SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TRONG KỈ NGUYÊN SỐ: KHÁC BIỆT GIỚI TÍNH VÀ BIẾN ĐỘNG THEO KHỐI

Phạm Thị Thục Oanh, Hoàng Thị Như Quỳnh
Đại học Đại Nam

Tóm tắt: *Sức khỏe tâm thần vị thành niên đang có nguy cơ gia tăng trên phạm vi toàn cầu, và quá trình số hóa sâu rộng của đời sống học đường đặt ra những áp lực tâm lý mới đối với học sinh trung học phổ thông (THPT). Nghiên cứu dưới đây cho thấy thực trạng trầm cảm, lo âu và stress, đồng thời làm rõ khác biệt theo giới tính và biến động theo khối lớp. Khảo sát trên N = 1.035 học sinh THPT (52,9% nam), sử dụng thang DASS-21. Dữ liệu cho thấy lo âu là triệu chứng nổi bật nhất với 53,1% học sinh ở mức vừa trở lên (19,9% rất nặng), tiếp đến trầm cảm (40,5%) và căng thẳng (30,4%). Nữ sinh có mức căng thẳng cao hơn nam sinh ($t = -2{,}335$; $p = 0{,}020$; $d \approx 0{,}15$). Học sinh lớp 11 và 12 có mức trầm cảm, lo âu, căng thẳng cao hơn rõ rệt lớp 10, không khác biệt giữa lớp 11 và 12.*

Từ khóa: *Sức khỏe tâm thần vị thành niên; DASS-21; Khác biệt giới tính; Căng thẳng gia tăng; Học sinh trung học phổ thông*

MENTAL HEALTH PROFILES OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN THE DIGITAL ERA: EXPLORING GENDER DIFFERENCES AND DEVELOPMENTAL TRAJECTORIES

Abstract: *Adolescent mental health issues are escalating on a global scale, and the pervasive digitization of academic life imposes novel psychological pressures on Vietnamese high school students. A survey was conducted among N = 1,035 high school students (52.9\% male) using the 21-item Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Data revealed anxiety as the most prominent symptom, with 53.1\% of students scoring at the moderate-to-severe levels (19.9\% extremely severe), followed by depression (40.5\%) and stress (30.4\%). Female students reported significantly higher stress levels than male students (t = -2.335; p = 0.020; d \approx 0.15). Eleventh and twelfth graders exhibited markedly higher levels of depression, anxiety, and stress compared to tenth graders, whereas no statistically significant differences were observed between eleventh and twelfth graders.*

Keywords: *adolescent mental health; DASS-21; gender differences; developmental stress; high school students*

Nhận bài: 15/06/2026 Phản biện: 15/07/2026 Duyệt đăng: 18/07/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

1.1. Sức khỏe tâm thần vị thành niên trong bối cảnh số hóa

Giai đoạn vị thành niên là thời kỳ khởi phát cao điểm của phần lớn các rối loạn tâm thần: khoảng một nửa số ca rối loạn tâm thần suốt đời khởi phát trước tuổi 14 và ba phần tư trước tuổi 24 (Solmi và cộng sự, 2022). Tổ chức Y tế Thế giới ước tính rằng rối loạn tâm thần chiếm một tỷ trọng đáng kể trong gánh nặng bệnh tật ở nhóm 10–19 tuổi, trong đó lo âu và trầm cảm là hai nhóm phổ biến nhất (WHO, 2021). Xu hướng suy giảm sức khỏe tâm thần vị thành niên trong thập niên qua đã được ghi nhận ở nhiều quốc gia và thường được đặt trong mối liên hệ với sự bành trướng của môi trường số (Twenge và cộng sự, 2022).

Tại Việt Nam, các tổng quan dịch tễ cho thấy tỷ lệ hiện mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ vị thành niên dao động rộng nhưng nhất quán ở mức đáng lo ngại, đặc biệt là lo âu và trầm cảm liên quan đến áp lực học tập (Nguyen và cộng sự, 2022; Tran & Le, 2023). Sự phổ cập của điện thoại thông minh và mạng xã hội đã biến không gian số thành một phần cấu thành trải nghiệm hằng ngày của học sinh THPT. Trong khi công nghệ mở ra cơ hội kết nối và học tập, nó đồng thời tạo ra những cơ chế gây căng thẳng mới: quá tải thông tin, so sánh xã hội thường trực và sự xói mòn ranh giới giữa đời sống học đường và đời sống riêng tư (Keles và cộng sự, 2020; Pham và cộng sự, 2024).

Mặc dù vậy, phần lớn nghiên cứu trong nước mới dừng ở việc báo cáo tỷ lệ hiện mắc chung, ít đi sâu vào hai nguồn biến thiên có ý nghĩa lâm sàng và giáo dục đặc biệt: giới tính và tiến trình phát triển theo khối lớp. Việc lấp đầy khoảng trống này có ý nghĩa thực tiễn trực tiếp cho công tác tham vấn học đường, vốn cần biết ai và thời điểm nào là nhóm dễ tổn thương nhất để phân bổ nguồn lực can thiệp hợp lý.

1.2. Mục tiêu và câu hỏi nghiên cứu

Trên cơ sở đó, nghiên cứu theo đuổi ba mục tiêu: (1) mô tả thực trạng lâm sàng của trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở học sinh THPT Việt Nam

theo cả điểm trung bình và phân bố mức độ; (2) kiểm định khác biệt giới tính ở ba chỉ số này; và (3) phân tích biến động theo khối lớp từ lớp 10 đến lớp 12. Tương ứng, ba câu hỏi nghiên cứu được đặt ra:

(1). RQ1: Thực trạng lâm sàng của trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở học sinh THPT hiện nay như thế nào?

(2). RQ2: Có khác biệt giới tính ở ba chỉ số DASS-21 hay không, và ở mức độ nào?

(3). RQ3: Ba chỉ số này biến động ra sao qua các khối lớp 10, 11 và 12

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ CƠ SỞ LÝ LUẬN

2.1. Thuyết phản ứng nhận thức và khác biệt giới tính trong thời đại số

Sự chênh lệch giới tính trong biểu hiện rối loạn tinh thần - với nữ giới có tỷ lệ trầm cảm và lo âu cao hơn - bắt đầu xuất hiện rõ từ tuổi vị thành niên và duy trì suốt đời trưởng thành (Nolen-Hoeksema, 2001; Salk và cộng sự, 2017). Thuyết phản ứng nhận thức (Response Styles Theory; Nolen-Hoeksema, 1991) cung cấp một cơ chế lý giải có sức thuyết phục. Theo thuyết này, khi đối diện với tâm trạng tiêu cực, cá nhân có xu hướng phản ứng theo hai kiểu: nghiền ngẫm - tập trung lặp đi lặp lại vào triệu chứng và nguyên nhân của nỗi buồn - hoặc xao lãng. Nghiền ngẫm kéo dài và khuếch đại tâm trạng tiêu cực, làm suy giảm khả năng giải quyết vấn đề và xói mòn hỗ trợ xã hội (Nolen-Hoeksema và cộng sự, 2008).

Điểm cốt lõi là nữ giới, trung bình, có xu hướng nghiền ngẫm cao hơn nam giới (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001), và chính khác biệt trong phong cách phản ứng này - chứ không phải bản thân tác nhân gây stress - góp phần giải thích khoảng cách giới trong rối loạn nội hóa (Nolen-Hoeksema, 1994). Trong môi trường số, cơ chế này có thể bị khuếch đại: các nền tảng mạng xã hội cung cấp dòng chảy bất tận các 'chất liệu' cho sự nghiền ngẫm và so sánh xã hội hướng lên, đặc biệt liên quan đến hình ảnh cơ thể và thành tích (Nesi & Prinstein, 2015; Yoon và cộng sự, 2023). Điều này dẫn đến giả thuyết:

H1: Nữ sinh có mức căng thẳng cao hơn và mức sức khỏe tâm thần tích cực thấp hơn nam sinh.

2.2. Thuyết căng thẳng phát triển và áp lực chuyển cấp

Thuyết căng thẳng phát triển (Developmental Stress Theory) đặt trải nghiệm stress của học sinh trong khung các nhiệm vụ phát triển đặc thù theo lứa tuổi và các chuyển tiếp mang tính quy luật. Mô hình 'phù hợp giữa: giai đoạn – môi trường' (Eccles và cộng sự, 1993) lập luận rằng căng thẳng gia tăng khi môi trường học đường không đáp ứng được nhu cầu phát triển đang thay đổi của học sinh, đặc biệt ở các điểm chuyển tiếp. Đồng thời, mô hình stress lũy tiến (Grant và cộng sự, 2003) cho rằng sự chồng chất các tác nhân gây stress theo thời gian làm gia tăng nguy cơ rối loạn nội hóa.

Trong bối cảnh Việt Nam, học sinh lớp 11 và đặc biệt lớp 12 bước vào giai đoạn áp lực học tập cao điểm: chuẩn bị cho kỳ thi tốt nghiệp THPT và tuyển sinh đại học - một 'nút cổ chai' có tính quyết định đối với quỹ đạo tương lai và mang nặng kỳ vọng gia đình trong nền văn hóa đề cao thành tích (Tran & Le, 2023). Cùng lúc, các em trải qua sự trưởng thành nhận thức cho phép phóng chiếu về tương lai và tự đánh giá bản thân sâu sắc hơn, làm gia tăng tính nhạy cảm với thất bại được tri giác. Sự hội tụ giữa áp lực môi trường và trưởng thành nhận thức dẫn đến giả thuyết:

H2: Học sinh lớp 11 và 12 có mức trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn học sinh lớp 10.

2.3. Lo âu như một dấu hiệu đặc trưng của thế giới số

Trong khi trầm cảm thường được xem là 'gương mặt' tiêu biểu của khủng hoảng sức khỏe tâm thần vị thành niên, ngày càng có bằng chứng cho thấy lo âu mới là biểu hiện nổi trội trong môi trường siêu kết nối (Twenge và cộng sự, 2022). Cơ chế đề xuất bao gồm sự kích hoạt thường trực của hệ thống cảnh giác trước dòng thông báo liên tục, tình trạng quá tải nhận thức, và áp lực phản hồi tức thời (Keles và cộng sự, 2020). Nghiên cứu này do đó dự kiến lo âu sẽ chiếm tỷ lệ lâm sàng cao nhất trong ba chỉ số DASS-21.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thiết kế và khách thể

Nghiên cứu áp dụng thiết kế cắt ngang, định lượng, dựa trên khảo sát tự điền trực tuyến. Tiêu chí lựa chọn gồm: (a) đang theo học THPT; (b) đồng thuận tham gia; và (c) hoàn thành đầy đủ các mục thuộc thang đo. Bộ dữ liệu cuối cùng gồm N = 1.035 phiếu hợp lệ, không có khuyết dữ liệu ở các biến phân tích. Mẫu gồm 548 nam (52,9%) và 487 nữ (47,1%); phân bố khối lớp: lớp 10 (n = 344; 33,2%), lớp 11 (n = 486; 47,0%) và lớp 12 (n = 205; 19,8%) (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N = 1.035)

Biến	Mức	n	%
Giới tính	Nam	548	52,9
	Nữ	487	47,1
Khối lớp	Lớp 10	344	33,2
	Lớp 11	486	47,0
	Lớp 12	205	19,8

3.2. Công cụ đo lường

Thang đo Depression Anxiety Stress Scales – 21 items (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) gồm ba tiểu thang trầm cảm, lo âu và căng thẳng (mỗi tiểu thang 7 item, thang 0–3). Theo hướng dẫn chấm điểm, tổng điểm mỗi tiểu thang được nhân đôi để tương thích ngưỡng phân loại của DASS-42. Các ngưỡng phân loại chuẩn được áp dụng cho từng tiểu thang (ví dụ đối với lo âu: 0–7 bình thường; 8–9 nhẹ; 10–14 vừa; 15–19 nặng; ≥ 20 rất nặng). Độ tin cậy nội tại trong mẫu đạt mức cao: trầm cảm α = 0,904; lo âu α = 0,861; căng thẳng α = 0,884, đáp ứng tiêu chuẩn cho nghiên cứu tâm lý học (Nunnally & Bernstein, 1994).

Bảng 2. Độ tin cậy và thống kê mô tả các tiểu thang DASS-21

Tiểu thang	Số item	M	SD	α
Trầm cảm	7	12,34	10,90	0,904
Lo âu	7	11,68	10,17	0,861
Căng thẳng	7	15,03	10,76	0,884

3.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki. Do khách thể là trẻ vị thành niên, quy trình bảo đảm chấp thuận có hiểu biết từ phụ huynh/người giám hộ và sự đồng thuận của học sinh. Người tham gia được thông báo rõ mục đích, tính tự nguyện, quyền rút lui và quyền từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào. Dữ liệu được ẩn danh hóa hoàn toàn và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu; thông tin về nguồn hỗ trợ tâm lý học đường được cung cấp ở cuối khảo sát.

3.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. Thống kê mô tả (điểm trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất, tỷ lệ) được dùng để mô tả thực trạng và phân bố mức độ. Kiểm định t độc lập so sánh hai giới; ANOVA một chiều so sánh ba khối lớp, với hậu kiểm Tukey HSD khi ANOVA có ý nghĩa. Cỡ ảnh hưởng được ước tính bằng Cohen's d (kiểm định t) và eta bình phương η2 (ANOVA), diễn giải theo quy ước của Cohen (1988). Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng lâm sàng chung (RQ1)

Xét theo điểm trung bình, căng thẳng cao nhất (M = 15,03; SD = 10,76), tiếp đến trầm cảm (M = 12,34) và lo âu (M = 11,68). Tuy nhiên, phân bố theo mức độ lâm sàng lại vẽ nên một bức tranh khác: lo âu là chỉ số nghiêm trọng nhất, với 53,1% học sinh ở mức vừa trở lên và 19,9% ở mức rất nặng. Tỷ lệ từ mức vừa trở lên của trầm cảm là 40,5% (nặng + rất nặng: 20,2%) và của căng thẳng là 30,4% (nặng + rất nặng: 18,4%) (bảng 3). Sự phân ly giữa thứ hạng điểm trung bình và thứ hạng tỷ lệ lâm sàng phản ánh rằng lo âu tuy có điểm trung bình thấp hơn nhưng phân bố lệch mạnh về phía các mức nặng.

Bảng 3. Phân bố mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng (DASS-21)

Chỉ số	Mức độ	n	%
Trầm cảm	Bình thường	487	47,1
	Nhẹ	129	12,5
	Vừa	210	20,3
	Nặng	87	8,4
	Rất nặng	122	11,8
Lo âu	Bình thường	400	38,6

	Nhẹ	85	8,2
	Vừa	253	24,4
	Nặng	91	8,8
	Rất nặng	206	19,9
Căng thẳng	Bình thường	587	56,7
	Nhẹ	133	12,9
	Vừa	125	12,1
	Nặng	119	11,5
	Rất nặng	71	6,9

4.2. Khác biệt theo giới tính (RQ2)

Nữ sinh có điểm căng thẳng cao hơn nam sinh một cách có ý nghĩa thống kê (M = 15,85 so với 14,30; t = −2,335; p = 0,020), với cỡ ảnh hưởng nhỏ (d ≈ 0,15). Đồng thời, nữ sinh có điểm sức khỏe tâm thần tích cực tổng thấp hơn nam sinh (t = 2,274; p = 0,023; d ≈ 0,14), ủng hộ H1. Không ghi nhận khác biệt giới có ý nghĩa ở lo âu và trầm cảm (p > 0,05).

4.3. Biến động theo khối lớp (RQ3)

ANOVA cho thấy khác biệt có ý nghĩa giữa các khối lớp ở cả ba chỉ số DASS-21: căng thẳng (F = 9,034; p < 0,001; η2 = 0,017), lo âu (F = 15,106; p < 0,001; η2 = 0,028) và trầm cảm (F = 12,924; p < 0,001; η2 = 0,024). Hậu kiểm Tukey HSD nhất quán chỉ ra học sinh lớp 10 có điểm thấp hơn rõ rệt so với lớp 11 và lớp 12 ở cả ba chỉ số, trong khi lớp 11 và lớp 12 không khác biệt có ý nghĩa. Sức khỏe tâm thần tích cực không khác biệt giữa các khối lớp (F = 0,629; p = 0,533), ủng hộ H2.

V. THẢO LUẬN

5.1. Lo âu là triệu chứng nổi bật nhất trong thế giới số của học sinh THPT

Kết quả nghiên cứu cho thấy lo âu là vấn đề nổi bật nhất: mặc dù có điểm trung bình thấp hơn căng thẳng, tỷ lệ học sinh đạt mức lâm sàng lại cao nhất (53,1% từ mức vừa trở lên; 19,9% ở mức rất nặng). Kết quả này phù hợp với nhận định rằng môi trường siêu kết nối làm gia tăng nguy cơ lo âu (Twenge và cộng sự, 2022), thông qua ba cơ chế: quá tải thông tin và cảnh giác thường trực (Keles và cộng sự, 2020), so sánh xã hội hướng lên (Nesi & Prinstein, 2015) và áp lực phản hồi tức thời. Lo âu thường khó nhận diện hơn trầm cảm vì học sinh vẫn duy trì việc học trong khi chịu căng thẳng nội tâm (Weems & Silverman, 2013), do đó cần tăng cường sàng lọc và can thiệp sớm.

5.2. Khác biệt giới tính dưới góc nhìn lý thuyết phản ứng nhận thức

Nữ sinh có mức căng thẳng cao hơn và sức khỏe tâm thần tích cực thấp hơn, phù hợp với mô hình chênh lệch giới trong rối loạn nội hóa (Salk và cộng sự, 2017). Theo thuyết phản ứng nhận thức, nữ sinh có xu hướng nghiền ngẫm (rumination) nhiều hơn, khiến căng thẳng kéo dài và gia tăng (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Mạng xã hội có thể khuếch đại xu hướng này thông qua so sánh về ngoại hình và thành tích (Yoon và cộng sự, 2023). Mặc dù cỡ ảnh hưởng nhỏ (d ≈ 0,15), khác biệt vẫn có ý nghĩa ở cấp độ quần thể (Funder & Ozer, 2019). Ngược lại, không có khác biệt giới ở lo âu và trầm cảm, cho thấy hai chỉ số này phân bố tương đối đồng đều giữa nam và nữ.

5.3. Lớp 10 là "giai đoạn đệm", lớp 11–12 là "vùng chỉ báo đỏ"

Học sinh lớp 10 có mức tổn thương tâm lý thấp hơn rõ rệt, trong khi lớp 11 và 12 cao và không khác biệt. Lớp 10 là giai đoạn thích nghi sau chuyển cấp, còn lớp 11–12 chịu áp lực học tập và thi cử gia tăng. Theo mô hình stress tích lũy (Grant và cộng sự, 2003) và phù hợp giai đoạn – môi trường (Eccles và cộng sự, 1993), đây là giai đoạn dễ tổn thương nhất.

Việc lớp 11 và 12 không khác biệt cho thấy mức tổn thương đã tăng cao ngay từ lớp 11. Vì vậy, các chương trình phòng ngừa cần triển khai từ đầu lớp 11, thậm chí cuối lớp 10, thay vì chờ đến năm cuối cấp. Đồng thời, sức khỏe tâm thần tích cực không suy giảm theo khối lớp, cho thấy đây vẫn là nguồn lực quan trọng để xây dựng các chương trình can thiệp dựa trên thế mạnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ CAN THIỆP DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

6.1. Đối với nhà tâm lý học học đường

- Triển khai sàng lọc chủ động và phân tầng nguy cơ: ưu tiên sàng lọc lo âu (nhóm có tỷ lệ lâm sàng cao nhất) bằng công cụ ngắn gọn định kỳ thông qua làm test diện rộng, đặc biệt tập trung vào khối 11–12; thiết lập ngưỡng chuyển tuyến rõ ràng cho nhóm nặng/rất nặng. Đồng thời xây dựng hệ thống các cơ sở kết nối chuyên môn để

chuyển tuyến, triển khai các chương trình trị liệu sâu, có lộ trình hoặc quản lý sử dụng thuốc (nếu có) trên cơ sở có sự sàng lọc và kê đơn của bác sĩ tâm thần.

- Can thiệp nhắm vào nghiền ngẫm: triển khai các mô-đun dựa trên liệu pháp nhận thức – hành vi và chánh niệm nhằm giảm nghiền ngẫm và tăng kỹ năng xao lãng thích ứng, với thiết kế nhạy cảm giới để hỗ trợ nữ sinh (Nolen-Hoeksema và cộng sự, 2008).

- Thời điểm can thiệp: khởi động chương trình phòng ngừa từ cuối lớp 10 – đầu lớp 11 thay vì đợi đến lớp 12, phù hợp với phát hiện rằng tổn thương đạt ngưỡng cao ngay từ lớp 11.

6.2. Đối với nhà trường

- Giáo dục năng lực số và vệ sinh số: tích hợp nội dung về quản lý thông báo, giới hạn so sánh xã hội và cân bằng trực tuyến – ngoại tuyến vào chương trình, hướng đến giảm các cơ chế gây lo âu đặc trưng của môi trường số.

- Điều chỉnh áp lực học tập giai đoạn cuối cấp: rà soát khối lượng học tập và lịch kiểm tra ở lớp 11–12, lồng ghép giáo dục cảm xúc – xã hội (SEL) để trang bị kỹ năng ứng phó trước khi bước vào cao điểm thi cử.

6.3. Đối với phụ huynh

- Cha mẹ cần có sự điều chỉnh kỳ vọng của mình đối với con cái cho phù hợp với năng lực và đặc điểm tâm lý của con: nhận diện rằng kỳ vọng thành tích quá mức là một tác nhân gây stress có thể điều chỉnh; chuyển trọng tâm từ kết quả sang nỗ lực và sức khỏe của con.

- Cha mẹ và gia đình cùng nuôi dưỡng kết nối ngoài đời thực: hỗ trợ con duy trì các hoạt động và quan hệ ngoại tuyến như một đối trọng với so sánh xã hội trực tuyến, đồng thời làm gương về thói quen sử dụng thiết bị lành mạnh. Do đó, chính bản thân mỗi cha mẹ cũng chủ động thực hiện cam kết đồng hành cùng con theo nguyên tắc: đã về nhà, dành trọn vẹn 1-2h không sử dụng điện thoại cùng con.

VII. KẾT LUẬN

Thiết kế nghiên cứu triển khai dưới dạng lát cắt ngang không cho phép suy luận nhân quả; các khác biệt theo khối lớp phản ánh so sánh giữa các nhóm tại một thời điểm chứ không phải quỹ đạo phát triển của cùng cá nhân, và cần được kiểm chứng bằng nghiên cứu dọc. Dữ liệu tự báo cáo tiềm ẩn thiên lệch mong muốn xã hội. Việc nhân đôi điểm DASS-21 để áp ngưỡng DASS-42, dù theo thông lệ, cần được diễn giải thận trọng. Ngoài ra, các cơ chế trung gian được viện dẫn (nghiền ngẫm, so sánh xã hội) mang tính lý thuyết và chưa được đo lường trực tiếp trong khung phân tích này.

Nghiên cứu phác họa một bức tranh lâm sàng đáng lưu tâm về sức khỏe tâm thần của học sinh THPT Việt Nam trong kỷ nguyên số, trong đó lo âu nổi lên là gánh nặng hàng đầu. Hai trục biến thiên - giới tính và khối lớp - cung cấp định hướng thực tiễn rõ ràng: nữ sinh và học sinh lớp 11-12 là những nhóm cần ưu tiên. Việc định vị lớp 10 như 'giai đoạn đệm' và lớp 11-12 như 'vùng chỉ báo đỏ' chuyển hóa các phát hiện thống kê thành một lịch trình can thiệp cụ thể: phòng ngừa sớm, sàng lọc chủ động lo âu, và các chương trình nhạy cảm giới nhắm vào nghiền ngẫm. Nghiên cứu dọc trong tương lai là cần thiết để theo dõi quỹ đạo phát triển và đánh giá hiệu quả can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.

Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Mac Iver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage–environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. American Psychologist, 48(2), 90–101. https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.90

Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 2(2), 156–168. https://doi.org/10.1177/2515245919847202

Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. Psychological Bulletin, 129(3), 447–466. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. International Journal of Adolescence and Youth, 25(1), 79–93. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.

Nesi, J., & Prinstein, M. J. (2015). Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 43(8), 1427–1438.

https://doi.org/10.1007/s10802-015-0020-0

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of Abnormal Psychology, 100(4), 569–582. https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569

Nolen-Hoeksema, S. (1994). An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. Journal of Research on Adolescence, 4(4), 519–534. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0404_5

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. Current Directions in Psychological Science, 10(5), 173–176. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142

Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. Psychology of Women Quarterly, 25(1), 37–47. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400–424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Nguyen, T. T. P., et al. (2022). Social media addiction among Vietnam youths: Patterns and correlated factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(21), 14416. https://doi.org/10.3390/ijerph192114416

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd ed.). McGraw-Hill.

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychological Bulletin, 143(8), 783–822. https://doi.org/10.1037/bul0000102

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., et al. (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

Twenge, J. M., Haidt, J., Lozano, J., & Cummins, K. M. (2022). Specification curve analysis shows that social media use is linked to poor mental health, especially among girls. Acta Psychologica, 224, 103512. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103512

Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2013). Anxiety disorders. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), Child and adolescent psychopathology (2nd ed.). Wiley.

World Health Organization. (2021). Mental health of adolescents. WHO.

Yoon, S., Kleinman, M., Mertz, J., & Brannick, M. (2023). Is social network site usage related to depression? A meta-analysis. Journal of Affective Disorders. (as cited)