

**CHƯƠNG TRÌNH BỒI DƯỠNG NÂNG CAO NĂNG LỰC
CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TRƯỜNG HỌC**

HỌC PHẦN 5

**SỨC KHOẺ SINH SẢN; SỨC KHOẺ TÂM THẦN
VÀ PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA
CHẤT GÂY NGHIỆN**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BGDĐT
ngày tháng năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)



CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN

PGS.TS. Nguyễn Thanh Đề

Vụ trưởng Vụ Giáo dục thể chất, Bộ Giáo dục và Đào tạo.

TS. Nguyễn Nho Huy

Phó Vụ trưởng Vụ Giáo dục thể chất, Bộ Giáo dục và Đào tạo.

BAN BIÊN SOẠN CÁC TÀI LIỆU

1. NGND.PGS.TS. Nguyễn Võ Kỳ Anh

Nguyên Vụ trưởng Vụ Giáo dục thể chất, Bộ Giáo dục và Đào tạo;
Trưởng ban biên soạn các tài liệu.

2. TS.BS. Lê Văn Tuấn

Chuyên viên cao cấp Vụ Giáo dục thể chất, Bộ Giáo dục và Đào tạo;
Trưởng nhóm thư ký biên soạn các tài liệu.

BAN BIÊN SOẠN HỌC PHẦN 5

- TS. Ngô Thị Thanh Mai**, Giảng viên - Khoa Công tác xã hội, Học viện Phụ nữ Việt Nam (Trưởng ban).
- TS. Nguyễn Thị Mai Hương**, Trưởng bộ môn An sinh xã hội và Phát triển cộng đồng, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Sư phạm Hà nội (Thành viên, Thư ký).
- TS. Nguyễn Thái Quỳnh Chi**, Trưởng Bộ môn Xã hội học và Giáo dục sức khỏe, Trường Đại học Y tế công cộng (Thành viên).
- TS. Nguyễn Lê Hoài Anh**, Trưởng Bộ môn Cơ sở Công tác xã hội, Khoa Công tác xã hội, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội (Thành viên).
- ThS.BS. Lê Công Thiện**, Phó trưởng Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội; Trưởng khoa Tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên, Viện Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai (Thành viên).
- ThS. Đoàn Thị Thuý Dương**, Giảng viên bộ môn Sức khỏe sinh sản, Trường Đại học Y tế công cộng (Thành viên).

LỜI NÓI ĐẦU

Chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS), sức khỏe tâm thần (SKTT), và phòng chống tác hại của chất gây nghiện có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe học sinh trong thời gian được nuôi dạy và học tập ở trường. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến SKSS, SKTT và chất gây nghiện tác động trực tiếp tới cơ thể đang phát triển của các em, nếu không được kiểm soát tốt sẽ trở thành nguy cơ phát sinh bệnh tật, ảnh hưởng xấu tới sức khỏe và thành tích học tập học sinh.

Học phần “Sức khỏe sinh sản, Sức khỏe tâm thần và Phòng chống tác hại của chất gây nghiện” là một trong 8 học phần thuộc Chương trình bồi dưỡng nâng cao năng lực cho nhân viên y tế trường học do Bộ Giáo dục và Đào tạo tổ chức biên soạn. Mục tiêu của học phần này nhằm giới thiệu các nội dung cơ bản về những vấn đề SKSS, SKTT liên quan tới học sinh; đặc điểm và tác hại của các chất gây nghiện đối với học sinh và những kỹ năng cần thiết về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tâm thần và phòng chống tác hại của chất gây nghiện.

Cuốn sách này gồm các phần:

- Phần 1. Sức khỏe tâm thần và một số vấn đề tâm thần thường gặp ở học sinh.
- Phần 2. Giới, giới tính và sức khỏe sinh sản.
- Phần 3. Phòng chống tác hại của chất gây nghiện đối với học sinh.

Cuốn sách này có thể sử dụng làm tài liệu giảng dạy cho các nhân viên y tế trường học chuyên trách, nhân viên kiêm nhiệm công tác y tế trường học, sinh viên khối ngành sức khỏe, và các đối tượng khác liên quan giúp họ có đầy đủ kiến thức về SKTT, SKSS và phòng chống tác hại của chất gây nghiện cho học sinh và áp dụng vào thực tế công tác y tế trường học tại đơn vị mình.

Chương trình bồi dưỡng nâng cao năng lực cho nhân viên y tế trường học được xây dựng bởi các chuyên gia về y tế trường học với sự hỗ trợ về tài chính, kỹ thuật, và kinh nghiệm triển khai các dự án liên quan đến y tế học đường trong thực tế của Tổ chức Cứu trợ Trẻ em (Save the Children) tại Việt Nam.

Bộ Giáo dục và Đào tạo trân trọng đón nhận các ý kiến đóng góp của bạn đọc để tài liệu hướng dẫn ngày càng hoàn thiện. Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về địa chỉ: Bộ Giáo dục và Đào tạo (Vụ Giáo dục thể chất), 35 Đại Cồ Việt, quận Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội.

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BGDĐT	Bộ Giáo dục và Đào tạo
BLHD	Bạo lực học đường
HS	Học sinh
NVYTTH	Nhân viên y tế trường học
RLHV	Rối loạn hành vi
SKSS	Sức khỏe sinh sản
SKTD	Sức khỏe tình dục
SKTT	Sức khỏe tâm thần
VTN	Vị thành niên
XHTDTE	Xâm hại tình dục trẻ em

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	3
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	5
PHẦN I: SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN THƯỜNG GẶP Ở HỌC SINH	9
Bài 1: Giới thiệu chung	11
Bài 2: Các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ sức khỏe tâm thần của học sinh	17
Bài 3: Những vấn đề sức khỏe tâm thần ở học sinh và dấu hiệu nhận diện	25
Bài 4: Xử lý bước đầu với các vấn đề sức khỏe tâm thần học đường	55
PHẦN II: GIỚI, GIỚI TÍNH VÀ SỨC KHỎE SINH SẢN	75
Bài 1: Giới thiệu chung	77
Bài 2: Những đặc điểm tâm sinh lý lứa tuổi vị thành niên	89
Bài 3: Tính dục, tình dục và tình dục an toàn	99
Bài 4: Phòng tránh mang thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở vị thành niên	113
Bài 5: Phòng ngừa bạo lực học đường và xâm hại tình dục trẻ em	125
PHẦN III: PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA CHẤT GÂY NGHIỆN ĐỐI VỚI HỌC SINH	145
Bài 1: Khái niệm, phân loại, đặc điểm chất gây nghiện	147

Bài 2: Đặc điểm một số loại chất gây nghiện đối với học sinh	157
Bài 3: Thực trạng, nguyên nhân sử dụng các chất gây nghiện ở học sinh và các biện pháp phòng chống	179
TÀI LIỆU THAM KHẢO	204

SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN THƯỜNG GẶP Ở HỌC SINH

Các vấn đề SKTT đang ngày càng trở nên phổ biến hơn trên toàn thế giới. Trong hơn một thập kỷ qua, các vấn đề SKTT đã tăng thêm 13%. Có khoảng 20% trẻ em và thanh thiếu niên trên toàn thế giới có các vấn đề SKTT và tự tử là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trong nhóm 15 - 29 tuổi. Trong những năm gần đây, ở Việt Nam, các vấn đề liên quan đến SKTT cũng gia tăng nhanh chóng, trong đó có nhóm tuổi học sinh. Mặc dù vậy, các vấn đề này ở nhóm trẻ em và thanh thiếu niên tuổi học đường chưa được chú trọng nhiều.

Chính vì vậy, việc hỗ trợ để các NVYTTH có những hiểu biết cơ bản về SKTT, từ đó biết cách trợ giúp hiệu quả cho học sinh khi có những vấn đề SKTT là điều rất cần thiết. Trong phần này, nhóm biên soạn sẽ giới thiệu một số khái niệm cơ bản về SKTT; dịch tễ học về SKTT của học sinh; một số vấn đề SKTT thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên; yếu tố bảo vệ và yếu tố nguy cơ của các vấn đề SKTT; phát hiện sớm và xử trí bước đầu với các vấn đề SKTT học đường; và cuối cùng chúng tôi đề cập đến một số một số kỹ năng hỗ trợ tâm lý cho học sinh.

BÀI

1

GIỚI THIỆU CHUNG

**Mục tiêu bài học:**

Sau khi kết thúc bài học, người học có khả năng:

1. Trình bày được các khái niệm sức khỏe tâm thần và các khái niệm liên quan.
2. Nắm được các thông tin quan trọng về thực trạng SKTT của học sinh.
3. Hiểu được tầm quan trọng của những hiểu biết về các yếu tố ảnh hưởng đến SKTT của học sinh.
4. Nhận biết các yếu tố bảo vệ và nguy cơ ảnh hưởng đến SKTT của học sinh ở các cấp độ.
5. Có ý thức và trách nhiệm để phát triển các yếu tố bảo vệ và giảm thiểu những yếu tố nguy cơ đến SKTT của học sinh; đặc biệt trong bối cảnh trường học.
6. Triển khai các hoạt động cụ thể để xây dựng môi trường học đường tích cực, góp phần gia tăng các yếu tố bảo vệ SKTT cho học sinh.

1

KHÁI NIỆM

1.1. Sức khỏe

Năm 1948, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã định nghĩa “Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tâm thần, và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay ốm đau”. Như vậy, đến thời

điểm này, khái niệm sức khỏe đã được hiểu một cách rộng hơn, ở khía cạnh cá nhân, sức khỏe không chỉ là các vấn đề về thể chất mà còn có các vấn đề về tâm thần/tinh thần, và bên cạnh đó là sự khỏe mạnh của toàn xã hội.

1.2. Sức khỏe tâm thần

WHO (2018) đã định nghĩa: “SKTT là trạng thái khoẻ mạnh mà ở đó cá nhân tự nhận thức được khả năng của bản thân, có thể ứng phó với những căng thẳng trong cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả và tại ra những đóng góp cho cộng đồng”.

1.3. Rối loạn tâm thần

Rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi sự xáo trộn trong nhận thức, cảm xúc, và/hoặc hành vi của cá nhân. Tình trạng này gây ảnh hưởng đến việc thực hiện các chức năng bình thường của cá nhân. Rối loạn tâm thần có các mức độ khác nhau. Ở mức độ nhẹ, nếu được phát hiện sớm và trị liệu sớm thì khả năng hồi phục khá cao so với việc phát hiện muộn và được can thiệp chậm.

1.4. Bệnh tâm thần

Bệnh tâm thần là tình trạng sức khỏe liên quan đến những thay đổi trong cảm xúc, suy nghĩ hoặc hành vi (hoặc sự kết hợp của những điều này). Các bệnh tâm thần có liên quan đến cảm giác/tâm trạng/tình trạng đau buồn/suy nghĩ tiêu cực (distress) và/hoặc liên quan đến việc thực hiện chức năng xã hội, công việc, gia đình. Bệnh tâm thần có thể bao gồm nhiều rối loạn tâm thần khác nhau.

1.5. Hành vi sức khỏe

Hành vi sức khỏe là tất cả những gì cá nhân thực hiện mà có ảnh hưởng đến thể chất, tâm thần, cảm xúc, và tâm lý của bản thân. Nói cách khác, hành vi của cá nhân liên quan đến việc tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe, hoặc liên quan đến một vấn đề sức khỏe nhất định. Nói theo nghĩa rộng hơn, hành vi sức khỏe đề cập đến hành động của các cá nhân, nhóm, và các tổ chức cũng như các yếu tố ảnh hưởng/liên quan và hậu quả của hành động đó như sự biến đổi xã hội, sự phát triển và thực hiện chính sách, tăng cường khả năng ứng phó, và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Đối với các vấn đề SKTT, có khá nhiều hành vi lành mạnh và có lợi

như: tập thể dục, thực hiện các hoạt động thư giãn (nghe nhạc, xem phim, thiền, đọc sách, chăm sóc cây cối...), kết nối với gia đình, bạn bè... Bên cạnh đó, các hành vi không có lợi cho SKTT cũng không ít, đó có thể là: sử dụng rượu/bia/ma túy, sử dụng thiết bị điện tử/mạng xã hội không kiểm soát...

1.6. Hành vi nguy cơ

Hành vi nguy cơ là những hành vi làm tăng nguy cơ dẫn đến sức khỏe kém ở hiện tại hoặc trong tương lai. Ví dụ: sử dụng rượu/bia/ma túy, hút thuốc lá, đi xe máy/xe máy điện không đội mũ bảo hiểm... Cụ thể với các vấn đề SKTT, nghiên cứu đã chỉ ra một số hành vi nguy đối với việc phát triển các vấn đề SKTT như: bị bắt nạt (bullying) ở trường học/trên mạng xã hội, hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích, sử dụng internet, chơi game...

1.7. Kỳ thị với các vấn đề SKTT

Kỳ thị là thái độ thể hiện sự thiếu tôn trọng đối với người hoặc vật nào đó. Thái độ kỳ thị xuất hiện do sự thiếu hiểu biết hoặc sự sợ hãi. Mặc dù mọi người đã hiểu về nguyên nhân gây ra các rối loạn tâm thần và nhu cầu được điều trị của những người có rối loạn tâm thần, thế nhưng vẫn còn nhiều người mang thái độ kỳ thị với những người có các vấn đề SKTT. Tư tưởng kỳ thị có thể khiến một người cản trở tiếp cận dịch vụ hoặc quyền lợi đối với người khác. Rất nhiều người có vấn đề về SKTT không tiếp cận điều trị vì họ sợ bị kỳ thị.

Các nhà nghiên cứu đã chỉ ra các loại kỳ thị khác nhau đối với các vấn đề SKTT, bao gồm:

- *Kỳ thị xã hội*: Đề cập đến thái độ tiêu cực của cộng đồng nói chung với các vấn đề SKTT.
- *Tự kỳ thị*: Đề cập đến việc bản thân người có vấn đề SKTT thấy xấu hổ hoặc có thái độ tiêu cực đối với tình trạng SKTT của họ.
- *Kỳ thị tổ chức*: Loại kỳ thị này mang tính hệ thống, liên quan đến các chính sách của chính phủ và các tổ chức mà qua đó làm hạn chế cơ hội của những người có vấn đề SKTT (ví dụ như: kỳ thị tại các cơ sở khám chữa bệnh, cơ sở giáo dục; các dịch vụ chăm sóc SKTT ít hơn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất; kinh phí dành cho nghiên cứu về các vấn đề SKTT ít hơn...).

2

MỘT VÀI CON SỐ DỊCH TỄ HỌC VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH

Tổ chức Y tế thế giới (2021) đã công bố cứ trong 7 trẻ VTN độ tuổi 10 - 19 có 1 trẻ mắc một vấn đề SKTT nào đó (14%), và gây ra 13% gánh nặng bệnh tật của nhóm tuổi này. Khoảng 20% trẻ VTN có thể khởi phát các vấn đề SKTT ở bất kỳ độ tuổi nào của giai đoạn này.

Tổng quan các bằng chứng về SKTT ở Việt Nam cho thấy tỉ lệ hiện mắc các vấn đề SKTT nói chung đối với trẻ em và VTN ở Việt Nam dao động từ 8% đến 29%. Các vấn đề SKTT phổ biến nhất trong trẻ em Việt Nam là các vấn đề hướng nội (lo âu, trầm cảm, đơn độc) và vấn đề hướng ngoại (tăng động, giảm chú ý).

Những rối loạn về cảm xúc khá phổ biến trong nhóm tuổi VTN. Có khoảng 3,6% trẻ ở độ tuổi 10-14 và 4,6% trẻ 15-19 tuổi có vấn đề về rối loạn lo âu. Đối với trầm cảm, 1,1% trẻ 1-14 tuổi và 2,8% trẻ 15-19 có dấu hiệu trầm cảm. Các vấn đề về hành vi (tăng động giảm chú ý, rối loạn về cư xử - conduct disorder) phổ biến hơn trong nhóm tuổi nhỏ hơn.

BÀI 2

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ YẾU TỐ BẢO VỆ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH



Mục tiêu bài học:

Sau khi kết thúc bài học, người học có khả năng:

1. Nhận biết được các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới SKTT của học sinh ở cấp độ cá nhân, gia đình và cộng đồng.
2. Nhận biết được yếu tố bảo vệ ảnh hưởng tới SKTT của học sinh ở cấp độ cá nhân, gia đình và cộng đồng.
3. Có thái độ và hành động tích cực để xây dựng những yếu tố bảo vệ ảnh hưởng tới SKTT của học sinh trong trường học.

1

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ BẢO VỆ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH

SKTT của học sinh bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố kết hợp với nhau. Các yếu tố này có thể góp phần cải thiện hay làm giảm tình trạng SKTT của học sinh. Những yếu tố này giúp dự đoán xu hướng SKTT của học sinh và giải thích vì sao có học sinh lại có SKTT tốt hơn hoặc kém hơn các em khác. Các yếu tố ảnh hưởng đến SKTT được chia làm 2 nhóm là các yếu tố bảo vệ và các yếu tố nguy cơ.

1.1. Yếu tố nguy cơ là gì?

Yếu tố nguy cơ là những yếu tố không trực tiếp gây nên các vấn đề SKTT của học sinh, nhưng nó đóng vai trò làm tăng khả năng các em bị các vấn đề này và làm nặng thêm tình trạng của vấn đề SKTT. Những em học sinh có càng nhiều yếu tố nguy cơ thì tỉ lệ bị các vấn đề SKTT sẽ càng tăng.

1.2. Yếu tố bảo vệ là gì?

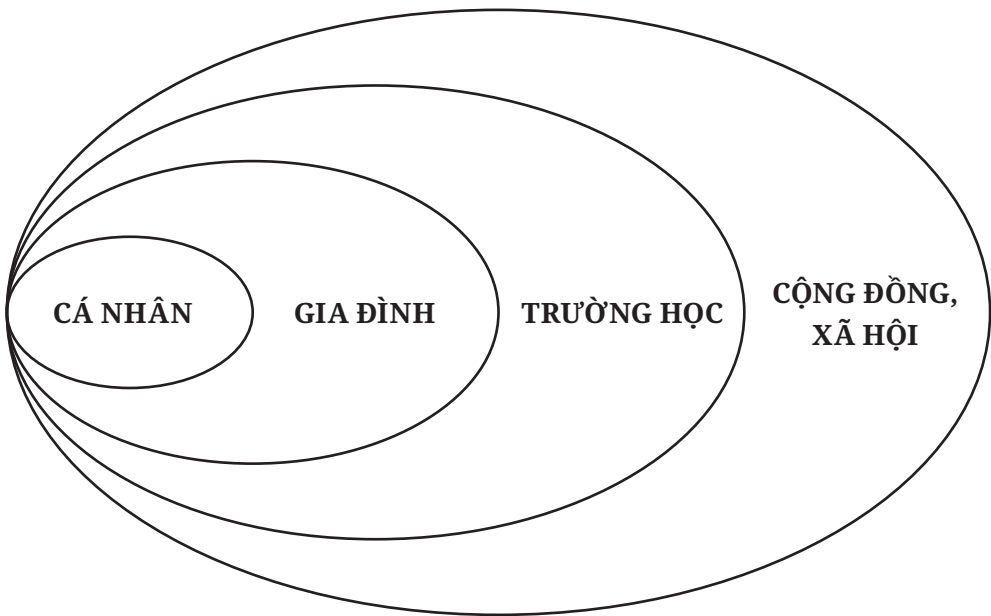
Yếu tố bảo vệ là những yếu tố đóng vai trò làm giảm khả năng các em bị các vấn đề SKTT. Những em học sinh có càng nhiều yếu tố bảo vệ thì tỉ lệ bị các vấn đề SKTT càng giảm hay nói cách khác là khả năng các em có SKTT tốt/khỏe mạnh càng tăng.

Cũng như các vấn đề SKTT nói chung, yếu tố bảo vệ và yếu tố nguy cơ đối với SKTT ở học sinh được phân chia theo các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội hoặc có thể được phân chia theo cấp độ cá nhân, gia đình, trường học, cộng đồng, xã hội.

2

PHÂN LOẠI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ YẾU TỐ BẢO VỆ

Nếu phân theo các cấp độ cá nhân, gia đình, trường học, cộng đồng xã hội thì các yếu tố bảo vệ và yếu tố nguy cơ đối với SKTT của học sinh có thể gồm những yếu tố như sau:



2.1. Cấp độ cá nhân



Các yếu tố bảo vệ

- Có các kỹ năng xã hội - cảm xúc tốt (như kỹ năng ứng phó với các tình huống khó khăn, kỹ năng quản lý giận dữ, kỹ năng quản lý cảm xúc, kỹ năng giải quyết vấn đề...).
- Sự tự chủ ở mức cao.
- Cảm nhận tốt về bản thân ở mức cao.



Các yếu tố nguy cơ

- Nhân cách/tính cách kém thích ứng, tính cách kiểu “khó gần”, “đóng”, tự cô lập về cảm xúc/ không chia sẻ cảm xúc với ai.
- Sự tự chủ ở mức thấp.
- Cảm nhận tốt về bản thân ở mức thấp.
- Quan niệm tiêu cực về đặc điểm thể chất VTN (hình thể thấp bé, lo lắng về dấu hiệu dậy thì, đặc biệt là các em gái lo lắng về kinh nguyệt, thừa cân...).
- Hành vi “sử dụng quá nhiều” và nguy cơ nghiện trực tuyến.
- Học sinh nữ có nguy cơ có vấn đề SKTT cao hơn học sinh nam.

2.2. Cấp độ gia đình



Các yếu tố bảo vệ

- Địa kinh tế - xã hội của gia đình tốt.
- Gia đình có bầu không khí vui vẻ.
- Gia đình có mối quan hệ tình cảm gắn kết, bền chặt (các em có cảm giác được yêu thương, hạnh phúc khi có thể chia sẻ cảm xúc và những lo ngại với cha mẹ, người thân).



Các yếu tố nguy cơ

- Nguyên tắc trong gia đình quá nghiêm ngặt (đặc biệt liên quan đến thành tích học tập, các mối quan hệ tình cảm), đặc biệt nhạy cảm với nhóm tuổi 14 - 16.
- Gia đình nghèo hoặc đang trong tình trạng giảm sút về kinh tế, xã hội.
- Xung đột, bạo lực gia đình (chứng kiến bạo lực, bị bạo lực gồm thể chất, tinh thần, tình dục), bỏ bê con cái, tiền sử gia đình có vấn đề SKTT.
- Không cung cấp được những hỗ trợ, học tập và giáo dục phù hợp; môi trường học tập căng thẳng/áp lực cạnh tranh cao, bị bắt nạt (trực tiếp và trực tuyến/quá mạng).
- Nghèo đói, đô thị hóa và hỗ trợ xã hội thấp, cộng đồng thiếu tổ chức, phơi nhiễm với bạo lực, phạm pháp.

2.3. Cấp độ trường học



Các yếu tố bảo vệ

- Bầu không khí học đường thân thiện, an toàn, hòa nhập, gắn bó/kết nối tốt với trường học và bạn bè.
- Thầy/cô hiểu cảm xúc cũng như những khó khăn của học sinh để kịp thời hỗ trợ.



Các yếu tố nguy cơ

- Không cung cấp được những hỗ trợ, học tập và giáo dục phù hợp; môi trường học tập căng thẳng/áp lực cạnh tranh cao, bị bắt nạt (trực tiếp và trực tuyến/quá mạng).

2.4. Cấp độ cộng đồng, xã hội



Các yếu tố bảo vệ

- Cộng đồng, xã hội an toàn, công bằng.
- Gắn kết cộng đồng, trải nghiệm văn hóa tích cực, các hình mẫu tích cực.
- Sự sẵn có cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKTT và tâm lý.



Các yếu tố nguy cơ

- Nghèo đói, hạn chế tiếp cận các cơ hội (việc làm/ngành nghề, giải trí...).
- Đô thị hóa và hỗ trợ xã hội thấp.
- Cộng đồng thiếu tổ chức, không an toàn (học sinh phơi nhiễm với bạo lực, các chất độc hại, gây nghiện, phạm pháp,...).
- Các chuẩn mực có hại (thường phổ biến ở khu vực nông thôn miền núi như kết hôn sớm/tảo hôn dẫn đến thôi học).

BÀI 3

NHỮNG VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở HỌC SINH VÀ DẤU HIỆU NHẬN DIỆN



Mục tiêu bài học:

Sau khi kết thúc bài học, người học có khả năng:

1. Nhận diện được dấu hiệu chung của các rối loạn tâm thần thường gặp ở học sinh.
2. Biết được một số phương pháp để đánh giá sơ bộ triệu chứng tâm thần của học sinh.
3. Phát hiện sớm những biểu hiện của một số vấn đề SKTT cụ thể của học sinh theo lứa tuổi.
4. Nắm bắt được các nguyên lý chung trong hỗ trợ học sinh khi gặp những vấn đề SKTT cụ thể, từ đó có những cách thức trợ giúp hiệu quả cho học sinh tại trường học.

1

NHẬN DIỆN DẤU HIỆU CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở HỌC SINH

1.1. Một số phương pháp đánh giá vấn đề sức khỏe tâm thần cho học sinh

Có nhiều phương pháp đánh giá được áp dụng để phát hiện và lượng giá các biểu hiện rối loạn tâm thần ở trường học như phỏng vấn, quan sát trực tiếp, sử dụng bộ câu hỏi và ghi chép trong hồ sơ.

» Hỏi:

- Là việc đặt câu hỏi để thu thập thông tin cần thiết.

- Đối tượng được hỏi có thể trực tiếp là với học sinh; cũng có thể là người nhà hoặc người chăm sóc của học sinh.
- Nội dung hỏi bệnh: tất cả các thông tin liên quan đến quá trình hình thành và diễn biến của bệnh; các thông tin về tính cách, các sang chấn tâm lý, hoàn cảnh kinh tế, xã hội và văn hóa liên quan đến bệnh.
- Kỹ thuật hỏi: Các câu hỏi có thể là câu hỏi đúng sai nhưng đa số sẽ là các câu hỏi mở, câu hỏi sẽ được hình thành từ những câu trả lời của học sinh.

» **Quan sát trực tiếp:**

- Người quan sát: giáo viên, cán bộ tâm lý ...
- Nội dung quan sát: quan sát các biểu hiện về cảm xúc, hành vi, giấc ngủ của học sinh: tần suất, tính chất, cường độ, thời gian xuất hiện triệu chứng, diễn biến triệu chứng...
- Ghi chép thông tin thu được qua quan sát.

» **Bộ câu hỏi và thang đánh giá:**

- Sử dụng một số bộ câu hỏi đã được chuẩn hoá để xác định tình trạng hoặc khía cạnh sức khỏe tâm thần của học sinh.
- Dạng câu hỏi trong bộ câu hỏi/ thang đánh giá: có thể là các câu hỏi mở, ngắn, câu hỏi đúng, sai; hoặc câu hỏi lượng giá các mức độ khác nhau...
- Cách đánh giá thông qua bộ câu hỏi/ thang đánh giá: xác định mức độ nặng nhẹ của người bệnh, có cách chỉ dẫn lượng giá...
- Ý nghĩa: lượng giá được mô hình hành vi, tính cách, nhân cách, cảm xúc, hành vi, tư duy, trí nhớ, trí tuệ của người được lượng giá.

» **Nhật ký:** Thông qua các ghi chép của cá nhân, học sinh tự ghi lại những thay đổi về cảm xúc, hành vi của mình...

1.2. Dấu hiệu thường gặp của rối loạn tâm thần của học sinh

Biểu hiện của các vấn đề sức khỏe tâm thần ở lứa tuổi học đường rất đa dạng. NVYTTH có thể nhận diện ban đầu các vấn đề này thông qua các biểu hiện sau:

- *Các bất thường về cảm xúc:* trẻ trở nên buồn chán quá mức hoặc kéo dài, hoặc dễ cáu kỉnh, bực bội vô cớ. Một số trẻ có thể biểu hiện tình

trạng lo lắng, sợ hãi kéo dài thậm chí có thể có cơn hoảng sợ. Trong trường hợp ngược lại trẻ có thể hưng phấn, nói nhiều, vui vẻ quá mức bình thường.

- *Các bất thường về tư duy:* trẻ có thể có các suy nghĩ quá mức, không phù hợp, sai lệch so với lứa tuổi; trẻ có biểu hiện lảm lì, ít nói, có những suy nghĩ tiêu cực, tự ti, bi quan, trong trường hợp nặng hơn trẻ có ý nghĩ tự sát; ngược lại, trẻ có biểu hiện hưng phấn, tự đánh giá cao bản thân.
- *Các bất thường về hành vi:* thu mình, ít giao tiếp hoặc một số trẻ lại hưng phấn, nói nhiều...; hành vi xâm phạm, công kích người khác, trêu chọc các bạn; vi phạm nội qui,... Một số trẻ có hành vi chống đối, trêu chọc hoặc bạo lực với bạn bè, người thân,... Một số trẻ có hành vi sử dụng chất gây nghiện như uống rượu và đồ uống có cồn, hút thuốc lá, thuốc lá điện tử, cần sa... Trẻ có thể trốn học, bỏ nhà đi qua đêm; một số trẻ có thể ăn trộm, phá đồ đạc của người khác...
- *Các vấn đề về giao tiếp:* trẻ ngại giao tiếp, thường ngồi một chỗ, thu mình, ít nói hoặc không nói; hoặc ngược lại trẻ nói nhiều, quá hiếu động, nói nhiều.
- *Các bất thường về tập trung chú ý:* trẻ không tập trung trong học tập, không để ý đến nội dung bài giảng của thầy cô.
- *Các bất thường về trí nhớ:* trẻ hay quên đồ dùng học tập, quên bài làm, quên các nhiệm vụ được giao ở trường, ở nhà.
- *Các vấn đề về giấc ngủ:* trẻ thường buồn ngủ, ngủ gục trong giờ học, mất ngủ vào ban đêm khi ở nhà.

2

MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở HỌC SINH MẦM NON VÀ TIỂU HỌC

2.1. Chậm phát triển tâm thần

a. Định nghĩa

Chậm phát triển tâm thần là một trạng thái phát triển bị ngừng trệ hay không đầy đủ của tâm thần, được đặc trưng chủ yếu bằng tật chứng về kỹ năng trong thời kỳ phát triển, bao gồm cả kỹ năng nhận thức, ngôn ngữ, học tập, lao động, xã hội, chăm sóc bản thân.

Tỉ lệ gặp chậm phát triển tâm thần trong dân số chung là 1 - 3%. Chậm phát triển tâm thần có thể kèm hoặc không kèm rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác.

b. Nguyên nhân

Nguyên nhân được chia thành 4 nhóm theo thời gian tác động vào sự phát triển trẻ trong thời kỳ phôi thai và những năm đầu đời.

- Các yếu tố di truyền: các bất thường về gen và nhiễm sắc thể như hội chứng Down, bệnh não bẩm sinh...
- Các yếu tố gây hại đến sự phát triển phôi, thai: nhiễm khuẩn trong thời kỳ mẹ mang thai, nhiễm độc thai nghén, ngộ độc thuốc, rượu, chất kích thích, bệnh lý cơ thể của mẹ ảnh hưởng đến phôi thai...
- Các yếu tố tác động khi sinh: trẻ bị đẻ thiếu tháng, ngạt hoặc các can thiệp sản khoa gây tổn thương não trẻ như forcep.
- Các yếu tố tác động vào sự phát triển trong những năm đầu: trẻ bị các nhiễm khuẩn thần kinh ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ, suy dinh dưỡng, chấn thương sọ não. Có trường hợp không xác định được nguyên nhân rõ ràng, nhất là các trường hợp chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ.

c. Biểu hiện

Biểu hiện chậm phát triển tâm thần ở trẻ thể hiện qua các mức độ như sau:

» ***Chậm phát triển tâm thần mức độ nhẹ***

- Khả năng tư duy: có tư duy mô tả cụ thể, không hiểu được tư duy trừu tượng, thiếu sáng kiến, khả năng phân tích tổng hợp kém. Biết nói chậm, nhưng có khả năng sử dụng ngôn ngữ trong những giao tiếp hàng ngày, có thể hình thành ngôn ngữ viết.
- Có khả năng học hết tiểu học, nhưng hay lưu ban, khó khăn trong học lý thuyết.
- Khả năng cảm xúc: có cảm xúc cấp cao nhưng thiếu tự lập, phụ thuộc vào bố mẹ dù đã trưởng thành, không đủ khả năng giải quyết những mâu thuẫn nội tâm.
- Hành vi tác phong: có khả năng tự chăm sóc cá nhân. Có thể làm được các công việc đơn giản, thích nghi được với môi trường xã hội nhưng cần có trợ giúp và kém hiệu quả hơn người khác.

Chậm phát triển mức độ nhẹ có chỉ số IQ: 50-69.

» ***Chậm phát triển tâm thần mức độ trung bình***

- Khả năng tư duy: có thể có tư duy khái quát thô sơ, không có tư duy trừu tượng, không hiểu được ý chính của vấn đề, khả năng phán đoán nghèo nàn, không có khả năng độc lập trong suy nghĩ. Có thể có tính toán đơn giản cụ thể, không tính toán trừu tượng. Chậm biết nói, chậm nghe hiểu, vốn từ không lớn, ngữ pháp đơn giản, phát âm sai, nói lắp, nói ngọng. Có thể sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp nhưng không hiểu quy tắc xã hội. Khó hình thành ngôn ngữ viết.
- Cảm xúc: không ổn định, cảm xúc cấp cao hạn chế.
- Hành vi tác phong: có thể làm được công việc đơn giản, không làm được công việc có tính quy trình, máy móc, không thay đổi được theo hoàn cảnh. Ít có khả năng sống tự lập hoàn toàn, cần có sự trợ giúp, hướng dẫn.

Chậm phát triển mức độ trung bình có chỉ số IQ: 35-49.

» **Chậm phát triển mức độ nặng**

- Tư duy: có tư duy cụ thể, thô sơ, học được một vài kinh nghiệm đơn giản. Không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm những âm đơn giản mà bản thân không hiểu.
- Cảm xúc: chỉ có cảm xúc bản năng, thỏa mãn bản thân, sự bày tỏ cảm xúc đơn sơ, có nhiều hạn chế.
- Hành vi tác phong: thường chỉ có những hoạt động bản năng hay những phản ứng thô sơ với các kích thích bên ngoài. Cần có người giúp đỡ trong hoạt động chăm sóc bản thân.
- Thường có bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

Chậm phát triển mức độ nặng có chỉ số IQ: 20-34.

» **Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng**

- Tư duy: không có khả năng nhận thức, không có khả năng phản ứng với các kích thích đơn giản như nóng lạnh, không có ngôn ngữ.
- Cảm xúc: hoàn toàn là cảm xúc bản năng. Có cơn giận dữ, tự cào cấu hay tấn công người khác.
- Vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp lại.
- Thường có nhiều bệnh lý cơ thể, thần kinh, tâm thần đi kèm.

Chậm phát triển mức độ trầm trọng có chỉ số IQ < 20.

d. Hỗ trợ ban đầu tại trường học

NVYTTH có thể dựa vào những thể hiện của trẻ để phát hiện sớm và tư vấn gia đình thăm khám, chẩn đoán cho trẻ. Với trẻ chậm phát triển tâm thần mức độ nặng và trầm trọng thường được chăm sóc, điều trị tại các trung tâm y tế giáo dục, trường học đặc biệt.

Điều trị chậm phát triển cho trẻ sử dụng phương pháp giáo dục và các liệu pháp khác và cần sự theo dõi và hỗ trợ lâu dài từ gia đình và cộng đồng. Tại trường học, NVYTTH có thể hỗ trợ các giáo viên trong việc hỗ trợ hoà nhập cho các trẻ thông qua các hoạt động:

» **Hoạt động giáo dục**

- Hướng dẫn các sinh hoạt hàng ngày như vệ sinh cá nhân, dọn dẹp nhà cửa, chào hỏi người lớn, tuân theo các nội quy trong tập thể, lớp học.

- Học văn hóa như viết, đếm tính toán đơn giản.
- Học nghề: những công việc đơn giản giúp tăng sự tự tin vào bản thân, có khả năng sống tự lập.
- Trẻ chậm phát triển tâm thần có thể học qua các trực quan sinh động hoặc thực hành các tình huống giả định.

» **Liệu pháp hành vi**

Liệu pháp hành vi nhằm hình thành, tăng cường các hành vi xã hội, kiểm soát giảm các hành vi gây hấn, phá hoại và cần tiến hành trong thời gian dài.

» **Liệu pháp gia đình**

Cần thiết giáo dục cho gia đình học sinh chậm phát triển biết cách nâng cao năng lực và tự tin cho học sinh. Cung cấp cho gia đình những kiến thức về nguyên nhân, điều trị, nuôi dưỡng trẻ bị chậm phát triển tâm thần.

Giúp các thành viên trong gia đình bộc lộ sự cảm xúc, nhu cầu để có được sự tư vấn thích hợp.

» **Các liệu pháp khác:** như liệu pháp âm nhạc, liệu pháp hội họa, liệu pháp thể dục thể thao, liệu pháp lao động, hoạt động trị liệu, vận động trị liệu...

2.2. Rối loạn phổ tự kỷ

a. Định nghĩa

Tự kỷ là một phổ rối loạn bao gồm những rối loạn về tâm lý - thần kinh, đây là rối loạn phát triển lan tỏa với mức độ từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm ở trẻ em trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài.

Tự kỷ biểu hiện trên 3 lĩnh vực: Tương tác xã hội; Giao tiếp; Hành vi định hình, ý thích thu hẹp và thường kèm theo các rối loạn khác như: tăng động giảm chú ý, chậm phát triển tâm thần.

b. Nguyên nhân

Nguyên nhân của tự kỷ chưa xác định rõ ràng, nhiều yếu tố được cho là góp phần gây ra rối loạn này.

- Di truyền: Những bằng chứng nghiên cứu gần đây cho thấy di truyền là nguyên nhân đóng vai trò chính trong phần lớn các trường hợp tự kỷ, trong đó, có nhiều gen bất thường kết hợp gây tự kỷ.

- Yếu tố môi trường: Các bệnh lý mẹ mắc phải trước và trong thời kỳ mang thai: Rubella, cúm, sởi, bệnh lý tuyến giáp, bệnh chuyển hóa (đái tháo đường), dùng các thuốc ảnh hưởng thai nhi như acid valproic, an thần kinh, NSAID. Có nhiều stress trong thời kỳ mang thai, sử dụng quá nhiều acid folic, rượu, sóng siêu âm... cũng góp phần gia tăng nguy cơ tự kỷ.
- Bệnh lý thần kinh: Do thay đổi cấu trúc não ở tiểu não, hồi hải mã, thùy trán trước và thùy thái dương. Não của trẻ tự kỷ lớn hơn và nặng hơn so với não của trẻ phát triển bình thường do có quá nhiều chất trắng. Bất thường sinh hóa thần kinh liên quan dopamin, catecholamin và serotonin.

c. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán

Trẻ tự kỷ thường có những biểu hiện sau:

» **Thiếu hụt kỹ năng tương tác xã hội - là vấn đề cơ bản nhất của tự kỷ**

- Biểu hiện sớm: trẻ thờ ơ, giảm giao tiếp mắt, ít đáp ứng khi gọi tên, không cử chỉ điệu bộ giao tiếp: không chỉ tay, không chìa tay xin, không gật đầu lắc đầu, cần gì kéo tay người khác.
- Giảm chú ý chung: không nhìn theo khi người khác chỉ cho xem, không cười đáp.
- Không biết mang khoe những gì trẻ thích.
- Chơi một mình, không biết chơi tương tác với trẻ cùng tuổi.
- Trẻ không biết chia sẻ, không trao đổi tình cảm qua lại.

» **Những biểu hiện bất thường về ngôn ngữ và giao tiếp**

- Chậm nói, một số trẻ đã nói vài từ sau đó không nói.
- Cách nói bất thường: phát âm vô nghĩa, nói một mình, nhại lời, nhại quảng cáo, hát thuộc lòng, nói vẹt, đếm số, đọc chữ cái, hát nối từ.
- Ngôn ngữ thụ động: chỉ nói khi có nhu cầu thiết yếu như đòi ăn, đòi đi chơi..., không biết hỏi lại.
- Một số trẻ nói được nhưng không biết kể chuyện, không hội thoại, không biết bình phẩm. Giọng nói khác thường (cao giọng hoặc đều đều, thiếu diễn cảm, nói nhanh, nói riu riu...). Không hiểu nghĩa bóng của câu.

- Không chơi tưởng tượng, không chơi giả vờ mang tính xã hội phù hợp lứa tuổi.
- » **Hành vi bất thường**
 - Hành vi định hình: đi kiếng, quay người, nhìn tay, cử động ngón tay, đập tay, nghiêng đầu nhìn, cho tay vào miệng...
 - Những thói quen rập khuôn: đi theo đúng đường cũ, ngồi, nằm đúng 1 nơi, xếp các thứ đúng chỗ, hành động trong sinh hoạt theo thói quen cứng nhắc.
 - Những ý thích, mối quan tâm thu hẹp: cuốn hút xem video, ti vi, quảng cáo, luôn cầm một thứ như que, tăm, chai lọ, chỉ chơi 1 số thứ (ô tô, bóng...), quay bánh xe, nhìn vật chuyển động...
 - Chú ý tỉ mỉ đến chi tiết của đồ vật.
- » **Các rối loạn khác**
 - Xung động, kích động: giằng đồ vật, ném, phá, cẩu gắt, ăn vạ, đập đầu, cắn hoặc đánh người...
 - Tăng hoạt động: chạy liên tục, nghịch, không tránh nguy hiểm.
 - Chậm phát triển trí tuệ thường đi kèm với tự kỷ ở nhiều trẻ: nhận biết kém, chỉ biết số, chữ cái, đọc vẹt, khó khăn học...
 - Sợ hãi quá mức.
 - Các vấn đề về ăn uống: không nhai, chỉ ăn một số thứ

d. Hỗ trợ điều trị cho trẻ tự kỷ

Một số phương pháp can thiệp sớm cho trẻ ở độ tuổi nhỏ:

- Phương pháp phân tích hành vi ứng dụng (ABA) dạy trẻ 40 giờ/tuần trong 2 năm liên tục: dựa vào 3 thành phần: tiền đề → hành vi → kết quả; để dạy trẻ các hoạt động, phát triển ngôn ngữ và tương tác với bạn.
- Phương pháp trị liệu và giáo dục cho trẻ có khó khăn về giao tiếp TEACCH: đánh giá, kế hoạch giáo dục cá nhân, đào tạo kỹ năng xã hội, kỹ năng nghề nghiệp, hướng dẫn phụ huynh, tư vấn nhà trường.
- Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi tranh (PECS): sử dụng tranh, biểu tượng để làm lịch trình hoạt động, trẻ thể hiện nhu cầu, chọn lựa, dạy các bước của công việc.

- Trị liệu ngôn ngữ: dạy cử chỉ giao tiếp, dạy nói, dạy cách thể hiện và giao tiếp xã hội.
- Hoạt động trị liệu: vận động tinh và thô, trò chơi.
- Điều hòa đa giác quan: âm nhạc, ánh sáng, mát xa, thủy trị liệu... tác động tới các giác quan.
- Dạy các kỹ năng tự phục vụ để trẻ tự lập sinh hoạt.
- Câu chuyện xã hội: dùng tranh ảnh, chữ viết dạy trẻ tương tác và ứng xử các tình huống xã hội.

Đối với trẻ lớn tùy theo mức độ tự kỷ và trí tuệ mà cho trẻ tham gia:

- Học hòa nhập.
- Học lớp chuyên biệt trong trường bình thường.
- Học ở trung tâm dành cho trẻ có khuyết tật.

2.3. Rối loạn tăng động giảm chú ý

a. Định nghĩa

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn thường gặp trong lâm sàng tâm thần học trẻ em. Đặc điểm nổi bật của rối loạn này là trẻ không thể duy trì sự tập trung chú ý cần thiết vào một sự vật, một chủ đề, một công việc nào đó mà luôn thay đổi sự tập trung chú ý vào những vật, sự việc, những kích thích xung quanh. Điều này dẫn đến hậu quả là xuất hiện những triệu chứng tăng vận động, người bệnh luôn hoạt động nhưng lại không thể hoàn tất một công việc nào đó khi được yêu cầu, được giao phó.

Từ 3 - 7% trẻ ở lứa tuổi học đường mắc rối loạn này. Trẻ nam mắc nhiều hơn trẻ nữ, với tỉ lệ nam/nữ = 2,5 - 5,6.

b. Nguyên nhân

Các nghiên cứu cũng cho thấy một số yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt đến rối loạn này.

- Di truyền: Trên các cặp sinh đôi cùng trứng nếu một trẻ bị thì nguy cơ mắc rối loạn này của trẻ còn lại lên đến khoảng 80 - 90%. Nếu cha hoặc mẹ bị mắc rối loạn tăng động, giảm chú ý thì nguy cơ con của họ mắc rối loạn này là khoảng 50%. Nếu trẻ có anh, chị mắc rối loạn này thì nguy cơ bị mắc là 15 - 25%.

- Những bất thường hoặc những tổn thương não bộ: Tỷ lệ rối loạn giảm chú ý, tăng động tăng cao ở những trẻ bị viêm não, màng não, chấn thương não bộ trong quá trình sinh nở, ngạt sau sinh, những trẻ sinh thiếu tháng...
- Môi trường: Trong thời kì mang thai mẹ bị ngộ độc chì, thuốc diệt côn trùng, hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng ma túy... có liên quan đến 10 - 15% các trường hợp mắc rối loạn tăng động giảm chú ý.

c. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán

Lâm sàng: rối loạn tăng động giảm chú ý tập trung ở ba nhóm triệu chứng chính: (1) Giảm chú ý, (2) Tăng động, (3) Xung động.

Các rối loạn này cũng biểu hiện ở các mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng. Có trẻ biểu hiện không bao giờ hoàn tất các bài tập được giao, không nhớ nhiệm vụ của mình phải làm, luôn luôn dễ quên dụng cụ cá nhân hay dụng cụ học tập. Trẻ khác thì biểu hiện hiếu động lăng xăng, xung động, kích thích.

» Trẻ em có các triệu chứng mất chú ý có thể:

- Thường xuyên không thể chú ý tới các chi tiết của đồ vật hoặc sự kiện; hoặc mắc những lỗi đại dột khi làm bài tập ở trường, ở nhà, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.
- Thường xuyên gặp khó khăn duy trì tập trung chú ý vào công việc hay những trò chơi.
- Thường xuyên tỏ ra lơ đãng khi người khác nói chuyện với mình.
- Thường xuyên không tuân thủ các quy định, không hoàn thành bài tập ở trường, công việc và nhiệm vụ được giao ở nhà hay ở trường (không phải do chống đối hoặc do trẻ không hiểu công việc được giao).
- Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tổ chức, sắp xếp công việc hay các hoạt động khác trong sinh hoạt hàng ngày.
- Thường xuyên né tránh hoặc thực hiện một cách miễn cưỡng những công việc cần sự tập trung (bài tập về nhà hay học ở trường).
- Thường xuyên đánh mất các vật dụng cần thiết cho công việc, học tập như sách vở, bút, thước...
- Thường xuyên bị chi phối dễ dàng bởi các kích thích xung quanh như tiếng động, các sự kiện đang diễn ra...

- Thường xuyên quên trong hoạt động, sinh hoạt thường ngày.
- » **Trẻ em có các triệu chứng tăng động có thể:**
 - Luôn ngo nguậy chân tay hay uốn éo, vặn vẹo mình trên ghế.
 - Luôn nháp nhồm đứng lên trong lớp học hoặc ở những nơi cần phải ngồi yên trên ghế.
 - Chạy nhảy, leo trèo khắp nơi ở những nơi không cho phép (nếu là trẻ vị thành niên hay người trưởng thành có thể chỉ có cảm giác bồn chồn, khó chịu).
 - Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tuân thủ luật lệ của các trò chơi hoặc các hoạt động giải trí.
 - Vận động liên tục không biết mệt mỏi.
- » **Trẻ em có các triệu chứng bốc đồng có thể:**
 - Thường xuyên bật ra những câu trả lời khi chưa nghe hết câu hỏi: trẻ hay láo táu, hay phát biểu ngay cả khi giáo viên chưa đặt câu hỏi xong.
 - Thường xuyên gặp khó khăn mỗi khi phải chờ đợi đến lượt mình: không kiên nhẫn đợi chờ, xếp hàng.
 - Thường xuyên áp đặt, ngắt lời người khác.
 - Nói quá nhiều.

Để được chẩn đoán rối loạn này, một đứa trẻ phải có các triệu chứng từ 6 tháng trở lên, biểu hiện ở ít nhất 2 môi trường (ở trường, ở nhà, nơi công cộng...) và ở ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng của trẻ (học tập, công việc, giao tiếp, chăm sóc cá nhân...).

Chẩn đoán xác định: Hiện nay ở Việt Nam, chẩn đoán rối loạn này dựa chủ yếu vào tiêu chuẩn lâm sàng theo phân loại chẩn đoán quốc tế ICD-10.

d. Hỗ trợ trẻ tại trường học

Giáo viên khi hỗ trợ trẻ tăng động giảm chú ý cần:

- Giảm các tác nhân gây mất tập trung: tạo ra hoặc tìm một không gian yên tĩnh để học ở nhà hoặc ở trường.
- Tăng cường kiểm soát phạm vi gần: Tới chỗ học sinh khi đưa ra chỉ dẫn; Thay đổi sắp xếp chỗ ngồi để học sinh ngồi cạnh các hình mẫu tích cực; Phân công các bạn cùng hỗ trợ.

- Sử dụng nhiều hình ảnh (các tín hiệu thị giác) để giúp các em học.
- Dạy các kỹ năng tự giám sát, lập kế hoạch và tổ chức.
- Đưa ra các chỉ dẫn viết và trực quan bên cạnh việc sử dụng lời nói.
- Dạy các chiến lược lập kế hoạch và tổ chức.
- Tăng khích lệ cho các hành vi phù hợp.
- Luôn kiên nhẫn với học sinh.

2.4. Một số rối loạn tâm thần khác ở trẻ mầm non và tiểu học

a. Rối loạn học tập

Trẻ em hoặc thanh thiếu niên có thể bị rối loạn học tập khi thành tích về đọc, toán hoặc khả năng diễn đạt bằng văn bản thấp hơn đáng kể so với mong đợi ở độ tuổi, trường học hoặc mức độ thông minh của chúng. Rối loạn học tập được cho là có bản chất sinh học thần kinh, có nghĩa là chúng là những vấn đề bắt đầu do một vấn đề phát triển não bộ.

Có các loại rối loạn học tập như:

- Rối loạn khả năng đọc bao gồm các vấn đề về độ chính xác khi đọc (tức là nhận dạng từ), đọc hiểu (tức là hiểu từ) và tốc độ đọc.
- Rối loạn diễn đạt bằng văn bản (còn gọi là Dysgraphia) xảy ra khi trẻ gặp khó khăn trong việc viết, đặc biệt là viết tay, cản trở thành tích học tập. Rối loạn này thường xảy ra cùng với rối loạn đọc và / hoặc rối loạn toán học.
- Rối loạn tính toán đề cập đến những khó khăn và thành tích kém trong toán học, với việc học các khái niệm toán học hoặc trong việc lưu giữ thông tin toán học (ví dụ: các vấn đề về viết số, số học, các khía cạnh trực quan của toán học, ngôn ngữ của toán học,...).

Rối loạn học tập không chỉ đơn giản là “biến mất”, thay vào đó, các cá nhân mắc phải chúng suốt đời. Tuy nhiên, có nhiều cách để điều trị và đối phó với những vấn đề này. Các chương trình giáo dục đặc biệt thường sử dụng các phương pháp giảng dạy hữu ích cho những người khuyết tật.

b. Rối loạn Tic

Rối loạn tic là một vấn đề phổ biến ở thời thơ ấu. Tic là những cơn giật, chuyển động hoặc âm thanh đột ngột mà mọi người lặp đi lặp lại. Trẻ có tic

không thể ngăn cơ thể làm những việc này. Ví dụ, một đứa trẻ bị rối loạn vận động có thể nhấp nháy liên tục. Hoặc, một đứa trẻ mắc chứng khan tiếng có thể phát ra âm thanh cầu nhàu một cách miễn cưỡng.

Có hai loại tic: tic vận động và tic âm thanh. Những chuyển động đột ngột kéo dài này (chứng tic vận động) hoặc âm thanh thốt ra (chứng tic giọng nói) xảy ra đột ngột trong những hành vi bình thường khác. Chứng tic vận động đơn giản có thể bao gồm các cử động như chớp mắt, ngoáy mũi, giật đầu hoặc nhún vai. Các chứng tic vận động phức tạp bao gồm một loạt các chuyển động được thực hiện theo cùng một thứ tự. Ví dụ, một người có thể đưa tay ra và chạm vào vật gì đó liên tục hoặc đá bằng chân này rồi đến chân kia. Những người có chứng tic có thể ngừng tic một thời gian.

3

MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC

3.1. Rối loạn lo âu

a. Định nghĩa

» *Lo âu thông thường (lo lắng)*

Bất kỳ ai cũng đều có lo lắng. Lo lắng được định nghĩa là sự căng thẳng, không thoải mái, bứt rứt, lo sợ từ việc luôn dự báo trước điều xấu, đi cùng với các triệu chứng thần kinh thực vật như tim đập nhanh, vã mồ hôi, run chân tay, tức ngực, khó thở, đau đầu...

Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp đến và kích hoạt con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa. Khi đã có được giải pháp, vượt qua được hoặc thử thách không còn thì lo lắng cũng chấm dứt. Đó là phản ứng lo âu thông thường.

» *Sợ hãi và lo lắng*

Sợ hãi, tương tự, cũng là một tín hiệu báo động, nhưng cần phân biệt với lo lắng. Sợ hãi là sự đáp ứng với một mối đe dọa đã biết, từ bên ngoài, xác định hoặc không xung đột. Trong khi lo lắng là sự đáp ứng với một đe dọa không biết, từ bên trong, không xác định hoặc mang tính xung đột.

» *Lo âu bệnh lý (rối loạn lo âu)*

Lo âu trở thành bệnh lý khi nó gây ảnh hưởng tới các chức năng xã hội, nghề nghiệp, quan hệ cá nhân hay sự thoải mái về tinh thần.

Các rối loạn lo âu còn khác biệt với sợ hãi và lo lắng thông thường bởi sự quá mức hoặc kéo dài hơn so với một giai đoạn tồn tại thông thường (thường quá 6 tháng). Tuy nhiên, tiêu chí về thời gian đôi khi linh hoạt, có thể ngắn hơn ở trẻ em như trong rối loạn lo âu chia ly hay cảm chọn lọc.

Các rối loạn lo âu bao gồm những rối loạn có các đặc điểm là sự sợ hãi và lo âu quá mức, kèm theo các rối loạn về hành vi tương ứng.

b. Nguyên nhân

Rối loạn lo âu là sự tương tác giữa các yếu tố di truyền và các yếu tố trải nghiệm trong cuộc sống. Có các bằng chứng về các gen bất thường dẫn đến trạng thái lo âu, tuy nhiên, các sang chấn tâm lý hoặc căng thẳng cũng là nguyên nhân quan trọng.

c. Biểu hiện của rối loạn lo âu

Lo âu quá mức so với nguy cơ thực tại, khó khăn trong việc kiểm soát và gây ảnh hưởng đáng kể tới các chức năng cơ bản và hoạt động sống hàng ngày của người bệnh. Lo âu thường kéo dài nhiều ngày, nhiều tuần, nhiều tháng đến nỗi người bệnh mất ăn, mất ngủ.

Triệu chứng kèm theo với lo âu được trải nghiệm tùy theo từng cá nhân rất khác nhau, nhưng thường có biểu hiện như sau:

- Kích thích, nóng nảy, bồn chồn.
- Run rẩy tay chân.
- Rối loạn giấc ngủ (ngủ rất khó, không duy trì được yên giấc).
- Vã mồ hôi nhiều (kể cả lúc trời lạnh).
- Hồi hộp, đánh trống ngực.
- Đi tiểu nhiều lần.
- Căng thẳng cơ bắp.
- Rất mau mệt kể cả sau một cố gắng nhỏ.
- Cáu bẳn (dễ nổi khùng).
- Hoa mắt, chóng mặt.
- Hụt hơi khi thở.
- Có thể có cảm giác buồn chán.

Trên lâm sàng, chẩn đoán hội chứng lo âu khi có mặt của 3 nhóm triệu chứng:

- Trạng thái căng thẳng về tâm thần.
- Căng thẳng vận động.
- Kích thích thần kinh thực vật.

Một số rối loạn lo âu như:

- Rối loạn lo âu lan tỏa: lo âu quá mức về hầu hết các sự kiện, hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, diễn ra trong hầu hết mọi ngày và kéo dài ít nhất 6 tháng. Lo âu khó kiểm soát và đi kèm với các triệu chứng cơ thể như căng cơ, khó chịu, khó ngủ, bồn chồn.
- Rối loạn ám ảnh nghi thức (OCD): các ý nghĩ lặp đi lặp lại, cưỡng bức, liên quan tới việc bị lây nhiễm hay nghi ngờ; các hành vi lặp lại, cưỡng bức, không mục đích như rửa tay, đếm, kiểm tra, sờ mó... Trẻ bị OCD có thể bị ý tưởng ám ảnh hoặc nghi thức ám ảnh hoặc cả hai.
- Sự hãi đáng kể và dai dẳng một chủ thể/hoàn cảnh đặc hiệu (ám ảnh sợ đặc hiệu), hoàn cảnh xã hội (ám ảnh sợ xã hội), hoặc ở trong một tình huống khó có lối thoát (ám ảnh sợ khoảng trống).

d. Chẩn đoán:

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho lâm sàng ICD-10.

Thang đánh giá lo âu Hamilton (HAM-D), thang tự đánh giá lo âu ZUNG dùng để đánh giá mức độ các triệu chứng lo âu, chủ yếu dùng trong rối loạn lo âu lan tỏa hay các rối loạn liên quan.

e. Hỗ trợ cho học sinh có rối loạn lo âu

Nhân viên YTTH hỗ trợ học sinh có rối loạn lo âu cần chú ý:

- Sẵn sàng lắng nghe cẩn thận và tôn trọng khi học sinh nói chuyện với bạn về nỗi sợ hãi và lo lắng của học sinh.
- Không coi thường cảm xúc của học sinh, giúp học sinh hiểu rằng các cảm xúc khó chịu, không thoải mái về cơ thể, hình thức, sự chấp nhận của bạn bè và sự không chắc chắn là phần tự nhiên của tuổi VTN.
- Giúp học sinh hiểu về lo âu trong từng tình huống và các trải nghiệm của học sinh chúng ta có thể giúp trẻ giảm bớt tính chất lẫn át, đè nặng của cảm xúc.
- Gọi lại cho học sinh những lần trẻ ban đầu sợ nhưng vẫn kiểm soát tốt và bước vào tình huống mới đó, chẳng hạn như ngày đầu vào lớp 10, hoặc lần đầu tham gia trại,...
- Khen ngợi, khuyến khích học sinh khi trẻ tham dự tình huống dù ban đầu không thoải mái. Nói với học sinh là trẻ đã rất giỏi khi đối mặt với

lo âu và không bị lo âu khuấy phục.

- Bên cạnh đó, học sinh cần được giới thiệu đến gặp các cán bộ tâm lý lâm sàng, bác sĩ tâm thần. Điều trị các vấn đề về hướng nội ở trẻ em và VTN đòi hỏi chuyên môn sâu về tâm bệnh học, tâm lý trị liệu và dược học.

Có rất nhiều liệu pháp tâm lý có thể sử dụng, trong đó có một số liệu pháp đã được chứng minh có hiệu quả với rối loạn lo âu như:

- Liệu pháp nhận thức hành vi.
- Liệu pháp tâm lý động.
- Liệu pháp thư giãn luyện tập.
- Thực hành chánh niệm.

3.2. Trầm cảm

a. Định nghĩa

Là một trạng thái bệnh lý rối loạn cảm xúc được đặc trưng bởi sự ức chế các hoạt động tâm thần: chủ yếu ức chế cảm xúc, ức chế tư duy, ức chế hoạt động. Theo bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, một giai đoạn trầm cảm thường kéo dài ít nhất 2 tuần lễ có các triệu chứng cơ bản sau: khí sắc trầm, mất mọi quan tâm và thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động. Các triệu chứng có thể từ nhẹ, như là “có cảm giác buồn” đến rất nghiêm trọng, buồn và chán nản bất thường và không thể tìm thấy niềm vui trong các hoạt động trước đây vẫn yêu thích nữa.

b. Nguyên nhân

Cơ chế hoạt động thần kinh-thể dịch, trong đó phải kể đến vai trò của các cấu trúc thần kinh, các amin não đặc biệt là do rối loạn hoạt động của hệ serotonin, norepinephrine, dopamin chịu trách nhiệm về các rối loạn cảm xúc và các rối loạn cơ thể. Ngoài ra, các yếu tố di truyền, sử dụng các chất (rượu, cần sa...), bệnh lý cơ thể (lupus ban đỏ hệ thống, đái tháo đường...), các yếu tố tâm lý (sang chấn tâm lý, xung đột...) cũng được ghi nhận đóng vai trò trong sinh bệnh học của trầm cảm.

c. Đặc điểm lâm sàng (khách quan và chủ quan)

- Cảm xúc: khí sắc trầm, buồn chán, thất vọng, bất lực, vô dụng. Trẻ nhìn

nhận mọi thứ xung quanh trở ảm đạm và bi quan. Khí sắc giảm: vẻ mặt buồn rầu, không linh động, mất nụ cười cởi mở, nhăn trán, nếp mày, mắt luôn nhìn xuống, khóc hoặc mắt rưng lệ.

- Tư duy: suy nghĩ bị chậm lại và khó tập trung. Ý tưởng và suy ngẫm về những suy nghĩ tiêu cực phổ biến. Trong trầm cảm nặng, có thể có các triệu chứng loạn thần như ảo giác và hoang tưởng, phản ánh sự giải thích sai về môi trường xung quanh. Có những ý nghĩ bi quan:
 - + Khi nghĩ về hiện tại: giảm sút tự tin, tính tự trọng, tự ti, mất khả năng quyết định.
 - + Khi nghĩ về tương lai: chờ đợi một sự không tốt lành, thất bại trong tương lai, bế tắc, không có giải pháp, không có lối thoát.
 - + Nghĩ về quá khứ: ý nghĩ về tội lỗi, tự khiển trách mình, sai lầm, tủi nhục, thất bại.

Nặng hơn, trẻ có ý tưởng và hành vi tự sát.

- Hoạt động: trẻ luôn cảm thấy yếu đuối và mệt mỏi. Rất ít năng lượng để thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Trẻ có biểu hiện chậm chạp tâm thần vận động. Ở mức độ nghiêm trọng, năng lượng bị cạn kiệt, các chuyển động lơ đãng và việc thực hiện các hoạt động hàng ngày vô cùng khó khăn. Bệnh nhân cũng có thể biểu hiện kích động tâm thần vận động, thường là những chuyển động liên tục, nhanh chóng, không mục đích.

Các hoạt động xã hội bị giảm sút. Bệnh nhân chán nản, có khuynh hướng thu mình vào bên trong, tập trung vào bản thân. Điều này gây suy giảm mối quan hệ với cá nhân, làm tăng cảm giác vô dụng và xu hướng cô lập của bệnh nhân.

- Rối loạn ăn uống: thường giảm ngon miệng dẫn đến chán ăn và gây sút cân, một số bệnh nhân có thể ăn uống quá mức.
- Rối loạn giấc ngủ: phổ biến, hoặc mất ngủ hoặc có thể ngủ quá nhiều. Giấc ngủ thường kém chất lượng hoặc rút ngắn về thời gian ngủ, ác mộng, thức giấc sớm, số ít bệnh nhân ngủ nhiều nhưng thức dậy vẫn cảm giác mệt mỏi, không thoải mái.
- Ở mức độ ít nghiêm trọng hơn (loạn khí sắc), bệnh nhân có xu hướng cảm thấy tốt nhất vào sáng sớm, sau đó liên tục cảm thấy tồi tệ hơn

trong ngày. Điều ngược lại, bệnh nhân trầm cảm vừa và nặng thường có các triệu chứng nặng lên vào buổi sáng.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh trầm cảm ở trẻ em bao gồm:

- Khó chịu hoặc tức giận.
- Liên tục cảm thấy buồn bã và tuyệt vọng.
- Xa lánh xã hội.
- Tăng độ nhạy cảm với sự từ chối.
- Thay đổi cảm giác thèm ăn - tăng hoặc giảm.
- Thay đổi giấc ngủ - khó ngủ hoặc ngủ quá nhiều.
- Tức giận bộc phát hoặc dễ khóc.
- Khó tập trung.
- Mệt mỏi và ít năng lượng.
- Các khó chịu về thể chất (chẳng hạn như đau bụng, đau đầu) mà không đáp ứng với điều trị.
- Giảm khả năng hoạt động trong các sự kiện, các hoạt động mà trước đây là sở thích của trẻ.
- Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi.
- Suy giảm khả năng tập trung hoặc tư duy.
- Suy nghĩ về cái chết hoặc tự tử.

d. Hỗ trợ học sinh có rối loạn trầm cảm

Khi phát hiện học sinh có dấu hiệu của trầm cảm, nhân viên YTTH cần:

- Đề nghị giúp đỡ: Để cho các em biết là bạn luôn ở đó với em, chú tâm và không cố gắng hỏi hay “điều tra” gì.
- Đừng từ bỏ nếu các em chặn ngay bạn lại và chối bỏ vấn đề của mình.
- Lắng nghe không thuyết giảng.
- Công nhận cảm xúc của học sinh: ghi nhận nỗi đau, sự buồn bã mà học sinh đang cảm thấy.

- Động viên tiếp tục thực hiện các hoạt động học sinh từng hứng thú trước đây cho dù hiện tại mất đi hứng thú với những hoạt động này.
- Duy trì giấc ngủ đều đặn: ngủ đúng giờ, đủ giờ, tránh ngủ quá nhiều.
- Duy trì các hoạt động thể chất đều đặn, tham gia các hoạt động xã hội.
- Chú ý những dấu hiệu, ý tưởng tự sát, đảm bảo luôn có người giám sát và môi trường an toàn.
- Dạy trẻ các kỹ năng: kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng đặt mục tiêu.
- Xây dựng hệ thống liên lạc giữa gia đình và nhà trường: trao đổi thường xuyên với gia đình về học tập, hành vi, cảm xúc của trẻ cũng như các chiến lược hỗ trợ học sinh THCS mà nhà trường và gia đình đang thực hiện.
- Liên lạc với các chuyên gia tham vấn tâm lý học đường, tâm lý lâm sàng, bác sĩ tâm thần để có tư vấn và hỗ trợ về thuốc.
- Hỗ trợ học sinh THCS trầm cảm nhận diện và đối mặt vấn đề của mình.

3.3. Rối loạn hành vi tuổi thanh thiếu niên

a. Định nghĩa

Trẻ em đều có thể có những hành vi tồi tệ và trải qua những giai đoạn kiểm tra giới hạn bằng cách hành động tiêu cực. Tuy nhiên, khi một đứa trẻ thường xuyên có thái độ thù địch hoặc thách thức trong một thời gian dài, chúng có thể mắc chứng rối loạn hành vi. Trẻ có những hành vi tiêu cực đến mức ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của chúng, cũng như cuộc sống của những người xung quanh.

Đặc điểm chủ yếu của rối loạn hành vi (RLHV) là kiểu hành vi lặp đi lặp lại và kéo dài trong đó các quyền cơ bản của người khác hay các chuẩn mực xã hội bị vi phạm. RLHV này để lại hậu quả có ý nghĩa lâm sàng trong hoạt động xã hội, học tập hay lao động của trẻ.

» Hai thể rối loạn hành vi dựa trên tuổi khởi phát:

- Thể khởi phát tuổi trẻ em: Rối loạn hành vi trước 10 tuổi. Những trẻ này rất có thể có rối loạn hành vi dai dẳng và phát triển thành Rối loạn nhân cách chống xã hội ở người lớn hơn là những người bị khởi phát ở tuổi thanh thiếu niên.

- Thể khởi phát tuổi thanh thiếu niên: Rối loạn hành vi xuất hiện sau 10 tuổi, những trẻ này ít biểu hiện hành vi hung hãn hơn thể trên.

» **Các mức độ:**

- Nhẹ: Có ít các vấn đề về hành vi và các hành vi này gây hại tương đối nhỏ cho người khác (ví dụ: nói dối, trốn học, sống qua đêm ngoài gia đình không được phép).
- Trung bình: Số rối loạn hành vi và hậu quả gây hại cho người khác ở mức trung gian giữa nhẹ và nặng (ví dụ: ăn cắp không đối mặt với nạn nhân, phá hoại tác phẩm văn hóa).
- Nặng: Có nhiều rối loạn hành vi và gây hại đáng kể cho người khác (ví dụ: cưỡng dâm, độc ác về thể chất, sử dụng vũ khí, ăn cắp đối mặt với nạn nhân, phá phách).

b. Nguyên nhân

- Yếu tố thể chất như yếu tố gen, nhiễm sắc thể bất thường, tổn thương thai, tổn thương khi đẻ hoặc đẻ non, bệnh cơ thể và tổn thương, ví dụ tổn thương não sau sinh có thể liên quan tới hành vi chống xã hội.
- Yếu tố khí chất: Sự xung đột giữa khí chất của trẻ và bố mẹ đôi khi là nền tảng của RLHV nghiêm trọng và kéo dài.
- Yếu tố môi trường:
 - + Gia đình: Trẻ sống trong gia đình chuyển nhà liên tục, hoặc sống tự do, ở trại mồ côi, thường bị thiếu kinh nghiệm học tập cần cho quá trình xã hội hoá, mối quan hệ không hài hoà giữa bố mẹ, giữa các thành viên trong gia đình, chia cắt sớm hoặc nhập viện, vắng mặt người bố, mâu thuẫn giữa nhân cách của bố mẹ và trẻ, khó khăn về kinh tế và nhiều rối loạn khác của hệ thống gia đình... có thể là nhân tố cho sự xuất hiện RLHV của trẻ.
 - + Yếu tố xã hội khác như bị bạn bè, giáo viên từ chối và thành tích kém ở trường. Các nguyên nhân môi trường của rối loạn hành vi ứng xử thường xuất hiện cùng nhau.

c. Biểu hiện lâm sàng

Biểu hiện rối loạn hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên được tập hợp thành bốn nhóm như sau:

» ***Độc ác với người và động vật bao gồm:***

- Hay bắt nạt, đe dọa, uy hiếp người khác.
- Hay gây sự đánh nhau.
- Sử dụng vũ khí có thể gây hại nghiêm trọng về thân thể cho người khác.
- Có hành vi độc ác về thân thể với người khác.
- Có hành vi độc ác về thân thể với động vật.
- Ăn cướp đối mặt với nạn nhân (như cướp đoạt, giật túi tiền, tống tiền, ăn cướp có vũ khí).
- Cưỡng dâm.

» ***Phá hoại tài sản (hành vi xâm hại gây tổn thất tài sản):***

- Cố ý gây cháy với ý định gây hại nghiêm trọng.
- Cố ý phá hoại tài sản của người khác (bằng các hình thức khác ngoài gây cháy).

» ***Lừa đảo hay trộm cắp:***

- Đập phá xông vào nhà hoặc đột nhập vào ô tô của người khác.
- Thường xuyên nói dối để nhận được đồ vật, ân huệ hoặc để tránh các nghĩa vụ (nghĩa là lừa gạt người khác).
- Ăn cắp những đồ vật có giá trị không lớn không đối mặt với nạn nhân (VD như lấy cắp trong cửa hàng, giả mạo giấy tờ...).

» ***Vi phạm nghiêm trọng các luật lệ:***

- Thường ở qua đêm ngoài gia đình bỏ mặc sự cấm đoán của cha mẹ, bắt đầu trước tuổi 13.
- Trốn nhà qua đêm ít nhất 2 lần trong khi đang sống ở nhà với bố mẹ hoặc gia đình người bảo trợ (hoặc bỏ đi một lần không trở về trong một thời gian dài).
- Thường trốn học bắt đầu trước tuổi 13.

Để chẩn đoán rối loạn hành vi, trẻ cần có ít nhất 3 trong số 15 biểu hiện được nêu trên lặp đi lặp lại và kéo dài trong khoảng 12 tháng và có ít nhất một tiêu chuẩn tái diễn nhiều lần trong 6 tháng qua. Mức độ rối loạn phải gây tổn hại trên các lĩnh vực hoạt động chức năng của cá nhân như

lĩnh vực hoạt động xã hội, trong học tập hoặc trong gia đình. Tuy nhiên, nếu những biểu hiện này xuất hiện ở người trên 18 tuổi, chúng ta cần phải phân biệt với rối loạn nhân cách chống đối xã hội.

Một số rối loạn khác có thể đồng mắc với rối loạn hành vi như: tăng động giảm chú ý, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực chống đối...

d. Cách thức hỗ trợ trẻ có rối loạn hành vi

Rối loạn hành vi là một rối loạn có nội hàm lớn nên không thể dễ dàng can thiệp có hiệu quả chỉ bằng một liệu pháp đơn lẻ. Ngược lại, nó phải là một chiến lược toàn diện kết hợp giữa phòng ngừa các vấn đề hành vi tiền học đường và các chương trình can thiệp tâm lý được thiết kế dựa trên từng lứa tuổi kết hợp với điều trị thuốc cho những trường hợp có hành vi gây nguy hiểm cho xã hội.

Với trẻ VTN có rối loạn hành vi ở mức khá nghiêm trọng, trị liệu đa hệ thống được xem như một chiến lược hiệu quả nhất để can thiệp.

- Can thiệp dựa vào gia đình, tập trung làm thay đổi hành vi ứng xử của trẻ trong các môi trường hoàn cảnh khác nhau như trong gia đình, tại trường học bằng cách thúc đẩy các hành vi được xã hội chấp nhận và loại trừ các hành vi không phù hợp.
- Có sự hợp tác chặt chẽ giữa cha mẹ, nhà trị liệu, nhà trường và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc trẻ.
- Các phương pháp kỷ luật và khen thưởng được thực hiện cụ thể và rõ ràng để toàn bộ kế hoạch thay đổi hành vi của trẻ càng rõ ràng và minh bạch càng tốt. Cần nhất quán trong việc sử dụng các biện pháp củng cố (phần thưởng) và các kỹ thuật trừng phạt khi cần thiết. Bằng cách học cách kiểm soát tốt hơn và nhất quán hơn bối cảnh khen thưởng có thể kiểm soát hành vi của trẻ.

Các hình thức điều trị:

- Điều trị tại trung tâm: Thường dùng cho RLHV nặng. Kết quả tốt nhất ở các trung tâm có sử dụng các liệu pháp hành vi tích cực và có kế hoạch.
- Điều trị ban ngày: Trợ giúp cho điều trị tại trung tâm. Có điều lợi là trẻ không phải xa các thành viên khác của gia đình. Khi trẻ ở gia đình vào buổi tối và ngày nghỉ cuối tuần, các thành viên trong gia đình ở cạnh nhau và họ có điều kiện để áp dụng cái mà họ đã học được ở trung tâm điều trị.

- Sự thay đổi môi trường khác: Sự ảnh hưởng của môi trường lân cận khó có thể thay đổi hơn so với nhà trường, ngoại trừ trường hợp bố mẹ chuyển đến một vùng khác.
- Hóa dược: trong những có bệnh lý đồng diễn hoặc trường hợp nặng, cần phối hợp điều trị bằng thuốc.

3.4. Các rối loạn liên quan đến sử dụng chất

a. Định nghĩa

Các rối loạn liên quan đến sử dụng chất bao gồm hai nhóm: các rối loạn sử dụng chất (nghiện chất, còn được gọi là lệ thuộc chất) và các rối loạn do tác động của chất (ngộ độc chất, trạng thái cai, rối loạn lo âu, rối loạn loạn thần, các rối loạn cảm xúc liên quan đến chất).

Theo ICD-10, các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần (F10 - F19) bao gồm nhiều rối loạn đa dạng có mức độ trầm trọng khác nhau, đi từ nhiễm độc không biến chứng và sử dụng gây hại đến các rối loạn loạn thần và mất trí rõ rệt, nhưng tất cả đều được cho là sử dụng một hay nhiều chất tác động tâm thần, các chất đó có thể được hoặc không được ngành y tế kê đơn.

Lạm dụng chất gây nghiện là sử dụng ma túy, rượu hoặc hóa chất. Việc lạm dụng chất kích thích dẫn đến tổn hại về thể chất, tâm lý, tình cảm cho người sử dụng hoặc những người khác.

Các chất thường xuyên bị lạm dụng ở Việt Nam bao gồm:

- Rượu.
- Các chất dạng thuốc phiện: thuốc phiện, heroin, cần sa, cocain...
- Chất kích thích bao gồm: Amphetamine (hồng phiến); methamphetamine (đá), caffeine...
- Các chất gây ảo giác: nấm, LSD, MDMA (ecstasy, lắc...).
- Thuốc lá (nicotine).
- Dung môi bay hơi: khí cười (N_2O), chất lỏng nhẹ hơn, xăng hoặc chất pha loãng sơn.

Để thêm thông tin về những chất gây nghiện, vui lòng tham khảo thêm nội dung ở *Phần 3: Phòng chống tác hại của các chất gây nghiện*.

b. Nguyên nhân

Sự kết hợp của 3 nhân tố: con người có nguy cơ lạm dụng, nghiện chất (nhân cách chống đối xã hội, nhân cách lo âu, các bệnh tâm thần đồng diễn...), môi trường gia đình và xã hội thuận lợi và có chất tác động tâm thần.

*c. Biểu hiện*

Một số dấu hiệu và triệu chứng thường được chú ý nhất là sự thay đổi trong hành vi điển hình của trẻ đối với trường lớp, gia đình và bạn bè, bao gồm những điều sau:

- Thay đổi thái độ hoặc thành tích học tập ở trường. Một thiếu niên bắt đầu nghỉ học nhiều hơn bình thường mà không có lý do chính đáng, dường như ít quan tâm đến điểm số hoặc các hoạt động ở trường, hoặc bị tụt điểm không rõ nguyên nhân có thể đang lạm dụng ma túy hoặc rượu.
- Thay đổi hành vi. Một thiếu niên thể hiện sự thay đổi lớn trong hành vi, thay đổi lớn trong cách tương tác với các thành viên trong gia đình hoặc cố gắng ngăn các thành viên gia đình biết về bạn bè của trẻ hoặc nơi trẻ sẽ đến có thể đang lạm dụng ma túy hoặc rượu.
- Thay đổi nhu cầu về tài chính. Một dấu hiệu khác của lạm dụng chất kích thích là nhu cầu kiếm thêm tiền không giải thích được.

- Thay đổi cách chăm sóc bản thân và ngoại hình: không quan tâm đến quần áo, vệ sinh, chải chuốt hoặc ngoại hình, đây có thể là dấu hiệu của việc lạm dụng chất kích thích.
- Thay đổi sức khỏe chung: năng lượng giảm đáng kể, có những thay đổi lớn về thời lượng ngủ và giảm động lực có thể có vấn đề về lạm dụng rượu hoặc ma túy.
- Các dấu hiệu và triệu chứng thực thể. Một số loại thuốc sẽ gây ra các triệu chứng thể chất bao gồm thời gian phản ứng chậm, mắt đỏ, kém tập trung và trí nhớ, tăng cảm giác thèm ăn hoặc suy nghĩ hoang tưởng.

d. Hỗ trợ học sinh rối loạn do sử dụng các chất kích thích

Với vai trò của mình, NVYTTH có thể hỗ trợ học sinh rối loạn do sử dụng các chất kích thích như sau:

- Phối hợp với các bộ phận trong nhà trường nhà trường để thực hiện các chương truyền thông về hậu quả, tác hại của việc sử dụng các chất gây nghiện cho học sinh. Đồng thời, tổ chức các hoạt động nâng cao kỹ năng xã hội và kỹ năng từ chối sử dụng chất kích thích cho học sinh trong nhà trường để phòng ngừa sử dụng các chất gây nghiện.
- Tìm hiểu những động cơ, nguyên nhân khiến học sinh sử dụng các chất gây nghiện để có thể có những giải pháp hỗ trợ phù hợp.
- Giới thiệu gia đình học sinh các địa chỉ đánh giá, điều trị tin cậy. Đồng thời đồng hành cùng trẻ và gia đình trong quá trình điều trị.

3.5. Nghiện game

a. Định nghĩa

Vào năm 2018, Tổ chức Y tế thế giới WHO đã quyết định đưa nghiện game vào ICD-11, điều này chính thức xếp nghiện game vào bảng danh sách các rối loạn tâm thần.

Theo định nghĩa trong bản sửa đổi mới nhất lần thứ 11 của Phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật (ICD-11) đưa ra: Nghiện game là hành vi chơi game, trong đó bao gồm cả những game online hay game offline với những đặc điểm ở người chơi như sau:

- Không thể kiểm soát được hành vi chơi game của bản thân như địa điểm, tần suất và thời gian chơi.

- Coi trọng việc chơi game hơn tất cả những việc khác trong cuộc sống, dành nhiều thời gian để chơi mà bất chấp những hậu quả tiêu cực xảy đến.
- Tác động của chơi game làm khả năng giao tiếp, các mối quan hệ trong gia đình và ngoài xã hội giảm. Người chơi trở nên thu mình hơn, các hoạt động sinh hoạt đảo lộn, gây ảnh hưởng đến sức khỏe.

b. Biểu hiện của nghiện game

Trong Phân loại Thống kê Quốc tế về Bệnh tật và Các vấn đề Sức khỏe liên quan (ICD-11), cập nhật vào tháng 5, WHO đưa nghiện game vào nhóm các rối loạn tâm thần, đặc trưng bởi hành vi chơi dai dẳng, tái diễn, dù là trực tuyến hay ngoại tuyến.

Ba dấu hiệu nghiện game điển hình ở một người gồm:

- Khó kiểm soát mức độ chơi game (như tần suất, cường độ, thời gian, bối cảnh); thậm chí mất kiểm soát đối với việc chơi game. Ví dụ trẻ không thể thoát ra được cảm dỗ chơi game, có quyết định chơi game hay không, khi nào thì dừng lại,...
- Ưu tiên chơi game hơn các hoạt động thường ngày khác: Người nghiện game tăng mức độ ưu tiên dành cho việc chơi game. Trò chơi điện tử được ưu tiên hơn các lợi ích cuộc sống khác và hoạt động thường ngày. Thậm chí trẻ nghiện game online còn có xu hướng trì hoãn những việc cấp bách, ví dụ như hạn chót làm bài tập, ôn thi,...
- Tiếp tục hoặc chơi game ngày càng nhiều, bất chấp sự xuất hiện của những hậu quả tiêu cực.

c. Hỗ trợ học sinh nghiện game

Sau khi nhận diện những dấu hiệu nghiện game ở học sinh, NVYTTH giới thiệu học sinh tới cán bộ tham vấn trường học hoặc những địa chỉ trị liệu tin cậy để đánh giá và can thiệp cho học sinh.

NVYTTH cũng có thể trao đổi để giúp phụ huynh có cách thức điều chỉnh ham muốn chơi game của học sinh, như: Tham gia với con trong các hoạt động thường nhật để tạo mối quan hệ gắn bó, gần gũi hơn; Tạo cho con những niềm vui khác vào những khoảng thời gian rảnh rỗi trong ngày mà con thường sử dụng để chơi game. Khi trẻ bắt đầu quen với những hoạt động này, trẻ sẽ dần giảm thời gian chơi game xuống; Làm

cho đứa trẻ bận rộn bằng các nhiệm vụ giúp đỡ và hỗ trợ bố mẹ; củng cố những hành vi này bằng những phần thưởng mang tính tinh thần.

Bên cạnh đó, tri liệu hành vi nhận thức là kỹ thuật cho thấy có hiệu quả làm giảm các suy nghĩ và hành vi sử dụng internet (Young, 2007). Can thiệp hành vi được sử dụng để giúp cho học sinh học lại về cách sử dụng internet để đạt được mục tiêu sử dụng internet một cách phù hợp, có kiểm soát và có mục tiêu chính đáng. Một cách tiếp cận khác là tham vấn nhóm nhỏ/tham vấn cá nhân cho học sinh. Cách tiếp cận này có thể được thực hiện trong bối cảnh trường học với sự điều phối của cán bộ tham vấn học đường có kinh nghiệm.

BÀI 4

XỬ LÝ BƯỚC ĐẦU VỚI CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN HỌC ĐƯỜNG



Mục tiêu bài học:

Sau khi kết thúc bài học, người học có khả năng:

1. Có kiến thức và kỹ năng về sơ cấp cứu ban đầu với học sinh có biểu hiện của các vấn đề sức khỏe tâm thần.
2. Hiểu về các nguyên tắc cần thực hiện trong quá trình hỗ trợ cho học sinh và gia đình học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần.
3. Nắm được cách thức chuyển tuyến khi phát hiện học sinh có dấu hiệu SKTT và các địa chỉ hỗ trợ.
4. Hướng dẫn thực hành các hoạt động phòng ngừa SKTT học đường cho học sinh.

1

CÁC BƯỚC CAN THIỆP VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH

Khi phát hiện các vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh, NVYTTH cần xử lý từng bước trên nguyên tắc đảm bảo nguyên tắc tôn trọng quyền của học sinh, đảm bảo tế nhị và tránh làm tăng kỳ thị hoặc ảnh hưởng đến tâm lý học sinh. Việc thực hiện nên thông qua các bước như sau:

1.1. Phát hiện và xác định vấn đề SKTT của học sinh

Nhân viên YTTH thông qua các phương pháp sau đây để phát hiện và xác định vấn đề SKTT của học sinh:

Phương pháp quan sát: NVYTTH dựa trên sự tri giác có chủ định, có mục đích nhằm xác định các đặc điểm tâm lí và mức độ khó khăn của học sinh qua hành vi, cử chỉ, lời nói, biểu cảm...

Phương pháp này cho phép NVYTTH thu thập thêm thông tin về những biểu hiện về hành vi, thái độ, diễn biến tâm lí của học sinh ở các môi trường khác nhau, với các đối tượng khác nhau (như với bạn bè, thầy cô giáo).

Phương pháp trắc nghiệm (công cụ thang đo): Là phương pháp sử dụng một hay nhiều công cụ đã được chuẩn hóa dùng để đo lường một cách khách quan một hay một số đặc tính cá nhân như tính cách, sở thích, hành vi, thái độ.....

Lưu ý: Khi sử dụng các trắc nghiệm, nếu cần thiết, phải có ý kiến chuyên môn của các nhà tâm lí hay chuyên gia trắc nghiệm; Cần nắm rõ mục đích, ý nghĩa của việc sử dụng các trắc nghiệm và được tập huấn, hướng dẫn sử dụng và phân tích kết quả những trắc nghiệm được chuẩn hóa; Một số trắc nghiệm chuyên sâu khi cho học sinh trả lời cần có sự đồng ý của cha mẹ hoặc người bảo trợ của các em.

Phân tích sản phẩm hoạt động của học sinh: Căn cứ vào những kết quả, sản phẩm của học sinh (cả sản phẩm vật chất và tinh thần) thực hiện trong quá trình học tập và tham gia các hoạt động giáo dục để tìm hiểu, đánh giá những khía cạnh liên quan đến nhận thức, trí tuệ, tình cảm, sở thích, hứng thú, đặc điểm tính cách...cũng như biểu hiện khó khăn của học sinh trong học tập và cuộc sống. Ví dụ sản phẩm hoạt động của học sinh như: tranh vẽ, bài thuyết trình...

Nghiên cứu hồ sơ học sinh: Tìm hiểu, phân tích hồ sơ học sinh như hồ sơ về thành tích học tập (học bạ); sự phát triển thể chất (sổ sức khỏe); thông tin về gia đình và cha mẹ học sinh (phiếu thông tin học sinh) để có thêm thông tin hỗ trợ cho việc nhận định, đánh giá những khó khăn học sinh đang gặp phải.

Qua các phương pháp nhận diện cho thấy học sinh có dấu hiệu của những vấn đề rối loạn tâm thần, NVYTTH cần có các bước xử trí ban đầu tiếp theo.

1.2. Xử trí ban đầu

Bước đầu tiên sau khi xác định học sinh có các dấu hiệu bất thường

về tâm thần, NVYTTH cần có sự trao đổi với giáo viên chủ nhiệm để tìm hiểu những thông tin về học sinh, những dấu hiệu bất thường của học sinh xuất hiện từ khi nào, mức độ ảnh hưởng của các biểu hiện đó tới học tập, giao tiếp của học sinh ở trên lớp. Nhân viên YTTH có thể gửi giáo viên chủ nhiệm một số công cụ / bài test về vấn đề SKTT của học sinh. NVYTTH tìm hiểu giáo viên chủ nhiệm đã trao đổi với phụ huynh học sinh chưa? Giáo viên chủ nhiệm kết nối nhân viên YTTH với phụ huynh học sinh để trao đổi thông tin.

Nhân viên YTTH báo cáo với ban giám hiệu nhà trường về những vấn đề SKTT của học sinh có thể gặp phải.

Nhân viên YTTH trao đổi với phụ huynh, người chăm sóc học sinh để tìm hiểu về những thông tin về bối cảnh gia đình học sinh, những biểu hiện của học sinh ở gia đình, mối quan hệ của học sinh với mọi người xung quanh. Những biểu hiện đó ảnh hưởng như thế nào đến học tập, sinh hoạt của học sinh. Nhân viên YTTH có thể sử dụng một số công cụ như nói chuyện với phụ huynh học sinh, làm bài test đánh giá vấn đề SKTT của học sinh.

Nhân viên YTTH cung cấp các dịch vụ hỗ trợ SKTT cho học sinh trong trường học và ngoài cộng đồng, phối hợp với phụ huynh học sinh theo dõi, giám sát trong quá trình học sinh được can thiệp, hỗ trợ.

Nhân viên YTTH phối hợp với cán bộ tư vấn tâm lý trong trường học để hỗ trợ tâm lý cho học sinh, có các biện pháp can thiệp cá nhân, nhóm cho học sinh.

1.3. Chuyển tuyến và theo dõi

Chuyển khám chuyên sâu: Khi xác định học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần và có nguy cơ ảnh hưởng đến học tập, giao tiếp thì NVYTTH có thể trao đổi với cán bộ tham vấn học đường hoặc tư vấn cho gia đình đưa trẻ đến khám và tư vấn tại các cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần tại địa phương như phòng khám, bệnh viện tâm thần (*tham khảo danh sách trong mục 5*).

Theo dõi và quản lý các học sinh có vấn đề SKTT sau can thiệp: sau khi học sinh đã được can thiệp bởi nhà chuyên môn (bác sĩ chuyên khoa tâm thần, nhà tâm lý...) học sinh vẫn tiếp tục đến trường để học tập. Mọi việc theo dõi điều trị cần được phối hợp chặt chẽ giữa nhà trường, gia đình và bác sĩ để phát huy tốt nhất hiệu quả của can thiệp.

2

SƠ CỨU TÂM LÝ CHO HỌC SINH GẶP CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

2.1. Nguyên tắc trong sơ cứu tâm lý cho học sinh

Một trong những yếu tố cốt lõi để nhà trường, phòng y tế học đường và thầy cô giáo trở thành “Địa chỉ tin cậy” cho học sinh, cha mẹ tin tưởng và tìm kiếm hỗ trợ là trong quá trình tiếp nhận và hỗ trợ ban đầu cho học sinh, nhân viên YTTH cần tôn trọng và thực hiện tốt các nguyên tắc trong sơ cứu tâm lý cho học sinh.

Nguyên tắc “Lấy học sinh là trung tâm” cần được thực hiện xuyên suốt trong quá trình sơ cứu ban đầu và hỗ trợ. Nguyên tắc này được hiểu là đặt quyền/ lợi ích và sự an toàn cho học sinh lên hàng đầu trong mọi hành động và các biện pháp can thiệp hỗ trợ. Các nội dung cụ thể của nguyên tắc này là:

a. An toàn của học sinh là ưu tiên hàng đầu

Những vấn đề SKTT của học sinh có thể được phục hồi thì các em được nhận diện và hỗ trợ trong môi trường an toàn. Môi trường an toàn được hiểu rằng học sinh được đảm bảo sự an toàn về mặt tinh thần, không bị kỳ thị, đổ lỗi, xa lánh, xúc phạm và đe dọa.

Trong quá trình tiếp nhận và hỗ trợ trẻ có nguy cơ hoặc đang có vấn đề SKTT, nhân viên YTTH cần lưu ý: Nhận diện những dấu hiệu đó có nguy cơ, ảnh hưởng đến học tập, mối quan hệ của học sinh như thế nào; trao đổi với cha mẹ học sinh; phối hợp với các lực lượng trong và ngoài nhà trường để hỗ trợ học sinh ổn định tâm lý.

Lưu ý: Nhân viên YTTH trong quá trình sơ cứu tâm lý cho học sinh, không chỉ chăm sóc SKTT cho học sinh mà trấn an cha mẹ học sinh.

b. Không gán nhãn, đánh giá học sinh

Nhân viên YTTH có thái độ không phán xét, đánh giá học sinh bằng những biệt danh như có vấn đề, học sinh tăng động, học sinh tự kỷ... Điều

này sẽ khiến học sinh thu mình và khó hợp tác trong quá trình nhận sự trợ giúp.

c. Bảo mật thông tin của học sinh

Nhân viên YTTH trong tiếp nhận và sơ cứu ban đầu học sinh có vấn đề SKTT cần giữ bí mật các thông tin cá nhân của người học, trường hợp chia sẻ thông tin phải thực hiện theo quy định của pháp luật.

Đối với học sinh có khó khăn về tâm lý hoặc có vấn đề SKTT việc giữ bí mật những vấn đề riêng tư về câu chuyện là thể hiện sự tôn trọng của nhân viên YTTH với học sinh và gia đình. Do vậy, nhân viên YTTH cần bảo mật trong lưu giữ hồ sơ của học sinh, giải thích cho học sinh về nguyên tắc giữ bí mật và những ngoại lệ liên quan đến tính bảo mật; Không tiết lộ nội dung của cuộc tham vấn, hỗ trợ trẻ cho bên thứ ba, trừ khi trẻ và cha mẹ/người giám hộ đồng ý bằng văn bản.

Trường hợp ngoại lệ ảnh hưởng đến sự an toàn tính mạng của trẻ và người khác, giáo viên có quyền chia sẻ thông tin cho bên thứ 3 (cơ quan điều tra, tòa án, bệnh viện...) theo trình tự và thủ tục qui định của pháp luật và điều này cần được trao đổi cụ thể với trẻ và gia đình trẻ

d. Tôn trọng, chấp nhận và cá biệt hoá học sinh

Thực hiện nguyên tắc này, nhân viên YTTH cần đảm bảo:

- Luôn tôn trọng học sinh, giá trị, phẩm giá và những quyền cơ bản của học sinh được quy định trong Luật trẻ em 2016.
- Tiếp nhận học sinh, không thành kiến và không đánh giá, phê phán hành vi của học sinh.
- Tôn trọng các quan điểm, ý kiến, cảm xúc riêng của trẻ; tôn trọng và chấp nhận khả năng hiểu biết vốn có của học sinh.
- Nhân viên YTTH thực hiện nguyên tắc chấp nhận không chỉ biểu hiện ra thái độ bên ngoài, không phê phán mà phải ngay cả trong chính cảm xúc, suy nghĩ của chính mình.
- Không miệt thị, phán xét học sinh.
- Không dán nhãn, áp đặt giá trị của mình cho học sinh.
- Lắng nghe hiệu quả, phản hồi phù hợp...

Thực hiện nguyên tắc cá biệt hóa, giúp thầy cô có cái nhìn đa chiều, hệ thống về từng học sinh, từ đó tìm tòi những giải pháp, nguồn lực để hỗ trợ phù hợp với từng hoàn cảnh của học sinh.

e. Tin tưởng vào khả năng của học sinh

Học sinh có vấn đề SKTT có thể các em sẽ gặp những khó khăn trong nhận thức, giao tiếp, học tập,... Do đó, nhân viên YTTH cần phối hợp với giáo viên, nhà trường, cha mẹ học sinh đưa ra định hướng và các giải pháp, để học sinh, gia đình các em có lựa chọn phù hợp.

Thực hiện nguyên tắc này, nhân viên YTTH cần: Khích lệ và lắng nghe ý kiến của học sinh; Không đưa ra lời khuyên, định hướng mang tính áp đặt vì cho rằng các em còn bé chưa hiểu tường tận vấn đề; Đưa ra những câu hỏi gợi mở để các em bộc lộ suy nghĩ cảm xúc, hành vi của bản thân; Giúp các em khám phá những điểm mạnh, những trải nghiệm tích cực, những giá trị và tiềm năng của bản thân có những đang bị ẩn giấu.

2.2. Một số kỹ năng sơ cứu tâm lý cho học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần

Trong quá trình tiếp cận và xử trí ban đầu học sinh có vấn đề SKTT, NVYTTH có thể cần thực hiện một số kỹ năng cần thiết để sơ cứu tâm lý cho học sinh, bao gồm các kỹ năng sau:

2.2.1. Kỹ năng lắng nghe

Lắng nghe tích cực (hay còn gọi là lắng nghe chủ động) là cách lắng nghe và phản hồi phù hợp, thể hiện sự chú ý, quan tâm, thấu hiểu của NVYTTH đến học sinh. Thông qua lắng nghe tích cực, nhân viên y tế học đường có thể hiểu được các thông điệp, cảm xúc của học sinh, làm tăng khả năng hiểu biết và tin tưởng lẫn nhau, từ đó nhân viên y tế học đường có thể nhận, diễn giải thông điệp của học sinh và đưa ra những phản hồi phù hợp.

Vai trò của lắng nghe tích cực với học sinh có vấn đề SKTT: Lắng nghe tích cực giúp học sinh (1) xây dựng sự tin tưởng và cảm giác được tôn trọng; (2) tạo môi trường an toàn hỗ trợ cho học sinh giải quyết vấn đề; (3) cho phép học sinh giải tỏa cảm xúc, giảm căng thẳng; (5) khuyến khích khai thác sâu thông tin về học sinh và các vấn đề học sinh đang gặp phải.

Cách thức lắng nghe tích cực: Lắng nghe tích cực không chỉ đơn thuần là nghe những điều học sinh nói, nó bao gồm cả việc quan tâm đến học sinh, đảm bảo học sinh cảm thấy thoải mái để chia sẻ những thông tin cá nhân, phản hồi (có lời và không lời) một cách hợp lý thể hiện chúng ta đang nghe và thấu hiểu các em, không phán xét các em.

» ***NVYTTH có thể thể hiện mình đang lắng nghe tích cực bằng:***

- Đối diện với thân chủ. Ngồi thẳng hoặc nghiêng người ra phía trước để thể hiện sự chú tâm.
- Duy trì giao tiếp mắt, thể hiện chúng ta quan tâm đến học sinh.
- Cố gắng thấu hiểu cảm xúc của thân chủ, đằng sau những thông tin học sinh nói ra.
- Phản hồi phù hợp, phi ngôn ngữ như, gật đầu, nhíu lông mày... và có lời để khuyến khích thân chủ nói tiếp.
- Hạn chế đặt câu hỏi. Nghe nhiều hơn nói.

Các kỹ thuật trong lắng nghe tích cực:

- Nhắc lại: Chú ý đến nội dung cảm xúc, suy nghĩ mà học sinh nói mà theo NVYTTH đánh giá là quan trọng.
- Diễn đạt lại chỉ tập trung vào nội dung học sinh kể mà không đưa ra một sự giải thích, đánh giá nào, không nhất thiết nội dung được nhắc lại y nguyên.
- Phản ánh: Nhân viên YTTH chốt lại những điều quan trọng học sinh đã nói và nhắc lại cho học sinh để các em có thể nhìn nhận sâu hơn về điều đó. Sự phản ánh bao gồm: Sự chú tâm vào cuộc nói chuyện; Thấu cảm những quan điểm của học sinh; Phản chiếu những cảm xúc, trạng thái của học sinh bằng lời và phi lời qua việc nhân viên YTTH gọi tên cảm xúc.

Ví dụ: “Em có vẻ đang cảm thấy...”, “Tôi nhận thấy rằng em đang cảm thấy...” và thêm vào cảm xúc học sinh vừa bày tỏ (trực tiếp hoặc không lời).

“Dường như em cảm thấy ... khi ...” hoặc “Em cảm thấy bởi vì”.

- Tóm tắt: là việc cô đọng và sắp xếp những ý chính những gì học sinh kể, đặc biệt khi lắng nghe học sinh trong một khoảng thời gian (từ ba phút đến một buổi nói chuyện hoặc hơn nữa), nhấn mạnh đến sự liên

hệ của các vấn đề chủ chốt mà học sinh đã chia sẻ và nhắc lại một cách chính xác với học sinh.

2.2.2. Quan sát

Quan sát trong hỗ trợ tâm lý là chú ý đến những đặc điểm học sinh, các tình huống trong bối cảnh của học sinh với môi trường để có thể hiểu học sinh và những vấn đề học sinh đang trải qua.

Trong quá trình tiếp nhận và hỗ trợ học sinh có vấn đề SKTT, NVYTTH có thể gặp khó khăn trong việc tiếp cận, thu thập thông tin, như: học sinh gặp khó khăn trong giải thích những suy nghĩ, cảm xúc của các em. Học sinh khó khăn trong diễn đạt suy nghĩ của mình. Thậm chí các em có sự dè chừng vì chưa thật sự tin tưởng nhân viên YTTH và dẫn đến không cởi mở để chia sẻ, có tâm lý che giấu, hoặc nói dối về những khó khăn đang phải đối mặt. Do vậy, NVYTTH cần có kỹ năng quan sát để nhận diện, thu thập những thông tin của học sinh qua vẻ bề ngoài, đo lường và nhận định tâm trạng và tình cảm để chẩn đoán được những vấn đề mà các em đang gặp phải.

» **NVYTTH cần chú ý quan sát những điều sau:**

- Cử chỉ, hành động của học sinh trong bối cảnh và câu chuyện học sinh đang kể
- Dáng vẻ bên ngoài: cách ăn mặc, tư thế ngồi, vẻ mặt, cử chỉ, điệu bộ
- Hành vi của học sinh
- Biểu hiện cảm xúc, tình cảm
- Cách giao tiếp với mọi người xung quanh
- Cách thức chơi các trò chơi, vẽ
- Âm giọng, điệu bộ khi học sinh kể chuyện

Tóm lại, NVYTTH quan sát, ghi nhận và hiểu thông tin cả ngôn ngữ cơ thể và ngôn ngữ từ lời nói khi giao tiếp để hiểu cả hành vi và cảm xúc của học sinh. NVYTTH không chỉ trích, phê phán hành động của học sinh khi đang quan sát và cần kiên nhẫn khi quan sát.

2.2.3. Thấu cảm

Thấu cảm (empathy) là năng lực và phẩm chất cho phép người ta cảm

nhận và thấu hiểu những gì người khác đang trải nghiệm. Thấu cảm là nhân tố quan trọng trong công tác hỗ trợ tâm lý.

» **Vai trò của thấu cảm:** Thấu cảm giúp NVYTTH:

- Hiểu học sinh ở cả mức độ nhận thức (học sinh đang nghĩ gì) và mức độ cảm xúc (học sinh đang cảm thấy gì).
- Quan tâm thực sự đến học sinh.
- Chấp nhận học sinh không phán xét.
- Có thể truyền đạt các kinh nghiệm của bản thân đến học sinh theo cách đúng đắn và tế nhị.

» **Các bước để thực hiện kỹ năng thấu cảm:**

- Xác định cảm xúc của học sinh bằng cách quan sát và lắng nghe tích cực. Nếu không thể xác định được cảm xúc của các em, hãy cố gắng đặt mình vào vị trí của họ.
- Chỉ ra, đặt tên cho những cảm xúc ẩn chứa mà chúng ta cảm nhận được trong câu nói, cách nói và các biểu hiện phi ngôn từ khác của học sinh.
- Thể hiện sự thấu cảm bằng cách:
 - + Gọi tên cảm xúc chúng ta cảm nhận được ở học sinh và nói lên lý do vì sao các em có cảm xúc như thế. Mẫu câu: “Em/Con cảm thấy ... khi...”. Ví dụ: “Em cảm thấy thất vọng vì điểm thi cuối kỳ không được như mong đợi của em.”
 - + Thể hiện để học sinh hiểu rằng cảm xúc của họ là hợp lý với các em, trong hoàn cảnh của học sinh và chúng ta hiểu cảm xúc đó của họ.
 - + Bình thường hóa cảm xúc của học sinh: Chúng ta có thể làm điều này bằng cách nói với các em rằng nhiều người trong hoàn cảnh của các em cũng có cảm xúc giống như vậy; và cảm xúc, cảm giác họ đang trải qua là có thể lý giải được trong hoàn cảnh của các em.

 Ví dụ: “Nhiều người ở trong hoàn cảnh của em cũng từng có cảm giác giống em bây giờ”; “Nếu tôi ở trong hoàn cảnh của em, có lẽ thầy/ cô cũng khó tránh khỏi cảm giác buồn tủi và cô đơn như em đã trải qua.”
 - + Làm cho học sinh cảm thấy có giá trị: “Thầy/cô cảm nhận rằng em đã rất lo lắng thất vọng khi điểm thi cuối kỳ của em không được như

mong đợi. Chỉ có những người thực sự có trách nhiệm với bản thân thì mới có cảm xúc như vậy.”

2.2.4. Hướng dẫn học sinh thực hành một số biện pháp thư giãn khi gặp các vấn đề sức khỏe tinh thần

Khi nhận diện, phát hiện học sinh gặp các vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm, stress,... nhân viên YTTH có thể trò chuyện, hướng dẫn học sinh thực hành một số bài tập thư giãn để cải thiện tình trạng tinh thần. Dưới đây là một số bài tập nhân viên YTTH có thể hướng dẫn học sinh:

» Hít thở sâu, giảm lo âu

Hít thở sâu là cách hay giúp tâm trí và cơ thể bình tĩnh trở lại. Nhân viên YTTH lựa chọn một nơi an toàn để thực hiện phương pháp này.

Thực hành thở chậm để giảm lo âu.

Có thể áp dụng cách thở hình vuông: Hít vào từ từ, đếm 1,2,3,4 - Nín thở, đếm 1,2,3,4 - Thở ra, đếm 1,2,3,4 - Ngưng thở đếm 1,2,3,4 - Thở ra.

» Bài tập căng trùng cơ

Đây là một phương pháp vừa giúp chúng ta giảm lo âu và có thể giúp ngủ tốt hơn. Thường thì khi cơ bắp không được thả lỏng, học sinh sẽ cảm thấy căng thẳng, các cơ căng trong một thời gian có thể dẫn đến cảm giác đau mỏi như sẽ bị đau vai, đau cổ, mỏi lưng. Khi chúng ta thư giãn các nhóm cơ này, ta sẽ cảm thấy dễ chịu và thoải mái. Khi thực hiện thư giãn căng trùng cơ, tốt nhất là làm trong tư thế nằm hoặc đôi lúc cũng có thể thực hiện khi ngồi. Sau đó, hướng dẫn học sinh để cằm của mình hơi chạm vào ngực để đầu được nghỉ ngơi.

» Hướng dẫn học sinh lên thời gian biểu cho niềm vui

Khi có những vấn đề căng thẳng lo âu, để giảm thiểu những cảm xúc đó tiêu cực đó, nhân viên YTTH giúp học sinh lên kế hoạch cho những hoạt động lành mạnh, mang niềm vui cho học sinh cùng với người thân, bạn bè.

Ví dụ, học sinh lập kế hoạch dưới đây:

Ngày và kế hoạch của tôi	Trước đó tôi cảm thấy ra sao? (Nhiệt kế cảm xúc)	Những hoạt động tôi đã thực hiện	Sau đó tôi cảm thấy ra sao? (Nhiệt kế cảm xúc)
<i>Thứ bảy: Đi xem một bộ phim mới ra với bạn sau bữa trưa</i>	5 (vẽ hình nhiệt kế cảm xúc mức 5)	Đi xem một bộ phim mới ra với bạn sau bữa trưa	8 (vẽ hình nhiệt kế cảm xúc mức 8)
<i>Chủ nhật</i>			
<i>Thứ hai</i>			
<i>Thứ ba</i>			
<i>Thứ tư</i>			
<i>Thứ năm</i>			
<i>Thứ sáu</i>			
<i>Thứ bảy</i>			

Nhân viên YTTH giúp học sinh đánh giá cảm xúc của mình thông qua “Nhiệt kế cảm xúc” trước và sau hành động. Bằng cách này, học sinh sẽ thấy được tác động của các hoạt động đối với tâm trạng và xem hoạt động nào có khả năng cải thiện tâm trạng tốt nhất, mang lại tâm lý thoải mái ổn định nhất.

3

PHÒNG NGỪA VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO HỌC SINH

3.1. Chăm sóc sức khỏe thể chất cho học sinh

Để có một sức khỏe tinh thần khỏe mạnh, học sinh cần có một cơ thể khỏe mạnh. Do vậy, học sinh luôn cần được quan tâm và đảm bảo những chế độ sau:

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý cho học sinh ở các độ tuổi khác nhau. Một chế độ dinh dưỡng khoa học và hợp lý là có tỉ lệ cân đối giữa các thành phần trong thức ăn. Các thành phần bao gồm: chất đạm, chất béo, chất bột, sắt, các loại vitamin như vitamin A, D, C...
- Luyện tập thể dục thể thao: Với học sinh ở lứa tuổi dậy thì, cơ thể đang ở giai đoạn phát triển mạnh mẽ nhất. Do vậy, chỉ có chăm chỉ luyện tập thể thao hằng ngày thì mới kích thích cơ thể phát triển và khỏe mạnh. Tập luyện thường xuyên cùng với cơ thể khỏe mạnh khiến học sinh cảm thấy tự tin, thoải mái
- Chăm sóc giấc ngủ để có sức khỏe tinh thần khỏe mạnh: Giữa giấc ngủ với trạng thái sức khỏe tinh thần có mối quan hệ chặt chẽ với nhau, nếu ngủ không đủ giấc, mất ngủ sẽ có thể gây ra những vấn đề về sức khỏe tinh thần như lo âu, trầm cảm, căng thẳng stress hoặc nó làm các vấn đề này ngày càng trầm trọng hơn và ngược lại, nếu trẻ ngủ đủ giấc, có một giấc ngủ ngon sẽ tăng cường khả năng phục hồi cả về tinh thần, cảm xúc. Do vậy, ở tất cả các lứa tuổi để chăm sóc sức khỏe tinh thần và thể chất thì điều cần thiết và quan trọng cần phải chăm sóc giấc ngủ tốt cho học sinh.

3.2. Tăng cường các hoạt động phòng ngừa vấn đề sức khỏe tâm thần cho học sinh trong nhà trường

Nhà trường tổ chức các hoạt động giáo dục giá trị sống, kỹ năng sống cho học sinh hướng đến nâng cao sức khỏe tinh thần cho học sinh. Một số chủ đề sau đây có thể giúp học sinh nuôi dưỡng một trạng thái tinh thần khỏe mạnh:

- Các giá trị về yêu thương, lòng biết ơn, khoan dung... để mang lại những trạng thái cảm xúc tích cực.
- Làm chủ và kiểm soát cảm xúc.
- Nuôi dưỡng cảm xúc tích cực.
- Suy nghĩ tích cực.
- Tin tưởng chính mình.
- Phòng tránh các chất kích thích, chất gây nghiện.
- Sử dụng internet, mạng xã hội an toàn - phòng tránh nghiện game/online...

4

KẾT NỐI NGUỒN LỰC

Việc phối, kết hợp các nguồn lực có vai trò quan trọng đối với hoạt động hỗ trợ học sinh nói chung và học sinh có vấn đề SKTT. Đặc biệt là mối liên hệ với cha mẹ học sinh, cán bộ tư vấn tâm lý học đường và các lực lượng y tế ngoài trường học. Sự phối hợp này càng chặt chẽ, đồng bộ, hiệu quả thì các hoạt động phòng ngừa, hỗ trợ cho học sinh càng đạt kết quả cao.

4.1. Mục tiêu của kết nối nguồn lực

Trong nhận diện, tư vấn cho những học sinh có vấn đề SKTT, sự phối hợp giữa NVYTTH với giáo viên, cha mẹ, cán bộ tâm lý học đường và các lực lượng y tế nhằm mục tiêu:

- Nâng cao nhận thức và phát huy vai trò của cha mẹ, giáo viên trong nhận diện các dấu hiệu của các vấn đề SKTT ở học sinh.
- Có những can thiệp kịp thời với các trường hợp học sinh cần được hỗ trợ khẩn cấp.
- Tạo ra sự phối kết hợp giữa các lực lượng: nhân viên y tế, cán bộ tư vấn tâm lý, cha mẹ và giáo viên trong và sau quá trình điều trị cho học sinh.
- Đảm bảo cho từng học sinh những điều kiện được tư vấn phù hợp nhất có thể, cả về vật chất và tinh thần, trong đời sống và sinh hoạt của học sinh ở nhà trường, gia đình và các môi trường khác.

4.2. Sự phối kết hợp các nguồn lực được thực hiện theo nhiệm vụ sau

- NVYTTH, cán bộ tư vấn tâm lý học đường trao đổi với cha mẹ học sinh về mục tiêu và kế hoạch hỗ trợ học sinh.
- Thống nhất kế hoạch phối hợp giữa nhân viên YTTH với cán bộ tư vấn tâm lý, cha mẹ, giáo viên về những tác động đến học sinh trước, trong và sau quá trình trị liệu.
- Kịp thời chuyển tuyến những trường hợp học sinh cần được can thiệp khẩn cấp và chuyên sâu.

5

MỘT SỐ ĐỊA CHỈ HỖ TRỢ HỌC SINH CÓ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

5.1. Phòng tham vấn tâm lý học đường tại trường học

Phòng tham vấn học đường là một đơn vị hoạt động độc lập được đặt trong các cơ sở giáo dục và vận hành bởi các chuyên gia về tâm lý. Chức năng Phòng tham vấn học đường có chức năng tư vấn cho học sinh giải quyết những vấn đề liên quan đến nhu cầu/ vướng mắc về tâm lý, mối quan hệ xã hội. Tại đây, các nhà tham vấn thiết lập mối quan hệ chuyên nghiệp nhằm khám phá những điểm mạnh và nhu cầu của học sinh, đồng hành và hỗ trợ các em tự tìm ra giải pháp cho những vấn đề của mình.

Các hoạt động của Phòng tham vấn học đường là: Sàng lọc, phát hiện sớm những vấn đề về sức khỏe, tâm lý học sinh và thực hiện hoạt động tham vấn trực tiếp cho học sinh; Tổ chức các chương trình phòng ngừa tới toàn bộ học sinh nhằm cung cấp kiến thức và kỹ năng để học sinh tự ứng phó và giải quyết các vấn đề gặp phải; Tổ chức can thiệp sớm nhằm ngăn ngừa những tổn thương về mặt tinh thần, hành vi và thái độ của học sinh. Nó có thể thúc đẩy các giá trị của mỗi học sinh và giúp các em có khả năng đối mặt với khó khăn một cách hiệu quả ở trường học.

5.2. Các địa chỉ ngoài nhà trường

- Trạm y tế tại các xã/ phường.
- Cơ sở bảo trợ chăm sóc người có vấn đề SKTT, các trung tâm công tác xã hội.
- Khoa tâm thần các bệnh viện đa khoa ở các huyện hoặc các tỉnh/ thành phố.
- Trung ương: Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương...

Một số địa chỉ chăm sóc Sức khỏe tâm thần:

1. Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia
Địa chỉ: 78 Giải Phóng, P. Phương Mai, Q. Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 024 3576 5344
Website: www.nimh.gov.vn
2. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I
Địa chỉ: X. Hòa Bình, H. Thường Tín, Hà Nội
Điện thoại: 024 3385 3227
3. Bệnh viện Tâm thần Trung ương II
Địa chỉ: Nguyễn Ái Quốc, Khu phố 7, TP. Biên Hòa, Đồng Nai
4. Bệnh viện Tâm thần Hà Nội
Địa chỉ: Ngõ 467 Nguyễn Văn Linh, Sài Đồng, Long Biên, Hà Nội
5. Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương
Địa chỉ: 4 Hồng Mai, P. Bạch Mai, Q. Hai Bà Trưng, Hà Nội
Điện thoại: 024 3627 5762
Website: www.maihuong.gov.vn
6. Khoa Tâm thần - Bệnh viện Quân Y 103
Địa chỉ: 261 Phùng Hưng, Q. Hà Đông, Hà Nội
7. Khoa Tâm bệnh học và Liệu pháp tâm lý, Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội
Địa chỉ: 1 Phương Mai, P. Phương Mai, Q. Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 024 3577 1100
8. Khoa Tâm bệnh - Bệnh viện Nhi Trung ương
Địa chỉ: Số 18/879 La Thành, Q. Đống Đa, Hà Nội
9. Phòng khám số 1 - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Địa chỉ: 1 Tôn Thất Tùng, Q. Đống Đa, Hà Nội
10. Khoa Thần kinh - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An
Địa chỉ: 19 Tôn Thất Tùng, TP. Vinh, Nghệ An
Điện thoại: 0383 844 129

11. Khoa Tâm thần - Bệnh viện Trung ương Huế
Địa chỉ: 16 Lê Lợi, P. Vĩnh Ninh, TP. Huế, Thừa Thiên - Huế
Điện thoại: 0234 3822 325
12. Phòng khám Tâm lý - Bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM
Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TP. HCM
ĐT: 028 3952 5353
13. Bệnh viện Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh
Địa chỉ: 766 Võ Văn Kiệt, Phường 1, Quận 5, TP. HCM
14. Phòng khám Tâm lý Y khoa - Viện Tâm lý Thực hành
Địa chỉ: 36A Nơ Trang Long, Phường 14, Q. Bình Thạnh, TP. HCM
Điện thoại: 028 3551 5808 - 028 6684 4137
15. Các bệnh viện Tâm thần tỉnh và Khoa Tâm thần thuộc Bệnh viện đa khoa tỉnh.

CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ

- Câu 1.** Trình bày khái niệm sức khỏe tâm thần? Rối loạn tâm thần và bệnh tâm thần?
- Câu 2.** Trình bày các phương pháp đánh giá vấn đề sức khỏe tâm thần cho học sinh? Lấy ví dụ?
- Câu 3.** Phân tích những dấu hiệu khi học sinh có vấn đề sức khỏe? Lấy ví dụ?
- Câu 4.** Liệt kê một số rối loạn tâm thần của trẻ em mầm non và tiểu học? Phân tích những biểu hiện của các rối loạn tâm thần đó? Vai trò của nhân viên YTTH trong hỗ trợ ban đầu trẻ tại nhà trường?
- Câu 5.** Liệt kê một số rối loạn tâm thần của học sinh trung học phổ thông? Phân tích những biểu hiện của rối loạn tâm thần đó? Nhân viên YTTH hỗ trợ học sinh có biểu hiện rối loạn tâm thần tại trường học như thế nào?
- Câu 6.** Phân tích các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ sức khỏe tâm thần của học sinh? Lấy ví dụ?
- Câu 7.** Trình bày và phân tích các bước can thiệp vấn đề sức khỏe tâm thần của học sinh tại trường học?
- Câu 8.** Nguyên tắc sơ cấp cứu tâm lý cho học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần tại trường học?
- Câu 9.** Phân tích những kỹ năng trong sơ cấp cứu tâm lý cho học sinh có vấn đề sức khỏe tâm thần tại trường học?
- Câu 10.** Phân tích các hoạt động phòng ngừa vấn đề sức khỏe tâm thần cho học sinh tại trường học?