TẠP CHÍ KHOA HỌC VÀ GIÁO DỤC
ISSN: 1859-1612
Journal homepage: https://tckhgd.dhsphue.edu.vn

# Thực trạng nhận thức về sức khoẻ tâm thần của học sinh trung học phổ thông thành phố Huế

**Phạm Nguyễn Trang Ngân, Hồ Hoàng Bảo Trân, Nguyễn Thanh Hoàng, Nguyễn Lê Phương Thảo, Nguyễn Hải Hưng**

*Trường Trung học phổ thông A Lưới, huyện A Lưới, thành phố Huế*

THÔNG TIN BÀI BÁO

*Quá trình xử lý:*
*Ngày nhận: 20/01/2025*
*Ngày nhận bản chỉnh sửa: 06/4/2025*
*Ngày nhận đăng: 08/4/2025*
*Ngày xuất bản: 20/8/2025*

*Từ khóa:*
*Nhận thức*
*Hiểu biết*
*Sức khỏe tâm thần*
*Học sinh*

TÓM TẮT

Nhận thức về sức khỏe tâm thần là tiền đề để giúp học sinh hình thành những kỹ năng cần thiết nhằm duy trì sức khỏe tâm thần khỏe mạnh. Đề tài này hướng đến tìm hiểu thực trạng nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Huế. Dữ liệu đã được thu thập từ câu trả lời của 638 học sinh tại 4 trường trung học phổ thông (THPT) trong một nghiên cứu cắt ngang sử dụng bảng hỏi hiểu biết về sức khỏe tâm thần của thanh thiếu niên (Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire). Kết quả khảo sát cho thấy học sinh đã có những hiểu biết nhất định về sức khỏe tâm thần, nhưng chưa đầy đủ. Mặc dù học sinh đã nhận thức tích cực về các kỹ năng tìm kiếm sự hỗ trợ và tự hỗ trợ, các em vẫn còn có các niềm tin và định kiến sai lệch, cũng như là hạn chế trong hiểu biết về một số vấn đề sức khỏe tâm thần. Kết quả cũng chỉ ra rằng nhận thức của học sinh về sức khỏe tâm thần có sự khác biệt đáng kể giữa các lát cắt giới tính và khối lớp. Những phát hiện từ nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tăng cường giáo dục về sức khỏe tâm thần cho học sinh trong nhà trường.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần (SKTT) là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng học tập, giao tiếp của học sinh trung học phổ thông (THPT). Trong bối cảnh xã hội hiện nay, các vấn đề SKTT đang ngày càng trở thành mối quan tâm đối với gia đình, nhà trường và cộng đồng. Đặc biệt, đối tượng học sinh THPT đang ở giai đoạn chuyển tiếp quan trọng về sinh lý, tâm lý và xã hội, dễ bị tác động bởi nhiều yếu tố, dẫn đến nguy cơ cao về các vấn đề SKTT. Theo kết quả tổng hợp từ 192 nghiên cứu dịch tễ học toàn cầu, độ tuổi xuất hiện rối loạn tâm thần trung bình là 18 (Solmi và cs., 2022). Theo ước tính của Quỹ Nhi đồng Liên hiệp Quốc (UNICEF, 2018) có từ 8% cho đến 29% trẻ em và vị thành niên ở Việt Nam hiện đang gặp các vấn đề SKTT. Trong bối cảnh đó, nâng cao nhận thức về SKTT là một trong những khuyến nghị quan trọng của UNICEF (2018) nhằm cải thiện SKTT cho trẻ em và thanh thiếu niên Việt Nam.

SKTT không chỉ là sự thiếu vắng các rối loạn tâm thần mà còn bao gồm sự có mặt của trạng thái an lạc tâm lý (Tổ chức Y tế Thế giới [WHO], 2021). SKTT là trạng thái sức khỏe trong đó cá nhân có thể đối phó với những áp lực trong cuộc sống, nhận thức được khả năng của bản thân, làm việc hiệu quả và góp phần cho cộng đồng (WHO, 2022). Nhận thức về SKTT hay hiểu biết về SKTT (mental health literacy) lần đầu tiên được khái niệm hóa bởi Jorm và cộng sự (1997). Theo nhóm tác giả, nhận thức về SKTT bao gồm khả năng nhận diện các rối loạn tâm thần, có hiểu biết về cách thức tìm kiếm thông tin liên quan đến SKTT, kiến thức về các yếu tố nguy cơ, biện pháp tự hỗ trợ, các nguồn hỗ trợ chuyên nghiệp sẵn có và có thái độ tích cực với việc tìm kiếm sự hỗ trợ phù hợp. Trong các nghiên cứu gần đây, nhận thức về SKTT thường được khái quát thành bốn thành phần chính: (1) biết cách có được và duy trì SKTT tốt, (2) hiểu biết về các rối loạn tâm thần và cách

*Tác giả liên hệ: Phạm Nguyễn Trang Ngân;*
*Địa chỉ e-mail: ms.trangngan@gmail.com*
*DOI: https://doi.org/10.26459/jse.027.2025*

điều trị, (3) giảm định kiến liên quan đến rối loạn tâm thần và (4) nâng cao hiểu biết về việc tìm kiếm sự hỗ trợ (Kutcher và cs., 2016; Wei và cs., 2015).

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tầm quan trọng của nhận thức về SKTT trong việc giảm thiểu nguy cơ rối loạn tâm thần và gia tăng hành vi tìm kiếm hỗ trợ. Nhận thức về SKTT có mối quan hệ chặt chẽ với sự cải thiện về sự an lạc tâm lý, sức khỏe thể chất, đẩy lùi cảm giác cô đơn, nâng cao khả năng tiếp cận của các dịch vụ SKTT (Bjørnsen và cs., 2017; Rusch và cs., 2011; Wei và cs., 2013). Tuy nhiên, nhận thức về SKTT của trẻ em và thanh thiếu niên trên thế giới nhìn chung vẫn còn rất thấp. Một nghiên cứu tổng quan trên gần 200.000 học sinh cho thấy rằng chỉ có 16,4% trong số đó có mức độ nhận thức phù hợp về SKTT (Jafari và cs., 2021). Ở trong nước, vấn đề nhận thức về SKTT của thanh thiếu niên đã được điều tra tại TP. Hồ Chí Minh (Thai và cs., 2020; Thanh, 2015) và Hà Nội (Xuân và cs., 2023). Các nghiên cứu kể trên đã bước đầu cho thấy rằng nhận thức về SKTT của học sinh Việt Nam ở mức trung bình. Nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng các nghiên cứu về vấn đề này trên nhóm mẫu thanh thiếu niên Việt Nam vẫn còn rất khan hiếm, đáng chú ý, chưa có nghiên cứu nào từng thực hiện ở khu vực miền Trung.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đạt được ba mục tiêu chính. Thứ nhất, nghiên cứu sẽ tiến hành chuyển ngữ và thích nghi một công cụ đo lường nhận thức về SKTT sao cho phù hợp với đặc điểm tâm lý, ngôn ngữ và văn hóa của thanh thiếu niên Việt Nam. Thứ hai, nghiên cứu sẽ tiến hành khảo sát và phân tích thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT tại thành phố Huế. Thứ ba, nghiên cứu sẽ đánh giá sự khác biệt trong nhận thức của về SKTT của học sinh THPT tại Thành phố Huế dưới các lát cắt khối lớp và giới tính.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### *2.1. Đặc điểm khách thể*

Mẫu khách thể tham gia khảo sát bao gồm 638 học sinh thuộc 4 trường THPT ở Thành phố Huế. Nhóm tác giả đã tiến hành chọn mẫu đại diện từ các trường thuộc khu vực thành thị, nông thôn và miền núi của thành phố Huế nhằm đảm bảo tính toàn diện của mẫu khách thể. Nhóm nghiên cứu đã liên lạc với hiệu trưởng các trường THPT và nhận được sự đồng thuận tham gia của 1 trường ở thành thị, 1 trường ở miền núi và 2 trường ở nông thôn. Ở mỗi trường, 6 lớp đã được chọn ngẫu nhiên để mời tham gia vào khảo sát. Hình thức khảo sát được diễn ra thông qua biểu mẫu Google Forms. Trong biểu mẫu này, đầu tiên, học sinh được giới thiệu về chủ đề, mục đích nghiên cứu cùng với tính chất của nghiên cứu. Các em được thông báo rằng việc tham gia là hoàn toàn tự nguyện, ẩn danh và hoàn toàn bảo mật, do đó, những câu trả lời của học sinh sẽ không được tiết lộ và không được dùng để đánh giá kết quả học tập. Những học sinh nào đánh dấu lựa chọn đã đọc rõ những thông tin được cung cấp và đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được chuyển đến nội dung khảo sát chính thức. Nội dung khảo sát bao gồm bảng hỏi nhằm đánh giá hiểu biết về SKTT của thanh thiếu niên và một số thông tin về nhân khẩu học. Đặc điểm khách thể được trình bày chi tiết ở Bảng 1.

**Bảng 1.** Đặc điểm khách thể nghiên cứu

| **Đặc điểm** | | **Số lượng** | **Tỷ lệ** |
|---|---|---|---|
| **Giới tính** | Nam | 317 | 49,7 |
| | Nữ | 321 | 50,3 |
| **Khối** | Khối 10 | 173 | 27,1 |
| | Khối 11 | 305 | 47,8 |
| | Khối 12 | 160 | 25,1 |
| **Tổng** | | 638 | 100,0 |

### *2.2. Công cụ nghiên cứu*

Nhận thức về SKTT của học sinh đã được đánh giá bằng bảng hỏi hiểu biết về SKTT của thanh thiếu niên (AMHLQ – Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire; Zare và cs., 2022). Bảng hỏi bao gồm 33 mệnh đề, đo lường hiểu biết về SKTT trên 4 khía cạnh: (1) niềm tin/định kiến sai lệch *(9 mệnh đề)*, (2) kiến thức về các vấn đề SKTT *(12 mệnh đề)*, (3) kỹ năng tìm kiếm sự hỗ trợ và sơ cứu *(7 mệnh đề)* và (4) chiến lược tự giúp đỡ *(5 mệnh đề)*. Các mệnh đề được thiết kế trên thang đo 4 mức độ, với 1 = Hoàn toàn không đồng ý; 2 = Không đồng ý; 3 = Đồng ý; 4 = Hoàn toàn đồng ý. Trong đó, tiểu thang đo niềm tin/định kiến sai lệch gồm có 6 mệnh đề (25, 27, 28, 29, 30, 33) được thiết kế theo chiều nghịch. Điểm của (tiểu) thang đo được tính bằng cách lấy trung bình cộng của các mệnh đề thuộc (tiểu) thang đo tương ứng. Điểm trung bình càng cao thể hiện nhận thức của học sinh về SKTT càng tốt.

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành chuyển ngữ công cụ từ tiếng Anh sang tiếng Việt nhằm thích nghi bảng hỏi trên đối tượng thanh thiếu niên Việt Nam. Trong nghiên cứu này, 3 mệnh đề thiết kế theo chiều thuận của tiểu thang đo niềm tin và định kiến sai lệch có hệ số tương quan biến - tổng thấp hơn 0,30 nên đã được loại bỏ

nhằm đảm bảo độ tin cậy của thang đo. Thang đo phiên bản tiếng Việt cho thấy có độ tin cậy nội tại tốt (Bảng 2). Hơn nữa, thang đo cũng cho thấy có tính hiệu lực cấu trúc rất tốt trên nhóm mẫu nghiên cứu với các chỉ số phù hợp mô hình như sau: $\chi 2(399) = 576,655$ với $p < 0,001$; $\chi 2/df = 1,45$; RMSEA = 0,026 (90% CI = [0,022; 0,031]), Cfit = 1,00; CFI = 0,961; TLI = 0,958; SRMR = 0,050.

**Bảng 2.** Độ tin cậy nội tại của công cụ nghiên cứu

| TT | Tiểu thang đo | Số item | Cronbach's α |
|---|---|---|---|
| 1 | Niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT | 6 | 0,836 |
| 2 | Kiến thức về các vấn đề SKTT | 12 | 0,868 |
| 3 | Kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ | 7 | 0,821 |
| 4 | Chiến lược tự hỗ trợ | 5 | 0,829 |
| | **Tổng thang đo** | **30** | **0,871** |

*2.3. Phân tích dữ liệu*

Từ dữ liệu thu thập được từ phương pháp điều tra bằng bảng hỏi, nhóm nghiên cứu đã tiến hành thích nghi bảng hỏi hiểu biết về SKTT của thanh thiếu niên bằng cách đánh giá độ tin cậy và tính hiệu lực của công cụ đo lường. Độ tin cậy của thang đo được xem xét bằng hệ số Cronbach's alpha. Hệ số này dao động từ 0 cho đến 1, càng cao càng thể hiện độ tin cậy càng tốt. Theo Cortina (1993), hệ số Cronbach's alpha từ 0,70 trở lên là chấp nhận được, từ 0,80 trở lên là tốt. Bên cạnh đó, hệ số tương quan biến - tổng của mỗi mệnh đề cần phải hơn 0,30 để đảm bảo tính nhất quán về miền đo của công cụ đo lường (Cristobal và cs., 2007). Tính hiệu lực cấu trúc của thang đo đã được kiểm định bằng phương pháp phân tích nhân tố khẳng định (CFA) trên phần mềm Mplus với phép ước lượng hợp lý tối đa mạnh (robust maximum likelihood). Cấu trúc của thang đo đa được đánh giá thông qua nhiều chỉ số phù hợp mô hình. Theo đề xuất của các nhà nghiên cứu, một mô hình có độ phù hợp xuất sắc cần thỏa mãn các tiêu chí: Chi-bình phương ($\chi 2$) không có ý nghĩa thống kê hoặc tỷ lệ Chi-bình phương trên bậc tự do ($\chi 2/df$) ≤ 3 (Kline, 2011); RMSEA ≤ 0,05 và kiểm định Cfit > 0,05; CFI ≥ 0,95; TLI ≥ 0,95; SRMR ≤ 0,05 (Hu và Bentler, 1999).

Trên cơ sở công cụ đã được thích nghi, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh thông qua các giá trị điểm trung bình ($\overline{M}$) và độ lệch chuẩn (SD). Sự khác biệt về nhận thức của học sinh liên quan đến SKTT dưới các lát cắt giới tính (phép kiểm định t-test cho hai mẫu độc lập) lát cắt khối lớp (phép kiểm định One-Way ANOVA) cũng được điều tra. Ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, chênh lệch giá trị trung bình được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

## 3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

*3.1. Thực trạng nhận thức về sức khoẻ tâm thần của học sinh trung học phổ thông thành phố Huế dưới lát cắt tổng quát*

Thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT thành phố Huế dưới lát cắt tổng quát được trình bày ở Bảng 3. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhận thức về SKTT của học sinh THPT tại thành phố Huế đạt mức trung bình khá ($\overline{M} = 2,92 \pm 0,40$). Trong đó, khía cạnh niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT có điểm trung bình thấp nhất ($\overline{M} = 2,41 \pm 0,71$), phản ánh việc học sinh vẫn còn nhiều quan niệm chưa chính xác về SKTT. Hai khía cạnh kiến thức về các vấn đề SKTT ($\overline{M} = 3,00 \pm 0,52$) và kỹ năng sơ cứu, tìm kiếm sự hỗ trợ ($\overline{M} = 3,09 \pm 0,58$), đạt mức khá, phản ánh sự hiểu biết nhất định của học sinh về SKTT nhưng vẫn cần được củng cố. Nhận thức của học sinh về chiến lược tự hỗ trợ có điểm số cao nhất ($\overline{M} = 3,12 \pm 0,64$), cho thấy học sinh biết các biện pháp điều chỉnh đúng đắn khi gặp khó khăn về tâm lý. Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc tăng cường giáo dục SKTT trong trường học, đặc biệt là các hoạt động giúp giảm thiểu định kiến, nâng cao kiến thức của học sinh về SKTT, xây dựng kỹ năng tự hỗ trợ và tìm kiếm sự hỗ trợ khi cần thiết.

**Bảng 3.** Thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT thành phố Huế dưới lát cắt tổng quát

| TT | Khía cạnh | $\overline{M}$ | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT | 2,41 | 0,71 |
| 2 | Kiến thức về các vấn đề SKTT | 3,00 | 0,52 |
| 3 | Kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ | 3,09 | 0,58 |
| 4 | Chiến lược tự hỗ trợ | 3,12 | 0,64 |
| | **Nhận thức tổng thể về SKTT** | **2,92** | **0,40** |

*3.1.1. Niềm tin và định kiến sai lệch*

Bảng 4 trình bày nhận thức của học sinh liên quan đến các niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT. Trong chỉ mục này, các mệnh đề đều được mã hóa ngược, do đó, điểm số của mệnh đề càng thấp phản ánh rằng học sinh càng mang nhiều niềm tin và định kiến sai lệch về vấn đề tương ứng. Nhìn chung, niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT của học sinh THPT tại thành phố vẫn còn khá phổ biến, với điểm trung bình chung là 2,41 ± 0,71). Trong đó, quan niệm sai lầm rằng *"Trầm cảm không phải là một rối loạn tâm thần thực sự"* có điểm số thấp nhất ($\overline{M}$ = 2,17 ± 0,87), cho thấy nhiều học sinh chưa nhận thức đầy đủ về bản chất của trầm cảm, một dạng rối loạn phổ biến ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Ngoài ra, một tỷ lệ đáng kể học sinh vẫn tin rằng *"Chỉ có người lớn mới bị rối loạn tâm thần"* ($\overline{M}$ = 2,59 ± 0,97) hay *"Những người mắc rối loạn tâm thần đều xuất thân từ những gia đình có ít tiền"* ($\overline{M}$ = 2,52 ± 0,99). Những quan niệm sai lầm này có thể khiến các em đánh giá thấp nguy cơ rối loạn tâm thần ở lứa tuổi của mình, hay nảy sinh những ác cảm, phân biệt đối xử với người mắc SKTT.

Những quan niệm sai lầm khác, như *"Rối loạn tâm thần không ảnh hưởng đến hành vi"* ($\overline{M}$ = 2,36 ± 0,92) và *"Rối loạn tâm thần không ảnh hưởng đến cảm xúc"* ($\overline{M}$ = 2,38 ± 0,99), cho thấy học sinh vẫn chưa nhận thức đầy đủ về tác động toàn diện của các vấn đề tâm lý. Đáng chú ý, một số học sinh tin rằng họ không thể giúp đỡ bạn bè nếu người đó mắc rối loạn tâm thần ($\overline{M}$ = 2,42 ± 0,98), điều này có thể dẫn đến xu hướng né tránh, xa lánh người có rối loạn tâm thần thay vì hỗ trợ khi học sinh gặp trong thực tế. Các nội dung trong khía cạnh này có độ lệch chuẩn khá cao (từ 0,87 đến 0,99), cho thấy hiểu biết và quan điểm của học sinh về các niềm tin, định kiến liên quan đến SKTT có sự khác biệt.

**Bảng 4.** Thực trạng niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT của học sinh THPT thành phố Huế

| TT | Nội dung* | $\bar{M}$ | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Trầm cảm không phải là một rối loạn tâm thần thực sự. | 2,17 | 0,87 |
| 2 | Chỉ có người lớn mới bị rối loạn tâm thần. | 2,59 | 0,97 |
| 3 | Rối loạn tâm thần không ảnh hưởng đến hành vi của con người. | 2,36 | 0,92 |
| 4 | Rối loạn tâm thần không ảnh hưởng đến cảm xúc của con người. | 2,38 | 0,99 |
| 5 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ không thể giúp được gì bạn ấy. | 2,42 | 0,98 |
| 6 | Những người mắc rối loạn tâm thần đều xuất thân từ những gia đình có ít tiền. | 2,52 | 0,99 |
| | **Trung bình chung** | **2,41** | **0,71** |

*Chú thích.* *Điểm của các mệnh đề trong bảng đã được đảo ngược. $\bar{M}$: Điểm trung bình ($1 \leq \bar{M} \leq 4$); SD: Độ lệch chuẩn; 4 = Hoàn toàn không đồng ý; 3 = Không đồng ý; 2 = Đồng ý; 1 = Hoàn toàn đồng ý.

*3.1.2. Kiến thức về các vấn đề sức khỏe tâm thần*

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ hiểu biết của học sinh THPT tại thành phố TP. Huế về các vấn đề SKTT đạt mức khá ($\overline{M}$ = 3,00 ± 0,52; Bảng 5). Học sinh có nhận thức khá rõ ràng về ảnh hưởng của rối loạn tâm thần, với điểm trung bình cao nhất thuộc về nội dung *"Rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến suy nghĩ của con người"* ($\overline{M}$ = 3,10 ± 0,79). Các nhận định khác liên quan đến các yếu tố nguy cơ của rối loạn tâm thần, như *"nghiện ma túy"* ($\overline{M}$ = 3,08 ± 0,79),*"tình huống căng thẳng cao độ"* ($\overline{M}$ = 3,02 ± 0,79) hay *"rối loạn chức năng não bộ có thể gây ra sự phát triển của rối loạn tâm thần"* ($\overline{M}$ = 3,00 ± 0,81) cũng nhận được sự đồng thuận tương đối cao. Mệnh đề *"Sử dụng rượu có thể gây rối loạn tâm thần"* ($\overline{M}$ = 2,89 ± 0,85) tuy cũng nhận được sự đồng tình thuộc trong khoảng "đồng ý", song không quá cao. Điều này phản ánh rằng học sinh chưa ý thức rõ tác hại của rượu đối với SKTT như là nghiện ma túy ($\overline{M}$ = 3,08 ± 0,79). Điều này có thể khiến các em đánh giá sai tính nghiêm trọng của rượu bia. Bên cạnh đó, học sinh cũng nhận thức khá tốt về tiêu chuẩn quan trọng trong chẩn đoán rối loạn tâm thần đó là *"sự kéo dài của các triệu chứng"* ($\overline{M}$ = 3,03 ± 0,83).

Đối với trầm cảm và lo âu, học sinh cho thấy có nhận thức khá tốt về các triệu chứng nổi bật của hai dạng rối loạn phổ biến này. Học sinh biết được biểu hiện của rối loạn lo âu bao gồm *"tránh né những tình huống có thể khiến họ đau khổ"* ($\overline{M}$ = 3,03 ± 0,81) và *"có thể hoảng sợ trước những tình huống mà họ sợ"* ($\overline{M}$ = 3,01 ± 0,83), hay triệu chứng nổi bật của trầm cảm đó là *"mất hứng thú hoặc niềm vui trong hầu hết mọi việc"* ($\overline{M}$ = 3,00 ± 0,82). Học sinh cũng nhận thức rằng *"một người bị trầm cảm cảm thấy rất đau khổ"* ($\overline{M}$ = 2,99 ± 0,80), một biểu hiện khó quan sát hơn ở người trầm cảm.

**Bảng 5.** Thực trạng kiến thức về các vấn đề SKTT của học sinh THPT thành phố Huế

| TT | Nội dung | $\bar{M}$ | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến suy nghĩ của con người. | 3,10 | 0,79 |
| 2 | Nghiện ma túy có thể gây rối loạn tâm thần. | 3,08 | 0,79 |
| 3 | Rối loạn chức năng não bộ có thể gây ra sự phát triển của rối loạn tâm thần. | 3,00 | 0,81 |
| 4 | Một trong những triệu chứng của trầm cảm là mất hứng thú hoặc niềm vui trong hầu hết mọi việc. | 3,00 | 0,82 |
| 5 | Tình huống căng thẳng cao độ có thể gây rối loạn tâm thần. | 3,02 | 0,79 |
| 6 | Sử dụng rượu có thể gây rối loạn tâm thần. | 2,89 | 0,85 |
| 7 | Sự kéo dài của các triệu chứng là một trong những khía cạnh quan trọng để xác định xem một người có bị rối loạn tâm thần hay không. | 3,03 | 0,83 |
| 8 | Một người bị trầm cảm cảm thấy rất đau khổ. | 2,99 | 0,80 |
| 9 | Người mắc chứng rối loạn lo âu tránh né những tình huống có thể khiến họ đau khổ. | 3,03 | 0,81 |
| 10 | Chán ăn tâm thần là một loại rối loạn ăn uống có thể dẫn đến tử vong. | 2,98 | 0,82 |
| 11 | Người mắc chứng rối loạn lo âu có thể hoảng sợ trước những tình huống mà họ sợ. | 3,01 | 0,83 |
| 12 | Trong chứng cuồng ăn, để bù đắp cho việc ăn quá nhiều và ngăn ngừa tăng cân, người bệnh buộc phải nôn mửa, tập thể dục mạnh, hoặc sử dụng thuốc nhuận tràng một cách không phù hợp. | 2,89 | 0,88 |
| | **Trung bình chung** | **3,00** | **0,52** |

Tuy nhiên, nội dung liên quan đến triệu chứng và biểu hiện của các dạng rối loạn ăn uống có mức điểm thấp hơn. Một mặt, các em vẫn đồng thuận rằng *"Chán ăn tâm thần là một loại rối loạn ăn uống có thể dẫn đến tử vong"* ($\bar{M}$ = 2,98 ± 0,82), nhận thức của các em về triệu chứng của chứng cuồng ăn như *"Trong chứng cuồng ăn, để bù đắp cho việc ăn quá nhiều và ngăn ngừa tăng cân, người bệnh buộc phải nôn mửa, tập thể dục mạnh, hoặc sử dụng thuốc nhuận tràng một cách không phù hợp"* ($\bar{M}$ = 2,89 ± 0,88) có phần thấp hơn. Rối loạn ăn uống là một dạng rối loạn ít phổ biến hơn rất nhiều so với lo âu, trầm cảm (WHO, 2022), có lẽ vì vậy, các em chưa nhận thức quá rõ ràng về những biểu hiện của dạng rối loạn này.

*3.1.3. Kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ*

Bảng 6 cho thấy học sinh THPT tại thành phố Huế có nhận thức khá tốt về kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ khi bản thân và người xung quanh gặp vấn đề SKTT, với điểm trung bình chung $\bar{M}$ = 3,09 ± 0,58. Trong số các nguồn hỗ trợ, học sinh dường như xem trọng vai trò của gia đình nhất trong việc hỗ trợ chăm sóc SKTT, với nội dung *"Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ nói chuyện với bố mẹ bạn ấy"* có điểm số cao nhất ($\bar{M}$ = 3,20 ± 0,66). Tuy nhiên, trong tình huống chính bản thân học sinh mắc rối loạn tâm thần, mức độ đồng ý của học sinh về việc *"tìm đến sự giúp đỡ của gia đình"* ($\bar{M}$ = 3,04 ± 0,82) có phần thấp hơn, điều này có thể gợi ý rằng các em có phần ngần ngại trong việc nói ra vấn đề SKTT của mình với bố mẹ.

Việc tìm kiếm sự trợ giúp từ chuyên gia cũng nhận được sự đồng thuận cao từ học sinh, chẳng hạn như *"Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ khuyến khích bạn ấy tìm kiếm một nhà tâm lý học"* ($\bar{M}$ = 3,14 ± 0,82) hoặc *"...đi khám bác sĩ"* ($\bar{M}$ = 3,09 ± 0,84) và *"Nếu tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ tìm kiếm sự trợ giúp từ chuyên gia"* ($\bar{M}$ = 3,13 ± 0,83). Điều này cho thấy học sinh có nhận thức tương đối tốt về tầm quan trọng của sự hỗ trợ từ những người có chuyên môn về SKTT. Bên cạnh đó, bản thân các em cũng có thái độ tương đối sẵn sàng trong việc hỗ trợ bạn bè khi họ mắc rối loạn tâm thần ($\bar{M}$ = 3,06 ± 0,82).

**Bảng 6.** Thực trạng kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ của học sinh THPT thành phố Huế

| TT | Nội dung | $\bar{M}$ | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ khuyến khích bạn ấy tìm kiếm một nhà tâm lý học. | 3,14 | 0,82 |
| 2 | Nếu tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ tìm kiếm sự trợ giúp từ chuyên gia (chuyên viên tâm lý và/hoặc bác sĩ tâm thần). | 3,13 | 0,83 |
| 3 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ khuyến khích bạn ấy đi khám bác sĩ. | 3,09 | 0,84 |
| 4 | Nếu tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ tìm đến sự giúp đỡ của gia đình. | 3,04 | 0,82 |
| 5 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ sẵn sàng hỗ trợ bạn ấy. | 3,06 | 0,82 |
| 6 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ nói chuyện với giáo viên chủ nhiệm hoặc một giáo viên khác. | 2,99 | 0,84 |
| 7 | Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ nói chuyện với bố mẹ bạn ấy. | 3,20 | 0,66 |
| | **Trung bình chung** | 3,09 | 0,58 |

Tuy nhiên, nội dung *"Nếu một người bạn của tôi mắc rối loạn tâm thần, tôi sẽ nói chuyện với giáo viên chủ nhiệm hoặc một giáo viên khác"* có điểm trung bình thấp nhất ($\bar{M}$ = 2,99 ± 0,84), cho thấy học sinh ít có ý định tìm kiếm sự hỗ trợ từ giáo viên hơn so với gia đình hoặc chuyên gia. Đối chiếu với kết quả nghiên cứu của Thai và cộng sự (2020), học sinh ở TP. Hồ Chí Minh phần lớn tìm kiếm sự giúp đỡ từ bạn bè, gia đình. Trong khi đó, có từ 60% cho đến 74% học sinh báo cáo rằng các em không bao giờ hoặc hiếm khi tìm đến nhà tâm lý và các bác sĩ tâm thần, tỷ lệ này là 67% đối với nguồn hỗ trợ của giáo viên. Như vậy, kết quả trong nghiên cứu này đã cho thấy rằng học sinh thành phố Huế đã có thái độ tích cực hơn trong việc tìm kiếm sự hỗ trợ từ các chuyên gia khi gặp khó khăn tâm lý. Sự chênh lệch này một phần có thể xuất phát từ khoảng cách trong thời điểm nghiên cứu. Trong những năm gần đây, đặc biệt là sau đại dịch COVID-19, việc chăm sóc SKTT đã dần được xã hội lẫn nhà trường quan tâm. Nhờ đó, học sinh đã có ý thức tốt hơn về vai trò của các chuyên gia trong lĩnh vực tâm lý học, tâm thần học đối với SKTT của bản thân. Tuy nhiên, vai trò hỗ trợ của giáo viên trong việc hỗ trợ vấn đề SKTT chưa được học sinh đánh giá quá cao. Điều này có thể phản ánh rằng một số học sinh vẫn chưa có đủ niềm tin vào khả năng trợ giúp, lắng nghe không đánh giá của giáo viên đối với các vấn đề SKTT của các em. Do đó, nhà trường cần có các biện pháp nâng cao vai trò của giáo viên trong hỗ trợ SKTT thông qua các chương trình tập huấn, đồng thời khuyến khích học sinh tiếp cận nhiều nguồn hỗ trợ khác nhau để đảm bảo sự can thiệp kịp thời khi cần thiết. Để nâng cao được tính hiệu quả của công tác hỗ trợ SKTT cho học sinh, các chương trình tập huấn về kỹ năng chăm sóc và sơ cứu SKTT dành cho giáo viên và phụ huynh, vì vậy, là cấp thiết và cần được nhấn mạnh trong các chương trình tư vấn tâm lý học đường.

*3.1.4. Chiến lược tự hỗ trợ*

Kết quả trong Bảng 7 cho thấy học sinh THPT tại thành phố Huế có nhận thức khá tốt về các chiến lược tự hỗ trợ SKTT, với điểm trung bình chung $\bar{M}$ = 3,12 ± 0,64. Trong số các chiến lược được đưa ra, học sinh đánh giá cao nhất về lợi ích của việc *"trao đổi vấn đề với ai đó"* ($\bar{M}$ = 3,16 ± 0,80) đối với SKTT. Như vậy, học sinh đã nhận thức khá tốt tầm quan trọng của việc chia sẻ và tìm kiếm sự hỗ trợ từ những người xung quanh khi đối mặt với khó khăn tâm lý.

**Bảng 7.** Thực trạng chiến lược tự hỗ trợ của học sinh THPT thành phố Huế

| TT | Nội dung | $\bar{M}$ | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Giấc ngủ ngon giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. | 3,11 | 0,85 |
| 2 | Làm điều gì đó thú vị sẽ giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. | 3,12 | 0,82 |
| 3 | Duy trì một chế độ ăn uống cân bằng sẽ giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. | 3,09 | 0,84 |
| 4 | Tập thể dục giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. | 3,12 | 0,83 |
| 5 | Trao đổi vấn đề với ai đó sẽ giúp cải thiện sức khỏe tinh thần. | 3,16 | 0,80 |
| | **Trung bình chung** | 3,12 | 0,64 |

Bên cạnh đó, các chiến lược khác như *"làm điều gì đó thú vị"* ($\bar{M}$ = 3,12 ± 0,82) và *"tập thể dục"* ($\bar{M}$ = 3,12 ± 0,83) cũng được học sinh đồng tình khá cao, phản ánh sự hiểu biết của học sinh về vai trò của hoạt động giải trí và thể chất trong việc duy trì SKTT. Học sinh cũng nhận thức được tác động tích cực của *"duy trì một chế độ ăn uống cân bằng"* ($\bar{M}$ = 3,09 ± 0,84) và *"giấc ngủ ngon"* ($\bar{M}$ = 3,11 ± 0,85) đối với tinh thần, tuy nhiên mức độ đồng thuận có phần hơi thấp hơn so với các chiến lược khác. Kết quả này cho thấy đa số học sinh đã có hiểu biết đúng đắn về các biện pháp duy trì và cải thiện SKTT, tuy nhiên, cần tiếp tục nâng cao nhận

thức và khuyến khích các em thực hành các thói quen lành mạnh này một cách thường xuyên.

*3.2. Thực trạng nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông Thành phố Huế dưới lát cắt giới tính*

**Bảng 8.** Thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT dưới lát cắt giới tính

| Khía cạnh | Nam ($n_1$ = 317) | | Nữ ($n_2$ = 321) | | $t$(2, 636) |
|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{M}$ | SD | $\bar{M}$ | SD | |
| Niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT | 2,30 | 0,71 | 2,52 | 0,69 | -3,96*** |
| Kiến thức về các vấn đề SKTT | 3,07 | 0,55 | 2,94 | 0,49 | 3,20** |
| Kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ | 3,12 | 0,58 | 3,05 | 0,58 | 1,43 |
| Chiến lược tự hỗ trợ | 3,12 | 0,63 | 3,11 | 0,65 | 0,23 |
| **Nhận thức tổng thể về SKTT** | 2,93 | 0,39 | 2,91 | 0,41 | 0,80 |

*Chú thích.* $\bar{M}$: Điểm trung bình ($1 \leq \bar{M} \leq 4$); SD: Độ lệch chuẩn; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Kết quả phân tích sự khác biệt về nhận thức của học sinh nam và nữ về SKTT được trình bày ở Bảng 8. Kiểm định t cho 2 mẫu độc lập cho thấy nhìn chung, nhận thức tổng thể về SKTT của học sinh nam ($\bar{M}$ = 2,93 ± 0,39) và nữ ($\bar{M}$ = 2,91 ± 0,41) không có sự khác biệt đáng kể (p > 0,05), tuy nhiên lại có sự chênh lệch ở một số khía cạnh. Đầu tiên, về niềm tin và định kiến sai lệch, học sinh nữ có mức điểm trung bình cao hơn ($\bar{M}$ = 2,52 ± 0,69) so với học sinh nam ($\bar{M}$ = 2,30 ± 0,71), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (t(2, 636) = -3,96; p < 0,001). Điều này cho thấy học sinh nam còn mang nhiều quan niệm sai lệch về SKTT hơn so với học sinh nữ.

Ngược lại, học sinh nam đạt điểm trung bình cao hơn học sinh nữ ở toàn bộ 3 khía cạnh còn lại. Trên phương diện kiến thức về các vấn đề SKTT, học sinh nam ($\bar{M}$ = 3,07 ± 0,55) có sự chênh lệch đáng kể so với học sinh nữ ($\bar{M}$ = 2,94 ± 0,49; t(2, 636) = 3,20; p < 0,01). Tuy nhiên, trên hai phương diện nhận thức về chiến lược tự hỗ trợ và nhận thức về kỹ năng sơ cứu, tìm kiếm sự hỗ trợ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm giới tính (p > 0,05).

Kết quả này cho thấy rằng bất kể giới tính, học sinh đều có mức độ nhận thức khá tương đồng về SKTT. Trong khi học sinh nữ ít bị ảnh hưởng bởi những niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT, học sinh nam lại cho thấy có kiến thức tốt hơn về các tác nhân nguy cơ, triệu chứng của một số vấn đề SKTT phổ biến. Xuất phát từ lý do những nghiên cứu trước đây không sử dụng cùng một thang đo và không hướng đến tìm hiểu sự khác biệt giữa nhận thức về SKTT của học sinh dưới các lát cắt, nhóm nghiên cứu cũng không thể thực hiện việc đối chiếu những kết quả này ở trên các mẫu nghiên cứu khác. Tuy nhiên, bước đầu, kết quả này bước đầu gợi ý rằng cần có những chiến lược giáo dục phù hợp để giúp học sinh phát triển đồng đều các khía cạnh của nhận thức về SKTT cho học sinh trên địa bàn thành phố Huế. Công tác giáo dục, tuyên truyền về SKTT cần hướng đến giúp học sinh nam giảm bớt những quan niệm sai lệch về SKTT, đồng thời giúp học sinh nữ nâng cao kiến thức chung về lĩnh vực này. Hơn hết, việc đảm bảo rằng toàn bộ học sinh đều có kiến thức, thái độ và kỹ năng đúng đắn về chăm sóc SKTT vẫn là một thách thức quan trọng trong việc giáo dục về SKTT cho học sinh.

*3.3. Thực trạng nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông dưới lát cắt khối lớp*

**Bảng 9.** Thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT dưới lát cắt khối lớp

| Khía cạnh | Khối 10 ($n_1$ = 173) | | Khối 11 ($n_2$ = 305) | | Khối 12 ($n_3$ = 160) | | $F$(2, 635) | Post-hoc Tukey[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{M}$ | SD | $\bar{M}$ | SD | $\bar{M}$ | SD | | |
| Niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT | 2,21 | 0,70 | 2,44 | 0,69 | 2,56 | 0,71 | 11,07*** | 2>1*<br>3>1* |
| Kiến thức về các vấn đề SKTT | 2,99 | 0,60 | 3,00 | 0,48 | 3,01 | 0,51 | 0,05 | – |
| Kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ | 3,00 | 0,63 | 3,12 | 0,55 | 3,12 | 0,58 | 2,35 | – |
| Chiến lược tự hỗ trợ | 3,02 | 0,69 | 3,14 | 0,60 | 3,20 | 0,64 | 3,62* | 3>1* |
| **Nhận thức tổng thể về SKTT** | 2,84 | 0,41 | 2,94 | 0,37 | 2,97 | 0,43 | 5,15** | 2>1*<br>3>1* |

*Chú thích.* $\bar{M}$: Điểm trung bình ($1 \leq \bar{M} \leq 4$); SD: Độ lệch chuẩn; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

[a] Chỉ những chênh lệch có ý nghĩa thống kê được báo cáo trong cột Post-hoc Tukey.

Bảng 9 trình bày kết quả kiểm định so sánh thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT dưới lát cắt khối lớp. Kết quả điểm trung bình nhận thức về SKTT giữa các khối lớp cho thấy xu hướng học sinh càng lớn càng có nhận thức tốt về SKTT trên tất cả các khía cạnh. Phép kiểm định One-Way ANOVA cho thấy nhận thức tổng thể về SKTT của học sinh có sự khác biệt đáng kể giữa các khối lớp ($F(2, 635) = 5,15$, $p < 0,01$), với khối 10 có điểm thấp nhất ($\overline{M} = 2,84 \pm 0,41$), trong khi khối 11 ($\overline{M} = 2,94 \pm 0,37$) và khối 12 ($\overline{M} = 2,97 \pm 0,43$) có điểm cao hơn. Phép phân tích sâu Post-hoc Tukey chỉ ra sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa khối 11 và khối 10 ($p < 0,05$) cũng như giữa khối 12 và khối 10 ($p < 0,05$), cho thấy học sinh khối trên có nhận thức tổng thể về SKTT tốt hơn.

Đối với niềm tin và định kiến sai lệch về SKTT, học sinh khối 11 ($\overline{M} = 2,44 \pm 0,69$) và khối 12 ($\overline{M} = 2,56 \pm 0,71$) có điểm số cao hơn đáng kể so với học sinh khối 10 ($\overline{M} = 2,21 \pm 0,70$; $F(2, 635) = 11,07$; $p < 0,001$). Phép kiểm Post-hoc thể hiện rằng khối 12 và khối 11 cũng ít có những quan niệm sai lầm về SKTT hơn so với học sinh khối 10.

Về chiến lược tự hỗ trợ, học sinh khối 12 ($\overline{M} = 3,20 \pm 0,64$) có điểm cao hơn đáng kể so với khối 10 ($\overline{M} = 3,02 \pm 0,69$; $F(2, 635) = 3,62$; $p < 0,05$), phản ánh rằng các em học sinh khối lớn có nhận thức tốt hơn về các hoạt động tự chăm sóc SKTT cho bản thân so với các em khối nhỏ. Trong khi đó, không có sự khác biệt đáng kể giữa các khối lớp về kiến thức liên quan đến SKTT ($F(2, 635) = 0,05$; $p > 0,05$) và kỹ năng sơ cứu, tìm kiếm sự hỗ trợ ($F(2, 635) = 2,35$; $p > 0,05$).

Nhìn chung, kết quả phân tích cho thấy dù học sinh lớp lớn hơn có xu hướng nhận thức tốt hơn về SKTT. Điều này gợi ý rằng quá trình học tập và trải nghiệm xã hội có thể giúp học sinh lớn tuổi hơn có nhận thức đúng đắn hơn về SKTT, đặc biệt là trong việc giảm thiểu định kiến và nâng cao kỹ năng tự hỗ trợ. Theo chiều phát triển, học sinh lớn tuổi hơn có thể tiếp cận với nhiều thông tin hơn về SKTT, cùng với tích lũy nhiều trải nghiệm hơn về các vấn đề SKTT, có thể là từ bản thân, những người xung quanh, hay thông qua các phương tiện truyền thông xã hội, từ đó làm gia tăng sự đồng cảm với người gặp các vấn đề SKTT, làm giảm định kiến và nâng cao các kiến thức về chiến lược tự hỗ trợ bản thân. Tuy nhiên, sự chênh lệch về kiến thức và kỹ năng tìm kiếm sự hỗ trợ chưa rõ ràng giữa các khối. Điều này có thể gợi ý rằng để củng cố kiến thức về các vấn đề SKTT và nâng cao kỹ năng tìm kiếm sự hỗ trợ cho học sinh không đơn thuần có thể phát triển qua thời gian nếu không có sự can thiệp từ nhà trường, gia đình và xã hội. Việc nâng cao kiến thức và hình thành kỹ năng sơ cứu SKTT cho học sinh đòi hỏi việc đẩy mạnh công tác tuyên truyền, những chương trình giáo dục cụ thể về năng lực chăm sóc SKTT, không chỉ riêng cho học sinh trong nhà trường, mà còn hướng đến giáo viên và phụ huynh học sinh.

## 4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã tiến hành thích nghi công cụ đo lường nhận thức về SKTT cho thanh thiếu niên của Zare và cộng sự (2022) trên mẫu nghiên cứu và làm rõ thực trạng nhận thức về SKTT của học sinh THPT tại thành phố Huế. Kết quả cho thấy công cụ có độ tin cậy và hiệu lực cấu trúc tốt. Nhìn chung, học sinh THPT trên địa bàn thành phố Huế đã có những hiểu biết nhất định về các vấn đề SKTT, các chiến lược tự hỗ trợ và tìm kiếm sự hỗ trợ. Tuy nhiên, các em vẫn tồn tại những niềm tin, định kiến sai lầm về SKTT. Mặc dù học sinh có nhận thức khá đúng đắn về kỹ năng sơ cứu và tìm kiếm sự hỗ trợ, việc tìm kiếm sự giúp đỡ từ giáo viên vẫn chưa được đề cao. Những phát hiện từ nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tăng cường giáo dục SKTT trong nhà trường, đặc biệt là các chương trình nhằm giảm thiểu định kiến, nâng cao nhận thức về các rối loạn tâm thần và khuyến khích hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ từ nhiều nguồn khác nhau. Việc phối hợp giữa nhà trường, gia đình và các chuyên gia sẽ giúp nâng cao hiệu quả các chương trình giáo dục SKTT, góp phần xây dựng môi trường học đường an toàn và lành mạnh hơn cho học sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98. https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98

Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: Implications for school health services. *The Journal of School Nursing, 35*(2), 107–116. https://doi.org/10.1177/1059840517732125

Cristobal, E., Flavian, C., & Guinaliu, M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ) measurement validation and effects on consumer satisfaction and website loyalty. *Managing Service Quality: An International Journal, 17*(3), 317–340. https://doi.org/10.1108/09604520710744326

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Jafari, A., Tavakoly Sany, S. B., & Peyman, N. (2021). The status of health literacy in students aged 6 to 18 years: A systematic review study. *Iranian Journal of Public Health, 50*(3), 448–458. https://doi.org/10.18502/ijph.v50i3.5584

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "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

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154–158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Rusch, N., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Public knowledge and attitudes as predictors of help seeking and disclosure in mental illness. *Psychiatric Services, 62*(6), 675–678.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Quỹ Nhi đồng Liên hiệp Quốc (UNICEF). (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.* https://www.unicef.org/vietnam/vi/reports/nghien-cuu-suc-khoe-tam-than-tam-ly-xa-hoi-tre-em-viet-nam

Thai, T. T., Vu, N. L. L. T., & Bui, H. H. T. (2020). Mental health literacy and help-seeking preferences in high school students in Ho Chi Minh City, Vietnam. *School Mental Health, 12*(3), 456–467. https://doi.org/10.1007/s12310-019-09358-6

Thanh, T. L. N. (2015). *Thực trạng nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh ở một số trường trung học cơ sở tại Thành phố Hồ Chí Minh* [Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh]. http://dlib.hcmue.edu.vn/handle/SPHCM/15372

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). (2021). *Mental health atlas 2020.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes, and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry, 7*(2), 109–121. https://doi.org/10.1111/eip.12010

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes, and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry, 15*(1), 1–20. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9

Xuân, Đ. N. Á., Thành, V. M., Tiến, V. T., Diệu, V. T. V., & Thư, V. T. K. (2023). Thực trạng nhận thức về sức khỏe tâm thần của học sinh trung học phổ thông trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Khoa học – Trường Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh, 20*(9), 1650–1661. https://doi.org/10.54607/hcmue.js.20.9.3949

Zare, S., Kaveh, M. H., Ghanizadeh, A., Nazari, M., Asadollahi, A., & Zare, R. (2022). Adolescent mental health literacy questionnaire: Investigating psychometric properties in Iranian female students. *BioMed Research International, 2022*(1), 7210221. https://doi.org/10.1155/2022/7210221

# Descriptive findings on mental health literacy among secondary school students in Hue city

**Pham Nguyen Trang Ngan, Ho Hoang Bao Tran, Nguyen Thanh Hoang, Nguyen Le Phuong Thao, Nguyen Hai Hung**

*A Luoi High School, A Luoi District, Hue City*

ARTICLE INFO

*Article history:*
*Received 20 January 2025*
*Received in revised form 06 April 2025*
*Accepted 08 April 2025*
*Published 20 August 2025*

*Keywords:*
*Awareness*
*Knowledge*
*Mental health*
*High school students*

*Corresponding author:*
*Pham Nguyen Trang Ngan*
*E-mail address:*
*ms.trangngan@gmail.com*

ABSTRACT

Mental health literacy is the foundation for developing necessary skills to maintain students' mental well-being. This study investigates the current state of mental health literacy among high school students in Hue City. Data were collected from 638 students at 4 high schools through a survey using the Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire. Results indicate that students have a certain level of understanding of mental health, though it remains insufficient. Although they have moderately positive knowledge about help-seeking behavior and self-help strategies, they still hold erroneous beliefs and stereotypes, as well as limited knowledge of mental health problems. Analyses also reveal significant differences in students' mental health literacy across gender and grade groups. These findings highlight the importance of promoting mental health education for students in schools.