). Có thể thấy, thực tế ở Thành phố Thái Nguyên thì hoạt động này được NKT và gia đình họ rất quan tâm và đang được các viên CTXH thực hiện việc hỗ trợ. Việc hỗ trợ sức khỏe tinh thần qua hoạt động thăm hỏi, trò chuyện để biết được gât tư, nguyện vọng và nhu cầu của NKT, cũng như mối quan hệ gia đình, mối quan hệ với cộng đồng và với các cơ quan, ban ngành tại địa phương của NKT và gia đình để từ đó có thể đưa ra được những sự trợ giúp kịp thời cho NKT vận động.

Trong quá trình tương tác xã hội, khi NKT tiếp xúc, giao tiếp với mọi người, họ rất nhạy cảm, những ảnh hưởng của tình trạng khuyết tật khiến họ đánh mất sự tự tin, họ tự nhìn nhận bản thân thông qua hình thể bên ngoài thay vì nhân cách bên trong. Chính vì vậy có thể dẫn đến sự xói mòn lòng tự trọng của bản thân và có thái độ tiêu cực trong gặp gỡ, tiếp xúc với mọi người. Với hoạt động “*Tham vấn giao tiếp xã hội*”, các cán bộ CTXH là các công chức văn hóa - xã hội thực hiện đã giúp NKT tự tin, có thái độ tích cực khi giao tiếp. Dựa vào thực tế tình hình tâm lý NKT ở địa phương thì mức độ thực hiện hoạt động thường xuyên được NKT vận động đánh giá là 74,2 thỉnh thoảng là 21,3% và không bao giờ là 4,4%. Còn với hoạt động “*Tham vấn tâm lý giải tỏa căng thẳng*” khi gặp những vấn đề khó khăn, áp lực trong cuộc sống, đây cũng là hoạt động hỗ trợ được đội ngũ người làm CTXH tại đây quan tâm và tích cực thực hiện. Bởi tình trạng NKT thường đan xen những thời kỳ thuyên giảm và tăng nặng, những biến chứng không thể lường trước được, NKT dễ cảm thấy lo âu, căng thẳng luôn thường trực khi họ gặp phải những vấn đề khó khăn hay áp lực trong cuộc sống. Do vậy, khi NKT rơi vào những trạng thái đó thì sự hỗ trợ của cán bộ CTXH là thực sự quan trọng và cần thiết. Nhận thức được vấn đề nên các cán bộ CTXH ở đây luôn sẵn sàng thực hiện việc hỗ trợ tham vấn tâm lý để giải tỏa căng thẳng cho NKT, giúp họ lấy lại sự cân bằng trong cuộc sống. Mức độ thực hiện hoạt động được NKT vận động đánh giá tần suất thường xuyên là 49,8%. Tần suất thực hiện thỉnh thoảng là 41,8% và không bao giờ thực hiện vẫn có 8,4% (một số NKT có tinh thần tốt, ít khi rơi vào trạng thái căng thẳng nên không cần thiết thực hiện hoạt động hỗ trợ tham vấn tâm lý đó).

Với các hoạt động hỗ trợ tinh thần nói trên, các cán bộ cũng đa dạng các hình thức thực hiện để có thể dễ dàng tiếp cận, hỗ trợ NKT một cách tốt nhất và đạt hiệu quả nhất.

Bảng 5: Hình thức tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe tinh thần của NKT

STT	Hình thức tham gia	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Tham gia theo nhóm	23	10,2
2	Qua điện thoại	68	30,2
3	Gặp trực tiếp các cá nhân, gia đình	134	59,5
Tổng		225	100

(Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022)

Có thể nhận thấy qua bảng kết quả khảo sát thì hình thức tổ chức các hoạt động hỗ trợ tinh thần được NKT lựa chọn nhiều nhất khi cần hỗ trợ là “*Gặp mặt trực tiếp cá nhân, gia đình*”, chiếm đến 59,5%. Hình thức truyền thống này có nhiều ưu điểm vì qua việc trao đổi, gặp gỡ trực tiếp, cán bộ CTXH không chỉ nhận được các thông tin bằng lời nói, mà còn đánh giá và nhận biết được các thông tin phi ngôn ngữ (cử chỉ, nét mặt...) mà đây lại là những thông tin có tính trung thực cao, giúp cán bộ CTXH dễ dàng hiểu được tâm tư, tình cảm của NKT, đánh giá được hoàn cảnh gia đình và môi trường sống của họ để hiểu được những khó khăn về tâm lý mà NKT vận động đang gặp phải từ đó đưa ra được những sự hỗ trợ phù hợp, kịp thời. “*Việc gặp mặt trực tiếp trò chuyện, trao đổi, chia sẻ với NKT vận động là thường xuyên em ạ, đều đặn mỗi tuần một vài lần, mình đến thì mới nắm bắt được tình hình của họ như thế nào từ đó mới có sự hỗ trợ kịp thời cho họ. Cơ bản thì chị thấy đến tận nhà gặp NKT đạt hiệu quả tương đối tốt, cũng có nhiều người sau quá trình giúp đỡ thì thấy khá lên nhiều, tâm lý thoải mái, không còn buồn phiền, lo âu hay khủng hoảng tinh thần nữa, tự tin giao tiếp hẳn.*” (PVS cán bộ CTXH, Nữ).

Đối với hình thức tham gia các hoạt động “*Qua điện thoại*” cũng được NKT vận động quan tâm và lựa chọn, chiếm 30,2%. Hình thức này hiện nay đang phổ biến hơn bởi tính thuận tiện của nó, một trong những điểm mạnh của hình thức này là khả năng cung cấp sự hỗ trợ nhanh chóng, tiện lợi, tiết kiệm thời gian. Mặc dù hình thức tham vấn tâm lý qua điện thoại có thể rất hữu ích cho NKT trong một số trường hợp nhất định, nhưng nó cũng có một số rủi ro hoặc bất lợi so với lựa chọn hình thức truyền thống như: tính bảo mật không được đảm bảo tuyệt đối, thiếu phản ứng với các tình huống khẩn cấp (khó để phản hồi nhanh chóng và hiệu quả khi có khủng hoảng xảy ra,...).

Với hình thức “*Tham vấn theo nhóm*” chiếm 10,2%. Hình thức này được cán bộ CTXH sử dụng đối với những NKT có cùng vấn đề về tâm lý. Đôi khi tham vấn theo nhóm có thể mang đến kết quả tốt hơn vì giữa những người cùng hoàn cảnh, họ dễ chia sẻ, động viên nhau. Tuy nhiên, ở Thành phố Thái Nguyên hình thức này không được phổ biến, ít người NKT tự tin tham gia nên hình thức này ít được cán bộ CTXH sử dụng để hỗ trợ tư vấn tâm lý cho NKT.

Như vậy có thể thấy, với những vấn đề về sức khỏe tinh thần của NKT thì việc triển khai các hoạt động: Thăm hỏi, trò chuyện với bản thân và gia đình NKT vận động; Tham vấn giao tiếp xã hội; Tham vấn tâm lý giải tỏa căng thẳng mang lại những hiệu quả rất lớn. Đây đều là những hoạt động hỗ trợ cơ bản tác động đến từng vấn đề tâm lý mà NKT vận động dễ gặp phải. Các hoạt động hỗ trợ này được các cán bộ CTXH thực hiện qua một số hình thức: Gặp mặt trực

tiếp cá nhân, gia đình NKT; Tham vấn qua điện thoại và Tham vấn theo nhóm. Trong đó hình thức Gặp mặt trực tiếp cá nhân, gia đình NKT vận động là hình thức hỗ trợ toại vấn tâm lý được nhiều NKT vận động lựa chọn, bởi tính thuận tiện, ưu điểm của nó, giúp NKT vận động thuận lợi trao đổi, chia sẻ những vấn đề tâm lý đang gặp phải.

4.3. Chăm sóc sức khỏe về mặt xã hội cho NKT

Bên cạnh vấn đề sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần thì sức khỏe xã hội cũng là một trong những yếu tố liên quan đến sức khỏe của NKT. Việc gặp gỡ và giao tiếp, tham gia các hoạt động, các câu lạc bộ tại địa phương là những hoạt động có ý nghĩa gắn kết và nâng cao tinh thần vô cùng quan trọng của con người. Việc NKT tham gia sinh hoạt câu lạc bộ không chỉ mang lại cơ hội cho người khuyết tật và gia đình giao lưu, chia sẻ thông tin về các chính sách hỗ trợ, mà còn giúp họ rèn luyện kỹ năng sống, học nghề và tìm kiếm cơ hội nghề nghiệp phù hợp. Tuy nhiên, một vấn đề đáng lưu ý là thời gian sinh hoạt câu lạc bộ chưa được xác định cụ thể, điều này gây khó khăn cho việc duy trì các hoạt động liên tục và tạo sự tham gia đều đặn từ người khuyết tật.

Hoạt động gặp gỡ, giao lưu của các câu lạc bộ không chỉ xây dựng mạng lưới kết nối giữa người khuyết tật, gia đình, tổ chức xã hội và cộng đồng mà còn tạo ra không gian hỗ trợ tâm lý mạnh mẽ, giúp NKY cảm thấy an tâm, được thuộc về một nhóm và tự tin hơn trong cuộc sống. *“Nhờ có hoạt động này của phường mà CLB người khuyết tật đã được hình thành. Các thành viên luôn dành cho nhau sự tin tưởng và hỗ trợ nhau rất nhiều. Nhờ có CLB mà cuộc sống của tôi trở nên vui vẻ, có sức sống hơn nhiều.”* (PVS NKT, nam).

Bảng 6. Mức độ tham gia các hoạt động đoàn thể tại địa phương của NKT.

STT	Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thường xuyên	68	30,2
2	Thỉnh thoảng	114	50,7
3	Không tham gia	43	19,1
Tổng		225	100

(Nguồn: Kết quả khảo sát năm 2022)

Qua bảng trên ta có thể thấy mức độ tham gia các hoạt động đoàn thể, các câu lạc bộ tại địa phương của NKT có sự chênh lệch khá lớn. Cụ thể là tỷ lệ số người thỉnh thoảng tham gia các hoạt động đoàn thể, các câu lạc bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,7%, thường xuyên tham gia chiếm 30,2% và có 19,1% là không tham gia. Các hoạt động cho NKT còn khá ít và hạn chế về nội dung nên NKT không thường xuyên tham gia bên cạnh đó họ còn có tâm lý khá e ngại bởi còn khá nhiều rào cản khiến họ không muốn hoặc ít tham gia

Có thể nói rằng công tác chăm sóc sức khỏe cho NKT về mặt tinh thần còn chưa được hiệu quả, mức độ và hiệu quả giao tiếp với mọi người xung quanh không cao khiến cho người cao tuổi khó khăn trong việc giao lưu, trao đổi cùng nhau.

“Thực ra thì ở đây công tác chăm sóc sức khỏe về mặt xã hội còn khá nhiều hạn chế và bất cập, mỗi người có một hoàn cảnh khác nhau nên việc gặp gỡ, giao lưu trao đổi hay các buổi nói chuyện chưa thực sự nhiều”. (Trích PVS - cán bộ xã hội).

Bên cạnh những kết quả tích cực, hoạt động chăm sóc sức khỏe xã hội này cũng gặp phải một số khó khăn và hạn chế. Một bộ phận người khuyết tật vẫn còn cảm thấy e ngại, tự ti và ngần ngại khi tham gia các hoạt động chung. Tâm lý mặc cảm, không tin tưởng vào hiệu quả của các hoạt động này hoặc cảm thấy mình không phù hợp với môi trường cộng đồng khiến họ dễ thu mình lại. Ngoài ra, gia đình của một số người khuyết tật vẫn còn tâm lý bảo bọc quá mức hoặc chưa nhận thức được lợi ích từ các hoạt động của câu lạc bộ, các hoạt động đoàn thể.

5. KẾT LUẬN

Trong suốt thời gian qua, chúng ta đã đạt được rất nhiều thành tựu đáng kể về tăng trưởng kinh tế, cải thiện đời sống người dân và thực hiện công bằng xã hội. Tuy nhiên, với sự phát triển không đồng đều giữa các khu vực, giữa nông thôn và thành thị, giữa nhóm người có thu nhập cao với nhóm người có thu nhập thấp dẫn đến những thiệt thòi đối với những nhóm đối tượng yếu thế trong xã hội hiện nay, đặc biệt là NKT. Các hoạt động công tác xã hội trong hỗ trợ NKT nói chung và hoạt động chăm sóc sức khỏe tinh thần cho người khuyết tật có ý nghĩa lớn trong việc giúp người khuyết tật hòa nhập xã hội và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. Để việc này có thể triển khai một cách bền vững, cần có sự đầu tư nhiều hơn vào công tác xã hội chuyên nghiệp, tập trung vào các yếu tố như: nâng cao năng lực tự lập cho người khuyết tật, phát triển các hoạt động công tác xã hội như: tăng cường truyền thông thay đổi nhận thức xã hội, và tạo lập môi trường sống toàn diện, không rào cản. Đồng thời, sự phối hợp chặt chẽ giữa Nhà nước, các tổ chức xã hội và cộng đồng là yếu tố then chốt để bảo đảm người khuyết tật được tham gia bình đẳng vào mọi lĩnh vực của đời sống xã hội, góp phần ổn định và có đời sống tinh thần tích cực, lạc quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DPI.(1982). *Tuyên bố về quyền của người khuyết tật*.
2. International Federation of Social Workers (IFSW) & International Association of Schools of Social Work (IASSW). (2011). *Global Definition of the Social Work Profession*.
3. Hoàng Đức Trà My. (2021). *Hoạt động Công tác xã hội với người khuyết tật vận động tại thị trấn Cẩm Khê, huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ*, Luận văn thạc sĩ.
4. Hoàng Đình Cầu. (1995), *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu*, NXB Y học Hà Nội, Hà Nội.
5. Hoàng Phê. (2019). *Từ điển Tiếng Việt*, NXB Hồng Đức, Hà Nội.
6. Nguyễn Xuân Thúc. (2007). *Giáo trình Tâm lý học đại cương*. NXB Đại học Sư phạm, Hà Nội
7. Nguyễn Trung Hải. (2020). *Giáo trình CTXH với cá nhân và gia đình*. Trường Đại học Lao động - Xã hội
8. Quốc hội. (2010). *Luật người khuyết tật số 51/2010/QH12*, thainguyen.gov.vn
9. Ủy ban quốc gia về người khuyết tật Việt Nam. (2021). *Báo cáo quốc gia “Tổng quan về người khuyết tật Việt Nam (NCCD)”*
10. WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100.
11. WHO. (1999). *Phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe*

**KỶ YẾU HỘI THẢO KHOA HỌC QUỐC GIA
CUNG CẤP DỊCH VỤ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG
CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG**

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

Địa chỉ: Tầng 4 - Khu A - Tòa nhà số 97 Trần Quốc Toản
Phường Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 024 38515380; Fax: 024 38515381
Email: info@nxblaodong.com.vn
Website: www.nxblaodong.com.vn

Chi nhánh phía Nam

Số 85 Cách mạng Tháng Tám, Quận 1, Tp. Hồ Chí Minh
ĐT: 028 38390970; Fax: 028 39257205

Chịu trách nhiệm xuất bản:
Giám đốc - Tổng biên tập
Mai Thị Thanh Hằng
Biên tập: Phan Thị Ánh Tuyết

Trình bày: Đỗ Thị Hồng Sâm
Bìa: Nguyễn Ngọc Hà
Sửa bản in: Trần Thị Ngọc Thúy

Liên kết xuất bản: Công ty Cổ phần in và Thương mại Ngọc Hưng

Địa chỉ: Số 296 đường Phúc Diễn, tổ dân phố số 1, P. Xuân Phương, Q. Nam Từ Liêm, Hà Nội

In 150 cuốn, khổ 19x27 cm tại Công ty Cổ phần in và Thương mại Ngọc Hưng

Địa chỉ: Số 296 đường Phúc Diễn, tổ dân phố số 1, P. Xuân Phương, Q. Nam Từ Liêm, Hà Nội

Số xác nhận ĐKXB: 5956-2025/CXBIPH/03-189/LĐ

Mã ISBN: 978-632-620-744-6

Quyết định xuất bản số: 1359/QĐ-NXBLĐ, ngày 06/8/2025

In xong và nộp lưu chiểu năm 2025