

Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí¹ và mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng

BS. TS. Trần Tuấn²

Tóm tắt. Tác giả trình bày gánh nặng của bệnh trong xã hội cùng cơ sở khoa học của công tác phát hiện sớm, can thiệp điều trị sớm rối nhiễu tâm trí. Đồng thời, trên cơ sở của khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới cho công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần ở các nước đang phát triển, tác giả xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng và khuyến cáo các bước đi thực tế trong điều kiện hiện nay của nước ta.

1. Sự phát triển của dịch tễ học

Dịch tễ học phát triển mạnh trong vài thập kỷ vừa qua, và hiện được xem là khoa học cơ bản trong y học và y tế công cộng chuyên nghiên cứu về sự phân bố các vấn đề sức khỏe bệnh tật cùng các yếu tố giải thích sự phân bố đó. Nghiên cứu dịch tễ học giúp tìm ra các bằng chứng khoa học làm cơ sở cho việc phát triển các kế hoạch kiểm soát bệnh tật trên cộng đồng. Dịch tễ học không chỉ dừng trong phạm vi của y học, mà còn được ứng dụng rộng rãi hơn sang lĩnh vực phát triển cộng đồng nói chung. Đã trở nên phổ biến khi các kiểu thiết kế case-control, cohort, panel study, community experimental studies... được dùng trong nghiên cứu về giáo dục, phúc lợi xã hội, hoặc kinh tế cộng đồng trong đó, các *outcomes* là các chỉ số phát triển cụ thể khác và các *determinants* là một loạt các yếu tố kinh tế, xã hội, dân số, chính sách xã hội ...

Sự phát triển của Dịch tễ học trong thập kỷ vừa qua có một số nét mới sau:

- Phát triển mạnh thiết kế nghiên cứu có khả năng kết luận vấn đề với độ tin cậy cao, như thiết kế *Panel Study, Meta-Analysis, Meta-Meta-Analysis*.
- Hoàn thiện và ứng dụng phổ biến hơn các kỹ thuật thống kê hiện đại như multi-variate analysis, multi-level analysis, structural equation modeling... giúp thay đổi thiết kế nghiên cứu theo hướng đề cập được các vấn đề đa căn nguyên phức tạp, và tăng khả năng phát hiện các kết hợp thống kê, tăng độ mạnh của kết luận nghiên cứu.
- Ứng dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học vào nghiên cứu phát triển cộng đồng giảm đói nghèo, công bằng xã hội.

Sự phát triển của dịch tễ học đang tạo ra cơ sở cho thiết kế các nghiên cứu kiểm soát bệnh tâm thần. Một trong những ứng dụng mới của phương pháp dịch tễ học trong tâm thần học, là thiết kế chuẩn hoá công cụ chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí.

2. Thiết kế nghiên cứu chuẩn hoá công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí

Chuẩn hoá một công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí giờ đây có thể thực hiện theo hai hướng:

- *Phương pháp truyền thống:* Kết quả chẩn đoán của công cụ đem nghiên cứu (chẳng hạn, SRQ20) được so sánh với kết quả chẩn đoán lâm sàng của chuyên gia tâm thần học – “*chuẩn vàng*”- rồi tính độ nhạy, độ đặc hiệu, ngưỡng chẩn đoán theo kỹ thuật ROC analysis.
- *Cách tiếp cận mới:* Khả năng chẩn đoán rối nhiễu tâm trí của công cụ nghiên cứu (tức độ nhạy, độ đặc hiệu, ngưỡng chẩn đoán) được xác định qua khả năng công cụ phân loại tách bạch được đúng trong một tập hợp lẫn lộn những đối tượng “*đến khám tại phòng khám chuyên khoa tâm thần*” và “*đối tượng ở cộng đồng*”. Cơ sở khoa học của phương pháp này nằm ở chỗ, đối tượng

¹ Rối nhiễu tâm trí (mental disorders), được dùng để chỉ tình trạng lệch lạc về sức khỏe tâm thần nói chung. Xin xem thêm các bài cùng tác giả: “*Rối nhiễu tâm trí: bi kịch của phụ nữ*” (Nông thôn Ngày nay, số 54, ngày 17/3/2005), “*Tự tử: hậu quả đáng tiếc của rối nhiễu tâm trí*” (Giáo dục & Thời đại, số 71, 15/6/2006); “*Công cụ phát hiện rối nhiễu tâm trí ở học sinh đã được đưa vào Việt Nam*” (GD&ĐT, số 98, 17/8/2006); “*Rối nhiễu tâm trí: Căn bệnh thời hiện đại*” (Sức khỏe và Đời sống, 3/5/2007); “*Phòng chống rối loạn tâm thần ở học sinh: trách nhiệm của ba bên*” (SK&ĐS, 6/6/2007), và “*Rối nhiễu tâm trí: sự vận động mới trong tâm thần học*” (Phạm Song & Trần Tuấn – Bài đăng cùng trong Kỳ yếu).

² Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD), số 39, ngõ 255, phố Vọng, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam, Email: trantuanrtccd@gmail.com

đến phòng khám tâm thần chắc chắn có xác suất mắc bệnh cao hơn so với đối tượng ở cộng đồng (Goodman et al., 2001).

Như vậy, '*chuẩn vàng*' được thiết lập trên cơ sở của thống kê dịch tễ học. Phương pháp mới này cho phép các nước đang phát triển khắc phục được tình trạng chậm thực hiện các nghiên cứu chuẩn hoá công cụ chẩn đoán rối nhiễu tâm trí, đặc biệt rối nhiễu tâm trí trẻ em, do thiếu hụt các chuyên gia tâm thần nhi có khả năng đưa ra kết luận chẩn đoán được quốc tế công nhận về mặt khoa học.

Tại Việt Nam, Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) (www.rtccd.org.vn) đã sử dụng phương pháp truyền thống để xác định độ nhạy, độ đặc hiệu và ngưỡng chẩn đoán cho bộ công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí ở người lớn SDQ20 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), và sử dụng cách tiếp cận mới thống kê học để chuẩn hoá bộ công cụ SDQ25 trong sàng lọc rối nhiễu tâm trí trẻ em ở Việt Nam (Trần Tuấn 2006).

Hộp 1 - Tóm tắt nghiên cứu đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu ngưỡng chẩn đoán của bộ câu hỏi SDQ25 dùng trong chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí trên đối tượng trẻ em 4-16 tuổi tại Việt Nam

Tháng 2/2005, Trung tâm RTCCD triển khai phương pháp mới đánh giá độ tin cậy công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí trẻ em dựa trên cơ sở xác suất mà công cụ đó đạt được khi phân biệt đúng trẻ cộng đồng và trẻ đến phòng khám tâm bệnh. Nghiên cứu bắt đầu bằng chọn ra 107 trẻ đến khám tại Khoa Tâm bệnh của Bệnh viện Nhi Trung Ương, sau đó ngẫu nhiên theo giới, tuổi, học vấn, và nơi ở để chọn ra 107 trẻ ở cộng đồng. Bố mẹ và giáo viên của trẻ thực hiện việc tự điền mẫu phiếu SDQ25 phiên bản tiếng Việt ©RTCCD 2004, kèm theo được phỏng vấn bởi nghiên cứu viên cũng dùng bộ câu hỏi trên. Trẻ từ 11 tuổi trở lên được đề nghị thực hiện tự điền phiếu SDQ25. Kỹ thuật phân tích Receiving Operating Characteristics (ROC) chạy trên Stata 8 được dùng để tính khả năng chẩn đoán, ngưỡng chẩn đoán, độ nhạy, độ đặc hiệu của công cụ.

Nghiên cứu rút ra các kết luận sau:

- Khả năng chẩn đoán của bộ câu hỏi SDQ25 phiên bản tiếng Việt ©RTCCD 2004 đạt từ 0,70 đến 0.79 tùy theo đối tượng và phương thức lấy tin.
- Khả năng chẩn đoán của bộ câu hỏi SDQ25 không khác nhau giữa phương thức tự điền và phỏng vấn.
- Cho phương thức tự điền, SDQ25 phiên bản tiếng Việt ©RTCCD 2004 có ngưỡng chẩn đoán trẻ bị nghi ngờ rối nhiễu tâm trí khi điểm số SDQ25 ở mức ≥ 13 khi thầy cô giáo thực hiện việc đánh giá, và mức ≥ 14 khi bố mẹ hoặc trẻ thực hiện tự đánh giá.
- Sử dụng bộ câu hỏi SDQ25, thầy cô giáo là nguồn cung cấp thông tin đánh giá về rối nhiễu tâm trí của trẻ có độ tin cậy ổn định hơn so với bố mẹ hoặc chính bản thân trẻ.

3. Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí

Tỷ lệ mắc bệnh

Sự phát triển các công cụ sàng lọc giúp các nhà Dịch tễ học thực hiện được việc đo lường gánh nặng bệnh tâm thần ở cộng đồng. Điều tra dịch tễ học cho thấy tỷ lệ bị rối nhiễu tâm trí là phổ biến trên thế giới. Chỉ tính riêng ở trẻ em, các báo cáo chính thức được WHO trích dẫn cho thấy tỷ lệ đi từ 15% đến 22% ở các nước phát triển, và từ 13% đến 20% ở các nước đang phát triển (WHO, 2005). Ở phụ nữ có thai và người lớn, tỷ lệ bị rối nhiễu tâm trí được xem là cao hơn so với trẻ em. Ở Mỹ, tỷ lệ chắc chắn bị rối nhiễu tâm trí (chẩn đoán lâm sàng DSM-IV) lên tới 26,4% (đi từ 24,7% đến 80% với khoảng tin cậy 95%) (WHO, 2004). Tại Việt Nam, sử dụng bộ công cụ sàng lọc dịch tễ học SDQ25 dành cho trẻ em và SRQ20 dành cho người lớn, tỷ lệ nghi ngờ bị rối nhiễu tâm trí được báo cáo đi từ 14%-20% ở trẻ em, và từ 20% đến 37,5% ở người lớn (Bảng 1).

Bảng 1 - Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở người lớn và trẻ em Việt Nam qua một số nghiên cứu gần đây sử dụng các bộ công cụ sàng lọc đã qua chuẩn hóa SRQ20 và SDQ25

Tên nghiên cứu	Cỡ mẫu nghiên cứu	Tỷ lệ mắc (%)	Tên tác giả & năm NC	
Dự án Young Lives 2001-2005 ở 31 xã thuộc: Lào Cai, Hưng Yên, Đà Nẵng, Phú Yên, Bến Tre	2000 bà mẹ đang nuôi con nhỏ 1 năm tuổi	20,0	Trần Tuấn & CS (2003)	
	1000 trẻ 8 tuổi	20		
Dự án CSSK tâm thần cộng đồng của tổ chức VVAF tại:			Trần Đức Thạch & CS (2007)	
	1. Đà Nẵng	2497 người >=18 tuổi		37,5
		600 trẻ 11-17 tuổi		15,2
	2. Khánh Hòa	2564 người >=18 tuổi		24,3
	776 trẻ 11-17 tuổi	14,0		

Nguyên nhân bệnh

Rối nhiễu tâm trí là hậu quả của tác động đa chiều của nhiều yếu tố đến từ ba nhóm lớn: sinh học, tâm lý, và xã hội (biological, psychological, and social factors). Trong đó, có yếu tố đóng vai trò bảo vệ giúp hạn chế quy mô lưu hành bệnh (protective factors), và có yếu tố làm tăng tỷ lệ bệnh (yếu tố nguy cơ – risk factors). WHO (2005) tổng kết các yếu tố chính ảnh hưởng đến rối nhiễu tâm trí tóm tắt ở bảng 2.

Bảng 2- Rối nhiễu tâm trí: Yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ

Nhóm yếu tố	Nguy cơ phát triển rối nhiễu tâm trí (Vai trò tăng bệnh)	Ngăn chặn rối nhiễu tâm trí (Vai trò giảm bệnh)
Sinh học	<ul style="list-style-type: none"> Tiếp xúc độc chất trong thời gian mang thai (vd: hút thuốc lá, rượu); Yếu tố di truyền rối nhiễu tâm trí; Tổn thương ở đầu; Ngạt khi sinh hoặc biến chứng khác trong khi sinh; Nhiễm HIV; suy dinh dưỡng, các bệnh khác 	<ul style="list-style-type: none"> Phát triển thể lực phù hợp với tuổi; Sức khoẻ thể lực tốt; Đời sống tâm trí lành mạnh.
Tâm lý	<ul style="list-style-type: none"> Lệch lạc trong tâm lý “sợ học”; Nhân cách “khó gần”; khó thích ứng với bên ngoài, kiểu “đóng”; Lạm dụng tình dục, thực thể hoặc tâm lý. 	<ul style="list-style-type: none"> Khả năng học tập kinh nghiệm của người khác; Khả năng tự kiểm soát tốt; Khả năng tự giải quyết vấn đề tốt; Kỹ năng hoà đồng xã hội tốt.
Xã hội		
<ul style="list-style-type: none"> Gia đình 	<ul style="list-style-type: none"> Quan tâm chăm sóc kém; Mâu thuẫn gia đình; Kỷ luật không nghiêm; Quản lý kém; Gia đình có người mất. 	<ul style="list-style-type: none"> Gắn kết gia đình; Có trách nhiệm với gia đình; Giá trị được nhìn nhận trong gia đình.
<ul style="list-style-type: none"> Trường học 	<ul style="list-style-type: none"> Thi trượt; học kém. 	<ul style="list-style-type: none"> Có cơ hội tham gia vào các hoạt động ở trường; Thành tích học tập tốt; Gắn kết với nhà trường.
<ul style="list-style-type: none"> Cộng đồng, nơi làm việc 	<ul style="list-style-type: none"> Mâu thuẫn hàng xóm; Môi trường ganh đua, đố kỵ. 	<ul style="list-style-type: none"> Tình làng nghĩa xóm cao; Tập quán văn hoá chia sẻ khó khăn; Mạng lưới hỗ trợ cộng đồng phát triển.

4. Khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới

Về phương hướng hành động cho chăm sóc sức khoẻ tâm thần nói chung, Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra khuyến cáo 10 điểm, trong đó các điểm 1, 2, 3, 4, 5, 9 trực tiếp liên quan đến việc thúc đẩy chăm sóc sức khoẻ tâm thần ở tuyến cộng đồng (hộp 2). Trong lĩnh vực điều trị bệnh, WHO nhấn mạnh việc thực hiện đồng bộ ba phương thức điều trị kết hợp trên một bệnh nhân: hoá trị liệu, trị liệu tâm lý, và cải thiện môi trường (hình 1).

Hộp 2- 10 khuyến cáo của Tổ Chức Y tế Thế giới cho công tác CSSK tâm thần (WHO, 2001)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Điều trị thực hiện ở tuyến ban đầu | 6. Xác lập chính sách quốc gia, chương trình quốc gia và luật chăm sóc sức khoẻ tâm thần |
| 2. Thuốc trị liệu tâm thần có sẵn ở cộng đồng | 7. Phát triển nguồn nhân lực |
| 3. Chăm sóc thực hiện tại cộng đồng | 8. Phối hợp với các ngành khác |
| 4. Giáo dục công chúng | 9. Giám sát dịch tễ học sức khoẻ tâm thần |
| 5. Đưa cộng đồng, gia đình và người bệnh cùng tham gia kiểm soát bệnh | 10. Hỗ trợ nghiên cứu |

5. Mô hình chăm sóc rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng

Ở Việt Nam, từ năm 1999, Bộ Y tế đưa triển khai dự án quốc gia về chăm sóc sức khoẻ tâm thần cộng đồng. Tuy nhiên, trọng tâm của dự án này là lồng ghép công tác phát thuốc, theo dõi chăm sóc bệnh tâm thần phân liệt vào hoạt động y tế cơ sở (giai đoạn 2001-2005). Mô hình này đã được đánh giá lại cả về hiệu quả và cách đề cập. Dưới cách nhìn Dịch tễ học, có thể thấy rõ mô hình Bộ Y tế đã và đang triển khai trong gần 10 năm qua được xây dựng theo cách đề cập của “y học điều trị”, hoàn toàn khác với cách đề cập của “Y học Dự phòng” tập trung vào sàng lọc phát hiện sớm và điều trị sớm sử dụng đa hình thức thực hiện tại cộng đồng.

Hình 1 cho thấy, điều trị rối nhiễu tâm trí sẽ khó đạt hiệu quả mong muốn nếu thiếu một trong 3 yếu tố. Chính ‘tâm lý trị liệu’ và đặc biệt là ‘can thiệp môi trường sống’ đem lại sự khác biệt cơ bản giữa điều trị bệnh tâm thần truyền thống (tại bệnh viện) với điều trị tâm thần hiện nay, trong đó gia đình, trường học, cộng đồng trở thành yếu tố chủ chốt quyết định sự thành công của chăm sóc sức khoẻ tâm thần, đó là hợp tác liên ngành, phát hiện sớm, tư vấn điều trị, và tạo lập môi trường thuận lợi tại cộng đồng giảm thiểu tối đa yếu tố nguy cơ với rối nhiễu tâm trí.

Hình 1 - Điều trị bệnh tâm thần (theo WHO, 2005)



Mô hình trên cho thấy để thực hiện được phát hiện và điều trị rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng, mô hình tổ chức hệ thống chăm sóc sức khoẻ tâm thần cần đạt hai mục tiêu: (1) đảm bảo chẩn đoán sớm những trường hợp nghi ngờ rối nhiễu tâm trí, và (2) thực hiện điều trị sớm và toàn diện cả ba mặt: hoá trị liệu, tâm lý trị liệu, và cải thiện môi trường xã hội phù hợp cho điều trị đối tượng (Hình 2). Đối tượng trọng tâm cho hoạt động chăm sóc sức khoẻ tâm thần lúc này không phải là bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh... mà chính là trẻ em, theo cách nhìn phát triển.

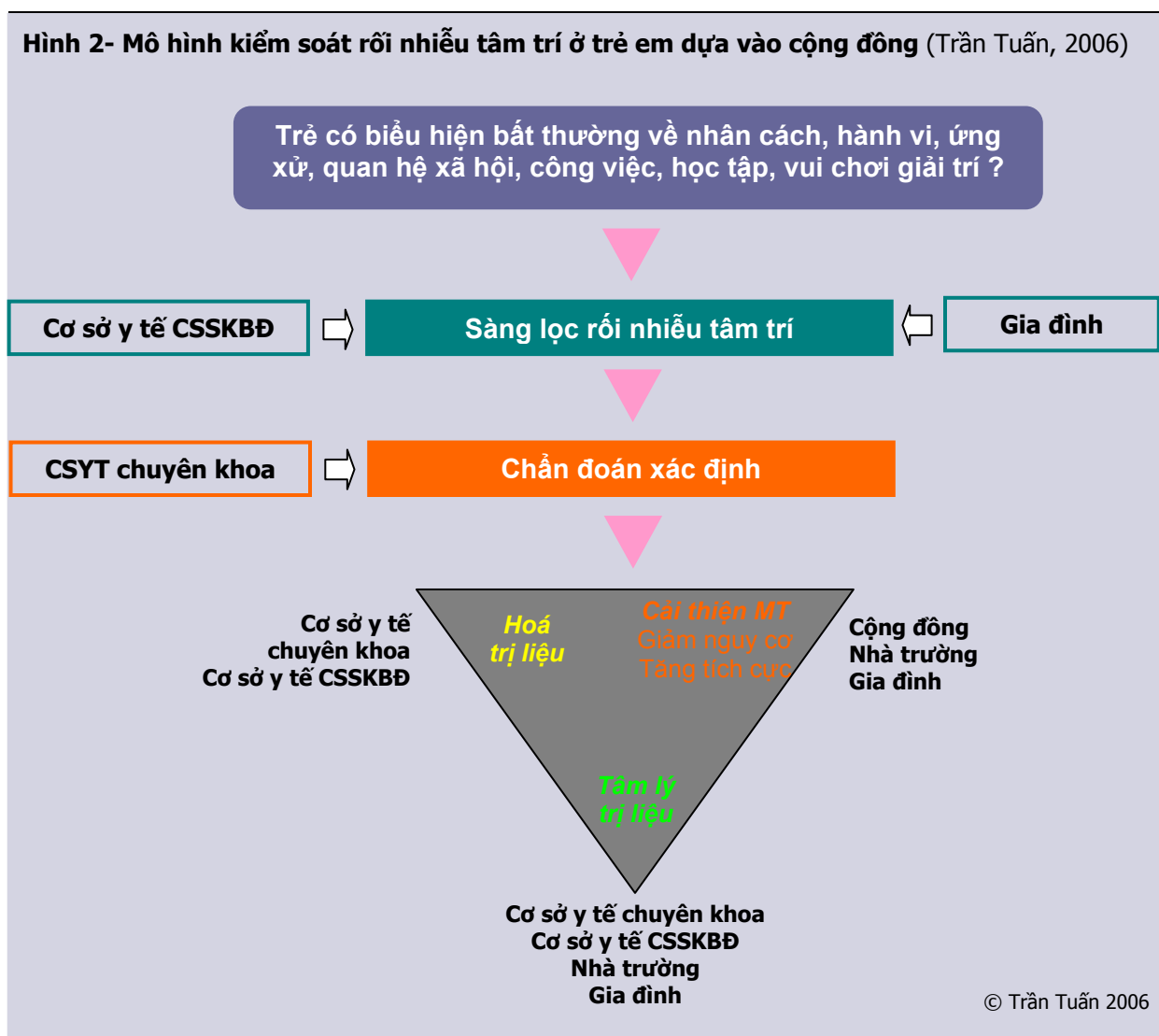
Điều kiện thực hiện chẩn đoán sớm rối nhiễu tâm trí:

- Cha mẹ và những người trực tiếp chăm sóc trẻ, thầy cô giáo có hiểu biết cơ bản về sự phát triển về thể chất và tâm lý của trẻ theo từng giai đoạn
- Công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí có sẵn ở tuyến cộng đồng
- Trạm y tế xã, y tế trường học, và các cơ sở khám bệnh khác có khả năng sử dụng công cụ sàng lọc dịch tễ học chẩn đoán sớm những trường hợp trẻ nghi ngờ rối nhiễu tâm trí và kịp thời gửi đi chẩn đoán xác định tại các cơ sở chuyên khoa.

Điều kiện thực hiện điều trị tại cộng đồng:

- Bệnh nhân được chẩn đoán sớm và gửi đi khám chuyên khoa xác định bệnh sớm
- Phòng khám chuyên khoa có đủ khả năng thực hiện chẩn đoán xác định và đưa ra khuyến cáo cho hai hình thái trị liệu: tâm lý trị liệu, hoá trị liệu, đồng thời đưa ra khuyến nghị cho hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu thực hiện chăm sóc bệnh nhân tại cộng đồng và tìm hiểu can thiệp cải thiện môi trường xã hội của bệnh nhân.
- Hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu được trang bị kiến thức phát hiện sớm và được hướng dẫn thực hành trị liệu rỗi nhiều tâm trí theo tài liệu của WHO (1998) "Chăm sóc sức khoẻ tâm thần ở tuyến cơ sở"; kết hợp với gia đình theo rỗi bệnh nhân, đồng thời, có kiến thức và kỹ năng xã hội tiến hành tìm hiểu về yếu tố môi trường xã hội (gia đình - trường học - cộng đồng) để đưa ra biện pháp thực hiện cải thiện môi trường xã hội thuận lợi cho cải thiện sức khoẻ tâm trí của bệnh nhân.
- Hệ thống thông tin hai chiều được thực hiện giữa tuyến chăm sóc sức khoẻ ban đầu và cơ sở chuyên khoa.
- Cộng đồng hiểu được lợi ích của vốn quan hệ xã hội và sức khoẻ tâm trí

Hình 2 thể hiện tóm tắt các thành phần của một hệ thống chăm sóc sức khoẻ tâm thần dựa vào cộng đồng. Đây là mô hình lý thuyết được nhóm nghiên cứu tại Trung tâm RTCCD phát triển và đang tìm cơ hội thử nghiệm trên thực địa.



6. Khuyến cáo hành động

Với những yêu cầu như vậy, thì để có được mô hình chăm sóc rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng, các ưu tiên hành động trong thời gian tới là:

- Chuẩn hoá các công cụ giúp sàng lọc phát hiện sớm rối nhiễu tâm trí nói chung, rối nhiễu tâm trí ở bà mẹ đang mang thai, nuôi con nhỏ, và rối nhiễu tâm trí ở trẻ em nói riêng.
- Phát triển tài liệu nâng cao nhận thức của công chúng về rối nhiễu tâm trí (cả người lớn và trẻ em)
- Thực hiện đào tạo tuyến cơ sở sử dụng công cụ sàng lọc; đào tạo nguyên lý điều trị và chăm sóc trẻ bị rối nhiễu tâm trí.
- Phát triển tài liệu và thực hiện đào tạo kiểm soát rối nhiễu tâm trí ở cộng đồng cho hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- Củng cố y tế trường học thực hiện chức năng chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho học sinh.
- Nghiên cứu đánh giá hiệu quả giá thành của mô hình phát hiện sớm và điều trị rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng.
- Phát triển chính sách, hệ thống luật pháp tạo môi trường thuận lợi cho công tác dự phòng chăm sóc sức khoẻ tâm thần theo hướng liên ngành.

Tài liệu tham khảo

Dự án bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng (2006). *Đánh giá thực hiện giai đoạn 2001-2005 kế hoạch năm 2006 và phương hướng hoạt động của dự án giai đoạn 2006-2010*. Chương trình Mục tiêu Quốc gia Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân, Hà nội 3/2006.

Mullick M. S. I. , Goodman, R. (2000). *Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Vol. 36. 2000. 94-99.

Trần Đức Thạch, Trần Thu Hà, Trần Tuấn, Lã Thị Buổi, Nguyễn Thanh Tâm (2007). Needs Assessment Baseline Survey 2006, Round 1. Assessing and Modelling Community Mental Health and Rehabilitation in Da Nang and Khanh Hoa Provinces; VVAF, Hanoi 28 May 2007.

Trần Tuấn (2006). *Đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ câu hỏi SDQ25 sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc rối nhiễu tâm trí trên đối tượng trẻ em 4-16 tuổi tại Việt Nam* . Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp bộ, Liên Hiệp các Hội Khoa Học và Kỹ Thuật Việt Nam, 3/2006.

Tran Tuan, Trudy Harpham, Phạm Thị Lan, Nguyen thu Huong, Tran Duc Thach, Bil Tod, Tong Thi Dua, Nguyen Thi Van Ha (2003) *Young Lives Preliminary Country Report: Viet Nam*. <http://www.org.vn/Html/Pub Report.htm>

WHO (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Mental Health Policy and Service Guidance Package, World Health Organization, Geneva.

WHO (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Report 2001. World Health Organization, Geneva.

WHO (1998). *Mental Disorders in Primary Care. A WHO Education Package*, WHO/MSA/MNHIEAC/98.1. World Health Organization, Geneva.

WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys; JAMA, June 2, 2004, Vol 291, No.21, pp. 2581-2590.