

Ý KIẾN VỀ VIỆC TÌM KIẾM SỰ TRỢ GIÚP KHI CÓ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA PHỤ NỮ CÁC TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

PGS.TS. Đỗ Ngọc Khanh

Viện Tâm lý học.

TÓM TẮT

Rối loạn sức khỏe tâm thần khá phổ biến trên thế giới, tuy nhiên số người tiếp cận các dịch vụ sức khỏe phù hợp, chuyên nghiệp còn nhiều hạn chế, trong khi có nhiều hậu quả tiêu cực cho người bệnh nếu không được chẩn đoán và chữa trị kịp thời. Nghiên cứu này thực hiện trên 332 phụ nữ các tỉnh miền núi phía Bắc bằng thang đo Ý kiến về bệnh tâm thần (OMI), Trầm cảm (PHQ-9), Lo âu (GAD-7) và Bạo lực gia đình (CTS). Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 78,8% số phụ nữ cho rằng, cần chữa trị cho người có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Các hình thức tìm kiếm sự trợ giúp theo thứ tự ưu tiên là nói chuyện với bạn, tìm chuyên gia tâm lý, đến gặp bác sĩ tâm thần, uống thuốc bắc và cầu cúng. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ tìm đến các hình thức trợ giúp giữa các nhóm phụ nữ có trình độ học vấn, công việc, thái độ đối với sức khỏe tâm thần, thực trạng sức khỏe tâm thần và tình trạng bị bạo lực gia đình khác nhau.

Từ khóa: Tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề sức khỏe tâm thần; Sức khỏe tâm thần.

Ngày nhận bài: 22/6/2019; Ngày duyệt đăng bài: 25/7/2019.

1. Mở đầu

Người có vấn đề về sức khỏe tâm thần khá phổ biến trên thế giới, đặc biệt là phụ nữ. Theo thống kê mới nhất của Viện Sức khỏe Tâm thần Mỹ, cứ mỗi 5 người lớn Mỹ thì có 1 người mắc bệnh về tâm thần (46,6 triệu người chiếm 18,9% dân số Mỹ trong năm 2017) và tỷ lệ phụ nữ có vấn đề về sức khỏe tâm thần lớn hơn nam giới (22,3% so với 15,1%) (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.html>). Không chỉ ở Mỹ, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) nghiên cứu so sánh 6 quốc gia đang phát triển và 8 quốc gia phát triển cho thấy, tỷ lệ mắc vấn đề sức khỏe tâm thần ở 14 quốc gia này là cao và các nước châu Á có tỷ lệ người có rối loạn tâm thần thấp hơn (Demyttenaere

và cộng sự, 2013). Tương tự, phân tích 27 nghiên cứu trên 150.000 người từ 16 các nước châu Âu cho thấy 27% số người có ít nhất một rối loạn tâm thần trong 12 tháng qua (Wittchen và Jacobi, 2005).

Các vấn đề sức khỏe tinh thần gây ra nhiều khó khăn trong cuộc sống cho người bệnh. Các cá nhân có rối loạn tâm thần có nguy cơ bị suy giảm chất lượng sống, khó khăn trong học tập, giảm năng suất lao động, nghèo đói, gặp các vấn đề xã hội, dễ bị lạm dụng và các vấn đề về sức khỏe (Kessler và cộng sự, 1995; Lund và cộng sự, 2011). Vấn đề rối loạn tâm thần không chỉ ảnh hưởng đến cá nhân người bệnh, người nhà của bệnh nhân cũng bị ảnh hưởng không nhỏ về kinh tế vì họ không thể dành toàn bộ thời gian để đi làm, cuộc sống căng thẳng khi phải chăm sóc người bệnh (Baronet A.M., 1999).

Tuy tỷ lệ người có rối nhiễu tâm thần cao trên thế giới, nhưng số người được chữa trị không lớn. SAMHSA ước tính trong năm 2007 có ít hơn một nửa số người có nhu cầu được chăm sóc sức khỏe tâm thần nhận được sự trợ giúp (SAMSHA, 2007). Tương tự Wang và cộng sự (2005) báo cáo rằng có khoảng 60% người bệnh rối loạn tâm thần không được chữa trị và trong số những người được chữa trị thì chỉ có 32% nhận được trị liệu phù hợp nhất. Ngay cả các nước phát triển như Mỹ và Úc thì số người có rối loạn tâm thần được chữa trị cũng rất khiêm tốn (năm 2007 chỉ có 1/4 số người bệnh ở Mỹ được chữa trị) (Jenkins và cộng sự, 2009). Chỉ hơn 1/3 số người ở Úc (chiếm 34,9%) đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn tâm thần đã sử dụng dịch vụ (Burgess và cộng sự, 2009). Nghiên cứu ở 16 nước châu Âu cho thấy, chỉ có 26% số ca được hưởng dịch vụ từ chuyên gia sức khỏe (Wittchen và Jacobi, 2005). WHO so sánh 14 nước khác nhau và báo cáo rằng có từ 35,5% đến 50,3% các ca nặng ở các nước phát triển và từ 76,3% đến 85,4% ở các nước kém phát triển không nhận được chữa trị trong 12 tháng (dẫn theo Demyttenaere và cộng sự, 2013). Các nghiên cứu trên cũng cho thấy có nhiều hậu quả tiêu cực nếu người bệnh không được chẩn đoán và chữa trị kịp thời và một hậu quả đau khổ nhất có thể dự đoán được đó là tự sát. Theo Harris và Barraclough (1997), có từ 60 đến 90% các hành vi tự sát đều có liên quan đến một vài dạng rối loạn tâm thần và lạm dụng chất.

Các vấn đề về sức khỏe tinh thần có thể được giải quyết nếu có sự hỗ trợ kịp thời và phù hợp, đặc biệt là liệu pháp tâm lý. Ví dụ, trị liệu nhận thức hành vi được phát hiện là có hiệu quả với bệnh OCD (lo lắng ám ảnh cưỡng chế) (Meyer, 1966; Meyer và Levy, 1973; Meyer, Levy và Schnurer, 1974). Tuy nhiên, trên thế giới và đặc biệt ở Việt Nam, thái độ kỳ thị với bệnh tâm thần còn lớn, vì vậy ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự hỗ trợ của người bệnh. Rickwood và cộng sự đã tổng quan các nghiên cứu về việc tìm kiếm hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần của thanh niên. Kết quả cho thấy một trong những yếu tố ảnh

hướng đến việc tìm kiếm hỗ trợ là thái độ tiêu cực đối với việc tìm kiếm sự hỗ trợ (như niềm tin rằng sự hỗ trợ của chuyên gia không hiệu quả), niềm tin rằng tốt hơn hết là tự mình giải quyết vấn đề, sự thiếu hụt năng lực cảm xúc, hạn chế hiểu biết về các dấu hiệu của các vấn đề sức khỏe tinh thần và nỗi sợ các điều tiếng về vấn đề sức khỏe tinh thần (Rickwood và cộng sự, 2005, 2007).

Sự kỳ thị của công chúng về bệnh tinh thần làm cho những cá nhân có nhu cầu dùng dịch vụ sức khỏe tinh thần có thể trải nghiệm sự tiến thoái lưỡng nan trong tìm kiếm điều trị vì cảm thấy áp lực từ các nguồn lực bên ngoài hoặc thái độ tiêu cực của chính họ đối với việc chăm sóc sức khỏe tinh thần (De Mendonca Lima, Levav, Jacobsson và Rutz, 2003). Cá nhân tìm kiếm trị liệu cho sức khỏe tinh thần có thể trải nghiệm sự xa lánh xã hội của bạn bè, gia đình và người quen (Wahl, 1999). Trong nghiên cứu của Leaf và cộng sự, kết quả cho thấy, có 23% số khách thể tin rằng, gia đình họ sẽ tức giận nếu họ tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe tinh thần (Leaf và cộng sự, 1987). Những người có nhu cầu có thể tránh né tìm kiếm trị liệu bởi định kiến về bệnh tinh thần quá mạnh mẽ nên họ thà chịu đựng một mình hơn là có nguy cơ trở thành tâm điểm cho sự chế nhạo khi là khách hàng của dịch vụ sức khỏe tinh thần (Paris, 1996, dẫn theo Allison Crowe, 2015, Corrigan và Penn, 1999). Một ảnh hưởng tiêu cực có thể là những người cần được giúp đỡ chủ động tránh né tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia sức khỏe tinh thần. Sự định kiến và nỗi sợ hãi mang định kiến là các yếu tố giải thích cơ bản tại sao nhiều người có rối loạn tâm thần không tìm kiếm hoặc trì hoãn tìm kiếm sự giúp đỡ (Klin và Lemish, 2008 - dẫn theo Courtney McQuoid, 2010).

Không chỉ bản thân người bệnh mà các nhà nghiên cứu trước đây cũng cho rằng thái độ tiêu cực với bệnh tinh thần của các nhà chuyên môn có thể sản sinh ra cảm giác tuyệt vọng, cảm thấy trị liệu không có kết quả (Cohen, 1990), cảm thấy không muốn cung cấp dịch vụ cho người bệnh (Cohen, 1990; Minkoff, 1987) cũng làm cho người bệnh khó tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Ngoài nỗi sợ hãi chung về sự kỳ thị, sự tự tin và tin tưởng vào các dịch vụ sức khỏe tâm thần và chuyên gia là những yếu tố chính ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự chăm sóc sức khỏe tâm thần (Paris, 1996). Sự tự tin của cá nhân về khả năng của chuyên gia có thể cung cấp sự hỗ trợ đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành thái độ của người bệnh đến việc tìm kiếm chữa trị.

Kiến thức về sức khỏe tâm thần cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tìm kiếm sự trợ giúp về sức khỏe tâm thần. Phần lớn các cá nhân có khả năng phân biệt các vấn đề khác nhau của sức khỏe tâm thần thường tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp (Von Sydow và Reimer, 2001).

Việc tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên nghiệp cũng phụ thuộc vào niềm tin về khả năng đối phó với bệnh của cá nhân (Paris, 1996). Những người tin rằng

việc chữa trị sức khỏe tâm thần là đau đớn hoặc gây nghiện sẽ ít tìm kiếm sự chữa trị (Allen, Walker, Shergill, D'Ath và Katona, 1998).

Vị thế xã hội cũng ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự hỗ trợ về sức khỏe tâm thần. Những người ở tầng lớp kinh tế xã hội cao hơn có xu hướng nhìn nhận trị liệu tâm lý tích cực hơn những người ở tầng lớp kinh tế xã hội thấp hơn (Von Sydow và Reimer, 2001). Tương tự, những cá nhân có thu nhập thấp có xu hướng có nhiều rào cản tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hơn những người có thu nhập cao (Leaf và cộng sự, 1987).

Các nghiên cứu cũng cho thấy, chủng tộc đóng vai trò quan trọng trong việc tìm kiếm hỗ trợ khi gặp các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Những người không phải da trắng có niềm tin rằng việc tư vấn với các thành viên của giáo sĩ hoặc bác sĩ gia đình là có ích cho các vấn đề sức khỏe tâm thần hơn người da trắng (Leaf và cộng sự, 1987). Gonzalez, Alegria và Prihada (2005) đã phát hiện ra rằng người Mỹ gốc Phi có thái độ tích cực hơn về trị liệu sức khỏe tâm thần hơn người da trắng.

Các cá nhân đã được trị liệu tâm lý trước đây có thái độ tích cực hơn về việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Những người có tiền sử bệnh tâm thần có xu hướng đồng ý nhiều hơn rằng vấn đề sức khỏe tâm thần cần được chữa trị bởi một chuyên gia về sức khỏe tâm thần chứ không phải bạn bè và giáo sĩ (Lasoski và Thelen, 1987).

Như vậy, đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về hành vi tìm kiếm sự trợ giúp về sức khỏe tâm thần. Các kết quả khá thống nhất khi cho rằng số người có vấn đề về sức khỏe tâm thần là cao, trong khi số người được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần không lớn, ngay cả ở các nước phát triển. Có một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sự trợ giúp về sức khỏe tâm thần là thái độ kỳ thị với bệnh, kiến thức về sức khỏe tinh thần, giới tính, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế xã hội, sự tin tưởng vào dịch vụ, trải nghiệm sử dụng dịch vụ, trình độ học vấn, dân tộc. Ở Việt Nam, các nghiên cứu này còn nhiều hạn chế, đặc biệt là nghiên cứu trên đối tượng là phụ nữ ở vùng miền núi phía Bắc. Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về hành vi tìm kiếm sự trợ giúp về sức khỏe tâm thần và một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm của phụ nữ các tỉnh miền núi phía Bắc.

2. Phương pháp và mẫu nghiên cứu

Mẫu định lượng là 332 phụ nữ đã kết hôn tuổi từ 18 đến 75 tuổi (tuổi trung bình là 40,75), trong đó có 107 phụ nữ ở Lào Cai, chiếm 32,3% (huyện Cam Đường và Sa Pa), 168 phụ nữ ở Quảng Ninh, chiếm 50,7% (huyện Hoành Bồ, Hạ Long và Vân Đồn) và 56 phụ nữ ở Hà Giang, chiếm 17% (huyện Hoàng Su Phì).

Về trình độ học vấn, 7,8% số khách thể có trình độ trung cấp trở lên, 40,8% số phụ nữ có trình độ trung học phổ thông, 41,1% số người có trình độ trung học cơ sở, 6,0% số nữ chỉ học hết tiểu học và 4,4% số khách thể không biết chữ.

Trong mẫu chọn có 12,2% số phụ nữ ở nhà làm nội trợ, 7,6% số nữ đã về hưu, 12,2% số phụ nữ buôn bán tự do, 0,3% số người làm trong lực lượng vũ trang, 28,1% số phụ nữ làm công ăn lương, còn lại 39,4% số phụ nữ làm nghề nông.

3. Công cụ nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu chính được sử dụng là khảo sát bằng bảng hỏi.

Đối với việc tìm hiểu thái độ của phụ nữ về vấn đề tâm thần: sử dụng thang đo Ý kiến về bệnh tinh thần (Opinion about Mental Illness (OMI) Scale) do Cohen và Stuenkel (1962) phát triển, sau đó đã được Taylor (1981) sửa đổi để khảo sát thực tiễn về niềm tin và cảm giác, về nguyên nhân, bản chất, trị liệu và chẩn đoán bệnh tinh thần. Thang đo này mô tả một trường hợp phụ nữ 30 tuổi với các biểu hiện của trầm cảm/lo âu. Có 39 mệnh đề (item) về ý kiến (cả đúng và sai) liên quan tới nguyên nhân, triệu chứng trầm cảm/lo âu của nhân vật, ý kiến đánh giá tích cực hoặc tiêu cực của khách thể nghiên cứu đối với nhân vật và cảm xúc tiêu cực của người trả lời nếu họ ở vào hoàn cảnh của nhân vật. Thái độ của người trả lời được đánh giá theo thang Likert từ 1 điểm đến 4 điểm (1- hoàn toàn không đồng ý, 4- hoàn toàn đồng ý) với các ý kiến được nêu ra (Antonak và Livneh, 1988). Điểm trung bình càng cao, thái độ tiêu cực về vấn đề sức khỏe tinh thần càng lớn. Độ tin cậy Alpha của Cronbach của thang đo trên mẫu khách thể 332 phụ nữ trong nghiên cứu này là 0,854.

Các hình thức hỗ trợ về các vấn đề sức khỏe tâm thần mà phụ nữ tìm kiếm là thang đo tự thiết kế gồm 5 câu hỏi về các phương án lựa chọn sự hỗ trợ nếu gia đình có người có vấn đề về sức khỏe tinh thần với hai phương án trả lời là đúng (1 điểm) và sai (0 điểm). Điểm trung bình càng lớn thì mức độ tìm kiếm sự hỗ trợ càng cao. Độ tin cậy Alpha của Cronbach của thang đo trên mẫu khách thể 332 phụ nữ trong nghiên cứu này là 0,645.

Để đo lường bạo hành trong gia đình, nghiên cứu sử dụng thang đo Chiến thuật giải quyết mâu thuẫn (Conflict Tactics Scale - CTS) đã được dùng rộng rãi từ năm 1972 với sự tham gia của hơn 70.000 khách thể nghiên cứu đa dạng về văn hóa, bao gồm người Mỹ gốc Phi (Cazenave và Straus, 1979; DuRant, Cadenhead, Pen-dergrast, Slavens và Linder, 1994; Hampton, Gelles và Harrop, 1989), người Mỹ gốc Tây Ban Nha (Kaufman Kantor, Jasinski và Aldarondo, 1994). Thang đo CTS gồm 46 câu hỏi về mức độ thường xuyên của người chồng có hành vi bạo hành đối với người vợ với thang đo từ 0 đến 3

điểm (0 điểm ứng với không bao giờ xảy ra, 1 điểm ứng với 1 lần xảy ra, 2 điểm ứng với vài lần xảy ra và 3 điểm ứng với nhiều lần xảy ra). Điểm trung bình càng cao ứng với mức độ bạo hành càng thường xuyên.

Thang đo Trầm cảm PHQ-9 và thang đo Lo âu GAD-7 được sử dụng để so sánh những phụ nữ có vấn đề sức khỏe tinh thần và hành vi tìm kiếm sự trợ giúp.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder -7) là thang để đánh giá các biểu hiện lo âu gồm 7 câu hỏi về tần suất xảy ra các phản ứng cơ thể trong vòng 2 tuần qua với các mức độ: 0 là “không ngày nào”, 1 là “vài ngày”, 2 là “hơn một nửa số ngày”, 3 là “gần như mọi ngày” Thang GAD được sử dụng rộng rãi trong thực hành và nghiên cứu tâm lý lâm sàng. Trong nghiên cứu này, hệ số Alpha của Cronbach của toàn bộ bảng hỏi là 0,85.

Mức độ lo âu được tính điểm theo chuẩn của thang đo theo thực hành lâm sàng như sau: cộng điểm của 7 câu, tổng điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 21. Phân loại theo tổng điểm như sau:

Điểm 0 - 4: Không lo âu;

Điểm 5 - 9: Lo âu nhẹ;

Điểm 10 - 14: Lo âu vừa;

Điểm 15 - 21: Lo âu nặng.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire - 9) được dự án “Thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng: thí điểm mô hình chăm sóc kết hợp từng bước” do Quỹ Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam thực hiện dịch và sửa đổi thích nghi nên có độ hiệu lực và độ tin cậy cao khi dùng cho người Việt Nam. PHQ-9 gồm các câu hỏi về 9 biểu hiện về 4 mặt nhận thức, cảm xúc, hành vi, sinh lý và 1 câu về chức năng sống là tiêu chuẩn bắt buộc để sàng lọc.

Những triệu chứng này phải kéo dài ít nhất trong 2 tuần. Mỗi câu trả lời được gán cho giá trị từ 0 - 3, theo mức độ tăng dần: 0- không ngày nào, 1- vài ngày (1 - 7 ngày), 2- hơn một nửa số ngày (8 - 11 ngày), 3- gần như mọi ngày (12 - 14 ngày). Trong nghiên cứu này, hệ số Alpha của Cronbach của thang đo là 0,89.

Cách đánh giá trầm cảm như sau:

Trước hết, cần xem điểm của câu 10 (đánh giá chức năng của cá nhân). Cá nhân chỉ được coi là trầm cảm khi kém chức năng và có cảm giác trầm buồn hoặc mất hứng thú (câu 1 hoặc câu 2). Trong trường hợp điểm của câu 10 nhỏ hơn 1 và 1 hoặc 2 câu đầu (mất hứng thú trong các hoạt động hoặc cảm thấy trầm buồn) có điểm nhỏ hơn 2 thì không trầm cảm, mặc dù điểm của 9 câu đầu có cao đến mức nào.

Những trường hợp có điểm câu 10 lớn hơn 1 và câu 1 hoặc câu 2 có

Về trình độ học vấn, 7,8% số khách thể có trình độ trung cấp trở lên, 40,8% số phụ nữ có trình độ trung học phổ thông, 41,1% số người có trình độ trung học cơ sở, 6,0% số nữ chỉ học hết tiểu học và 4,4% số khách thể không biết chữ.

Trong mẫu chọn có 12,2% số phụ nữ ở nhà làm nội trợ, 7,6% số nữ đã về hưu, 12,2% số phụ nữ buôn bán tự do, 0,3% số người làm trong lực lượng vũ trang, 28,1% số phụ nữ làm công ăn lương, còn lại 39,4% số phụ nữ làm nghề nông.

3. Công cụ nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu chính được sử dụng là khảo sát bằng bảng hỏi.

Đối với việc tìm hiểu thái độ của phụ nữ về vấn đề tâm thần: sử dụng thang đo Ý kiến về bệnh tinh thần (Opinion about Mental Illness (OMI) Scale) do Cohen và Stuenkel (1962) phát triển, sau đó đã được Taylor (1981) sửa đổi để khảo sát thực tiễn về niềm tin và cảm giác, về nguyên nhân, bản chất, trị liệu và chẩn đoán bệnh tinh thần. Thang đo này mô tả một trường hợp phụ nữ 30 tuổi với các biểu hiện của trầm cảm/lo âu. Có 39 mệnh đề (item) về ý kiến (cả đúng và sai) liên quan tới nguyên nhân, triệu chứng trầm cảm/lo âu của nhân vật, ý kiến đánh giá tích cực hoặc tiêu cực của khách thể nghiên cứu đối với nhân vật và cảm xúc tiêu cực của người trả lời nếu họ ở vào hoàn cảnh của nhân vật. Thái độ của người trả lời được đánh giá theo thang Likert từ 1 điểm đến 4 điểm (1- hoàn toàn không đồng ý, 4- hoàn toàn đồng ý) với các ý kiến được nêu ra (Antonak và Livneh, 1988). Điểm trung bình càng cao, thái độ tiêu cực về vấn đề sức khỏe tinh thần càng lớn. Độ tin cậy Alpha của Cronbach của thang đo trên mẫu khách thể 332 phụ nữ trong nghiên cứu này là 0,854.

Các hình thức hỗ trợ về các vấn đề sức khỏe tâm thần mà phụ nữ tìm kiếm là thang đo tự thiết kế gồm 5 câu hỏi về các phương án lựa chọn sự hỗ trợ nếu gia đình có người có vấn đề về sức khỏe tinh thần với hai phương án trả lời là đúng (1 điểm) và sai (0 điểm). Điểm trung bình càng lớn thì mức độ tìm kiếm sự hỗ trợ càng cao. Độ tin cậy Alpha của Cronbach của thang đo trên mẫu khách thể 332 phụ nữ trong nghiên cứu này là 0,645.

Để đo lường bạo hành trong gia đình, nghiên cứu sử dụng thang đo Chiến thuật giải quyết mâu thuẫn (Conflict Tactics Scale - CTS) đã được dùng rộng rãi từ năm 1972 với sự tham gia của hơn 70.000 khách thể nghiên cứu đa dạng về văn hóa, bao gồm người Mỹ gốc Phi (Cazenave và Straus, 1979; DuRant, Cadenhead, Pen-dergrast, Slavens và Linder, 1994; Hampton, Gelles và Harrop, 1989), người Mỹ gốc Tây Ban Nha (Kaufman Kantor, Jasinski và Aldarondo, 1994). Thang đo CTS gồm 46 câu hỏi về mức độ thường xuyên của người chồng có hành vi bạo hành đối với người vợ với thang đo từ 0 đến 3

điểm (0 điểm ứng với không bao giờ xảy ra, 1 điểm ứng với 1 lần xảy ra, 2 điểm ứng với vài lần xảy ra và 3 điểm ứng với nhiều lần xảy ra). Điểm trung bình càng cao ứng với mức độ bạo hành càng thường xuyên.

Thang đo Trầm cảm PHQ-9 và thang đo Lo âu GAD-7 được sử dụng để so sánh những phụ nữ có vấn đề sức khỏe tinh thần và hành vi tìm kiếm sự trợ giúp.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder -7) là thang để đánh giá các biểu hiện lo âu gồm 7 câu hỏi về tần suất xảy ra các phản ứng cơ thể trong vòng 2 tuần qua với các mức độ: 0 là “không ngày nào”, 1 là “vài ngày”, 2 là “hơn một nửa số ngày”, 3 là “gần như mọi ngày” Thang GAD được sử dụng rộng rãi trong thực hành và nghiên cứu tâm lý lâm sàng. Trong nghiên cứu này, hệ số Alpha của Cronbach của toàn bộ bảng hỏi là 0,85.

Mức độ lo âu được tính điểm theo chuẩn của thang đo theo thực hành lâm sàng như sau: cộng điểm của 7 câu, tổng điểm thấp nhất là 0 và cao nhất là 21. Phân loại theo tổng điểm như sau:

Điểm 0 - 4: Không lo âu;

Điểm 5 - 9: Lo âu nhẹ;

Điểm 10 - 14: Lo âu vừa;

Điểm 15 - 21: Lo âu nặng.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire - 9) được dự án “Thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng: thí điểm mô hình chăm sóc kết hợp từng bước” do Quỹ Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam thực hiện dịch và sửa đổi thích nghi nên có độ hiệu lực và độ tin cậy cao khi dùng cho người Việt Nam. PHQ-9 gồm các câu hỏi về 9 biểu hiện về 4 mặt nhận thức, cảm xúc, hành vi, sinh lý và 1 câu về chức năng sống là tiêu chuẩn bắt buộc để sàng lọc.

Những triệu chứng này phải kéo dài ít nhất trong 2 tuần. Mỗi câu trả lời được gán cho giá trị từ 0 - 3, theo mức độ tăng dần: 0- không ngày nào, 1- vài ngày (1 - 7 ngày), 2- hơn một nửa số ngày (8 - 11 ngày), 3- gần như mọi ngày (12 - 14 ngày). Trong nghiên cứu này, hệ số Alpha của Cronbach của thang đo là 0,89.

Cách đánh giá trầm cảm như sau:

Trước hết, cần xem điểm của câu 10 (đánh giá chức năng của cá nhân). Cá nhân chỉ được coi là trầm cảm khi kém chức năng và có cảm giác trầm buồn hoặc mất hứng thú (câu 1 hoặc câu 2). Trong trường hợp điểm của câu 10 nhỏ hơn 1 và 1 hoặc 2 câu đầu (mất hứng thú trong các hoạt động hoặc cảm thấy trầm buồn) có điểm nhỏ hơn 2 thì không trầm cảm, mặc dù điểm của 9 câu đầu có cao đến mức nào.

Những trường hợp có điểm câu 10 lớn hơn 1 và câu 1 hoặc câu 2 có

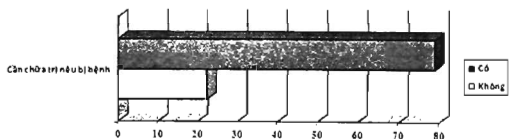
điểm lớn hơn 2 được đánh giá có biểu hiện trầm cảm khi điểm tổng đáp ứng tiêu chuẩn. Cụ thể, điểm của 9 mặt biểu hiện được cộng lại (trong mỗi mặt biểu hiện chỉ lấy điểm của câu có điểm cao nhất), (có một vài mặt biểu hiện như tâm trạng, ăn, ngủ... có từ 2 đến 3 câu hỏi) tổng điểm cao nhất = 27. Các mức trầm cảm được tính như sau:

- 0 - 4 điểm: không trầm cảm;
- 5 - 9 điểm: có nguy cơ;
- 10 - 14 điểm: trầm cảm nhẹ;
- 15 - 19 điểm: trầm cảm vừa;
- 20 - 27 điểm: trầm cảm nặng.

Thang đo Sự hài lòng với cuộc sống hôn nhân gồm 15 mệnh đề, đề cập đến các mặt trong cuộc sống hôn nhân. Thang đo được Bahr Weiss và Đỗ Ngọc Khanh phát triển và sử dụng trong nghiên cứu ở Việt Nam. Thang Likert 4 mức độ: 0 ứng với hoàn toàn không hài lòng, 1- Hài lòng một ít, 2- Khá hài lòng và 3- Rất hài lòng. Điểm trung bình (ĐTB) càng cao, mức độ hài lòng càng lớn, ĐTB tối đa có giá trị bằng 3 (Khanh Do Ngọc và cộng sự, 2013).

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Quan niệm về việc điều trị nếu có vấn đề về sức khỏe tinh thần



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phụ nữ đi chữa trị nếu gặp các vấn đề sức khỏe tinh thần

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số phụ nữ (chiếm 78,8%) cho rằng, cần phải đi chữa trị nếu phát hiện có các vấn đề về sức khỏe tinh thần, chứng tỏ thái độ của phụ nữ biểu hiện ở nhận thức về sự tìm kiếm sự trợ giúp đối với vấn đề sức khỏe tinh thần là khá tích cực và khá cởi mở. Như vậy, mặc dù thái độ kỳ thị đối với những người trầm cảm và người có vấn đề về sức khỏe tinh

thần thể hiện ở việc xa lánh người bệnh là tương đối, tuy nhiên điều này không ảnh hưởng đến việc người phụ nữ cho rằng, họ phải đi tìm kiếm sự trợ giúp khi có bệnh. Kết quả này có vẻ như không thống nhất với nhận định của các nhà nghiên cứu trên thế giới khi cho rằng, thái độ kỳ thị đối với những người có vấn đề sức khỏe tinh thần làm cho người bệnh ít tìm kiếm sự giúp đỡ. Cá nhân tìm kiếm trị liệu cho sức khỏe tinh thần có thể trải nghiệm sự xa lánh xã hội của bạn bè, gia đình và người quen (Wahl, 1999). Trong nghiên cứu của Leaf và cộng sự, có 23% trong 3.058 người dân tuổi từ 18 trở lên tin rằng, gia đình họ sẽ tức giận nếu họ tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe tinh thần (Leaf và cộng sự, 1987). Những người có vấn đề về sức khỏe tinh thần chủ động tránh né tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia sức khỏe tinh thần vì họ sợ hãi định kiến và hậu quả tiêu cực của nó, bao gồm sự sợ hãi trở thành tâm điểm của sự chế nhạo, miệt thị (Corrigan và Penn, 1999; Klin và Lemish, 2008 dẫn theo Courtney McQuoid, 2010). Các nghiên cứu ít ỏi ở Việt Nam cũng cho thấy, người Việt có định kiến cao về vấn đề sức khỏe tinh thần. Ví dụ, Gold (1992) báo cáo “vấn đề tâm thần bị người Việt Nam cho là một vết nhơ lớn - do đó khó có thể thảo luận những vấn đề này mà không đánh thức cảm giác xấu hổ”. Chính vì vậy, họ thường không tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, người Việt Nam ít tìm kiếm sự giúp đỡ trong các cơ sở lâm sàng hơn các nước khác.

4.2. Các hình thức trợ giúp mà người phụ nữ mong muốn tìm kiếm khi có các vấn đề về sức khỏe tinh thần

Kết quả trình bày ở bảng 1 cho thấy, phụ nữ ở các tỉnh miền núi phía Bắc thường mong muốn ưu tiên tìm kiếm bạn bè để tâm sự nếu họ có các vấn đề về sức khỏe tinh thần (chiếm 85,2%). Bạn bè luôn là chỗ dựa về tinh thần, vì vậy, tỷ lệ phụ nữ cho rằng họ sẽ tìm kiếm bạn bè để tâm sự, giải tỏa vấn đề tâm lý của mình cao là hợp lý. Tuy nhiên, bạn bè chỉ có thể giúp những người có vấn đề về sức khỏe tinh thần cảm thấy được chia sẻ, được quan tâm để họ cảm thấy thoải mái hơn, chứ bạn bè không phải là nơi có thể giúp người phụ nữ điều trị các vấn đề sức khỏe tinh thần. Chính vì vậy, có nhiều phụ nữ song song với việc sẽ đi gặp bạn bè để giải tỏa, họ cũng sẽ đi gặp chuyên gia tâm lý (chiếm 83,6%) và đến bác sĩ tâm thần (chiếm 73%) để được giúp đỡ. Có vẻ như kết quả này chỉ là sự mong ước của phụ nữ vì với điều kiện cơ sở y tế hiện tại của những vùng khó khăn thì việc tìm được chuyên gia tâm lý có tay nghề để hỗ trợ họ là điều khó khăn. Tuy nhiên, với tỷ lệ tương đối lớn phụ nữ cho rằng, mình muốn đi gặp chuyên gia về sức khỏe tinh thần cũng thể hiện thái độ của phụ nữ các tỉnh miền núi phía Bắc đã được nâng cao. Có thể vẫn còn khó khăn trong việc thiếu hụt đội ngũ chuyên gia về sức khỏe tinh thần, trong khi người dân vẫn còn phụ thuộc vào phương pháp chữa trị những vấn đề sức khỏe

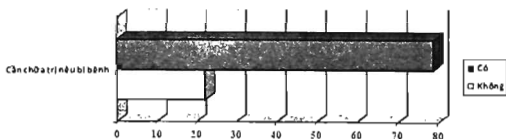
điểm lớn hơn 2 được đánh giá có biểu hiện trầm cảm khi điểm tổng đáp ứng tiêu chuẩn. Cụ thể, điểm của 9 mặt biểu hiện được cộng lại (trong mỗi mặt biểu hiện chỉ lấy điểm của câu có điểm cao nhất), (có một vài mặt biểu hiện như tâm trạng, ăn, ngủ... có từ 2 đến 3 câu hỏi) tổng điểm cao nhất = 27. Các mức trầm cảm được tính như sau:

- 0 - 4 điểm: không trầm cảm;
- 5 - 9 điểm: có nguy cơ;
- 10 - 14 điểm: trầm cảm nhẹ;
- 15 - 19 điểm: trầm cảm vừa;
- 20 - 27 điểm: trầm cảm nặng.

Thang đo Sự hài lòng với cuộc sống hôn nhân gồm 15 mệnh đề, đề cập đến các mặt trong cuộc sống hôn nhân. Thang đo được Bahr Weiss và Đỗ Ngọc Khanh phát triển và sử dụng trong nghiên cứu ở Việt Nam. Thang Likert 4 mức độ: 0 ứng với hoàn toàn không hài lòng, 1- Hài lòng một ít, 2- Khá hài lòng và 3- Rất hài lòng. Điểm trung bình (ĐTB) càng cao, mức độ hài lòng càng lớn, ĐTB tối đa có giá trị bằng 3 (Khanh Do Ngọc và cộng sự, 2013).

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Quan niệm về việc điều trị nếu có vấn đề về sức khỏe tinh thần



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phụ nữ đi chữa trị nếu gặp các vấn đề sức khỏe tinh thần

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số phụ nữ (chiếm 78,8%) cho rằng, cần phải đi chữa trị nếu phát hiện có các vấn đề về sức khỏe tinh thần, chứng tỏ thái độ của phụ nữ biểu hiện ở nhận thức về sự tìm kiếm sự trợ giúp đối với vấn đề sức khỏe tinh thần là khá tích cực và khá cởi mở. Như vậy, mặc dù thái độ kỳ thị đối với những người trầm cảm và người có vấn đề về sức khỏe tinh

thần thể hiện ở việc xa lánh người bệnh là tương đối, tuy nhiên điều này không ảnh hưởng đến việc người phụ nữ cho rằng, họ phải đi tìm kiếm sự trợ giúp khi có bệnh. Kết quả này có vẻ như không thống nhất với nhận định của các nhà nghiên cứu trên thế giới khi cho rằng, thái độ kỳ thị đối với những người có vấn đề sức khỏe tinh thần làm cho người bệnh ít tìm kiếm sự giúp đỡ. Cá nhân tìm kiếm trị liệu cho sức khỏe tinh thần có thể trải nghiệm sự xa lánh xã hội của bạn bè, gia đình và người quen (Wahl, 1999). Trong nghiên cứu của Leaf và cộng sự, có 23% trong 3.058 người dân tuổi từ 18 trở lên tin rằng, gia đình họ sẽ tức giận nếu họ tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe tinh thần (Leaf và cộng sự, 1987). Những người có vấn đề về sức khỏe tinh thần chủ động tránh né tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia sức khỏe tinh thần vì họ sợ hãi định kiến và hậu quả tiêu cực của nó, bao gồm sự sợ hãi trở thành tâm điểm của sự chế nhạo, miệt thị (Corrigan và Penn, 1999; Klin và Lemish, 2008 - dẫn theo Courtney McQuoid, 2010). Các nghiên cứu ít ỏi ở Việt Nam cũng cho thấy, người Việt có định kiến cao về vấn đề sức khỏe tinh thần. Ví dụ, Gold (1992) báo cáo “vấn đề tâm thần bị người Việt Nam cho là một vết nhơ lớn - do đó khó có thể thảo luận những vấn đề này mà không đánh thức cảm giác xấu hổ” Chính vì vậy, họ thường không tìm kiếm sự hỗ trợ chuyên môn. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, người Việt Nam ít tìm kiếm sự giúp đỡ trong các cơ sở lâm sàng hơn các nước khác.

4.2. Các hình thức trợ giúp mà người phụ nữ mong muốn tìm kiếm khi có các vấn đề về sức khỏe tinh thần

Kết quả trình bày ở bảng 1 cho thấy, phụ nữ ở các tỉnh miền núi phía Bắc thường mong muốn ưu tiên tìm kiếm bạn bè để tâm sự nếu họ có các vấn đề về sức khỏe tinh thần (chiếm 85,2%). Bạn bè luôn là chỗ dựa về tinh thần, vì vậy, tỷ lệ phụ nữ cho rằng họ sẽ tìm kiếm bạn bè để tâm sự, giải tỏa vấn đề tâm lý của mình cao là hợp lý. Tuy nhiên, bạn bè chỉ có thể giúp những người có vấn đề về sức khỏe tinh thần cảm thấy được chia sẻ, được quan tâm để họ cảm thấy thoải mái hơn, chứ bạn bè không phải là nơi có thể giúp người phụ nữ điều trị các vấn đề sức khỏe tinh thần. Chính vì vậy, có nhiều phụ nữ song song với việc sẽ đi gặp bạn bè để giải tỏa, họ cũng sẽ đi gặp chuyên gia tâm lý (chiếm 83,6%) và đến bác sỹ tâm thần (chiếm 73%) để được giúp đỡ. Có vẻ như kết quả này chỉ là sự mong ước của phụ nữ vì với điều kiện cơ sở y tế hiện tại của những vùng khó khăn thì việc tìm được chuyên gia tâm lý có tay nghề để hỗ trợ họ là điều khó khăn. Tuy nhiên, với tỷ lệ tương đối lớn phụ nữ cho rằng, mình muốn đi gặp chuyên gia về sức khỏe tinh thần cũng thể hiện thái độ của phụ nữ các tỉnh miền núi phía Bắc đã được nâng cao. Có thể vẫn còn khó khăn trong việc thiếu hụt đội ngũ chuyên gia về sức khỏe tinh thần, trong khi người dân vẫn còn phụ thuộc vào phương pháp chữa trị những vấn đề sức khỏe

thần và bạn bè không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,22$ và $0,38$ tương ứng).

Sự khác biệt trong mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp cho vấn đề tâm thần bằng đông y có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tuy nhiên không theo xu hướng trình độ học vấn cao hay thấp mà phụ thuộc vào từng nhóm trình độ học vấn khác nhau. Ví dụ, nhóm phụ nữ có trình độ trung học cơ sở có tỷ lệ tìm đến đông y cao nhất, sau đó đến nhóm có trình độ trung học phổ thông, tiếp theo là nhóm tiểu học và thấp nhất là nhóm cao đẳng/đại học và nhóm không biết chữ.

Xu hướng trình độ học vấn càng cao càng có hành vi tìm kiếm sự trợ giúp lành mạnh còn được thể hiện qua tỷ lệ người tìm đến thầy cúng, bói toán càng cao khi trình độ học vấn của họ càng thấp ($p < 0,001$), nhóm phụ nữ không biết chữ có mức độ tìm đến thầy cúng là cao nhất và nhóm phụ nữ có trình độ cao đẳng/đại học tìm đến thầy cúng là thấp nhất.

Bảng 2: So sánh quan niệm tìm kiếm dịch vụ giúp đỡ sức khỏe tâm thần giữa các nhóm phụ nữ có trình độ học vấn khác nhau

Tìm kiếm giúp đỡ khi có vấn đề sức khỏe tinh thần	Trình độ học vấn (%)					p
	Không biết chữ	Tiểu học	THCS	THPT	Cao đẳng/đại học	
Chuyên gia tâm lý	41,2	71,4	84,0	91,3	91,7	< 0,001
Bác sỹ tâm thần	57,1	61,8	51,8	41,6	54,2	0,20
Đông y	50,0	79,4	82,5	64,8	70,8	< 0,001
Thầy cúng	53,8	41,7	20,7	15,2	16,7	< 0,001
Bạn bè	76,9	91,4	81,9	88,7	95,8	0,38

Xét về tổng thể thì nhóm phụ nữ có trình độ học vấn thấp nhất (không biết chữ) có tỷ lệ số người tìm đến các chuyên gia tâm lý, bác sỹ tâm thần, bạn bè và đông y để được giúp đỡ về vấn đề tâm thần là thấp nhất, trong khi có tỷ lệ tìm đến thầy cúng, chiếm tỷ lệ cao nhất. Ngược lại, nhóm phụ nữ có trình độ học vấn cao có tỷ lệ tìm đến chuyên gia tâm lý và bạn bè cao nhất và ít tìm đến phương pháp bói toán, cúng bái nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu đi trước khi tìm thấy rằng có mối quan hệ giữa trình độ học vấn và thái độ đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu trước đây tìm thấy, có mối tương quan thuận giữa trình độ học vấn và sự chấp nhận trị liệu

cho vấn đề sức khỏe tâm thần (Leaf và cộng sự, 1987). Điều đáng ngạc nhiên là càng ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy cá nhân càng có trình độ học vấn cao càng có thái độ tiêu cực đối với những người sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần (Freidl và cộng sự, 2003).

4.3.2. Theo việc làm

Kết quả kiểm định Chi-bình phương cho thấy giữa các nhóm phụ nữ có công việc khác nhau có tỷ lệ mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần là khác nhau trong các loại hình trợ giúp như sử dụng đông y và cúng bái (Chi-square có giá trị $p < 0,05$ và $p < 0,01$) và không có sự khác biệt trong việc tìm kiếm nhà tâm lý, bác sỹ tâm thần và bạn bè. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ phụ nữ tìm kiếm sự hỗ trợ từ chuyên gia tâm lý là khá cao trong các nhóm phụ nữ làm công ăn lương, buôn bán tự do (chiếm 90,1%), sau đó nhóm phụ nữ buôn bán tự do (chiếm 90%), nhóm nội trợ (chiếm 84%), nhóm hưu trí (chiếm 80%) và thấp nhất là nhóm làm nông nghiệp (chiếm 77,2%). Như vậy, nhận thức của nhóm phụ nữ làm nông nghiệp về dịch vụ tư vấn tâm lý cho người có vấn đề về sức khỏe tâm thần là thấp nhất, điều này hoàn toàn có thể hiểu được vì kiến thức về sức khỏe tâm thần của nhóm này cũng rất thấp.

Thái độ đối với loại hình chữa trị sức khỏe tâm thần theo tây y được nhóm phụ nữ nội trợ đánh giá tích cực nhất, nhưng cũng chỉ có 59% số người làm nội trợ muốn tìm đến bác sỹ tâm thần khi họ có vấn đề về sức khỏe tâm thần. Tuy tỷ lệ phụ nữ làm các công việc khác như làm nông nghiệp, hưu trí và buôn bán tìm đến bác sỹ tâm thần là ít hơn nhóm nội trợ, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (tỷ lệ lần lượt là 54,2% và 46%). Nhóm phụ nữ làm công ăn lương có tỷ lệ mong muốn tìm đến bác sỹ tâm thần là ít hơn cả (chiếm 37,8%). Như vậy, thái độ của phụ nữ đối với dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần từ các chuyên gia tâm lý là không tích cực. Nhóm phụ nữ làm công ăn lương có tỷ lệ đến với bác sỹ tâm thần ít hơn các nhóm khác có vẻ một phần do sợ bị kỳ thị. Có một số ý kiến cho rằng: “*Sợ khi đến bệnh viện khám sẽ bị đồng nghiệp nói là mình bị tâm thần và sợ họ không muốn kết bạn với mình nữa*” (phụ nữ 42 tuổi). Cũng có ý kiến cho rằng họ sợ “*xấu hổ lắm khi mọi người biết, họ sẽ coi thường mình*”.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê lớn nhất giữa các nhóm phụ nữ có công việc khác nhau thể hiện trong mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp bằng biện pháp mang tính mê tín dị đoan ($p < 0,001$). Nhóm phụ nữ làm công ăn lương và buôn bán tự do ít muốn sử dụng biện pháp này trong khi nhóm làm nông nghiệp, hưu trí và nội trợ có xu hướng sử dụng nhiều hơn. Cũng như vậy, nhóm làm nội trợ cũng có xu hướng sử dụng thuốc đông y khi bị rối nhiễu tâm thần nhiều hơn các nhóm khác.

Mong muốn dùng đông y để điều trị vấn đề sức khỏe tinh thần cũng có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các nhóm phụ nữ có công việc khác nhau. Nhóm hưu trí có ý muốn sử dụng đông y nhiều hơn các nhóm khác, trong khi nhóm làm công ăn lương có tỷ lệ người mong muốn dùng đông y là thấp nhất mặc dù tỷ lệ vẫn cao (chiếm 63,3%).

Bảng 3: So sánh tỷ lệ phụ nữ mong muốn tìm kiếm dịch vụ giúp đỡ sức khỏe tâm thần giữa các nhóm có công việc khác nhau

Tìm kiếm giúp đỡ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần	Tình trạng việc làm (%)					p
	Làm công ăn lương	Làm nông nghiệp	Nội trợ	Buôn bán tự do	Hưu trí	
Chuyên gia tâm lý	90,1	77,2	84,6	90,0	84,0	0,14
Bác sỹ tâm thần	37,8	54,2	59,0	46,2	54,2	0,11
Đông y	63,3	80,7	71,7	66,7	87,5	0,03
Thầy cúng	11,1	29,2	33,3	7,7	29,2	< 0,01
Bạn bè	88,9	84,0	82,1	90,0	91,7	0,76

4.4. Mối quan hệ giữa mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp của phụ nữ với thái độ và thực trạng sức khỏe tâm thần của phụ nữ

4.4.1. Thái độ đối với sức khỏe tinh thần của phụ nữ

Thái độ tiêu cực về vấn đề sức khỏe tinh thần của người phụ nữ có liên quan đến mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần của họ. Kết quả so sánh T-test cho thấy, những phụ nữ có xu hướng không đi tìm chuyên gia tâm lý mà thay vào đó là đi cúng ở chùa khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần là nhóm có xu hướng có cảm xúc tiêu cực nếu bị trầm cảm/lo âu, niềm tin không khỏi bệnh, có mức độ xa lánh người bệnh trầm cảm và có các vấn đề xã hội cao hơn nhóm sẽ đi tìm kiếm chuyên gia tâm lý và không đi lễ chùa. Ngược lại, nhóm sẽ tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý và không đi lễ chùa có mức độ cảm xúc tiêu cực, xa lánh xã hội thấp hơn và sự đồng cảm cao hơn nhóm không tìm kiếm chuyên gia tâm lý và đi cúng ở chùa. Như vậy, mong muốn tìm kiếm sự hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần theo cách truyền thống của phụ nữ có liên quan đến thái độ thể hiện ở mặt cảm xúc tiêu cực và hành vi xa lánh xã hội đối với những người bị trầm cảm và lo âu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, không có sự khác biệt giữa các nhóm phụ nữ đi tìm sự trợ giúp của bác sỹ tâm thần hay uống thuốc bắc/thuốc nam hay bạn bè khi

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các nhóm phụ nữ có công việc khác nhau. Nhóm hưu trí có ý muốn sử dụng đông y nhiều hơn các nhóm khác, trong khi nhóm làm công ăn lương có tỷ lệ người mong muốn dùng đông y là thấp nhất mặc dù tỷ lệ vẫn cao (chiếm 63,3%).

Bảng 3: So sánh tỷ lệ phụ nữ mong muốn tìm kiếm dịch vụ giúp đỡ sức khỏe tâm thần giữa các nhóm có công việc khác nhau

Tìm kiếm giúp đỡ khi có vấn đề sức khỏe tâm thần	Tình trạng việc làm (%)					P
	Làm công ăn lương	Làm nông nghiệp	Nội trợ	Buôn bán tự do	Hưu trí	
Chuyên gia tâm lý	90,1	77,2	84,6	90,0	84,0	0,14
Bác sỹ tâm thần	37,8	54,2	59,0	46,2	54,2	0,11
Đông y	63,3	80,7	71,7	66,7	87,5	0,03
Thầy cúng	11,1	29,2	33,3	7,7	29,2	< 0,01
Bạn bè	88,9	84,0	82,1	90,0	91,7	0,76

4.4. Mối quan hệ giữa mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp của phụ nữ với thái độ và thực trạng sức khỏe tâm thần của phụ nữ

4.4.1. Thái độ đối với sức khỏe tinh thần của phụ nữ

Thái độ tiêu cực về vấn đề sức khỏe tinh thần của người phụ nữ có liên quan đến mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần của họ. Kết quả so sánh T-test cho thấy, những phụ nữ có xu hướng không đi tìm chuyên gia tâm lý mà thay vào đó là đi cúng ở chùa khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần là nhóm có xu hướng có cảm xúc tiêu cực nếu bị trầm cảm/lo âu, niềm tin không khỏi bệnh, có mức độ xa lánh người bệnh trầm cảm và có các vấn đề xã hội cao hơn nhóm sẽ đi tìm kiếm chuyên gia tâm lý và không đi lễ chùa. Ngược lại, nhóm sẽ tìm kiếm sự trợ giúp tâm lý và không đi lễ chùa có mức độ cảm xúc tiêu cực, xa lánh xã hội thấp hơn và sự đồng cảm cao hơn nhóm không tìm kiếm chuyên gia tâm lý và đi cúng ở chùa. Như vậy, mong muốn tìm kiếm sự hỗ trợ khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần theo cách truyền thống của phụ nữ có liên quan đến thái độ thể hiện ở mặt cảm xúc tiêu cực và hành vi xa lánh xã hội đối với những người bị trầm cảm và lo âu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, không có sự khác biệt giữa các nhóm phụ nữ đi tìm sự trợ giúp của bác sỹ tâm thần hay uống thuốc bắc/thuốc nam hay bạn bè khi

có vấn đề về sức khỏe tinh thần ở mức độ xa lánh người bệnh và định kiến cá nhân đối với những người bệnh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, những người có mức độ cảm xúc đối với người trầm cảm/lo âu hay có vấn đề về sức khỏe tinh thần tiêu cực hơn thường ở nhóm không uống thuốc nam/ thuốc bắc mà đi gặp bác sỹ tâm thần. Như vậy, kết quả nghiên cứu này phù hợp với các kết quả nghiên cứu ở nước ngoài cho rằng, thái độ thành kiến đối với bệnh tinh thần càng cao thì hành vi tìm kiếm sự trợ giúp càng thấp ở cách thức đi tìm chuyên gia tâm lý và uống thuốc nam/ thuốc bắc, ngược với cách thức trợ giúp của bác sỹ tâm thần, cúng chùa.

Bảng 4: So sánh thái độ kỳ thị của phụ nữ trong hai nhóm có mong muốn và không có mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp

Thái độ	Những cách thức hỗ trợ khi có vấn đề	Không	Có	t
Cảm xúc tiêu cực nếu bị trầm cảm	Đi cúng ở chùa	2,30	2,51	-2,77**
	Tìm chuyên gia tâm lý	2,63	2,27	4,86 **
	Uống thuốc nam, thuốc bắc	2,45	2,29	2,38**
	Đi gặp bác sỹ tâm thần	2,26	2,41	1,95*
Xa lánh những người bị trầm cảm	Đi cúng ở chùa	2,07	2,48	-4,71**
	Tìm chuyên gia tâm lý	2,34	2,10	2,79**
Xa lánh những người có vấn đề sức khỏe tâm thần	Đi cúng ở chùa	2,17	2,44	-3,42**
	Tìm chuyên gia tâm lý	2,52	2,18	4,00**
Không thể khỏi	Đi cúng ở chùa	1,90	2,09	-3,43**
	Tìm chuyên gia tâm lý	2,25	1,89	6,26**
	Đi gặp bác sỹ tâm thần để lấy thuốc tây	1,86	1,99	2,27**
Lỗi của người bệnh	Điều trị bằng thuốc nam/ thuốc bắc	2,40	2,25	2,72**
Đồng cảm với người bệnh	Tìm chuyên gia tâm lý	2,07	2,88	-2,69**
	Điều trị bằng thuốc nam/ thuốc bắc	2,93	2,78	2,75**
	Tìm đến bạn bè để giải tỏa	2,67	2,88	2,77**

Ghi chú: **: Mức độ có ý nghĩa dưới 0,01.

4.4.2. Sức khỏe tinh thần ở hai nhóm phụ nữ có mong muốn và không có mong muốn tìm sự hỗ trợ về sức khỏe tâm thần

Bảng 5: So sánh thực trạng sức khỏe tinh thần của phụ nữ trong nhóm có mong muốn và không có mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần

	Nơi tìm kiếm sự giúp đỡ	Tìm kiếm giúp đỡ		t
		Sai	Đúng	
Tình trạng sức khỏe thể chất	Chuyên gia tâm lý	12,51	9,36	-3,76 **
	Đi cúng chùa	8,54	13,56	6,26**
	Đến gặp bạn bè để giải tỏa	7,21	10,33	2,93**
Mức độ hài lòng với cuộc sống gia đình	Chuyên gia tâm lý	2,10	1,95	-2,58**
	Điều trị bằng thuốc nam/thuốc bắc	1,91	2,04	2,63**
	Đến gặp bạn bè để giải tỏa	2,13	1,94	-2,45**
Mức độ lo âu (GAD-7)	Đi gặp bác sỹ tâm thần	5,95	7,07	2,18**
	Đi cúng ở chùa	6,23	8,12	3,85**
Mức độ trầm cảm (PHQ-9)	Chuyên gia tâm lý	15,62	11,14	-5,18**
	Đi cúng ở chùa	10,73	15,70	5,83**

Ghi chú: **: Mức độ có ý nghĩa dưới 0,01.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt về mức độ thực trạng sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần giữa hai nhóm phụ nữ có tìm kiếm và không tìm kiếm sự trợ giúp từ chuyên gia tâm lý, tâm thần, đi cúng ở chùa hay đến gặp bạn bè để giải tỏa khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần. Nhóm phụ nữ tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia tâm lý khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần có tình trạng sức khỏe thể chất tốt hơn, tuy nhiên, mức độ hài lòng với cuộc sống gia đình thấp hơn, mức độ trầm cảm thấp hơn nhóm không tìm kiếm sự trợ giúp từ chuyên gia tâm lý ($p < 0,01$). Ngược lại, những phụ nữ đi cúng ở chùa khi có vấn đề sức khỏe tinh thần là nhóm có tình trạng thể chất, mức độ hài lòng với cuộc sống gia đình kém hơn, mức độ lo âu và trầm cảm lớn hơn nhóm không đi cúng chùa. Chỉ có sự khác biệt trong mức độ lo âu giữa nhóm phụ nữ đi gặp bác sỹ tâm thần và nhóm không gặp bác sỹ tâm thần, nhóm có mức độ rối loạn lo âu cao hơn có xu hướng đi gặp bác sỹ tâm thần trong khi nhóm có rối loạn lo âu thấp hơn thì không. Rối loạn lo âu gây ra nhiều biểu hiện thực thể và gây khó chịu cho người bệnh, chính vì vậy, phụ nữ có xu

hướng dùng thuốc để làm giảm các triệu chứng khó chịu trong cơ thể bởi vì đi gặp bạn bè hay đi cúng chùa ít giúp giải quyết các triệu chứng thực thể như thuốc tây.

Nhóm phụ nữ đi gặp bạn bè để giải tỏa là nhóm có tình trạng sức khỏe thể chất kém hơn, có mức độ hài lòng cuộc sống kém hơn nhóm không tìm kiếm bạn bè để tâm sự.

Như vậy, phụ thuộc vào các vấn đề sức khỏe khác nhau mà phụ nữ có xu hướng tìm kiếm sự trợ giúp từ bên ngoài khác nhau.

4.5. Mức độ bị bạo hành trong gia đình ở hai nhóm phụ nữ có mong muốn và không có mong muốn tìm kiếm sự hỗ trợ về sức khỏe tâm thần

Bảng 6: So sánh mức độ bị bạo hành của phụ nữ ở hai nhóm có và không có mong muốn tìm sự trợ giúp

	Hành vi tìm kiếm sự trợ giúp	Sai	Đúng	t
Mức độ bị bạo hành trong gia đình	Đi cúng ở chùa	11,61	21,95	5,32**
	Điều trị bằng thuốc nam/thuốc bắc	18,74	11,89	-3,75**
	Gặp chuyên gia tâm lý	30,47	11,05	-9,58**

Ghi chú: **: $p < 0,01$.

Mức độ bị bạo hành trong gia đình là khác nhau trong hai nhóm phụ nữ có quan niệm khác nhau về việc tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề sức khỏe tâm thần. Kết quả so sánh kiểm định t-test cho thấy những phụ nữ muốn đi cúng ở chùa khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần có mức độ bị bạo hành trong gia đình cao gần gấp đôi nhóm không đi cúng (ĐTB = 21,95 so với 11,61), trong khi nhóm có xu hướng tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia tâm lý và uống thuốc nam/thuốc bắc lại có mức độ bị bạo hành trong gia đình thấp hơn rất nhiều so với nhóm không gặp chuyên gia tâm lý và không uống thuốc bắc/ thuốc nam.

5. Kết luận

Tỷ lệ phụ nữ các tỉnh miền núi phía Bắc mong muốn tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề về sức khỏe tâm thần là khá cao. Các hình thức trợ giúp sức khỏe tâm thần được phụ nữ tin cậy là khác nhau, bạn bè không phải là những chuyên gia có thể giúp phụ nữ giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần nhưng vẫn được đa số phụ nữ vẫn muốn tìm đến để chia sẻ. Các chuyên gia tâm lý và bác sỹ tâm thần cũng được một số lớn phụ nữ tin cậy. Tuy nhiên, các hình thức mê

tín dị đoán như cúng bái và xem bói vẫn được một số ít phụ nữ coi là một giải pháp cho vấn đề sức khỏe tâm thần.

Tỷ lệ phụ nữ tìm đến các hình thức hỗ trợ cho vấn đề sức khỏe tâm thần của họ là khác nhau phụ thuộc vào trình độ học vấn, công việc đang làm, thái độ về sức khỏe tâm thần, trạng thái sức khỏe tâm thần và mức độ bị bạo hành của họ. Nhóm phụ nữ tìm kiếm sự trợ giúp của chuyên gia tâm lý khi có vấn đề về sức khỏe tinh thần là nhóm có tình trạng sức khỏe thể chất tốt, mức độ hài lòng với cuộc sống gia đình thấp, ít bị bạo hành trong gia đình và mức độ trầm cảm thấp. Những phụ nữ đi cúng ở chùa là nhóm có tình trạng thể chất, mức độ hài lòng với cuộc sống gia đình thấp, mức độ bị bạo hành trong gia đình cao và mức độ lo âu và trầm cảm cao.

Tài liệu tham khảo

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
2. Baronet A.M. (1999). *Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature*. Clinical Psychology Review. 19 (7). P. 819 - 841.
3. Burgess P.M., Pirkis J.E., Slade T.N., Johnston A.K., Meadows G.N., Gunn J.M. (2009). *Service use for mental health problems: findings from the 2007 national survey of mental health and wellbeing*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 43 (7). P. 615 - 623.
4. Cohen & Stuenkel (1962). *Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospital*. Journal of Abnormal Social Psychology. Vol. 64. P. 340 - 360.
5. Cohen (1990). *Stigma is in the eye of the beholder: A hospital outreach program for treating homeless mentally ill people*. Bulletin of The Menniger Clinic. Vol. 54. P. 255 - 258.
6. Corrigan P.W. and Penn D.L. (1999). *Lessons from social psychology on discrediting stigma*. American Psychologists. 54 (9). P. 726 - 776.
7. De Mendonca Lima C.A., Levav I., Jacobsson L. & Rutz W. (2003). *Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe*. International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 18. P. 679 - 682.
8. Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Gasquet I., Kovess V., Lepine J., et al. (2003). *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. Journal of the American Medical Association. 2013. 291 (21). 2581 - 2590.
9. Freidl M., Lang T. & Scherer M. (2003). *How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness*. Psychiatric Epidemiology. Vol. 38. P. 269 - 275.
10. Gong-Guy, et.al. (1991). *Clinical issues in Mental health service delivery to*

refugees. *American psychologist*. 46 (6). P. 642 - 648.

11. Gonzalez, Alegria, and Prihada (2005). *How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults?* *Journal of Community Psychology*. Vol. 33. Issue 5. P. 611 - 629.

12. Jenkins R., Meltzer H., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., McManus S., et.al. (2009). *The British mental health survey programme: Achievements and latest findings*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44 (11). P. 899 - 904.

13. Harris and Barraclough (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 170. P. 205 - 208.

14. Kessler R.C., Foster C.L., Saunders W.B., Stang P.E. (1995). *Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment*. *American Journal of Psychiatry*. 152 (7). P. 1.026 - 1.032.

15. Khanh Do Ngoc, Weiss B., Pollack A. (2013). *Cultural beliefs, intimate partner violence, and mental health. Functioning among Vietnamese women*. *Journal International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. American Psychological Association. Vol. 2. No. 3. P. 149 - 163.

16. Lasoski M.C. & Thelen M.H. (1987). *Attitudes of older and middle aged people toward mental health intervention*. *Gerontologist*. Vol. 27. P. 288 - 292.

17. Leaf P.J., Bruce M.L., Tischer G.L. & Holzer C.E.III. (1987). *The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services*. *Journal of Community Psychology*. Vol. 15. P. 275 - 284.

18. Lee and Lu (1989). *Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence*. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 2. Issue 1. P. 93 - 120.

19. Lin, Masuda, Tazuma (1984). *Problems of Eastern refugees and immigrants: Adaptational problems of Vietnamese refugees: IV*. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*. Vol. 9. Issue 2. P. 79 - 84.

20. Lund C., DeSilva M., Plagerson S., Cooper S., Chisholm D., Das, Jishnu, Knapp M., Patel V. (2011). *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries*. *Lancet*. Vol. 378. P. 1.502 - 1.514.

21. Courtney McQuoid (2010). *Young Women's Perceptions of and Attitudes towards Mental Health and Mental Illness: A Qualitative Interview Study*. Dissertation. University of Rochester. New York. USA.

22. Meyer V. (1966). *Modification of expectations in cases with obsessional rituals*. *Behaviour Research and Therapy*. 4 (4). P. 273 - 280.

23. Meyer V. & Levy R. (1973). *Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders*. In H. E. Adams & P. Unikel (Eds.). *Issues and trends in behavior therapy*. P. 77 - 136. Springfield IL: Charles C. Thomas.

24. Meyer V., Levy R. & Schnurer A. (1974). *The behavioural treatment of obsessive-*

compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.). *Obsessional states*. P. 233 - 258. London. Methuen.

25. Minkoff (1987). *Resistance of mental health professionals to working with the chronically mentally ill*. In A.T. Meyerson's, *Barriers to treating the chronically mentally ill*. P. 3 - 20. *New Directions in Mental Health Service*. No 33. San Francisco. CA: Jossey - Bass.

26. Paris K.A. (1996). *Attitudes toward mental health services: Development of a scale*. Norman. OK: University of Oklahoma. [Dissertation].

27. Rickwood D., Deane F.P., Wilson C.J., Ciarrochi J. (2005). *Young people's help-seeking for mental health problems*. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. Vol. 4. P. 33.

28. Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J. (2007). *When and how do young people seek professional help for mental health problems?* *The Medical Journal of Australia*. Vol. 187. S35 - S39.

29. SAMSHA (2007). *National Survey on Drug Use and Health*. <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/latest.htm>.

30. Stinson K., Tang N.K., Harvey A.G. (2006). *Barriers to treatment seeking in primary insomnia in The United Kingdom: A cross-sectional perspective*. *SLEEP*. 29 (12). 1.643.

31. Von Sydow K. & Reimer C. (2001). *Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts: A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995*. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 52. P. 463 - 488.

32. Wahl O.F. (1999). *Mental health consumers' experience of stigma*. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 25. P. 467 - 478.

33. Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C. (2005). *Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 62. P. 629 - 640.

34. Wittchen H.U., Jacobi F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies*. *European Neuropsychopharmacology*. 15 (4). P. 357 - 376.