

Hành vi tự gây thương tích và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông tại Thành phố Hồ Chí Minh

Trần Hồ Vĩnh Lộc¹, Huỳnh Ngọc Vân Anh^{2,*}, Tô Gia Kiên³

¹Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bộ môn Thống kê và Tin học y học - Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bộ môn Quản lý y tế - Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hành vi tự gây thương tích (TGTT) và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học phổ thông (THPT) tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả chọn 976 học sinh của hai trường THPT tại TPHCM theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều bậc. Dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền gồm đặc điểm cá nhân, đặc điểm gia đình, hành vi TGTT và trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (BLTTA). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) được dùng để đánh giá trải nghiệm BLTTA. Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) đo lường hành vi TGTT. Educational Stress Scale for Adolescents (ESSA) được dùng để đánh giá áp lực học tập.

Kết quả: Tuổi trung bình của học sinh trong mẫu nghiên cứu là $17,0 \pm 0,8$ tuổi. Tỷ lệ học sinh nữ chiếm 53,4%. Tỷ lệ hành vi TGTT ở học sinh THPT là 46,9% (KTC95%: 43,7-50,1%). Số trải nghiệm BLTTA càng tăng thì tỷ lệ hành vi TGTT của học sinh cũng tăng theo. Tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT cao hơn ở nhóm học sinh khối lớp 11 ($PR_{hc}=1,22$; KTC95%:1,04-1,43), khối lớp 10 ($PR_{hc}=1,27$; KTC95%:1,08-1,50) so với khối lớp 12, nhóm học sinh nữ ($PR_{hc}=1,21$; KTC95%:1,06-1,39) so với học sinh nam, có tôn giáo ($PR_{hc}=1,13$; KTC95%:1,01-1,28) so với không tôn giáo, nhóm học sinh có học lực khá ($PR_{hc}=1,23$; KTC95%:1,01-1,50) so với nhóm học sinh có học lực dưới khá, áp lực học tập mức độ vừa ($PR_{hc}=1,41$; KTC95%:1,17-1,70) và nặng ($PR_{hc}=1,58$; KTC95%:1,31-1,90) so với mức độ nhẹ, cha mẹ sống chung ($PR_{hc}=1,67$; KTC95%:1,02-2,74) so với cha hoặc mẹ đã mất.

Kết luận: Cần thiết hỗ trợ sức khỏe tâm thần và nâng cao hành vi sức khỏe cho học sinh, đặc biệt cho học sinh lớp 10, 11, học sinh nữ và học sinh có học lực khá. Nhà trường và gia đình cần phối hợp giảm áp lực học tập, hỗ trợ khuyến khích hoạt động tinh thần lành mạnh và sự chia sẻ tích cực từ cha mẹ.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần; trẻ vị thành niên; hành vi tự gây thương tích; FASM; ACE-IQ

Ngày nhận bài: 22-11-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 23-12-2024 / Ngày đăng bài: 25-12-2024

*Tác giả liên hệ: Huỳnh Ngọc Vân Anh. Bộ môn Thống kê và Tin học y học - Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: hvnhhytcc@ump.edu.vn

© 2024 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

SELF-INJURY AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN HO CHI MINH CITY

Tran Ho Vinh Loc, Huynh Thi Van Anh, To Gia Kien

Objective: To determine the prevalence of self-injury and associated factors among high school students in Ho Chi Minh City in 2024.

Method: A cross-sectional study applied multistage sampling to recruit 976 students from two high schools in Ho Chi Minh City. Personal characteristics, Family characteristics, self-injury, and adverse childhood experiences were collected using a self-administered questionnaire. The Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) was used to measure adverse childhood experiences. The Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) was used to measure self-injury. The Educational Stress Scale for Adolescents (ESSA) was used to measure academic stress.

Results: The mean age of students was 17.0 (SD 0.8). Females represent 53.4%. The prevalence of self-injury was 46.9% (95% CI: 43.7–50.1%). The prevalence of self-injury increased with the number of adverse childhood experiences. The prevalence of self-injury was higher in 11th grade students (aPR=1.22; 95% CI: 1.04–1.43), 10th grade students (aPR=1.27; 95% CI: 1.08–1.50) compared to 12th grade students, females (aPR=1.21; 95% CI: 1.06–1.39) compared to males, students with a religious affiliation (aPR=1.13; 95% CI: 1.01–1.28) compared to those without, students with average academic performance (aPR=1.23; 95% CI: 1.01–1.50) compared to those with low academic performance, students with moderate academic stress (aPR=1.41; 95% CI: 1.17–1.70) and severe academic stress (aPR=1.58; 95% CI: 1.31–1.90) compared to those with low stress, and students with both parents living together (aPR=1.67; 95% CI: 1.02–2.74) compared to those with one or both parents deceased.

Conclusion: It is essential to provide mental health support and promote healthy behaviors among students, particularly those in grades 10 and 11, female students, and those with average academic performance. Schools and families need to work together to reduce academic stress, encourage positive mental health activities, and foster supportive communication from parents.

Keywords: mental health; adolescents; self-harm; FASM; ACE-IQ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hành vi tự gây thương tích (TGTT) là những hành động tự làm tổn thương cơ thể một cách cố ý, thường không nhằm mục đích tự tử [1]. Các hành động TGTT như cắt, đốt, cào, đánh đập bản thân hoặc tự làm đau bằng các cách khác nhau là những hành động phổ biến [2]. TGTT là cách một số người sử dụng để đối phó với cảm xúc đau khổ, căng thẳng hoặc những tình huống khó khăn trong cuộc sống [3].

Tỷ lệ tự làm hại bản thân khác nhau trên toàn cầu, nhưng đó là một mối lo ngại đáng quan tâm. Tỷ lệ lưu hành của hành vi TGTT được ghi nhận ở 38,9% đối với sinh viên đại học và dao động từ 4% đến 23% ở người trưởng thành [2]. Hành vi TGTT càng trầm trọng hơn ở trẻ vị thành niên (VTN) với tỷ

lệ lưu hành dao động từ 7,5% đến 46,5% [2]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng hành vi TGTT ảnh hưởng đến khoảng 17,7% trẻ VTN từ 10 đến 19 tuổi, với tỷ lệ cao hơn ở nữ giới (21,4%) so với nam giới (13,7%) [4]. Điều quan trọng cần lưu ý là hành vi TGTT thường liên quan đến các vấn đề tiềm ẩn về sức khỏe tâm thần. Do đó, sự can thiệp và hỗ trợ sớm có thể tạo ra sự khác biệt lớn.

Trẻ VTN có xu hướng lạm dụng hành vi TGTT với nhiều hình thức phổ biến khác nhau [2]. Những hành vi này không có tính chất làm hại người khác, nhưng trẻ có xu hướng thực hiện hành vi kín đáo, tìm kiếm cảm giác mới lạ, mãnh liệt và bất chấp hành vi nguy cơ [5]. Nhiều nghiên cứu cho thấy hành vi TGTT có xu hướng bắt đầu từ 12 đến 14 tuổi, nhưng xuất hiện nhiều nhất ở học sinh trung học phổ thông (THPT)

(23,8%) [2,6,7]. Hành vi TGTT có thể dẫn đến các rủi ro ngắn hạn như nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, sẹo vĩnh viễn và tử vong ngoài ý muốn [8]. Nếu lặp lại hành vi TGTT trong thời gian dài có thể làm trầm trọng thêm các vấn đề sức khỏe tâm thần, tăng cảm giác xấu hổ và tội lỗi, đồng thời, có xu hướng tiến triển thành các hình thức nghiêm trọng hơn [8]. Ngoài ra, mặc dù hành vi TGTT có thể giúp giảm bớt tạm thời những suy nghĩ hoặc thôi thúc tự tử, nhưng những người duy trì hành vi này trong thời gian dài lại có nguy cơ tự tử cao đáng kể [9].

Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) là trung tâm kinh tế, văn hóa và giáo dục quan trọng với hơn 239.501 học sinh trong năm học 2022 - 2023. Khảo sát hành vi TGTT ở học sinh THPT tại Việt Nam trong đó có TPHCM luôn chiếm tỷ lệ cao trong những năm gần đây. Tỷ lệ học sinh có thực hiện hành vi TGTT tại các quận nội thành là 41,4% (năm 2019), các huyện ngoại thành 46,6% (năm 2019) và trên toàn thành phố là 43,9% (năm 2021) [10-12]. Tuy nhiên, các yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi TGTT chưa được nghiên cứu đầy đủ và cập nhật theo bối cảnh hiện tại. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỷ lệ hành vi TGTT và các yếu tố liên quan ở học sinh THPT tại TPHCM năm 2024. Kết quả nghiên cứu này cung cấp các dữ liệu cập nhật, từ đó giúp cơ sở y tế, nhà trường và gia đình có những giải pháp phù hợp làm giảm hành vi TGTT ở trẻ VTN.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trong năm 2024 trên học sinh THPT tại TPHCM.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Những học sinh khối lớp 10, lớp 11, lớp 12 đang học tại 02 trường gồm Trường THPT Bình Hưng Hòa, Trường THPT Đa Phước tại thời điểm nghiên cứu, đồng ý tham gia và được phụ huynh chấp thuận cho tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại

những học sinh vắng mặt trong hai lần đến thu thập dữ liệu (do nghỉ ốm, chuyển trường, thôi học) và học sinh trả lời không đầy đủ các phần áp lực học tập, hành vi TGTT và trải nghiệm BLTTA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ. Tỷ lệ thực hiện nhiều loại hành vi TGTT khác nhau theo nghiên cứu của tác giả Thái Thanh Trúc năm 2021 là 26,1% [12]. Với hệ số thiết kế $k=3$ và 5% học sinh, phụ huynh từ chối tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu ước lượng là 939 học sinh.

2.2.3. Kỹ thuật chọn mẫu

TPHCM gồm có 16 quận, 01 thành phố thuộc nội thành và 05 huyện ngoại thành. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều bậc.

Bước 1: Nghiên cứu viên chọn ngẫu nhiên đơn bằng cách rút thăm 1 quận/thành phố thuộc nội thành (Bình Tân) và 1 huyện thuộc ngoại thành (Bình Chánh).

Bước 2: Quận Bình Tân có 05 trường THPT và huyện Bình Chánh có 6 trường THPT. Nghiên cứu viên chọn ngẫu nhiên đơn bằng cách rút thăm một trường THPT tại mỗi quận/huyện là Trường THPT Bình Hưng Hòa (quận Bình Tân) và trường THPT Đa Phước (huyện Bình Chánh).

Bước 3: Trường THPT Bình Hưng Hòa là trường công lập, có 18 lớp khối 10, có 16 lớp khối 11 và 15 lớp khối 12. Trường THPT Đa Phước là trường công lập, có 12 lớp khối 10, có 9 lớp khối 11 và 9 lớp khối 12. Nghiên cứu viên chọn thuận tiện 04 lớp trong mỗi khối (khối 10, khối 11 và khối 12) tại mỗi trường.

Bước 4: Tất cả các học sinh trong mỗi lớp được mời tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Giai đoạn chuẩn bị, nhóm nghiên cứu liên hệ nhà trường xin phép nghiên cứu và lập kế hoạch lấy mẫu.

Giai đoạn nghiên cứu thử, nghiên cứu viên gửi và thu lại các bản thông tin và đồng thuận tham gia nghiên cứu của phụ huynh và học sinh 7 ngày trước ngày thu thập dữ liệu. Sau đó, thực hiện thu thập dữ liệu trên 34 học sinh để đánh giá, chỉnh sửa bộ câu hỏi và ước lượng thời gian hoàn thành trung bình của một bộ câu hỏi.

Giai đoạn thu thập dữ liệu chính thức, nghiên cứu viên gửi và thu lại các bản thông tin và đồng thuận tham gia nghiên cứu của phụ huynh và học sinh 7 ngày trước ngày thu thập dữ

liệu. Nghiên cứu viên thu thập dữ kiện tại lớp, thu và kiểm sự hoàn thiện của các phiếu trả lời.

2.2.5. Công cụ thu thập số liệu

Dữ liệu thu thập từ tháng 02 đến tháng 04 bằng bộ câu hỏi tự điền soạn sẵn gồm đặc điểm cá nhân (trường, khối lớp, giới tính, tôn giáo, học lực, áp lực học tập) và đặc điểm gia đình (tình trạng hôn nhân của cha mẹ, số lượng con trong gia đình, nghề nghiệp của người cha, nghề nghiệp của người mẹ), hành vi TGTT và trải nghiệm BLTTA. Áp lực học tập được đánh giá bằng thang đo ESSA. Hành vi TGTT đánh giá bằng FASM. Trải nghiệm BLTTA đánh giá bằng ACE-IQ.

Thang đo áp lực học tập (Educational Stress Scale for Adolescents-ESSA) gồm 16 câu hỏi, sử dụng thang điểm Likert 5 lựa chọn từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý), tổng điểm từ 16 đến 80 điểm. Xác định mức độ áp lực học tập nhẹ (<51 điểm); vừa (51-58 điểm) và nặng (≥59 điểm). Thang đo được chứng minh có tính giá trị tốt với Cronbach's Alpha là 0,81 [13].

Thang đo hành vi TGTT (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM) bao gồm 02 phần đánh giá hành vi TGTT trong vòng một năm qua. Trong đó, phần một đánh giá 11 hành vi TGTT cùng với các hành vi TGTT khác không được liệt kê. Phần hai đánh giá 22 mục đích thực hiện hành vi TGTT cùng với các mục đích khác không được liệt kê. Thang đo được chứng minh có tính giá trị tốt với Cronbach's Alpha của phần mục đích là 0,83 [10]. Có hành vi TGTT trong vòng một năm qua khi học sinh chọn “có” thực hiện ít nhất một hành vi TGTT.

Bảng hỏi quốc tế về trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire – ACE-IQ) đánh giá 12 loại trải nghiệm BLTTA (đã lược bỏ trải nghiệm về tiếp xúc với bạo lực do chiến tranh chính trị/bạo lực tập thể để phù hợp với tình hình địa điểm nghiên cứu). Tính hợp lệ và độ tin cậy của bảng hỏi theo khuyến cáo của WHO đã được xác nhận tại nhiều quốc gia trên thế giới [14,15].

2.2.6. Nghiên cứu thử (pilot study)

Nghiên cứu thử được thực hiện trên 34 học sinh (88,2% nữ) thuộc lớp 10C17 được chọn ngẫu nhiên từ danh sách các lớp của Trường THPT Bình Hưng Hòa. Kết quả nghiên cứu thử cho thấy có độ tin cậy cao, tính giá trị tốt (Cronbach's Alpha của FASM là 0,85). Tỷ lệ học sinh thực hiện hành vi TGTT

là 61,8%. Cronbach's Alpha của thang đo ESSA là 0,74. Tỷ lệ học sinh có mức độ áp lực nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 14,7%; 55,8% và 29,4%. Tỷ lệ học sinh có từ 1 trải nghiệm BLTTA trở lên là 82,4%.

2.2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu bằng EpiData Entry Client 4.6.0.2 và xử lý dữ liệu bằng Stata 16.0. Tần số và tỷ lệ (%) để mô tả đặc điểm cá nhân (trường THPT, khối lớp, học lực, giới tính, tôn giáo, áp lực học tập), đặc điểm gia đình (tình trạng hôn nhân của cha mẹ, số lượng người con trong gia đình, nghề nghiệp của cha, nghề nghiệp của mẹ), hành vi TGTT, trải nghiệm BLTTA. Mô hình hồi quy Poisson đa biến với tùy chọn Robust xác định mối liên quan giữa hành vi TGTT với các yếu tố liên quan và lượng giá mối liên quan này bằng tỉ số tỷ lệ hiện mắc PR với KTC95%.

3. KẾT QUẢ

Tổng cộng 986 học sinh khối 10, 11, 12 thuộc Trường THPT Bình Hưng Hòa (555 học sinh) và Trường THPT Đa Phước (431 học sinh) có mặt tại thời điểm thu thập dữ liệu từ tháng 02 đến tháng 04 năm 2024. Tuy nhiên, có 10 học sinh trả lời không đầy đủ bộ câu hỏi và bị loại ra khỏi phân tích. Kết quả phân tích trên 976 học sinh (99,0%) với tuổi trung bình $17,0 \pm 0,8$ tuổi. Tỷ lệ học sinh nữ chiếm 53,4% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của học sinh tham gia nghiên cứu (n = 976)

Đặc tính		Tổng (n = 976)		Có hành vi TGTT (n = 458)	
		n	%	n	%
Giới tính	Nữ	521	53,4	275	52,8
	Nam	455	46,6	183	40,2
Khối lớp	Lớp 10	329	33,7	130	40,4
	Lớp 11	325	33,3	166	51,1
	Lớp 12	322	33,0	162	49,2
Học lực	Trung bình/Đạt	141	14,4	58	41,1
	Khá	545	55,8	275	50,5
	Giỏi/Tốt	290	29,8	125	43,1
Áp lực học tập	Nhẹ	339	34,7	109	32,2
	Vừa	357	36,6	177	49,6
	Nặng	280	28,7	172	61,4

Đặc tính		Tổng (n = 976)		Có hành vi TGTT (n = 458)	
		n	%	n	%
Tôn giáo	Có	405	41,5	213	52,6
	Không	571	58,5	245	42,9
Hôn nhân của cha mẹ	Sống chung	805	82,5	374	46,5
	Đã ly thân/ly hôn	138	14,1	73	52,9
	Cha hoặc mẹ đã mất	33	3,4	11	33,3
Số lượng con trong gia đình	Một người	131	13,4	68	51,9
	Hai người	615	63,0	288	46,8
	Từ ba người trở lên	230	23,6	102	44,4
Nghề nghiệp của cha (n=946)	Lao động tự do	354	37,4	174	49,2
	Công nhân	234	24,7	98	41,9
	Kinh doanh, buôn bán	221	23,4	102	46,2
	Nhân viên, viên chức	67	7,1	37	55,2
	Không có việc làm	36	3,8	21	61,8
Nghề nghiệp của mẹ (n=973)	Không biết/Không nhớ	34	3,6	15	41,7
	Không có việc làm	307	31,5	131	42,7
	Kinh doanh, buôn bán	210	21,6	103	49,1
	Công nhân	202	20,8	94	46,5
	Lao động tự do	175	18,0	91	52,0
	Nhân viên, viên chức	67	6,9	32	47,8

Đặc tính		Tổng (n = 976)		Có hành vi TGTT (n = 458)	
		n	%	n	%
Trải nghiệm BLTTA	Không biết /Không nhớ	12	1,2	7	58,3
	0 trải nghiệm	243	24,9	75	30,9
	1 trải nghiệm	310	31,7	133	42,9
	2 trải nghiệm	198	20,3	102	51,5
	3 trải nghiệm	113	11,6	64	56,6
	≥4 trải nghiệm	112	11,5	84	75,0

Phân bố mức độ áp lực học tập tương đối đồng đều bao gồm mức độ nhẹ (34,7%), vừa (36,6%) và nặng (28,7%). Có 458 học sinh báo cáo đã từng thực hiện ít nhất một hành vi TGTT trong một năm vừa qua chiếm tỷ lệ 46,9% (KTC95%:43,7-50,1%). Tỷ lệ học sinh có ít nhất 01 trải nghiệm BLTTA là 75,1%. Học sinh báo cáo có một trải nghiệm BLTTA chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,7% (Bảng 2).

Tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT cao hơn ở nhóm học sinh có 1 trải nghiệm BLTTA ($PR_{hc}=1,35$; KTC95%:1,08-1,68), có 2 trải nghiệm BLTTA ($PR_{hc}=1,68$; KTC95%:1,33-2,11), có 3 trải nghiệm BLTTA ($PR_{hc}=1,77$; KTC95%:1,39-2,24), có từ 4 trải nghiệm BLTTA trở lên ($PR_{hc}=2,30$; KTC95%:1,84-2,87) so với không có trải nghiệm BLTTA, khối lớp 11 ($PR_{hc}=1,22$; KTC95%:1,04-1,43), khối lớp 10 ($PR_{hc}=1,27$; KTC95%:1,08-1,50) so với khối lớp 12, nhóm học sinh nữ ($PR_{hc}=1,21$; KTC95%:1,06-1,39) so với học sinh nam, có tôn giáo ($PR_{hc}=1,13$; KTC95%:1,01-1,28) so với không có tôn giáo, nhóm học sinh có học lực khá ($PR_{hc}=1,23$; KTC95%:1,01-1,50) so với nhóm học sinh có học lực dưới khá, áp lực học tập mức độ vừa ($PR_{hc}=1,41$; KTC95%:1,17-1,70) và nặng ($PR_{hc}=1,58$; KTC95%:1,31-1,90) so với mức độ nhẹ, cha mẹ sống chung ($PR_{hc}=1,67$; KTC95%:1,02-2,74) so với cha hoặc mẹ đã mất.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến hành vi tự gây thương tích theo mô hình hồi quy đa biến ở học sinh tham gia nghiên cứu (n = 976)

Đặc tính	Hành vi TGTT			
	Giá trị p_{tho}	PR_{tho} (KTC $_{tho}$ 95%)	Giá trị p_{hc}	PR_{hc} (KTC $_{hc}$ 95%)
Trải nghiệm BLTTA				
0 trải nghiệm		1		1
1 trải nghiệm	0,005	1,39 (1,10 - 1,74)	0,008	1,35 (1,08 - 1,68)
2 trải nghiệm	<0,001	1,66 (1,32 - 2,10)	<0,001	1,68 (1,33 - 2,11)
3 trải nghiệm	<0,001	1,83 (1,43 - 2,35)	<0,001	1,77 (1,39 - 2,24)
≥ 4 trải nghiệm	<0,001	2,43 (1,95 - 3,01)	<0,001	2,30 (1,84 - 2,87)

Đặc tính	Hành vi TGTT			
	Giá trị p_{tho}	PR _{tho} (KTC _{tho} 95%)	Giá trị p_{hc}	PR _{hc} (KTC _{hc} 95%)
Khối lớp				
Lớp 12		1		1
Lớp 11	0,007	1,26 (1,06 - 1,49)	0,014	1,22 (1,04 - 1,43)
Lớp 10	0,024	1,21 (1,02 - 1,44)	0,003	1,27 (1,08 - 1,50)
Giới tính				
Nữ/Nam	< 0,001	1,31 (1,14 - 1,50)	0,005	1,21 (1,06 - 1,39)
Tôn giáo				
Có/Không	0,002	1,22 (1,07 - 1,39)	0,046	1,13 (1,01 - 1,28)
Học lực				
Dưới khá		1		1
Khá	0,062	1,22 (0,98 - 1,51)	0,038	1,23 (1,01 - 1,50)
Giỏi/Tốt	0,700	1,04 (0,82 - 1,32)	0,458	1,08 (0,87 - 1,36)
Áp lực học tập				
Nhẹ		1		1
Vừa	< 0,001	1,54 (1,27 - 1,85)	<0,001	1,41 (1,17 - 1,70)
Nặng	< 0,001	1,91 (1,59 - 2,28)	<0,001	1,58 (1,31 - 1,90)
Hôn nhân của cha mẹ				
Sống chung	0,183	1,39 (0,85 - 2,27)	0,040	1,67 (1,02 - 2,74)
Đã ly thân/ly hôn	0,075	1,58 (0,95 - 2,63)	0,129	1,48 (0,89 - 2,47)
Cha hoặc mẹ đã mất		1		1
Hồi quy Poisson đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố với hành vi TGTT, hiệu chỉnh với trải nghiệm BLTTA, khối lớp, giới tính, tôn giáo, học lực, áp lực học tập, tình trạng hôn nhân cha mẹ, số lượng người con, nghề nghiệp của cha, nghề nghiệp của mẹ				

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu xác định 46,9% (KTC95%:43,7-50,1%) học sinh THPT có thực hiện hành vi TGTT. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây trên học sinh THPT tại TPHCM và phù hợp với tỷ lệ hành vi TGTT của trẻ VTN toàn cầu, dao động từ 7,5% đến 46,5% theo tổng hợp của Cipriano A (2017) từ 53 nghiên cứu [2,11,12,16]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thấp hơn đáng kể, từ 8,5% đến 29,2% [8, 17]. Các nghiên cứu chỉ sử dụng câu hỏi đơn thuần để khảo sát hành vi TGTT với nội dung tương tự nhau như “Trong 12 tháng qua, bạn có từng TGTT cho bản thân mà không có ý định tự tử không?” hay nghiên cứu của Tang J (2018) sử dụng tiêu chí DSM-5 để đánh giá tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT [8,17,18]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hành vi TGTT được đánh giá chi tiết hơn thông qua FASM, liệt kê 11 hành vi cụ thể và rõ ràng để học sinh dễ dàng nhận biết và ghi nhận. Phương pháp nghiên cứu giải thích đến 51,6% mức độ không đồng nhất giữa các nghiên cứu ước tính về tỷ lệ hành vi TGTT [19]. Điều này cho thấy rằng các khác biệt trong thiết kế nghiên cứu, công cụ đánh giá và định nghĩa hành vi TGTT có thể ảnh hưởng đáng

kể đến kết quả ước tính tỷ lệ hành vi TGTT theo thời gian và khu vực địa lý [20].

Tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT đạt đỉnh điểm ở giai đoạn 15 tuổi đến 16 tuổi và sau đó sẽ giảm dần khi tuổi tăng lên, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Plener PL [6]. Hành vi TGTT thường xuất hiện vào giai đoạn tuổi VTN vì dễ bị tổn thương và hạn chế trong việc kiểm soát cảm xúc, bốc đồng, cô đơn [20]. Mặc dù trẻ VTN có thể nhận thức được hậu quả của những quyết định thiếu thận trọng, nhưng sự chi phối mạnh mẽ của bối cảnh cảm xúc có thể làm lệch hướng hành vi, dẫn đến những lựa chọn không hợp lý [20,21]. Đồng thời, học sinh THPT thường phải đối mặt với áp lực học tập cao do khối lượng kiến thức lớn cùng với kỳ vọng từ gia đình và xã hội. Điều này càng trở nên phức tạp khi học sinh có sự khác biệt trong mức độ yêu thích và tập trung giữa các môn học, dẫn đến biến động trong kết quả học tập. Khi kết quả không đạt được kỳ vọng, học sinh dễ rơi vào trạng thái thất vọng và căng thẳng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, học sinh chịu áp lực học tập có tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT tăng ít nhất 41%, tương tự với nghiên cứu của Li X năm 2019 tại Trung Quốc (46%) [22]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của James KM năm 2019 chỉ ra rằng

trẻ VTN nữ có nguy cơ duy trì hành vi TGTT suốt đời cao hơn khi phải chịu đựng mức độ phê bình cao từ người mẹ, so với những trẻ chỉ trải qua mức độ phê bình thấp [23]. Điều này nhấn mạnh rằng áp lực và sự phê bình quá mức từ những người xung quanh như gia đình, thầy cô khi kết quả không đạt yêu cầu có thể tác động tiêu cực đến tâm lý, trở thành yếu tố nguy cơ quan trọng đối với hành vi TGTT ở học sinh.

Sự khác biệt về cấu trúc não bộ và khả năng nhận thức giữa nam và nữ góp phần vào sự khác biệt trong cách ứng phó với các thay đổi tiêu cực trong cuộc sống. Về mặt nhận thức, học sinh nam có xu hướng tự đề xuất các chiến lược hành động và giải quyết vấn đề tốt hơn, trong khi học sinh nữ thường chọn cách đối phó theo cảm xúc nhiều hơn [24,25]. Đồng thời, học sinh nữ dễ bị tổn thương về mặt tâm lý và có xu hướng nội tâm hơn so với học sinh nam, khiến cho tỷ lệ và mức độ phụ thuộc vào hành vi TGTT ở học sinh nữ gia tăng [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế, cho thấy nguy cơ thực hiện hành vi TGTT ở trẻ VTN nữ cao hơn so với trẻ VTN nam [16,18]. Một số nghiên cứu không cho thấy khác biệt về giới tính trong hành vi TGTT [10,12,16]. Các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần liên quan đến hành vi TGTT cần được thực hiện cho cả học sinh nam và nữ, nhưng cần ưu tiên cho nữ sinh.

Mặt khác, học sinh có niềm tin vào sự phát triển con người theo mỗi tôn giáo khác nhau. Học sinh có xu hướng thực hiện hành vi TGTT để nhanh chóng xóa bỏ những suy nghĩ mà học sinh cho rằng sai lệch với quy chuẩn. Việc thường xuyên nghi ngờ và đặt câu hỏi về niềm tin tôn giáo, hoặc cảm thấy bản thân đang bị trừng phạt, có thể gây ra đau khổ tâm lý cho một số cá nhân [26]. Điều này có thể làm tăng nguy cơ thực hiện hành vi TGTT như một cách để đối phó với những cảm xúc tiêu cực này [26].

Những học sinh có càng nhiều trải nghiệm BLTTA thì tỷ lệ thực hiện hành vi TGTT càng cao. Các nghiên cứu sử dụng công cụ khảo sát khác nhau nhưng có sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Li X (2019) phát hiện học sinh có nhiều khả năng thực hiện hành vi TGTT hơn khi có sự tích lũy trải nghiệm BLTTA [22]. Khi có sự tích lũy trải nghiệm BLTTA ở các phân nhóm một trải nghiệm ($OR_{hc}=1,63$; $KTC95\%:1,02-2,60$), có hai trải nghiệm ($OR_{hc}=4,89$; $KTC95\%:3,01-6,96$) và có từ ba đến năm trải nghiệm ($OR_{hc}=5,48$; $KTC95\%:2,72-8,51$) thì tỷ lệ hành vi

TGTT cao hơn. Về cơ chế sinh học, trải nghiệm BLTTA tác động tiêu cực đến trẻ VTN như thay đổi cấu trúc não, trục hạ đồi-tuyến yên-thượng thận và các cytokine gây viêm tuần hoàn [3]. Điều này ảnh hưởng đến chức năng của các vùng não bộ như lập kế hoạch, giải quyết vấn đề, tự điều chỉnh hành vi và quản lý cảm xúc thông qua sự kích thích quá mức của căng thẳng độc hại từ trải nghiệm BLTTA đối với các chất dẫn truyền thần kinh và hormone của não bộ [22].

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ theo đề cương nghiên cứu; sử dụng công cụ khảo sát là bộ câu hỏi tự điền được thiết kế đơn giản, từ ngữ rõ ràng, dễ hiểu, phù hợp với trẻ VTN. Mặc dù vậy, nghiên cứu cũng có một số hạn chế. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả chỉ phản ánh thực trạng của học sinh mà không có khả năng suy diễn mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, mục đích chính của nghiên cứu là xác định tỷ lệ hành vi TGTT. Nhiều yếu tố trong nghiên cứu có thể xác định xảy ra trước khi có thực hiện hành vi TGTT như tuổi, giới tính, áp lực học tập. Các yếu tố này cũng được xác định ở các nghiên cứu trước đây [2,22]. Nghiên cứu được thực hiện tại hai trường THPT của hai quận/huyện thuộc TPHCM nên giá trị ngoại suy của kết quả cần được cân nhắc. Tuy nhiên, đặc điểm giới tính của học sinh trong nghiên cứu phù hợp với tình hình dân số chung tại TPHCM (nam giới chiếm 48,5%, nữ giới chiếm 51,5%) [27]. Tình hình học tập phù hợp với các nghiên cứu trước đây được thực hiện tại TPHCM [28]. Do đó, kết quả nghiên cứu này có thể được dùng làm tài liệu tham khảo có giá trị cho nhà trường, gia đình và các nhà quản lý y tế trên địa bàn TPHCM.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hành vi TGTT ở học sinh THPT tại TPHCM ở mức cao. Các yếu tố bao gồm trải nghiệm BLTTA, áp lực học tập vừa, áp lực học tập cao, giới tính nữ, khối lớp 10, khối lớp 11, có tín ngưỡng tôn giáo và cha mẹ sống chung đều làm tăng tỷ lệ hành vi TGTT. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của việc hỗ trợ sức khỏe tâm thần và nâng cao hành vi sức khỏe cho học sinh. Nhà trường và gia đình cần phối hợp để giảm tải áp lực học tập, khuyến khích các hoạt động tinh thần lành mạnh và chia sẻ tích cực từ cha mẹ nhằm hỗ trợ tốt hơn cho học sinh.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn học sinh, Thầy Cô tại Trường THPT Bình Hưng Hòa Trường THPT Đa Phước và Đại học Y Dược TPHCM đã hỗ trợ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này được Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cấp kinh phí theo hợp đồng số 139/2024/HĐ-ĐHYD, ngày 17 tháng 4 năm 2024.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Trần Hồ Vĩnh Lộc

<https://orcid.org/0009-0007-2463-5747>

Huỳnh Ngọc Vân Anh

<https://orcid.org/0000-0003-2746-2048>

Tô Gia Kiên

<https://orcid.org/0000-0001-5038-5584>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh

Thu thập dữ liệu: Trần Hồ Vĩnh Lộc

Giám sát nghiên cứu: Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên

Nhập dữ liệu: Trần Hồ Vĩnh Lộc

Quản lý dữ liệu: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh

Phân tích dữ liệu: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên

Viết bản thảo đầu tiên: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Tô Gia Kiên

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Trần Hồ Vĩnh Lộc, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 276/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 01/02/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Society for the Study of Self-Injury. What is self-injury? International Society for the Study of Self-Injury. 2007. <https://www.itriples.org/what-is-nssi>.
2. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1946.
3. Wang YJ, Li X, Xu DW, et al. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *Eclinical Medicine*. 2022;46:101350.
4. Denton E, Álvarez K. The global prevalence of nonsuicidal self-injury among adolescents. *JAMA Network Open*. 2024;7(6):e2415406-e.
5. Tran My Khanh, Nguyen Hoang Ngoc Lam, Nguyen Thi Hoai An. Concepts and awareness about self-harm and suicidal thoughts among high school students currently. *GPH-International Journal of Social Science Humanities Research*. 2023;6(10):15-30.
6. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder emotion dysregulation*. 2015;2:1-11.
7. Barrocas AL, Giletta M, Hankin BL, Prinstein MJ, Abela JRZ. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015;43:369-80.
8. Tang J, Li G, Chen B, et al. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China. 2018;226:188-95.
9. Herzog S, Choo TH, Galfalvy H, et al. Effect of non-suicidal self-injury on suicidal ideation: real-time monitoring study. *The British Journal of Psychiatry*. 2022;221(2):485-7.
10. Phạm Văn Thảo. Hành vi tự gây tổn thương ở học sinh THPT tại các quận nội thành TP. Hồ Chí Minh. Khóa

- luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2019.
11. Nguyễn Phương Thảo. Hành vi tự làm tổn thương ở học sinh Trung học Phổ thông các huyện ngoại thành thành phố Hồ Chí Minh. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019.
12. Thai Thanh Truc, Jones Mairwen K, Nguyen Thao Phuong, Pham Thao Van, Bui Thi Han Hy, Kim Xuan Loan, et al. The prevalence, correlates and functions of non-suicidal self-injury in Vietnamese adolescents. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021;2021:14:1915-27.
13. Sun J, Dunne MP, Hou XY, Xu AQ. Educational stress scale for adolescents: development, validity, and reliability with Chinese students. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2011;29(6):534-46.
14. Kidman R, Smith D, Piccolo LR, Kohler HP. Psychometric evaluation of the adverse childhood experience international questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse Neglect*. 2019;92:139-45.
15. Agbaje OS, Nnaji CP, Nwagu EN, et al. Adverse childhood experiences and psychological distress among higher education students in Southeast Nigeria: an institutional-based cross-sectional study. *Archives of Public Health*. 2021;79(1):62.
16. Poudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):96.
17. Nemati H, Sahebihagh MH, Mahmoodi M, Ghiasi A, Ebrahimi H, et al. Non-suicidal self-injury and its relationship with family psychological function and perceived social support among Iranian high school students. *Journal of Research in Health Sciences*. 2020;20(1):e00469.
18. Jeong JY, Kim DH. Gender differences in the prevalence of and factors related to non-suicidal self-injury among middle and high school students in South Korea. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2021;18(11):5965.
19. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self - injury in nonclinical samples: Systematic review, meta - analysis and meta - regression. *Suicide Life - Threatening Behavior*. 2014;44(3):273-303.
20. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19:1-8.
21. Sylwester Robert. The adolescent brain: Reaching for autonomy: Corwin Press. 2007.
22. Li X, Zheng H, Tucker W, et al. Research on relationships between sexual identity, adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury among rural high school students in less developed areas of China. *International of Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(17):3158.
23. James KM, Gibb BE. Maternal criticism and non-suicidal self-injury in school-aged children. *Psychiatry Research*. 2019;273:89-93.
24. Luders Eileen, Toga Arthur W. Sex differences in brain anatomy. *Progress in Brain Research*. 2010;186:2-12.
25. Jiang Z, Wang Z, Diao Q, et al. The relationship between negative life events and non-suicidal self-injury (NSSI) among Chinese junior high school students: the mediating role of emotions. *Annals of General Psychiatry*. 2022;21(1):45.
26. Good M, Hamza C, Willoughby T. A longitudinal investigation of the relation between nonsuicidal self-injury and spirituality/religiosity. *Psychiatry Research*. 2017;250:106-12.
27. Cục Thống kê Thành phố Hồ Chí Minh. Niên giám thống kê Thành phố Hồ Chí Minh. 2023.
28. Phạm Minh Quang. Tỉ lệ chịu áp lực học tập và mối liên quan với lo âu ở học sinh trung học phổ thông Giồng Ông Tố, Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2023.