https://doi.org/10.66270/vap26.v14.n4.22

MEASURES AND EXPERIMENTAL RESULTS FOR DEVELOPING MENTAL HEALTH SELF-CARE BEHAVIORS AMONG WORKERS IN HO CHI MINH CITY

Vo Minh Thanh, Dinh Phuong Duy,
Vo Thi Tuong Vy
Ho Chi Minh City University of Education

Received: July 14, 2026
Accepted: July 20, 2026

Abstract: *This article proposed measures to develop workers' mental health self-care behaviors and evaluated an intervention program. Five measures were developed: raising awareness, fostering positive attitudes, training self-care skills, coping with stress and regulating emotions, and strengthening social support. A pilot assessment with 100 participants showed that the measures were rated very highly for necessity (M = 4.40; SD = 0.11) and feasibility (M = 4.26; SD = 0.10). A six-topic program was then implemented in a quasi-experimental design with 120 workers equally assigned to an experimental group and a control group. Following the intervention, the experimental group showed greater improvements than the control group in awareness, attitudes, actions, and the overall composite score (p < .001). The findings indicate that a program emphasizing practice and social support may contribute to developing mental health self-care behaviors among workers.*

Keywords: *Workers; Mental health; Self-care; Intervention measures; Experiment.*

BIỆN PHÁP VÀ KẾT QUẢ THỰC NGHIỆM PHÁT TRIỂN HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA CÔNG NHÂN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Minh Thành, Đinh Phương Duy,
Võ Thị Tường Vy
Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh.

Ngày nhận bài: 14/7/2026
Ngày duyệt đăng bài: 20/7/2026

Tóm tắt: *Bài viết đề xuất các biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân và đánh giá chương trình tác động. Năm biện pháp gồm nâng cao nhận thức, hình thành thái độ tích cực, rèn luyện kỹ năng tự chăm sóc, ứng phó với stress và điều chỉnh cảm xúc và củng cố hỗ trợ xã hội. Kết quả khảo nghiệm trên 100 người cho thấy các biện pháp được đánh giá rất cao về tính cần thiết (ĐTB = 4,40; ĐLC = 0,11) và tính khả thi (ĐTB = 4,26; ĐLC = 0,10). Chương trình sáu chủ đề được triển khai theo thiết kế bán thực nghiệm với 120 công nhân, chia đều vào nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng. Sau tác động, nhóm thực nghiệm cải thiện nhiều hơn nhóm đối chứng về nhận thức, thái độ, hành động và chỉ số tổng hợp toàn thang (p < 0,001). Kết quả cho thấy chương trình chú trọng thực hành và hỗ trợ xã hội có thể góp phần phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân.*

Từ khóa: *Công nhân; Sức khỏe tâm thần; Tự chăm sóc; Biện pháp tác động; Thực nghiệm.*

1. Giới thiệu (Đặt vấn đề)

Sức khỏe tâm thần của công nhân là vấn đề cần được quan tâm trong bối cảnh lao động công nghiệp, nơi người lao động thường đối diện với áp lực sản lượng, thời gian làm việc kéo dài, công việc lặp lại, ca kíp và trách nhiệm kinh tế - gia đình. Những điều kiện này có thể làm gia tăng stress, lo âu, trầm cảm, mệt mỏi tâm lý và suy giảm khả năng phục hồi sau lao động. Tuy nhiên, trong nhiều doanh nghiệp, hoạt động hỗ trợ sức khỏe tâm thần còn chưa được triển khai thường xuyên; công nhân cũng có thể thiếu thông tin, thiếu thời gian hoặc e ngại khi tìm kiếm sự trợ giúp.

Tổng quan của Harvey và cộng sự (2017) cho thấy yêu cầu công việc cao, quyền kiểm soát công việc thấp, mất cân bằng giữa nỗ lực và phần thưởng, căng thẳng vai trò và thiếu hỗ trợ xã hội có liên quan đến nguy cơ xuất hiện các vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở người lao

động. Tại Việt Nam, Tran và cộng sự (2019) ghi nhận 38,6% công nhân công nghiệp tham gia nghiên cứu có triệu chứng trầm cảm; các yếu tố liên quan bao gồm thời gian làm việc dài, tình trạng sức khỏe và tiếp xúc với nguy cơ tại nơi làm việc. Do và cộng sự (2020) cũng chỉ ra sự hiện diện của triệu chứng trầm cảm, ý tưởng tự sát và những hạn chế trong sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần ở công nhân công nghiệp. Những kết quả này cho thấy công nhân cần được hỗ trợ không chỉ ở cấp độ tổ chức mà còn về khả năng chủ động nhận diện, phòng ngừa và ứng phó với khó khăn tâm lý.

Theo khuyến nghị của WHO, can thiệp sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc cần đồng thời chú ý đến phòng ngừa nguy cơ tâm lý - xã hội, thúc đẩy sức khỏe tâm thần và hỗ trợ người lao động có khó khăn tâm lý (WHO, 2022b; WHO và ILO, 2022). Cách tiếp cận này cho thấy nâng cao sức khỏe tâm thần của công nhân không thể chỉ là trách nhiệm cá nhân, nhưng cũng không thể thiếu năng lực tự chăm sóc của chính người lao động. Tự chăm sóc sức khỏe tâm thần giúp công nhân nhận diện sớm khó khăn, điều chỉnh cảm xúc, phục hồi năng lượng, duy trì thói quen lành mạnh và tìm kiếm hỗ trợ khi cần thiết. Theo WHO (2022a), tự chăm sóc bao gồm khả năng của cá nhân, gia đình và cộng đồng trong việc thúc đẩy sức khỏe, phòng ngừa vấn đề sức khỏe, duy trì sức khỏe và ứng phó với bệnh tật, có hoặc không có sự hỗ trợ của nhân viên y tế.

Về lý thuyết, hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể được tiếp cận dưới mô hình nhận thức - thái độ - hành vi. Nhận thức giúp công nhân hiểu sức khỏe tâm thần và các dấu hiệu cần quan tâm; thái độ phản ánh sự chấp nhận, niềm tin và mức độ sẵn sàng đối với việc chăm sóc bản thân; còn hành động cụ thể thể hiện mức độ công nhân thực hiện các hành vi tự chăm sóc trong đời sống hằng ngày. Lý thuyết hành vi có kế hoạch nhấn mạnh vai trò của thái độ đối với ý định và khả năng thực hiện hành vi (Ajzen, 1991), trong khi tiếp cận hiểu biết sức khỏe tâm thần cho rằng kiến thức và niềm tin là nền tảng giúp cá nhân nhận diện, quản lý và phòng ngừa vấn đề sức khỏe tâm thần (Jorm, 2000).

Bên cạnh đó, lý thuyết stress - ứng phó cho rằng stress xuất hiện khi cá nhân đánh giá yêu cầu từ môi trường vượt quá nguồn lực ứng phó của bản thân (Lazarus và Folkman, 1984). Đối với công nhân, điều này gợi ý rằng chương trình can thiệp cần giúp họ nhận diện stress, thực hành điều chỉnh cảm xúc, nghỉ ngơi và phục hồi năng lượng. Hỗ trợ xã hội cũng là nguồn lực quan trọng giúp cá nhân giảm tác động bất lợi của stress (Cohen và Wills, 1985); vì vậy, tự chăm sóc không nên được hiểu là tự chịu đựng một mình, mà bao gồm cả năng lực tìm kiếm và sử dụng sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, công đoàn hoặc dịch vụ chuyên môn.

Các bằng chứng can thiệp cũng cung cấp cơ sở cho việc xây dựng chương trình. Tổng quan của Joyce và cộng sự (2016) cho thấy can thiệp sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc có thể được triển khai theo nhiều hướng, bao gồm phòng ngừa, tăng cường khả năng phục hồi và hỗ trợ điều trị. Gayed và cộng sự (2018) cho thấy đào tạo người quản lý có thể cải thiện kiến thức, thái độ và hành vi hỗ trợ đối với sức khỏe tâm thần của nhân viên. Các chương trình quản lý stress có thành phần thực hành thường tạo ra kết quả tích cực hơn việc chỉ cung cấp thông tin chung (Van der Klink và cộng sự, 2001; Richardson và Rothstein, 2008). Bên cạnh đó, thư giãn cơ tiến triển có thể góp phần giảm stress, lo âu và trầm cảm ở người trưởng thành (Khir và cộng sự, 2024). Do đó, chương trình dành cho công nhân cần kết hợp kiến thức, điều chỉnh thái độ, rèn luyện hành động tự chăm sóc, kỹ năng ứng phó với stress và huy động nguồn lực hỗ trợ.

Trong nghiên cứu này, hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân được tiếp cận theo nghĩa rộng như một cấu trúc tâm lý - hành vi phản ánh sự chủ động của công nhân trong việc duy trì, bảo vệ và cải thiện sức khỏe tâm thần của bản thân. Cấu trúc này được đánh giá trên ba phương diện có liên hệ nhưng không đồng nhất, gồm nhận thức về tự chăm sóc sức khỏe tâm thần, thái độ đối với tự chăm sóc sức khỏe tâm thần và mức độ thực hiện các hành động tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhận thức phản ánh mức độ công nhân nhận biết và hiểu về sức khỏe tâm thần, nhu cầu tự chăm sóc, cách thức tự chăm sóc và các nguồn trợ giúp có thể tiếp cận. Thái độ phản ánh sự đánh giá, chấp nhận và mức độ sẵn sàng của công nhân đối với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của bản thân. Hành động cụ thể phản ánh những hoạt động có chủ đích mà công nhân thực tế thực hiện nhằm duy trì, bảo vệ hoặc cải thiện sức khỏe tâm thần, như theo dõi trạng

thái tâm lý, nghỉ ngơi và phục hồi, điều chỉnh cảm xúc, duy trì kết nối xã hội và tìm kiếm trợ giúp khi cần thiết.

Cần phân biệt rằng nhận thức và thái độ không phải là hành vi theo nghĩa trực tiếp, mà là hai phương diện tâm lý có liên quan đến việc định hướng và thực hiện hành vi; hành động cụ thể mới là biểu hiện trực tiếp của hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Nhận thức phù hợp không mặc nhiên dẫn đến thái độ tích cực và thái độ tích cực cũng không bảo đảm hành động sẽ được thực hiện, bởi quá trình này còn phụ thuộc vào nguồn lực cá nhân, thời gian, điều kiện lao động, khả năng tiếp cận dịch vụ và hỗ trợ xã hội. Việc đánh giá đồng thời ba phương diện giúp nhận diện khoảng cách giữa điều công nhân biết, cách họ đánh giá và những gì họ thực tế thực hiện, qua đó cung cấp căn cứ cho việc lựa chọn nội dung tác động phù hợp.

Trên cơ sở đó, bài viết này trình bày hệ thống biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân và kết quả thực nghiệm tác động. Trọng tâm của bài viết là: (1) mô tả hệ thống biện pháp được đề xuất; (2) phân tích kết quả khảo nghiệm tính cần thiết và tính khả thi; (3) trình bày thiết kế chương trình thực nghiệm và (4) đánh giá sự thay đổi về nhận thức, thái độ, hành động cụ thể và tổng hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần sau chương trình.

2. Mẫu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Mẫu và thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng hai bước chính. Bước thứ nhất là đề xuất và khảo nghiệm hệ thống biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân. Bước thứ hai là tổ chức chương trình theo thiết kế bán thực nghiệm có nhóm đối chứng không tương đương, với hai lần đo trước và sau tác động.

Biến trung tâm của nghiên cứu là hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân, được đánh giá trên ba phương diện: nhận thức về tự chăm sóc sức khỏe tâm thần, thái độ đối với tự chăm sóc sức khỏe tâm thần và mức độ thực hiện hành động tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Bên cạnh điểm của từng phương diện, nghiên cứu sử dụng chỉ số tổng hợp toàn thang để mô tả mức độ chung của cấu trúc tâm lý - hành vi này. Chỉ số tổng hợp không được xem là một thành phần thứ tư và không thay thế cho việc phân tích riêng ba phương diện.

2.1.1. Các nhóm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng các nhóm khách thể riêng cho từng giai đoạn. Trong quá trình phát triển công cụ, phiên bản thang đo ban đầu được đánh giá bởi 7 chuyên gia và được khảo sát thử trên 151 công nhân. Phiên bản chính thức của thang đo được kiểm định trên 510 công nhân. Đây là các mẫu phục vụ xây dựng và kiểm định công cụ, không phải mẫu tham gia chương trình thực nghiệm.

Việc khảo nghiệm tính cần thiết và tính khả thi của năm biện pháp được thực hiện trên 100 người, gồm 17 chuyên gia tâm lý hoặc giảng viên, 23 cán bộ công đoàn hoặc nhân viên y tế doanh nghiệp, 21 cán bộ nhân sự hoặc quản lý và 39 công nhân đại diện. Mẫu khảo nghiệm được sử dụng để thu thập ý kiến về mức độ cần thiết và khả năng triển khai các biện pháp, không được sử dụng để đánh giá hiệu quả chương trình.

Giai đoạn đánh giá chương trình sử dụng thiết kế bán thực nghiệm có nhóm đối chứng không tương đương, đo trước và đo sau tác động. Mẫu gồm 120 công nhân đang trực tiếp làm việc tại một doanh nghiệp sản xuất trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, trong đó 60 người thuộc nhóm thực nghiệm và 60 người thuộc nhóm đối chứng. Nhóm thực nghiệm tham gia chương trình tác động gồm sáu chủ đề; nhóm đối chứng tiếp tục làm việc và sinh hoạt bình thường, không tiếp nhận nội dung chương trình trong cùng thời gian nghiên cứu. Hai nhóm được đánh giá bằng cùng một công cụ tại hai thời điểm tương ứng.

2.1.2. Tuyển chọn và phân nhóm thực nghiệm

Người tham gia thực nghiệm phải đáp ứng các tiêu chí: đang trực tiếp làm việc tại doanh nghiệp trong thời gian nghiên cứu; có khả năng đọc, hiểu và trả lời bảng hỏi; tự nguyện tham gia; có thể tham dự chương trình theo lịch tổ chức và hoàn thành cả hai lần đo. Đối với nhóm thực nghiệm, người tham gia được đưa vào phân tích khi tham dự ít nhất 5 trong tổng số 6 buổi. Những

trường hợp không hoàn thành đo trước hoặc đo sau hoặc không đáp ứng yêu cầu tham dự tối thiểu, bị loại khỏi phân tích hiệu quả.

Việc phân nhóm không được thực hiện ngẫu nhiên vì phụ thuộc vào ca làm việc, nhóm làm việc, lịch sản xuất và khả năng tham gia chương trình. Công nhân đủ điều kiện được bố trí vào nhóm thực nghiệm hoặc nhóm đối chứng theo điều kiện tổ chức thực tế; đồng thời, nghiên cứu cân đối tương đối hai nhóm theo giới tính, độ tuổi và một số đặc điểm nhân khẩu - xã hội. Vì vậy, nghiên cứu được xác định là bán thực nghiệm với nhóm đối chứng không tương đương, không phải thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên. Sự tương đồng ban đầu được xem xét bằng mô tả đặc điểm mẫu và so sánh điểm nhận thức, thái độ, hành động cụ thể và chỉ số tổng hợp toàn thang trước tác động.

Nhóm thực nghiệm tham gia sáu chủ đề trong ba tuần, với tần suất hai buổi mỗi tuần. Nhóm đối chứng không tham gia chương trình trong cùng giai đoạn. Cả hai nhóm được đo trước chương trình và đo lại sau khi kết thúc chương trình bằng cùng một phiên bản Thang đánh giá hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân. Mã số nghiên cứu được sử dụng để ghép dữ liệu trước - sau mà không sử dụng họ tên trong bộ dữ liệu phân tích. Mẫu phân tích cuối cùng gồm 60 người ở nhóm thực nghiệm và 60 người ở nhóm đối chứng đã hoàn thành cả hai lần đo; nhóm thực nghiệm đồng thời đáp ứng yêu cầu tham dự tối thiểu.

Hai nhóm có cơ cấu nhân khẩu - xã hội gần tương đương. Mỗi nhóm gồm 29 nam (48,3%) và 31 nữ (51,7%). Ở nhóm thực nghiệm, số công nhân dưới 25 tuổi, từ 25 - 34 tuổi, từ 35 - 44 tuổi và từ 45 tuổi trở lên lần lượt là 14, 16, 16 và 14 người; các con số tương ứng ở nhóm đối chứng là 14, 15, 17 và 14 người. Nhóm thực nghiệm có 20 người độc thân, 32 người đã kết hôn và 8 người ly hôn hoặc ly thân; nhóm đối chứng có cơ cấu tương ứng hoàn toàn giống nhau. Tuy nhiên, do việc phân nhóm không ngẫu nhiên, sự tương đồng về các đặc điểm quan sát được không loại trừ hoàn toàn sai lệch lựa chọn hoặc khác biệt ở những biến chưa được đo lường.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của mẫu thực nghiệm

Đặc điểm	Nhóm thực nghiệm (n = 60)	Nhóm đối chứng (n = 60)
Giới tính	Nam: 29 (48,3%); nữ: 31 (51,7%)	Nam: 29 (48,3%); nữ: 31 (51,7%)
Độ tuổi	Dưới 25: 14 (23,3%); 25 - 34: 16 (26,7%); 35 - 44: 16 (26,7%); từ 45 trở lên: 14 (23,3%)	Dưới 25: 14 (23,3%); 25 - 34: 15 (25,0%); 35 - 44: 17 (28,3%); từ 45 trở lên: 14 (23,3%)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân: 20 (33,3%); đã kết hôn: 32 (53,3%); ly hôn/ly thân: 8 (13,3%)	Độc thân: 20 (33,3%); đã kết hôn: 32 (53,3%); ly hôn/ly thân: 8 (13,3%)

2.2. Phương pháp và công cụ nghiên cứu

Phiếu khảo nghiệm tính cần thiết và tính khả thi được xây dựng trên cơ sở 5 biện pháp đề xuất, gồm 31 nội dung nhỏ. Mỗi nội dung được đánh giá theo hai tiêu chí: tính cần thiết và tính khả thi, với thang điểm 5 mức. Kết quả được xử lý bằng thống kê mô tả, gồm điểm trung bình (ĐTB) và độ lệch chuẩn (ĐLC). Khoảng điểm 4,21 - 5,00 được diễn giải là mức rất cao; 3,41 - 4,20 là mức cao.

Đối với kết quả khảo nghiệm, điểm của từng biện pháp được tính bằng trung bình cộng điểm của các nội dung thuộc biện pháp đó. Điểm đánh giá chung được tính riêng cho từng người tham gia theo công thức: Điểm chung_i = (BP1_i + BP2_i + BP3_i + BP4_i + BP5_i)/5. Sau đó, ĐTB và ĐLC chung được tính trên điểm đánh giá chung của toàn bộ người tham gia khảo nghiệm, trong đó: ĐTB chung = ΣĐiểm chung_i/n và ĐLC chung = √[Σ(Điểm chung_i - ĐTB

chung)²/(n - 1)]. Vì vậy, ĐLC chung trong Bảng 3 phản ánh mức độ phân tán của điểm đánh giá chung giữa những người tham gia, không phải là trung bình cộng của ĐLC của năm biện pháp.

Hiệu quả thực nghiệm được đánh giá bằng thang Đánh giá hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân do tác giả xây dựng. Phiên bản chính thức gồm 32 mục thuộc ba thành phần có tương quan với nhau nhưng phân biệt về nội dung đo lường: nhận thức về tự chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm 11 mục; thái độ đối với tự chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm 11 mục và mức độ thực hiện hành động tự chăm sóc sức khỏe tâm thần gồm 10 mục. Các mục nhận thức đo những điều công nhân biết và hiểu; các mục thái độ đo sự đánh giá, chấp nhận và sẵn sàng; các mục hành động đo những hoạt động tự chăm sóc có chủ đích mà công nhân thực tế thực hiện.

Các mục được đánh giá theo thang Likert 5 mức, từ 1 đến 5. Điểm của mỗi thành phần được tính bằng trung bình cộng của các mục thuộc thành phần đó. Điểm cao hơn phản ánh mức nhận thức phù hợp hơn, thái độ tích cực hơn hoặc mức độ thực hiện hành động tự chăm sóc thường xuyên/tích cực hơn. Ba điểm thành phần là các chỉ số chính được sử dụng để đánh giá sự thay đổi sau tác động.

Nghiên cứu đồng thời tính chỉ số tổng hợp toàn thang bằng trung bình cộng của 32 mục, chỉ số này được sử dụng để mô tả mức độ chung của cấu trúc tâm lý - hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Do mô hình đo lường được xác lập theo ba nhân tố có tương quan, chỉ số toàn thang được diễn giải như một chỉ số tổng hợp bổ sung, không phải bằng chứng rằng nhận thức, thái độ và hành động là một nhân tố đơn nhất. Vì vậy, kết luận về hiệu quả chương trình được ưu tiên dựa trên kết quả của từng thành phần; kết quả toàn thang chỉ có vai trò tổng hợp.

Hiệu quả chương trình được đánh giá theo thiết kế hai nhóm × hai thời điểm, trong đó nhóm gồm nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng, còn thời điểm gồm trước và sau tác động. Điểm thay đổi của mỗi người được tính theo chiều điểm sau trừ điểm trước. Do thiết kế chỉ có hai nhóm và hai thời điểm, kiểm định *t* cho hai mẫu độc lập đối với điểm thay đổi được sử dụng như phương pháp tương đương để kiểm định tương tác Nhóm × Thời điểm. Kết quả được báo cáo bằng điểm thay đổi của từng nhóm, chênh lệch thay đổi giữa hai nhóm, khoảng tin cậy 95%, giá trị *t*, giá trị *p* và kích thước ảnh hưởng Hedges' *g*. Các kiểm định *t* trước - sau trong từng nhóm được sử dụng như phân tích bổ sung nhằm làm rõ chiều hướng thay đổi, không phải căn cứ duy nhất để kết luận hiệu quả chương trình.

2.3. Độ tin cậy và giá trị của công cụ đo lường

Thang Đánh giá hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân do tác giả xây dựng trên cơ sở cấu trúc nhận thức - thái độ - hành động. Phiên bản ban đầu gồm 36 mục, phân bố đều cho ba thành phần. Nội dung thang đo được đánh giá bởi 7 chuyên gia; chỉ số giá trị nội dung trung bình toàn thang đạt S-CVI/Ave = 0,94. Sau đánh giá chuyên gia, 22 mục được giữ nguyên và 14 mục được điều chỉnh cách diễn đạt; chưa có mục nào bị loại ở giai đoạn này. Phiên bản 36 mục sau chỉnh sửa được khảo sát thử trên 151 công nhân. Căn cứ kết quả khảo sát thử kết hợp với việc rà soát nội dung và mức độ trùng lặp, công cụ được điều chỉnh còn 32 mục, gồm 11 mục nhận thức, 11 mục thái độ và 10 mục hành động cụ thể.

Trên mẫu khảo sát chính thức gồm 510 công nhân, cấu trúc của phiên bản 32 mục được kiểm tra bằng phân tích thành phần chính với phép xoay xiên Promax và chuẩn hóa Kaiser. Dữ liệu phù hợp để phân tích nhân tố, với KMO = 0,965 và kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê, $\chi^2(496) = 10.432,803$; $p < 0,001$. Ba nhân tố có eigenvalue lần lượt là 12,527; 3,697 và 3,390, giải thích tổng cộng 61,290% phương sai. Hệ số tải chính trong Pattern Matrix dao động từ 0,682 đến 0,850; các mục tập trung vào đúng ba nhân tố nhận thức, thái độ và hành động cụ thể. Phép xoay hội tụ sau 5 vòng lặp. Kết quả này cung cấp bằng chứng khám phá ủng hộ cấu trúc ba thành phần của thang đo.

Thang Đánh giá hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân do tác giả xây dựng gồm 32 mục thuộc ba thành phần: nhận thức về tự chăm sóc sức khỏe tâm thần, thái độ đối với tự chăm sóc sức khỏe tâm thần và hành động tự chăm sóc sức khỏe tâm thần cụ thể. Hệ số Cronbach's α của ba thành phần lần lượt là 0,937; 0,935 và 0,927; hệ số của toàn thang là 0,950, cho thấy độ tin cậy nội tại cao. Kết quả CFA xác nhận mô hình ba nhân tố phù hợp với dữ liệu:

$\chi^2(461) = 700,276$; $\chi^2/df = 1,519$; GFI = 0,923; CFI = 0,976; TLI = 0,975; RMSEA = 0,032; PCLOSE = 1,000. Độ tin cậy tổng hợp của thành phần nhận thức, thái độ và hành động lần lượt là 0,938; 0,936 và 0,927; phương sai trích trung bình tương ứng là 0,578; 0,570 và 0,561. Tương quan giữa ba thành phần dao động từ 0,485 đến 0,503, cho thấy các thành phần có liên hệ nhưng vẫn phân biệt với nhau. Vì vậy, điểm từng thành phần được sử dụng làm kết quả đo lường chính; điểm trung bình của 32 mục chỉ được dùng như chỉ số tổng hợp toàn thang.

3. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

3.1. Kết quả nghiên cứu

3.1.1. Hệ thống biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân

Hệ thống biện pháp được xây dựng trên cơ sở lý luận và thực tiễn của hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các biện pháp không chỉ hướng đến việc cung cấp kiến thức, mà còn tác động đến thái độ, kỹ năng thực hành, năng lực ứng phó stress và nguồn lực hỗ trợ xã hội. Cách thiết kế này phù hợp với đặc điểm của công nhân trong môi trường công nghiệp: thời gian hạn chế, áp lực công việc cao, nhu cầu hỗ trợ thực tế và khả năng tiếp cận dịch vụ chuyên môn còn chưa đồng đều.

Năm biện pháp được đề xuất có quan hệ logic với nhau. Biện pháp 1 tạo nền tảng nhận thức; biện pháp 2 làm giảm các rào cản thái độ; biện pháp 3 chuyển hóa nhận thức và thái độ thành kỹ năng cụ thể; biện pháp 4 giúp công nhân ứng phó với stress và điều chỉnh cảm xúc trong tình huống áp lực; biện pháp 5 củng cố nguồn lực xã hội để hành vi tự chăm sóc có điều kiện duy trì bền vững hơn.

Bảng 2. Hệ thống biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân

Biện pháp	Mục tiêu chính	Nội dung trọng tâm	Kết quả mong đợi
BP1. Nâng cao nhận thức	Giúp công nhân hiểu đúng về sức khỏe tâm thần và tự chăm sóc sức khỏe tâm thần.	Cung cấp kiến thức cơ bản; nhận diện stress, lo âu, trầm cảm; giới thiệu hành vi tự chăm sóc đơn giản; truyền thông ngắn gọn, trực quan.	Công nhân nhận diện được dấu hiệu cần quan tâm và biết một số cách tự chăm sóc phù hợp.
BP2. Hình thành thái độ tích cực	Giúp công nhân coi tự chăm sóc là cần thiết, chính đáng và có lợi.	Thảo luận quan niệm nghỉ ngơi là lười biếng, chia sẻ là yếu đuối, tìm kiếm hỗ trợ là xấu hổ; viết lại niềm tin tiêu cực.	Công nhân bớt e ngại khi nghỉ ngơi, chia sẻ cảm xúc và tìm kiếm hỗ trợ.
BP3. Rèn luyện kỹ năng tự chăm sóc	Hình thành các kỹ năng nhỏ, dễ thực hiện và có thể lặp lại thường xuyên.	Tự nhận diện cảm xúc; thở sâu 3 - 5 phút; thư giãn cơ nhanh; lập kế hoạch 7 ngày; thực hiện một hành vi nhỏ mỗi ngày; phiếu theo dõi hành vi.	Công nhân có kỹ năng cụ thể để chuyển nhận thức và thái độ thành hành động.
BP4. Ứng phó stress và điều chỉnh cảm xúc	Giúp công nhân nhận diện, kiểm soát và xử lý tình huống căng thẳng.	Nhận diện dấu hiệu stress; phân biệt mệt mỏi thường và căng thẳng kéo dài; nghỉ vi mô; kế hoạch phục hồi sau ca; điều chỉnh ngủ, ăn uống, vận động.	Công nhân biết tạm dừng, điều chỉnh phản ứng và phục hồi năng lượng sau lao động.

Biện pháp	Mục tiêu chính	Nội dung trọng tâm	Kết quả mong đợi
BP5. Củng cố hỗ trợ xã hội	Tăng khả năng sử dụng nguồn lực hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và tổ chức.	Xây dựng bản đồ hỗ trợ cá nhân; rèn luyện cách mở lời; duy trì kết nối; cung cấp nguồn hỗ trợ sẵn có; bảo đảm riêng tư và không phán xét.	Công nhân biết tìm người phù hợp để chia sẻ, đề nghị hỗ trợ và duy trì kết nối tích cực.

Nội dung ở Bảng 2 cho thấy hệ thống biện pháp có tính tích hợp. Nếu chỉ truyền thông kiến thức, công nhân có thể biết về sức khỏe tâm thần nhưng chưa chắc thay đổi hành vi. Nếu chỉ hướng dẫn kỹ năng mà không xử lý rào cản thái độ, công nhân có thể không sẵn sàng thực hiện. Nếu chỉ nhấn mạnh trách nhiệm cá nhân mà không củng cố hỗ trợ xã hội, chương trình có thể vô tình làm tăng áp lực cho người lao động. Vì vậy, cấu trúc năm biện pháp giúp kết hợp đồng thời giáo dục, thay đổi thái độ, thực hành kỹ năng và huy động nguồn lực hỗ trợ.

3.1.2. Khảo nghiệm tính cần thiết và tính khả thi của các biện pháp

Kết quả khảo nghiệm cho thấy hệ thống biện pháp được đánh giá tích cực ở cả hai tiêu chí. Điểm trung bình chung về tính cần thiết đạt 4,40 (ĐLC = 0,11), thuộc mức rất cao; điểm trung bình chung về tính khả thi đạt 4,26 (ĐLC = 0,10), cũng thuộc mức rất cao. Điều này cho thấy các nhóm khách thể khảo nghiệm nhìn nhận hệ thống biện pháp là phù hợp với nhu cầu phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân và có khả năng triển khai trong thực tế.

Trong năm biện pháp, biện pháp rèn luyện kỹ năng thực hiện hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần được xếp hạng cao nhất ở cả tính cần thiết và tính khả thi. Kết quả này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng, bởi công nhân thường cần các hướng dẫn cụ thể, ngắn gọn, dễ áp dụng hơn là các thông điệp chung chung về sức khỏe tâm thần.

Bảng 3. Kết quả tổng hợp tính cần thiết và tính khả thi theo từng biện pháp

Biện pháp	Cần thiết ĐTB	ĐLC	Hạng	Khả thi ĐTB	ĐLC	Hạng
BP1. Nâng cao nhận thức	4,43	0,25	2	4,26	0,23	3
BP2. Hình thành thái độ tích cực	4,29	0,23	5	4,16	0,18	5
BP3. Rèn luyện kỹ năng tự chăm sóc	4,51	0,25	1	4,38	0,24	1
BP4. Ứng phó stress và điều chỉnh cảm xúc	4,36	0,24	4	4,17	0,21	4
BP5. Củng cố hỗ trợ xã hội	4,41	0,29	3	4,30	0,26	2
Trung bình chung	**4,40**	**0,11**		**4,26**	**0,10**	

Kết quả ở Bảng 3 gợi ý rằng khi xây dựng chương trình thực nghiệm, cần ưu tiên những nội dung có tính thực hành cao, đặc biệt là kỹ năng thở sâu, thư giãn cơ nhanh, lập kế hoạch tự chăm sóc, chia sẻ cảm xúc và theo dõi hành vi hằng ngày. Biện pháp 5 cũng có tính khả thi cao, cho thấy việc huy động gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, công đoàn và các nguồn hỗ trợ trong doanh nghiệp là hướng triển khai thực tế. Biện pháp 2 và biện pháp 4 có thứ hạng thấp hơn tương đối

nhưng vẫn đạt mức cao hoặc rất cao, vì vậy vẫn cần giữ lại trong chương trình với hình thức ngắn gọn, dựa trên tình huống và bài tập thực hành.

3.1.3. Thiết kế chương trình thực nghiệm tác động

Chương trình thực nghiệm được xây dựng trên cơ sở 5 biện pháp đã khảo nghiệm, nhưng không triển khai dàn trải toàn bộ 31 nội dung nhỏ. Thay vào đó, chương trình lựa chọn các nội dung có tính cần thiết và khả thi cao, đồng thời phù hợp với điều kiện tham gia của công nhân. Cấu trúc chương trình gồm 6 chủ đề, đi từ nhận diện vấn đề, hiểu đúng về tự chăm sóc, điều chỉnh cảm xúc, phục hồi năng lượng, sử dụng hỗ trợ xã hội đến lập kế hoạch duy trì hành vi.

Cách thiết kế này phù hợp với mô hình thay đổi hành vi COM-B, trong đó hành vi chịu ảnh hưởng bởi năng lực, cơ hội và động lực (Michie và cộng sự, 2011). Chương trình tăng năng lực thông qua kiến thức và kỹ năng, tăng động lực thông qua điều chỉnh thái độ và tạo cơ hội thực hành thông qua các hành vi ngắn, dễ lặp lại trong đời sống hằng ngày.

Bảng 4. Nội dung chương trình thực nghiệm tác động

Chủ đề	Nội dung chính	Mục tiêu tác động
1. Nhận diện sức khỏe tâm thần và dấu hiệu căng thẳng	Sức khỏe tâm thần; dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm; biểu hiện suy giảm năng lượng tâm lý.	Tạo nền tảng nhận thức ban đầu.
2. Hiểu đúng về tự chăm sóc sức khỏe tâm thần	Tự chăm sóc là hành vi chủ động; nghỉ ngơi không phải là lười biếng; chia sẻ không phải là yếu đuối.	Điều chỉnh thái độ và giảm rào cản tâm lý.
3. Điều chỉnh cảm xúc và ứng phó với stress	Nhận diện cảm xúc; tạm dừng trước khi phản ứng; lựa chọn cách ứng phó; kỹ thuật điều chỉnh cảm xúc.	Tăng năng lực ứng phó trong tình huống áp lực.
4. Nghỉ ngơi, giấc ngủ, vận động và phục hồi năng lượng	Nghỉ ngắn, thở sâu, thư giãn cơ, điều chỉnh giấc ngủ, ăn uống, vận động nhẹ, hạn chế dùng điện thoại trước ngủ.	Tăng khả năng phục hồi sau lao động.
5. Tìm kiếm hỗ trợ và sử dụng nguồn lực xã hội	Bản đồ hỗ trợ cá nhân; nguồn hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, công đoàn, nhân sự hoặc chuyên môn; cách mở lời khi cần giúp đỡ.	Củng cố hỗ trợ xã hội trong tự chăm sóc.
6. Lập kế hoạch duy trì hành vi tự chăm sóc	Kế hoạch tự chăm sóc 7 ngày; lựa chọn một hành vi nhỏ mỗi ngày; phiếu theo dõi hành vi.	Duy trì hành vi sau chương trình.

Chương trình được tổ chức theo thiết kế có nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng, đo trước và đo sau tác động. Trước khi triển khai, cả hai nhóm được đo lường các chỉ số hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần. Sau khi nhóm thực nghiệm hoàn thành chương trình, cả hai nhóm tiếp tục được đo lường lần hai bằng cùng công cụ. Thiết kế này giúp so sánh sự thay đổi trong từng nhóm và đối chiếu mức thay đổi giữa nhóm tham gia chương trình với nhóm không tham gia chương trình trong cùng thời điểm.

3.1.4. Đặc điểm mẫu và sự tương đương ban đầu giữa hai nhóm

Mẫu thực nghiệm gồm 120 công nhân, chia đều thành nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng. Trước tác động, hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ba thành phần và chỉ số tổng hợp toàn thang tự chăm sóc sức khỏe tâm thần ($p > 0,05$). Tuy nhiên, do việc phân nhóm

không ngẫu nhiên, kết quả này chỉ cho thấy chưa phát hiện khác biệt ở các chỉ số được đo, không chứng minh hai nhóm hoàn toàn tương đương.

Bảng 5. So sánh trước thực nghiệm giữa nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng

Biến trước tác động	Nhóm thực nghiệm ĐTB ± ĐLC	Nhóm đối chứng ĐTB ± ĐLC	t	p
Nhận thức	1,38 ± 0,25	1,36 ± 0,24	0,47	0,640
Thái độ	1,32 ± 0,24	1,38 ± 0,26	-1,28	0,204
Hành động cụ thể	1,33 ± 0,23	1,35 ± 0,24	-0,42	0,678
Chỉ số tổng hợp toàn thang	1,34 ± 0,14	1,36 ± 0,15	-0,68	0,495

Việc hai nhóm không khác biệt trước tác động là điều kiện quan trọng để đánh giá hiệu quả của chương trình. Nếu sau chương trình nhóm thực nghiệm cải thiện rõ hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt này có cơ sở để được diễn giải như hiệu quả bước đầu gắn với chương trình tác động, mặc dù vẫn cần thận trọng do thực nghiệm được triển khai trong một bối cảnh cụ thể.

3.1.5. Sự thay đổi sau thực nghiệm

Trước hết, nghiên cứu mô tả sự thay đổi điểm số từ trước đến sau tác động trong từng nhóm. Kết quả được trình bày tại Bảng 6.

Bảng 6. Kết quả so sánh trước và sau trong nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng

Biến	Nhóm	Trước tác động ĐTB ± ĐLC	Sau tác động ĐTB ± ĐLC	Chênh lệch	t	p
Nhận thức	Nhóm thực nghiệm	1,38 ± 0,25	2,17 ± 0,46	+0,80	15,69	< 0,001
	Nhóm đối chứng	1,36 ± 0,24	1,37 ± 0,29	+0,01	0,39	0,696
Thái độ	Nhóm thực nghiệm	1,32 ± 0,24	2,07 ± 0,45	+0,74	14,60	< 0,001
	Nhóm đối chứng	1,38 ± 0,26	1,39 ± 0,25	+0,01	0,52	0,607
Hành động cụ thể	Nhóm thực nghiệm	1,33 ± 0,23	1,95 ± 0,46	+0,62	14,56	< 0,001
	Nhóm đối chứng	1,35 ± 0,24	1,38 ± 0,29	+0,03	1,61	0,113
Chỉ số tổng hợp toàn thang	Nhóm thực nghiệm	1,34 ± 0,14	2,06 ± 0,26	+0,72	25,55	< 0,001
	Nhóm đối chứng	1,36 ± 0,15	1,38 ± 0,18	+0,02	1,44	0,154

Bảng 7. So sánh mức thay đổi giữa nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng

Chỉ số	Δ nhóm thực nghiệm ĐTB ± ĐLC	Δ nhóm đối chứng ĐTB ± ĐLC	Chênh lệch Δ	KTC 95%	t(118)	p	Hedges' g
Nhận thức	0,80 ± 0,39	0,01 ± 0,18	0,79	[0,679; 0,901]	14,08	< 0,001	2,55
Thái độ	0,74 ± 0,40	0,01 ± 0,14	0,73	[0,624; 0,836]	13,58	< 0,001	2,46
Hành động cụ thể	0,62 ± 0,33	0,03 ± 0,16	0,59	[0,495; 0,685]	12,32	< 0,001	2,23
Chỉ số tổng hợp toàn thang	0,72 ± 0,22	0,02 ± 0,09	0,70	[0,639; 0,761]	22,90	< 0,001	4,15

Ghi chú. Δ = điểm sau tác động - điểm trước tác động; KTC = khoảng tin cậy. Hedges' g biểu thị kích thước ảnh hưởng chuẩn hóa của chênh lệch mức thay đổi giữa hai nhóm. Giá trị dương cho thấy nhóm thực nghiệm tăng nhiều hơn nhóm đối chứng. Các giá trị Δ, chênh lệch Δ, t, KTC 95% và Hedges' g được tính từ dữ liệu gốc chưa làm tròn; vì vậy, phép trừ các ĐTB đã làm tròn đến hai chữ số thập phân có thể chênh 0,01 so với giá trị Δ được báo cáo.

Kết quả tại Bảng 6 cho thấy nhóm thực nghiệm tăng điểm ở cả ba thành phần và chỉ số tổng hợp toàn thang sau tác động. Điểm nhận thức tăng từ 1,38 (ĐLC = 0,25) lên 2,17 (ĐLC = 0,46); điểm thái độ tăng từ 1,32 (ĐLC = 0,24) lên 2,07 (ĐLC = 0,45); điểm hành động cụ thể tăng từ 1,33 (ĐLC = 0,23) lên 1,95 (ĐLC = 0,46); chỉ số tổng hợp toàn thang tăng từ 1,34 (ĐLC = 0,14) lên 2,06 (ĐLC = 0,26). Các thay đổi trong nhóm thực nghiệm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong khi đó, những thay đổi ở nhóm đối chứng đều nhỏ và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, sự có ý nghĩa trong một nhóm và không có ý nghĩa trong nhóm còn lại chưa đủ để kết luận hiệu quả chương trình; căn cứ chính là so sánh trực tiếp mức thay đổi giữa hai nhóm.

Kết quả tại Bảng 7 cho thấy mức thay đổi từ trước đến sau của nhóm thực nghiệm cao hơn nhóm đối chứng ở cả ba thành phần và chỉ số tổng hợp toàn thang. Đối với nhận thức, chênh lệch mức thay đổi giữa hai nhóm là 0,79 điểm, KTC 95% [0,679; 0,901]; $t(118) = 14,08$; $p < 0,001$; Hedges'g = 2,55. Đối với thái độ, chênh lệch mức thay đổi là 0,73 điểm, KTC 95% [0,624; 0,836]; $t(118) = 13,58$; $p < 0,001$; Hedges'g = 2,46. Đối với hành động cụ thể, chênh lệch mức thay đổi là 0,59 điểm, KTC 95% [0,495; 0,685]; $t(118) = 12,32$; $p < 0,001$; Hedges'g = 2,23. Chỉ số tổng hợp toàn thang có chênh lệch mức thay đổi 0,70 điểm, KTC 95% [0,639; 0,761]; $t(118) = 22,90$; $p < 0,001$; Hedges'g = 4,15. Các khoảng tin cậy đều không chứa giá trị 0, cho thấy mức tăng của nhóm thực nghiệm cao hơn nhóm đối chứng trong phạm vi mẫu nghiên cứu.

3.2. Thảo luận

Kết quả thay đổi theo từng thành phần phù hợp với cấu trúc của chương trình. Sự gia tăng nhận thức có thể gắn với các nội dung giúp công nhân hiểu về sức khỏe tâm thần, nhận diện dấu hiệu căng thẳng và biết những cách tự chăm sóc phù hợp. Sự gia tăng thái độ phản ánh thay đổi trong cách đánh giá việc nghỉ ngơi, chia sẻ cảm xúc và tìm kiếm hỗ trợ. Đối với hành động cụ thể, chương trình hướng dẫn các kỹ năng như thở sâu, thư giãn cơ, nghỉ ngắn, lập kế hoạch tự chăm sóc, chia sẻ với người đáng tin cậy và theo dõi hành vi. Tuy nhiên, hành động được đo bằng tự báo cáo ngay sau chương trình nên kết quả chưa chứng minh các hành động này đã được duy trì như thói quen lâu dài.

Kết quả cung cấp bằng chứng bước đầu rằng mức thay đổi của nhóm tham gia chương trình cao hơn nhóm đối chứng ở cả ba phương diện. Tuy nhiên, do nghiên cứu sử dụng thiết kế bán thực nghiệm, phân nhóm không ngẫu nhiên, triển khai tại một doanh nghiệp và chưa có đánh giá theo dõi dài hạn, kết quả chỉ nên được diễn giải trong phạm vi mẫu và thời điểm nghiên cứu,

chưa đủ để khẳng định hiệu quả lâu dài hoặc khả năng áp dụng tương tự cho toàn bộ công nhân tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Các chương trình nâng cao sức khỏe tâm thần cho công nhân nên được thiết kế theo hướng thực hành, ngắn gọn và gắn với tình huống lao động cụ thể. Những nội dung như nhận diện stress, thở sâu, thư giãn cơ nhanh, nghỉ vi mô, lập kế hoạch tự chăm sóc và theo dõi hành vi hằng ngày có thể triển khai trong sinh hoạt công đoàn, truyền thông nội bộ hoặc nhóm nhỏ tại doanh nghiệp.

Can thiệp tự chăm sóc không nên được trình bày như trách nhiệm cá nhân tách rời khỏi môi trường lao động. Nếu công nhân chịu áp lực ca kíp, tăng ca hoặc thiếu thời gian nghỉ ngơi, việc yêu cầu họ tự chăm sóc nhiều hơn mà không có hỗ trợ tổ chức có thể tạo thêm gánh nặng. Do đó, doanh nghiệp và công đoàn cần tạo điều kiện về thời gian, địa điểm, thông tin và môi trường không kỳ thị để công nhân có thể thực hành tự chăm sóc.

Chương trình cần chú ý đến thay đổi thái độ và giảm kỳ thị. Công nhân có thể biết rằng sức khỏe tâm thần quan trọng nhưng vẫn ngại chia sẻ hoặc tìm kiếm hỗ trợ. Vì vậy, thông điệp truyền thông cần nhấn mạnh rằng nghỉ ngơi hợp lý, chia sẻ với người tin cậy và tìm kiếm hỗ trợ khi cần là hành vi chủ động, không phải yếu đuối.

Cần huy động hỗ trợ xã hội như một phần của chương trình tự chăm sóc. Gia đình, bạn bè, đồng nghiệp, tổ trưởng, cán bộ công đoàn và nhân sự doanh nghiệp có thể trở thành nguồn lực nâng đỡ nếu được trang bị cách lắng nghe, tôn trọng và không phán xét. Việc xây dựng bản đồ hỗ trợ cá nhân là một kỹ thuật đơn giản nhưng có thể giúp công nhân biết rõ nên tìm ai khi gặp khó khăn.

4. Kết luận

Nghiên cứu đề xuất năm biện pháp phát triển hành vi tự chăm sóc sức khỏe tâm thần của công nhân, được đánh giá cao về tính cần thiết và tính khả thi. Nhóm tham gia chương trình cải thiện nhiều hơn nhóm đối chứng về nhận thức, thái độ, hành động cụ thể và chỉ số tổng hợp toàn thang. Kết quả cung cấp bằng chứng ứng dụng ban đầu. Tuy nhiên, phân nhóm không ngẫu nhiên, dữ liệu tự báo cáo và chưa theo dõi dài hạn hạn chế khả năng suy luận nhân quả. Nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng mẫu, sử dụng thiết kế chặt chẽ hơn và đánh giá khả năng duy trì hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T.

2. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310.

3. Do, H. N., Nguyen, A. T., Nguyen, H. Q. T., Bui, T. P., Nguyen, Q. V., Tran, N. T. T., Nguyen, L. H., Pham, H. Q., Ha, G. H., Hoang, C. L., Tran, B. X., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2020). Depressive symptoms, suicidal ideation, and mental health service use of industrial workers: Evidence from Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), Article 2929. https://doi.org/10.3390/ijerph17082929.

4. Gayed, A., Milligan-Saville, J. S., Nicholas, J., Bryan, B. T., LaMontagne, A. D., Milner, A., Madan, I., Calvo, R. A., Christensen, H., Mykletun, A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine, 75*(6), 462-470. https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104789.

5. Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 74*(4), 301-310. https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015.

6. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 177*(5), 396-401. https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396.

7. Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine, 46*(4), 683-697. https://doi.org/10.1017/S0033291715002408.

8. Muhammad Khir, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S. A., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. A. (2024). Efficacy of progressive muscle relaxation in adults for stress, anxiety, and depression: A systematic review. *Psychology Research and Behavior Management, 17,* 345-365. https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277.

9. Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science, 6,* Article 42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42.

10. Tran, B. X., Vu, G. T., Pham, K. T. H., Vuong, Q. H., Ho, M. T., Vuong, T. T., Nguyen, H. K. T., Nguyen, C. T., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Depressive symptoms among industrial workers in Vietnam and correlated factors: A multi-site survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(9), Article 1642. https://doi.org/10.3390/ijerph16091642.