

**BỘ Y TẾ**  
**BỆNH VIỆN TÂM THẦN TRUNG ƯƠNG 1**

**SỔ TAY NGHIỆP VỤ**  
**HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN ĐỊNH LƯỢNG**

**Tên đề tài:** Thực trạng một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng và đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay.

**Cơ quan chủ quản:** Bộ Y tế

**Cơ quan chủ trì:** Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1

**Chủ nhiệm đề tài:** TS.BS Nguyễn Mạnh Phát

**Hà nội, 2025**

## PHỤ LỤC 1. PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Mã số phiếu:

Nhằm mục tiêu nâng cao sức khỏe người dân của cả nước, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “Thực trạng một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng và đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay”. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thực trạng sức khỏe tâm thần gia đình ông/bà và các yếu tố kiến thức của ông bà. Đồng thời, nghiên cứu thực hiện một số nội dung điều trị khi thành viên ông/bà có tình trạng sức khỏe tâm thần kém.

Quy trình thực hiện: Chúng tôi tiến hành sàng lọc sức khỏe tâm thần của thành viên trong gia đình và hỏi các thông tin liên quan chung. Bộ câu hỏi khảo sát kéo dài từ 5 đến 10 phút. Trường hợp, chúng tôi phát hiện tình trạng sức khỏe của 1 trong thành viên gia đình, chúng tôi sẽ tiến hành khám sức khỏe cụ thể theo chuyên khoa.

Quyền lợi: Những đối tượng được khám chuyên khoa hoàn toàn miễn phí.

Tính bảo mật: Việc tham gia nghiên cứu của ông/bà là hoàn toàn tự nguyện. Ông/bà có thể dừng cuộc phỏng vấn bất kỳ thời điểm nào. Các thông tin khảo sát sẽ được cất giữ, lưu trữ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Ông/bà/người bảo hộ đã đọc thông tin trên và nghe điều tra viên giải thích rõ ràng về hoạt động nghiên cứu.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu**                       **Không**

..., ngày tháng năm 202..

Chữ ký điều tra viên

Người trả lời phỏng vấn



- B1: Trong gia đình có ai đã có lần có cảm giác buồn rầu ủ rũ, cảm giác trống rỗng kéo dài trong 2 tuần hoặc lâu hơn không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B2: Trong gia đình có ai giảm hoặc mất thích thú trong công việc, trong vui chơi giải trí hay những việc mà trước đây vẫn thích không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B3: Trong gia đình có ai có cảm giác thiếu năng lượng hoặc hàng ngày lúc nào cũng mệt mỏi ngay cả khi làm những công việc bình thường không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B4. Trong gia đình có ai có thời kỳ nào kéo dài ít nhất 1 tháng có cảm giác bồn chồn lo lắng, căng thẳng không sao thư giãn được, kèm theo những cảm giác hồi hộp sợ hãi, chóng mặt và mồi hôi, tê bì chân tay không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B5: Trong gia đình có ai thường xuyên tự ti, cảm thấy hèn kém, bất lực với bản thân mình không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B6: Trong gia đình có ai hay bồn chồn, mất tập trung trong công việc và học tập không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B7: Trong gia đình có ai dễ nổi cáu, nóng giận với bản thân hoặc với người xung quanh không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B8: Trong gia đình có ai thường xuyên khó ngủ hoặc mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B9: Trong gia đình có ai thường xuyên ăn không ngon miệng hoặc chán ăn không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B10. Trong gia đình có ai nói huyên thuyên, kích động đập phá, đi lại lộn xộn không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B11: Trong gia đình có ai cho rằng có ai đó có âm mưu, tìm cách hãm hại, đầu độc mình không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B12: Trong gia đình có ai tin rằng mình bị tác động, kiểm tra bởi một thế lực bên ngoài nào đấy không? (Ghi rõ họ tên.....)
- B13: Trong gia đình có ai cho rằng có ai đọc được ý nghĩ của mình không? (Ghi rõ họ tên.....)

B14: Trong gia đình có ai nói rằng mình nghe thấy, nhìn thấy những vật mà những người khác ở xung quanh đó không thấy không? (Ghi rõ họ tên.....)

B15: Trong gia đình có ai tự cho mình là tài giỏi, nhiều người yêu, có sức mạnh siêu nhiên hơn người không? (Ghi rõ họ tên.....)

B16. Trong gia đình có ai gần đây hay quên đồ đạc, dụng cụ, hay quên công việc. Quên tên những người quen, họ hàng, con cháu, ... không? (Ghi rõ họ tên.....)

B17: Trong gia đình có ai nhớ nhầm ngày tháng, địa điểm hoặc quên đường về nhà không? (Ghi rõ họ tên.....)

B18: Trong gia đình có ai khó khăn trong việc lập kế hoạch đơn giản như kế hoạch nấu nướng, kế hoạch chăm sóc gia đình không? (Ghi rõ họ tên.....)

B19: Trong gia đình có ai gặp khó khăn trong việc nói và viết không? (Ghi rõ họ tên.....)

B20. Trong gia đình có cháu nào bị học kém, hay bị lưu ban, hay không thể học được không?  Có: (Ghi rõ tên) .....

B21. Có cháu nào chậm biết đi, chậm biết nói, ngôn ngữ hạn chế không giao tiếp được không?  Có: (Ghi rõ tên) .....

B22. Trong gia đình ta có ai có những hành vi bất thường lặp đi lặp lại nhiều lần như: Bỏ nhà sống qua đêm ở nơi khác, thường xuyên nói dối, trốn học, gây gỗ đánh nhau, càn quấy, hay chơi bời với những bạn xấu không?  Có: (Ghi rõ tên) .....

B23. Trong gia đình ta có ai thường xuyên uống rượu không?  Có: (Ghi rõ tên) .....

**B11. Ý kiến bổ sung:** .....

## II. MỤC TIÊU, NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC THỰC HIỆN ĐỀ TÀI

### 12. Mục tiêu của đề tài (*Bám sát và cụ thể hoá định hướng mục tiêu theo đặt hàng*)

Mục tiêu 1: Xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng (trầm cảm, sa sút trí tuệ, tự kỷ) ở Việt Nam và tổng quan hệ thống các bệnh (tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn lo âu và hành vi do sử dụng rượu).

Mục tiêu 2: Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại Việt Nam.

Mục tiêu 3: Đề xuất và bước đầu đánh giá các mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khoẻ tâm thần trong giai đoạn hiện nay.

### 13. Tình trạng của đề tài

- Mới                       Kế tiếp hướng nghiên cứu của chính nhóm tác giả  
 Kế tiếp nghiên cứu của người khác

### 14. Tổng quan tình hình nghiên cứu, luận giải về mục tiêu và những nội dung nghiên cứu của đề tài

#### 14.1 Đánh giá tổng quan tình hình nghiên cứu thuộc lĩnh vực của đề tài

##### 1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

###### 1.1.1. Định nghĩa sức khoẻ tâm thần

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, Sức khoẻ tâm thần không chỉ là không có các rối loạn tâm thần, mà là tình trạng khỏe mạnh trong đó mỗi cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối phó với những căng thẳng thông thường của cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả, sinh lợi và có thể tham gia, đóng góp cho cộng đồng [1]. Cũng theo Tổ chức Y tế Thế giới, rối loạn tâm thần (mental disorders): bao gồm một phạm vi lớn các tình trạng về tâm lý, với các triệu chứng khác nhau, tuy nhiên thường được đặc trưng bởi sự kết hợp của những bất thường về suy nghĩ, cảm xúc, hành vi và các mối quan hệ với người khác [2].

###### 1.1.2. Khái niệm rối loạn tâm thần, bệnh tâm thần

Rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi sự rối loạn đáng kể về mặt lâm sàng trong nhận thức, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi của một cá nhân. Nó thường liên quan đến đau khổ hoặc suy yếu trong các lĩnh vực hoạt động quan trọng. Có nhiều loại rối loạn tâm thần khác nhau. Rối loạn tâm thần cũng có thể được gọi là tình trạng sức khoẻ tâm thần. Tình trạng

sức khoẻ tâm thần là một thuật ngữ rộng hơn bao gồm các rối loạn tâm thần, khuyết tật tâm lý xã hội và (các) trạng thái tâm thần khác liên quan đến tình trạng đau khổ nghiêm trọng, suy giảm chức năng hoặc nguy cơ tự làm hại bản thân[2].

Bệnh tâm thần (mental illness) được định nghĩa là "tập thể các rối loạn tâm thần có thể chẩn đoán" hoặc là các tình trạng sức khỏe đặc trưng bởi sự thay đổi trong suy nghĩ, tính khí, hoặc hành vi (hoặc kết hợp một số sự thay đổi này), kết hợp với sự đau khổ và/hoặc chức năng bị khiếm khuyết [3]. Không có định nghĩa nghiêm ngặt phân biệt "rối loạn tâm thần" và "bệnh tâm thần" và hai thuật ngữ này thường được sử dụng thay thế cho nhau.

Tuy nhiên, trong tiếng Anh có sự khác nhau giữa 'disease/disorder' – bệnh/rối loạn và 'illness' - sự ốm đau. Theo Eisenberg, bệnh nhân trải nghiệm sự ốm đau (illness) còn bác sỹ chẩn đoán và điều trị bệnh (disease). Từ bệnh để chỉ các rối loạn chức năng sinh học, còn sự ốm đau là trải nghiệm không mong muốn của một cá nhân [4]. Thường ở giai đoạn đầu của bệnh thì có thể có bệnh mà không trải qua sự ốm đau và có thể trải qua sự ốm đau mà chưa phát triển thành bệnh

### ***1.1.3. Khái niệm một số rối loạn tâm thần thường gặp***

#### ***1.1.3.1. Tâm thần phân liệt***

Tâm thần phân liệt là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Tình cảm trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày càng sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu [5].

#### ***1.1.3.2. Động kinh***

Con động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kịch phát và quá mức của một nhóm neuron ở não. Biểu hiện trên lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng vỏ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm thần. Động kinh là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra [5].

#### ***1.1.3.3. Trầm cảm***

Trầm cảm là một trạng thái bệnh lý của cảm xúc, biểu hiện bằng quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Theo phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, trầm cảm điển hình thường được biểu hiện bằng khí sắc trầm, mất mọi quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần. Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác như giảm sự tập trung chú ý, giảm tính tự trọng và

lòng tự tin, ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm bi quan, ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng...[5]

#### *1.1.3.4. Lo âu*

Lo âu là bệnh lý nếu lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý [5].

#### *1.1.3.5. Tự kỷ*

Tự kỷ là một phổ rối loạn bao gồm những rối loạn về tâm lý - thần kinh. Đây là rối loạn phát triển lan tỏa với mức độ từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm ở trẻ em trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài cả cuộc đời.

Biểu hiện tự kỷ biểu hiện trên 3 lĩnh vực:

- Tương tác xã hội
- Giao tiếp
- Hành vi định hình, ý thích thu hẹp.

Thường kèm theo các rối loạn khác như: tăng động giảm chú ý, chậm phát triển tâm thần [5]

#### *1.1.3.6. Sa sút trí tuệ*

Sa sút trí tuệ (Desmentia) là rối loạn tâm thần nặng nề nhất và khá phổ biến ở người già [6].

Người mắc chứng sa sút trí tuệ gặp khó khăn với một số loại khả năng nhận thức, thường gặp nhất là trí nhớ và các khả năng khác như ngôn ngữ, sự chú ý, định hướng, phán đoán và lập kế hoạch [7].

#### *1.1.3.7. Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu*

Rượu là chất tác động tâm thần, rối loạn tâm thần do rượu là nhóm các rối loạn phức tạp, đa dạng phát sinh và phát triển có liên quan chặt chẽ đến nghiện rượu. Rối loạn tâm thần do rượu là hậu quả tác động trực tiếp, kéo dài của rượu lên não.

## **2. Sơ lược về các rối loạn tâm thần**

### ***2.1. Tâm thần phân liệt***

#### *2.1.1. Lịch sử về tâm thần phân liệt*

Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần đặc trưng bởi một sự suy giảm quá trình suy nghĩ và sự thiếu hụt các đáp ứng cảm xúc điển hình [8]. Bệnh có khuynh hướng tiến triển mạn tính, hay tái phát và làm mất sức lao động. Là một bệnh loạn thần nặng và phổ

biến, căn nguyên chưa rõ, bệnh có rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn về tâm lý và các hoạt động tâm thần [9].

Nhà tâm thần học người Thụy Điển Eugen Bleuler đã giới thiệu thuật ngữ tâm thần phân liệt vào năm 1908. Nó bao gồm các từ tiếng Hy Lạp có nghĩa là “tâm trí phân chia”. Mô tả y học sớm nhất về các triệu chứng tâm thần phân liệt thuộc về Haslam và Pinel xuất bản năm 1809. Tuy nhiên, hội chứng giống tâm thần phân liệt được coi là hiếm gặp trước năm 1800 mặc dù mô tả về hành vi không kiểm soát và rối loạn tâm thần là phổ biến ở Hy Lạp và La Mã cổ đại [10].

Arnold Pick đã ghi nhận vào năm 1891 những khiếm khuyết về tâm thần và nhận thức ở những người mắc chứng rối loạn này và gọi nó là “mất trí nhớ sớm”. Đáng chú ý hơn, Emil Kraepelin vào năm 1893 đã phân biệt bản chất từng giai đoạn của rối loạn tâm thần trong hưng cảm trầm cảm với chứng mất trí nhớ praecox [11]. Kurt Schneider đã cố gắng phân biệt các dạng triệu chứng loạn thần khác nhau mà ông cho rằng có giá trị đặc biệt trong việc phân biệt tâm thần phân liệt với rối loạn tâm thần do các rối loạn khác. Chúng bao gồm những trải nghiệm thụ động, chẳng hạn như những ảo tưởng kỳ lạ về việc bị điều khiển bởi một lực bên ngoài, sự chèn hoặc rút suy nghĩ và truyền bá suy nghĩ. Ông sử dụng thuật ngữ tiếng Đức *gedankenlautwerden* để mô tả ảo giác thính giác ở bệnh tâm thần phân liệt là những giọng nói được nghe to. Những tiếng nói này có thể bình luận về suy nghĩ hoặc hành vi của một cá nhân. Cá nhân cũng có thể nghe thấy cuộc trò chuyện của người thứ ba với những giọng nói ảo giác khác đang nói chuyện với nhau [12].

Năm 1911, bác sĩ tâm thần người Thụy Sĩ Eugene Bleuler đã chọn từ gốc Hy Lạp “schizo” (tách rời) và “phrene” (tâm trí) để mô tả lối suy nghĩ vô tổ chức của những người mắc bệnh tâm thần phân liệt [13]. Bleuler P.E (1911) khi phân tích diễn biến lâm sàng của bệnh, thấy đặc biệt nổi lên tính chia cắt, mất thống nhất trong các hoạt động tâm thần và gọi là “bệnh tâm thần phân liệt” (Schizophrenia). Thuật ngữ “tâm thần phân liệt” nhanh chóng được tác giả ở nhiều nước trên thế giới chấp nhận.

Năm 1937, qua nghiên cứu hậu sử, G. Langfeldt chia tâm thần phân liệt ra 2 nhóm chính là bệnh tâm thần phân liệt chính thức tiến triển không thuận lợi và loạn tâm thần dạng phân liệt tiến triển có khuynh hướng khả quan hơn.

Năm 1939, K. Schneider, một nhà tâm thần học Đức cho rằng: các triệu chứng cơ bản của E. Bleuler xuất hiện chậm và cũng có thể gặp trong các bệnh tâm thần khác. Ông cũng đưa ra 11 triệu chứng, cho rằng đó là các triệu chứng hàng đầu rất thực tiễn giúp cho chẩn đoán bệnh được khách quan và chính xác hơn, nhưng với điều kiện đã loại trừ các căn nguyên thực tồn.

Năm 1966, A.V. Xnezhnhepxky có quan điểm về bệnh tâm thần phân liệt như sau:

Bệnh tâm thần phân liệt tiến triển động và đa dạng khó xác định các tiêu chuẩn cố định để chẩn đoán bệnh và khái quát bằng 3 nhóm tiến triển (tiến triển liên tục, tiến triển liên tục từng cơn và tiến triển chu kỳ).

Sự biến chuyển và thay thế nhau giữa các hội chứng được chẩn đoán theo 2 mặt cắt: mặt cắt ngang bao gồm các triệu chứng tâm thần hiện tại và mặt cắt dọc bao gồm suốt quá trình tiến triển của bệnh theo thời gian.

Sự chuyển biến của 9 triệu chứng dương tính thay thế hoặc xen kẽ lẫn nhau hoặc chồng chéo lên nhau từ nhẹ đến nặng bao gồm [14]:

- Hội chứng suy nhược thần kinh.
- Các hội chứng rối loạn cảm xúc.
- Hội chứng giống loạn thần kinh.
- Hội chứng paranoia.
- Hội chứng ảo giác.
- Hội chứng paranoid.
- Hội chứng paraphrenia.
- Hội chứng căng trương lực.
- Trạng thái cuối cùng.

Năm 1992, Tổ chức Y tế Thế giới đã công bố Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD - 10), trong đó tâm thần phân liệt được xếp vào nhóm F2.

Năm 1994, Hội Tâm thần học Mỹ đã cho ra đời bảng phân loại DSM-IV-TM, trong đó tâm thần phân liệt được xếp vào nhóm 295.

### *2.1.2. Các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh tâm thần phân liệt*

Tâm thần phân liệt là bệnh mạn tính có thể tiến triển qua nhiều giai đoạn, mặc dù thời gian và các mô hình của các giai đoạn có thể khác nhau. Bệnh nhân tâm thần phân liệt có xu hướng xuất hiện các triệu chứng loạn thần trung bình từ 8 đến 15 tháng trước khi nhận được chăm sóc y tế [15].

Các triệu chứng của tâm thần phân liệt thường làm suy giảm chức năng và thường gây trở ngại đến công việc, các mối quan hệ xã hội và khả năng tự chăm sóc bản thân. Thất nghiệp, cách ly, các mối quan hệ xấu đi, và chất lượng cuộc sống bị suy giảm là những hậu quả thường thấy.

#### Các giai đoạn của tâm thần phân liệt

Trong giai đoạn tiềm phát, bệnh nhân có thể không có triệu chứng hoặc có thể bị suy giảm về năng lực xã hội, rối loạn nhận thức nhẹ hoặc sự méo mó về tri giác, giảm khả năng

trải nghiệm niềm vui (vô cảm) và các thiếu sót về ứng phó nói chung khác. Những đặc điểm này có thể nhẹ và chỉ được nhận ra thông qua hồi cứu hoặc có thể dễ nhận thấy hơn, với sự suy giảm về chức năng xã hội, học vấn và nghề nghiệp.

Trong giai đoạn tiền triệu, các triệu chứng dưới lâm sàng có thể xuất hiện; chúng bao gồm sự rút lui hoặc cô lập, dễ cáu kỉnh, đa nghi, những tư duy bất thường, những sự méo mó về tri giác và thiếu tổ chức [15]. Sự khởi phát của bệnh tâm thần phân liệt (hoang tưởng và ảo giác) có thể đột ngột (trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần) hoặc chậm và âm ỉ (trong nhiều năm). Tuy nhiên, ngay cả trong giai đoạn hoang tưởng tiến triển, chỉ một phần nhỏ (< 40%) có xu hướng chuyển thành tâm thần phân liệt hoàn toàn.

Trong giai đoạn loạn thần, các triệu chứng đang hoạt động và thường ở mức tối tệ nhất.

Trong giai đoạn trung gian, các giai đoạn có triệu chứng có thể xảy ra theo từng thời kỳ (với sự gia tăng có thể nhận ra được và thuyên giảm) hoặc liên tục; thiếu hụt về chức năng có xu hướng xấu đi.

Trong giai đoạn muộn của bệnh mô hình bệnh tật có thể được thiết lập nhưng có sự thay đổi đáng kể; tình trạng khuyết tật có thể ổn định, xấu đi hoặc thậm chí giảm bớt.

#### Các loại triệu chứng trong tâm thần phân liệt

Người bị tâm thần phân liệt thường không thể nhận biết bản thân có các triệu chứng của bệnh. Tuy nhiên, những người xung quanh có thể nhận ra những dấu hiệu bất thường của họ. Các triệu chứng được phân loại là:

- Dương tính: Ảo giác và ảo tưởng
- Âm tính: Giảm hoặc mất các chức năng bình thường và cảm xúc
- Thiếu tổ chức: Các rối loạn tư duy và hành vi kỳ dị
- Nhận thức: Thiếu hụt trí nhớ trong xử lý thông tin và giải quyết vấn đề

Bệnh nhân có thể có các triệu chứng từ một tới tất cả các loại.

Triệu chứng dương tính có thể được phân loại thêm nữa là các hoang tưởng và các ảo giác.

Hoang tưởng là niềm tin sai lạc được duy trì mặc dù có bằng chứng mâu thuẫn rõ ràng. Có một số loại hoang tưởng:

- Các hoang tưởng bị truy hại: Bệnh nhân tin rằng họ đang bị tra tấn, theo dõi, bị lừa hoặc bị do thám.

- Các hoang tưởng liên hệ: Bệnh nhân tin rằng các đoạn văn từ sách, báo, lời bài hát, hoặc các dấu hiệu môi trường khác có mối liên hệ trực tiếp với họ.

- Các hoang tưởng về tư duy bị đánh cắp hoặc tư duy bị áp đặt: Bệnh nhân tin rằng những người khác có thể đọc được tâm trí của họ, rằng những suy nghĩ của họ bị lan truyền đến người khác, hoặc những ý nghĩ và xung lực được các lực lượng bên ngoài áp đặt lên họ.

Những hoang tưởng trong tâm thần phân liệt có xu hướng kỳ quái - tức là không thực sự hợp lý và không có nguồn gốc từ những kinh nghiệm sống bình thường (ví dụ như tin rằng có ai đó lấy nội tạng của họ ra mà không để lại sẹo).

Các ảo giác là những cảm nhận tri giác mà không ai khác cảm nhận được. Chúng có thể là thính giác, thị giác, khứu giác, xúc giác hoặc xúc giác, nhưng ảo giác thính giác là phổ biến nhất. Bệnh nhân có thể nghe tiếng nói bình luận về hành vi của họ, trò chuyện với nhau, hoặc đưa ra các ý kiến phê bình và mang tính sỉ nhục. Các hoang tưởng và ảo giác có thể gây phiền toái vô cùng cho bệnh nhân.

Các triệu chứng âm tính (thiếu hụt) bao gồm

- Cảm xúc cùn mòn: Khuôn mặt của bệnh nhân bất động, với tiếp xúc mắt kém và thiếu biểu cảm.
- Ngôn ngữ nghèo nàn: Bệnh nhân ít nói và trả lời ngắn gọn cho các câu hỏi, tạo nên ấn tượng về tình trạng trống rỗng nội tâm
- Mất khoái cảm: Có sự thiếu quan tâm đến các hoạt động và tăng các hoạt động không mục đích.
- Tính không xã hội: Có sự thiếu quan tâm đến các mối quan hệ.

Các triệu chứng tiêu cực thường dẫn đến động lực kém và giảm sút ý thức về mục tiêu và mục đích.

Các triệu chứng thiếu tổ chức, có thể được coi là một loại triệu chứng dương tính, liên quan đến các rối loạn tư duy và hành vi kỳ dị.

Suy nghĩ là thiếu tổ chức, với bài sự diễn đạt rời rạc, không nhắm đến mục tiêu trực tiếp mà chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác. Ngôn ngữ có thể từ thiếu tổ chức nhẹ tới không mạch lạc và không thể hiểu được. Hành vi kỳ dị có thể bao gồm sự ngây ngô như trẻ con, kích động, và diện mạo, vệ sinh cá nhân, hoặc hành vi không phù hợp. Căng trương lực là một ví dụ cực kỳ điển hình của hành vi kỳ dị, có thể bao gồm duy trì tư thế cứng nhắc và chống lại các nỗ lực để thay đổi tư thế hoặc thực hiện các hoạt động vận động không chủ định và không được khuyến khích.

Các thiếu hụt về nhận thức bao gồm sự suy giảm trong các khía cạnh sau:

- Khả năng chú ý
- Tốc độ xử lý
- Trí nhớ làm việc và khai báo
- Tư duy trừu tượng
- Giải quyết vấn đề
- Hiểu biết về tương tác xã hội

Tư duy của bệnh nhân có thể không linh hoạt, và khả năng giải quyết vấn đề, hiểu quan điểm của người khác và học hỏi kinh nghiệm có thể bị giảm đi. Mức độ nghiêm trọng của suy giảm nhận thức là yếu tố quyết định chính cho tình trạng loạn hoạt năng nói chung [15].

### 2.1.3. Chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt

Không có xét nghiệm tiêu chuẩn nào để chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt. Chẩn đoán dựa trên đánh giá toàn diện về bệnh sử, các triệu chứng và dấu hiệu. Vì vậy, việc chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của các thầy thuốc, vào các trường phái, khuynh hướng của tâm thần học.

Chẩn đoán bệnh dựa vào kết hợp tiêu chuẩn lâm sàng (DSM-5) và khai thác bệnh sử, các triệu chứng và dấu hiệu [14]. Theo DSM-5, chẩn đoán đòi hỏi cả hai điều sau đây:

- $\geq 2$  triệu chứng đặc trưng (hoang tưởng, ảo giác, ngôn ngữ thiếu tổ chức, hành vi thiếu tổ chức, các triệu chứng âm tính) trong một phần đáng kể trong khoảng thời gian 6 tháng (các triệu chứng phải bao gồm ít nhất một trong 3 triệu chứng đầu)
- Các dấu hiệu tiền triệu hoặc thuyên giảm của bệnh với các suy giảm rõ ràng về mặt về xã hội, nghề nghiệp hoặc tự chăm sóc trong khoảng thời gian 6 tháng bao gồm 1 tháng các triệu chứng hoạt động.

Theo bảng phân loại quốc tế lần thứ 10 (ICD – 10) [16]

Mặc dù không xác định được các triệu chứng đặc trưng của bệnh một cách chặt chẽ, nhằm mục đích thực tiễn người ta chia các triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt thành từng nhóm có tầm quan trọng đặc biệt đối với chẩn đoán, đó là:

- Tư duy vang thành tiếng.
- Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động, có liên quan rõ rệt với vận động thân thể, với những ý nghĩ hay cảm giác đặc biệt; Tri giác hoang tưởng.
- Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của cơ thể.

d) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hoá, về tôn giáo hay chính trị hoặc những hoang tưởng về khả năng và quyền lực siêu nhân (ví dụ: có khả năng điều khiển thời tiết hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác)

e) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

f) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan, lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.

g) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay phủ định, không nói hay sững sờ.

h) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp, ngôn ngữ nghèo nàn thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động (các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra).

i) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân biểu hiện như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác và cách ly xã hội.

Chẩn đoán xác định (theo ICD-10)

– Ít nhất phải có một triệu chứng rất rõ thuộc vào một trong các nhóm từ (a) đến (d) ở trên hoặc ít nhất là phải có hai trong các nhóm từ (e) đến (i).

– Các triệu chứng ở trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn.

– Không được chẩn đoán là tâm thần phân liệt nếu có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mở rộng (trừ khi các triệu chứng phân liệt xuất hiện trước các rối loạn cảm xúc).

– Không chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang ở trạng thái nhiễm độc ma túy.

#### *2.1.4. Các thể lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt [17]*

Tâm thần phân liệt thể paranoid (F20.0)

Các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt phải được thoả mãn. Ngoài ra các ảo giác, hoang tưởng nổi bật; các rối loạn cảm xúc ý chí và các triệu chứng căng trương lực tương đối kín đáo. Bệnh nhân thường có các ảo giác thuộc loại đã mô tả ở (b) và (c). Hoang tưởng có thể có bất cứ loại nào tuy nhiên các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động là đặc trưng nhất.

### Tâm thần phân liệt thể thanh xuân (F20.1)

– Các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt cần phải được thỏa mãn.

– Thông thường thể thanh xuân được chẩn đoán lần đầu tiên ở thanh thiếu niên hay người thanh niên trẻ. Các biến đổi cảm xúc nổi bật như cảm xúc không thích hợp, cười khúc khích, cười một mình hoặc cau có, điệu bộ. Tư duy lộn xộn, lời nói dông dài, rời rạc làm cho người nghe khó hiểu. Hành vi tác phong thiếu mục đích, vô trách nhiệm và không lường trước. Nhân cách tiền bệnh lý thường có đặc tính là hơi nhút nhát và cô độc.

### Tâm thần phân liệt thể căng trương lực (F20.2)

Các tiêu chuẩn cho bệnh tâm thần phân liệt cần phải được thỏa mãn và một hay nhiều tác phong sau đây phải chiếm ưu thế trong bệnh cảnh:

– Trạng thái sống sờ: giảm rõ rệt tính phản ứng đối với môi trường, giảm các hoạt động tự phát hoặc không nói...

– Tính phủ định: chống đối với tất cả chỉ dẫn hay ý định làm cho bệnh nhân cử động hoặc cử động theo hướng ngược lại...

– Sự cứng đờ: duy trì một tư thế cứng đờ và chống lại các cố gắng làm chuyển động các tư thế ấy...

– Uốn dẻo như sáp: duy trì chân tay và thân mình do những tư thế mà người ngoài áp đặt...

– Các triệu chứng khác như: vâng lời tự động, nói lặp lại các từ hay các câu.

### Tâm thần phân liệt thể không biệt định (F20.3)

– Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt.

– Không thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán của các thể paranoid, thanh xuân hay căng trương lực. Không thỏa mãn các tiêu chuẩn của tâm thần phân liệt thể di chứng hay thể trầm cảm sau phân liệt.

### Tâm thần phân liệt thể trầm cảm sau phân liệt (F20.4)

– Bệnh nhân có một giai đoạn bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt trong vòng 12 tháng qua.

– Một số triệu chứng tâm thần phân liệt còn tồn tại.

– Các triệu chứng trầm cảm nổi bật lên, đáp ứng các tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm (F32) và tồn tại ít nhất 2 tuần.

### Tâm thần phân liệt thể di chứng (F20.5)

– Trong quá khứ có ít nhất một giai đoạn loạn thần rõ rệt, đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt.

– Một thời kỳ ít nhất một năm trong đó cường độ các triệu chứng dương tính phong phú như hoang tưởng và ảo giác chỉ còn tối thiểu, song hội chứng “âm tính” của tâm thần phân liệt vẫn tồn tại.

### Tâm thần phân liệt thể đơn thuần (F20.6)

Tâm thần phân liệt thể đơn thuần là một chẩn đoán khó vì sự tiến triển chậm các triệu chứng âm tính đặc trưng cho tâm thần phân liệt. Không có trong bệnh sử các ảo giác, hoang tưởng hoặc các biểu hiện khác của một giai đoạn loạn thần xuất hiện sớm hơn. Có những biến đổi có ý nghĩa trong tác phong cá nhân, sự tiếp xúc xã hội ngày càng nghèo nàn, bệnh nhân lười biếng và cách ly xã hội.

## 2.2. Động kinh

Bệnh động kinh (còn gọi là bệnh co giật động kinh) là một bệnh não mạn tính đặc trưng bởi các ( $\geq 2$ ) cơn động kinh tự phát tái diễn (tức là không liên quan đến các tác nhân gây căng thẳng có thể hồi phục) và xảy ra cách nhau  $> 24$  giờ. Một cơn co giật duy nhất không được coi là bệnh động kinh. Bệnh động kinh thường vô căn nhưng với các bệnh lý não khác nhau như các dị tật, đột quy và u có thể gây triệu chứng động kinh.

Nguyên nhân thường gặp của cơn động kinh thay đổi theo tuổi khởi phát:

- Trước 2 tuổi: Sốt, rối loạn thần kinh di truyền hoặc bẩm sinh, chấn thương lúc sinh và rối loạn chuyển hóa di truyền hoặc mắc phải
- Độ tuổi từ 2 đến 14: Bệnh động kinh vô căn
- Người lớn: Chấn thương não, hội chứng cai rượu, khối u, đột quy và không rõ nguyên nhân (50%)
- Người cao tuổi: Khối u và đột quy

Trong động kinh phản xạ, một bệnh lý hiếm gặp, các cơn động kinh được kích hoạt từ một kích thích bên ngoài, như âm thanh lặp đi lặp lại, đèn nhấp nháy, trò chơi điện tử, âm nhạc hoặc thậm chí chạm vào một số vị trí của cơ thể.

Trong bệnh động kinh căn nguyên ẩn và thường trong động kinh kháng trị, một nguyên nhân hiếm gặp nhưng ngày càng được hiểu rõ hơn là viêm não kháng thụ thể NMDA (N-methyl-D-aspartate), đặc biệt ở phụ nữ trẻ. Bệnh lý này cũng gây ra các triệu chứng tâm thần, rối loạn vận động và tăng lympho trong dịch não tủy. U quái buồng trứng xảy ra ở gần 60% số phụ nữ  $> 18$  tuổi và bị viêm não thụ thể kháng NMDA. Loại bỏ khối

u quái (nếu có) và liệu pháp miễn dịch kiểm soát các cơn co giật tốt hơn nhiều so với thuốc chống co giật [18].

Phân loại động kinh gần đây nhất là Liên đoàn quốc tế chống động kinh (ILAE), 2017, được công bố vào tháng 3 năm 2017. Phân loại mới này được tổ chức tốt hơn với sự giải thích rõ ràng về các thuật ngữ và liệt kê một số loại động kinh mới. Chẩn đoán và quản lý các cơn động kinh và động kinh tốt hơn sẽ đạt được khi được phân loại và nhóm thành các thực thể tương tự vì các loại thuốc khác nhau thường có hiệu quả đối với các loại động kinh khác nhau [19]. Trong phân loại hiện tại của Liên đoàn quốc tế chống động kinh, các đặc điểm lâm sàng của bệnh động kinh được phân thành ba cấp độ: cơn động kinh, cơn động kinh và hội chứng động kinh. Sự nhấn mạnh đã được thực hiện để xem xét nguyên nhân và bệnh đi kèm ở mỗi cấp độ [20].

Phân loại ban đầu là theo loại khởi phát:

- Lan tỏa
- Khởi phát tập trung
- Không rõ khởi phát

Các cơn động kinh khởi phát sau đó được phân loại theo mức độ nhận thức (kiến thức về bản thân và môi trường). Mức độ nhận thức không được sử dụng để phân loại các cơn động kinh khởi phát toàn thể vì hầu hết các cơn động kinh này (nhưng không phải tất cả) làm giảm nhận thức.

Tất cả các cơn động kinh sau đó được phân loại, nếu có thể, như khởi động vận động và khởi phát không vận động.

Sự đáp ứng không được sử dụng để phân loại các cơn động kinh, nhưng nó có thể hữu ích như là một mô tả. Sự đáp ứng có thể là nguyên vẹn hoặc suy giảm cho dù nhận thức có bị suy giảm hay không.

Cơn động kinh toàn thể

Trong cơn động kinh khởi phát toàn thể, cơn co giật bắt nguồn từ các mạng lưới ở cả hai bán cầu. Nhận thức thường bị suy giảm, và ý thức thường bị mất.

Động kinh khởi phát toàn thể được phân loại là động kinh và động kinh không vận động. (Tuy nhiên, co giật không vận động có thể liên quan đến hoạt động vận động.) Trong cơn động kinh toàn thể-khởi phát, hoạt động vận động thường là hai bên kể từ khi khởi phát. Khi khởi phát vận động hai bên không đối xứng, việc xác định khởi phát là tập trung hay toàn thân có thể là khó khăn.

Cơn động kinh khởi phát có thể được phân loại thêm theo loại động kinh:

- Co giật tăng trương lực (trước đây là co giật cấp nam)
- Co giật clonic (giật liên tục)
- Co giật tăng trương lực (cứng toàn thân liên quan đến tất cả các chi và không có cơn giật nhịp nhàng)
- Cơn động kinh mất trương lực (mất trương lực cơ)
- Cơn động kinh giật cơ (giật không theo nhịp)
- Cơn giật cơ - giật - tăng trương lực - co giật (giật cơ và các cơn co giật).
- 
- Co giật múa giật mất trương lực (giật múa giật sau đó là mất trương lực)
- Co giật động kinh (trước đây, co thắt ở trẻ nhỏ)

Cơn động kinh khởi phát toàn thân có thể được phân loại thêm theo loại động kinh (được xác định bởi đặc điểm nổi bật sớm nhất):

- Các cơn động kinh vắng ý thức điển hình
- Động kinh vắng mặt không điển hình (ví dụ, khởi phát đột ngột hoặc chấm dứt đột ngột)
- Các cơn co giật rung giật cơ (rung giật cơ trước khi bị suy giảm ý thức trong thời gian ngắn)
- Viêm cơ mi mắt

Tất cả các cơn động kinh vắng mặt đều là cơn động kinh khởi phát toàn thể. Những điều sau đây có thể giúp phân biệt cơn động kinh vắng mặt với cơn động kinh nhận thức suy giảm chức năng cục bộ, mặc dù sự khác biệt này là tuyệt đối:

- Không có cơn co giật có xu hướng xảy ra ở người trẻ tuổi.
- Chúng có xu hướng bắt đầu và kết thúc đột ngột hơn.
- Thông thường, cơn giật tự động ít phức tạp hơn trong cơn động kinh vắng ý thức hơn là động kinh suy giảm chức năng cục bộ.

Động kinh khởi phát toàn thể thường xảy ra do rối loạn chuyển hóa và đôi khi do bệnh lý di truyền.

#### Động kinh khởi phát tập trung

Các cơn động kinh cục bộ khởi phát từ các mạng trong một bán cầu và có thể bắt nguồn từ các cấu trúc dưới vỏ. Chúng có thể được khu trú riêng rẽ hoặc phân bố rộng rãi hơn.

Cơn động kinh khởi phát có thể được phân loại theo mức độ nhận thức:

- Cơn động kinh cục bộ (trước đây là cơn động kinh từng phần đơn giản)

- Con động kinh suy giảm ý thức khu trú (trước đây là con động kinh cục bộ phức tạp)

Nếu nhận thức bị suy giảm trong bất kỳ phần nào của con động kinh, con động kinh được phân loại là con động kinh suy giảm ý thức khu trú.

Các con động kinh khởi phát có thể được phân loại theo loại động kinh:

Động tác tự động (phối hợp, không mục đích, vận động lặp đi lặp lại).

- Atonic (mất trương lực cơ)
- Clonic (giật cục bộ)
- Co cứng động kinh (gập cục bộ hoặc duỗi cánh tay và gập thân mình)
- Tăng động (gây đập hoặc đập mạnh)
- Giật cơ (không đều, giật cục bộ ngắn)
- Co cứng (cứng khu trú kéo dài một chi hoặc một bên cơ thể)

Mức độ nhận thức thường không được chỉ định cho các cơn co giật hoặc co giật động kinh.

Trong cơn co giật co cứng khởi phát khu trú, co cứng chỉ liên quan đến một chi hoặc một bên của cơ thể, thường không mất ý thức. Điện não đồ (EEG) có thể cho thấy các bất thường dạng động kinh khu trú đối bên. Ngược lại, trong các cơn co giật co cứng khởi phát toàn thể, co cứng liên quan đến tất cả các chi, có hoặc không có mất ý thức và điện não đồ có thể cho thấy các bất thường dạng động kinh hai bên.

Các cơn động kinh không khởi phát có thể được phân loại dựa trên đặc điểm nổi bật sớm nhất:

- Rối loạn thần kinh thực vật (các hiệu ứng thần kinh thực vật như cảm giác ở đường tiêu hóa, cảm giác nóng hoặc lạnh, bốc hỏa, kích thích tình dục, dựng lông và đánh trống ngực)
- Ngừng hành vi (ngừng vận động và không đáp ứng là đặc điểm chính của cơn động kinh)
- Rối loạn nhận thức (suy giảm ngôn ngữ hoặc các lĩnh vực nhận thức khác hoặc các đặc điểm tích cực như ảo giác, hoặc méo mó tri giác)
- Rối loạn cảm xúc (biểu hiện bằng những thay đổi cảm xúc, như lo lắng, sợ hãi, vui vẻ, hoặc các dấu hiệu cảm xúc mà không có cảm xúc chủ quan)
- Rối loạn cảm giác (gây cảm giác cơ thể, khứu giác, thị giác, thính giác, cảm giác, hoặc tiền đình hoặc cảm giác nóng hoặc lạnh)

Các cơn động kinh khởi phát khu trú có thể tiến triển thành một cơn co giật tăng trương lực toàn thân khởi phát (được gọi là cơn co giật tăng trương lực một bên sang hai

bên; trước đây là cơn toàn thể thứ phát), gây mất ý thức. Co giật tăng trương lực khu trú hai bên xảy ra khi một cơn co giật khu trú lan rộng và kích hoạt toàn bộ đại não hai bên. Sự kích hoạt có thể xảy ra nhanh đến mức cơn co giật khu trú ban đầu không rõ ràng về mặt lâm sàng hoặc rất ngắn.

#### Những cơn động kinh khởi phát cục bộ

Động kinh thường được phân loại là động kinh không rõ nguyên nhân khi thiếu thông tin về khởi phát. Nếu các bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin về các cơn động kinh, những cơn động kinh này có thể được phân loại lại thành khởi phát cục bộ hoặc khởi phát toàn bộ.

Động kinh khởi phát không rõ có thể là vận động hoặc không vận động.

Động kinh khởi phát không rõ có thể được phân loại thành cơn cứng và cơn động kinh

Động kinh không vận động khởi phát không rõ có thể được phân loại thêm

Co cứng - co giật có khởi đầu không rõ ràng thường được phân loại là cơn co giật khởi phát không rõ. Động kinh sau đó được xác định là co giật động kinh hoặc co giật bất giữ hành vi ban đầu có thể được phân loại là động kinh khởi phát không rõ ràng.

Theo dõi điện não đồ chi tiết có thể giúp làm rõ liệu khởi phát là tập trung hay toàn bộ; làm như vậy là quan trọng bởi vì nếu khởi phát là khu trú, nguyên nhân có thể điều trị được [21].

### **2.3. Trầm cảm**

Các rối loạn trầm cảm được đặc trưng bởi buồn trầm trọng hoặc dai dẳng đủ để ảnh hưởng vào hoạt động chức năng và thường là do giảm sự quan tâm hoặc thích thú trong các hoạt động.

Thuật ngữ trầm cảm thường được dùng để chỉ bất kỳ rối loạn trầm cảm nào. Một số được phân loại trong Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision [22] theo các triệu chứng cụ thể:

- Rối loạn trầm cảm chủ yếu (thường được gọi là trầm cảm lớn)
- Rối loạn trầm cảm dai dẳng (loạn khí sắc)
- Rối loạn trầm cảm biệt định và không biệt định

Các rối loạn trầm cảm xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng thường xảy ra ở giữa tuổi vị thành niên, 20 tuổi, hoặc 30 tuổi. Ở cơ sở chăm sóc ban đầu, khoảng 13% số bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm [23].

#### Nguyên nhân của trầm cảm

Nguyên nhân chính xác của rối loạn trầm cảm vẫn chưa được biết rõ, nhưng các yếu tố di truyền và môi trường góp phần gây ra rối loạn trầm cảm.

Tính di truyền chiếm khoảng một nửa bệnh nguyên (ít hơn trong trầm cảm khởi phát muộn). Do đó, trầm cảm phổ biến hơn ở những người có quan hệ huyết thống bậc một của bệnh nhân trầm cảm và mức độ phù hợp giữa các cặp song sinh giống hệt nhau là cao [24]. Cùng với đó, các yếu tố di truyền có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của phản ứng trầm cảm đối với các sự kiện bất lợi.

Các lý thuyết khác tập trung vào những thay đổi về mức độ dẫn truyền thần kinh, bao gồm điều hòa bất thường của dẫn truyền thần kinh cholinergic, catecholaminergic (noradrenergic hoặc dopaminergic), glutamatergic và serotonergic (5-hydroxytryptamine) [25]. Rối loạn điều hòa nội tiết thần kinh có thể là một yếu tố, đặc biệt chú trọng đến 3 trục: vùng dưới đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận, vùng dưới đồi-tuyến yên-tuyến giáp và hormone tăng trưởng vùng dưới đồi-tuyến yên.

Các yếu tố tâm lý xã hội dường như cũng có liên quan. Những căng thẳng lớn trong cuộc sống, đặc biệt là sự chia rẽ và mất chủ yếu, thường đi trước những giai đoạn trầm cảm lớn; tuy nhiên, các sự kiện như vậy thường không gây trầm cảm kéo dài, trầm trọng trừ những người có xu hướng rối loạn khí sắc.

Những người có một giai đoạn trầm cảm lớn có nguy cơ cao hơn của các giai đoạn tiếp theo. Những người ít hồi phục và/hoặc những người có khuynh hướng lo âu có thể sẽ có nguy cơ phát triển chứng rối loạn trầm cảm. Những người như vậy thường không phát triển các kỹ năng xã hội để thích nghi với áp lực cuộc sống. Sự hiện diện của các rối loạn tâm thần khác làm tăng nguy cơ bị rối loạn trầm cảm nặng.

Phụ nữ có nguy cơ cao hơn, nhưng không có lý thuyết giải thích tại sao. Các yếu tố có thể bao gồm:

- Phơi nhiễm nhiều hơn hoặc đáp ứng mạnh với căng thẳng hàng ngày
- Nồng độ monoamine oxidase cao hơn (enzym có vai trò làm giảm các chất dẫn truyền thần kinh được coi là quan trọng đối với khí sắc)
- Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp cao hơn
- Sự thay đổi nội tiết xảy ra với kinh nguyệt và mãn kinh

Trong trầm cảm khởi phát thời kì sinh nở, các triệu chứng phát triển trong lúc mang thai hoặc trong vòng 4 tuần sau khi sinh (trầm cảm sau sinh); những thay đổi nội tiết đã được chỉ ra là có liên quan, nhưng nguyên nhân cụ thể thì không rõ.

Trong rối loạn cảm xúc theo mùa, các triệu chứng phát triển theo mùa, điển hình là vào mùa thu hoặc mùa đông; rối loạn có xu hướng xảy ra trong khí hậu với mùa đông dài hoặc khắc nghiệt.

#### Các triệu chứng và dấu hiệu của rối loạn trầm cảm

Trầm cảm gây ra các rối loạn nhận thức, tâm thần vận động và các dạng rối loạn chức năng khác (ví dụ như tập trung kém, mệt mỏi, mất ham muốn tình dục, mất hứng thú hoặc thích thú trong hầu hết các hoạt động trước đây, rối loạn giấc ngủ) cũng như tâm trạng chán nản. Những người bị rối loạn trầm cảm thường có ý nghĩ tự tử và có thể tìm cách tự sát. Các triệu chứng hoặc rối loạn tâm thần khác (ví dụ, các cơn lo âu và hoảng sợ) thường cùng tồn tại, đôi khi làm phức tạp thêm việc chẩn đoán và điều trị.

Bệnh nhân mắc tất cả các dạng trầm cảm có nhiều khả năng lạm dụng rượu hoặc ma túy trái phép để cố gắng tự điều trị chứng rối loạn giấc ngủ hoặc các triệu chứng lo âu; tuy nhiên, trầm cảm là nguyên nhân ít phổ biến hơn gây rối loạn sử dụng rượu và các rối loạn sử dụng chất kích thích khác như người ta từng nghĩ. Bệnh nhân cũng có xu hướng trở thành những người hút thuốc nhiều và bỏ bê sức khỏe, tăng nguy cơ phát triển hoặc tiến triển các rối loạn khác (ví dụ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính).

Trầm cảm có thể làm giảm đáp ứng miễn dịch bảo vệ cơ thể. Trầm cảm làm tăng nguy cơ rối loạn tim mạch, nhồi máu cơ tim và đột quy, có thể bởi vì trầm cảm, cytokin và các yếu tố làm tăng đông máu tăng cao và sự biến đổi nhịp tim giảm - tất cả các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn đối với rối loạn tim mạch.

#### Rối loạn trầm cảm nặng (rối loạn trầm cảm đơn cực)

Bệnh nhân có thể xuất hiện đau khổ, mắt rên rỉ, lông mày lằn rãnh, góc dưới của miệng hạ xuống, tư thế sụp, giao tiếp bằng mắt kém, thiếu biểu hiện trên khuôn mặt, cử động cơ thể ít và thay đổi giọng nói (ví dụ, giọng mềm, thiếu thân tình, sử dụng của từ đơn âm). Về ngoài có thể bị nhầm lẫn với bệnh Parkinson. Ở một số bệnh nhân, khí sắc trầm đến mức nước mắt khô; họ báo cáo rằng họ không thể trải nghiệm cảm xúc thông thường và cảm thấy rằng thế giới đã trở nên thiếu màu sắc và không có sự sống.

Dinh dưỡng có thể bị suy giảm nghiêm trọng, cần can thiệp ngay lập tức.

Một số bệnh nhân trầm cảm không chú ý đến vệ sinh cá nhân hoặc thậm chí con cái họ, những người thân yêu khác, hoặc vật nuôi.

Để chẩn đoán rối loạn trầm cảm nặng,  $\geq 5$  dấu hiệu sau đây phải xuất hiện gần như mỗi ngày trong cùng khoảng thời gian 2 tuần và một trong số đó phải là tâm trạng chán nản, mất hứng thú hoặc khoái cảm [22]:

- Khí sắc trầm hầu hết trong ngày
- Giảm sự quan tâm hoặc thích thú trong tất cả hoặc gần như tất cả các hoạt động trong hầu hết thời gian trong ngày
- Tăng cân đáng kể (> 5%) hoặc giảm cân hoặc tăng khẩu vị
- Mất ngủ (thường mất ngủ kiểu tỉnh giấc giữa đêm) hoặc chứng ngủ nhiều
- Kích động hoặc chậm chạp tâm thần vận động được quan sát bởi người khác của người khác (không phải tự nhận xét)
- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng
- Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi quá mức hoặc không thích hợp
- Suy giảm khả năng suy nghĩ hoặc tập trung hoặc do dự thiếu quyết định
- Những suy nghĩ lặp lại về cái chết hoặc tự sát, toan tự sát, hoặc một kế hoạch cụ thể để tự sát.

#### Rối loạn trầm cảm dai dẳng

Triệu chứng trầm cảm kéo dài  $\geq 2$  năm mà không thuyên giảm được phân loại là rối loạn trầm cảm dai dẳng (PDD), một thể loại hợp nhất các chứng rối loạn trước đây gọi là rối loạn trầm cảm điển hình mạn tính và loạn khí sắc.

Triệu chứng thường bắt đầu một cách âm thầm trong thời thanh niên và có thể tồn tại trong nhiều năm hoặc nhiều thập niên. Số lượng các triệu chứng thường dao động ở trên và dưới ngưỡng trầm cảm điển hình.

Những bệnh nhân bị ảnh hưởng có thể thường âm đạm, bi quan, mất hài hước, thụ động, thờ ơ, sống nội tâm, tự phán xét bản thân hoặc người khác quá mức, và phàn nàn. Bệnh nhân bị trầm cảm cũng có nhiều khả năng bị rối loạn lo âu tiềm ẩn, rối loạn sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn nhân cách (ví dụ: nhân cách ranh giới).

Để chẩn đoán rối loạn trầm cảm dai dẳng bệnh nhân phải có tâm trạng chán nản hầu hết thời gian trong ngày trong nhiều ngày hơn là không trong  $\geq 2$  năm cộng với  $\geq 2$  trong số các dấu hiệu sau [22]:

- Chán ăn hoặc ăn quá nhiều
- Mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều
- Giảm năng lượng hoặc mệt mỏi
- Lòng tự trọng thấp
- Kém tập trung hoặc khó khăn trong việc đưa ra các quyết định
- Cảm giác tuyệt vọng

#### Rối loạn trầm cảm khác

Các nhóm triệu chứng có đặc điểm của một rối loạn trầm cảm mà không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn cho các rối loạn trầm cảm khác nhưng gây ra tình trạng khó chịu và suy giảm chức năng đáng kể trên lâm sàng được phân loại như rối loạn trầm cảm khác (biệt định hoặc không biệt định).

Bao gồm những giai đoạn tái diễn với  $\geq 4$  triệu chứng trầm cảm kéo dài  $< 2$  tuần ở những người chưa bao giờ đạt được tiêu chuẩn cho rối loạn khí sắc khác (ví dụ như trầm cảm ngắn tái diễn) và giai đoạn trầm cảm kéo dài nhưng bao gồm các triệu chứng không đủ để chẩn đoán một rối loạn trầm cảm khác.

#### Chẩn đoán rối loạn trầm cảm

Chẩn đoán rối loạn trầm cảm dựa trên việc xác định các triệu chứng và dấu hiệu và các tiêu chuẩn lâm sàng được mô tả ở trên. Các câu hỏi đóng cụ thể giúp xác định bệnh nhân có các triệu chứng theo yêu cầu của tiêu chuẩn DSM-5 để chẩn đoán trầm cảm điển hình [22]. Để giúp phân biệt rối loạn trầm cảm với những biến đổi về khí sắc bình thường, phải có sự đau khổ hoặc suy giảm đáng kể trong các lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác.

Mức độ nặng được xác định bởi mức độ đau và tàn tật (thể chất, xã hội, nghề nghiệp) và theo thời gian triệu chứng. Bác sĩ nên hỏi bệnh nhân một cách nhẹ nhàng nhưng trực tiếp về bất kỳ suy nghĩ và kế hoạch làm hại bản thân hoặc người khác về bất kỳ mối đe dọa và/hoặc toan tự sát nào trước đây. Loạn thần và căng trương lực gợi ý tình trạng trầm cảm nặng. Hội chứng u sầu cho thấy trầm cảm nặng. Đồng diễn các vấn đề thể chất, rối loạn sử dụng chất gây nghiện, và rối loạn lo âu có thể làm tăng mức độ nghiêm trọng.

#### **2.4. Lo âu**

Rối loạn lo âu được đặc trưng bởi nỗi sợ hãi và lo lắng dai dẳng và quá mức cũng như những thay đổi rối loạn chức năng hành vi mà bệnh nhân có thể sử dụng để giảm thiểu những cảm giác này. Các loại rối loạn lo âu được phân biệt với nhau dựa trên các đối tượng hoặc tình huống cụ thể gây ra nỗi sợ hãi, lo lắng và những thay đổi hành vi liên quan.

Mỗi người thường trải qua nỗi sợ hãi và lo âu.

Sợ hãi là phản ứng cảm xúc, thể chất và hành vi đối với một mối đe dọa có thể nhận biết được diễn ra tức thì từ bên ngoài (ví dụ như kẻ đột nhập, một chiếc xe ô tô quay trên băng).

Lo âu là một trạng thái cảm xúc căng thẳng, khó chịu của sự lo sợ và không thoải mái; nguyên nhân thường không rõ ràng. Lo âu ít gắn liền với thời gian chính xác của một

mối đe dọa; nó có thể được dự đoán trước một mối đe dọa, tồn tại sau khi một mối đe dọa đã trôi qua, hoặc xảy ra mà không có một mối đe dọa có thể nhận biết được.

Theo Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, ấn bản thứ 5, Bản sửa đổi Văn bản (DSM-5-TR) liệt kê các chứng rối loạn lo âu khác nhau theo thứ tự độ tuổi khởi phát điển hình.

- Rối loạn lo âu chia ly
- Câm nín chọn lọc
- Nỗi ám ảnh cụ thể (động vật, môi trường tự nhiên, vết thương do tiêm máu, tình huống)
- Rối loạn lo âu xã hội
- Rối loạn hoảng sợ
- Sợ khoảng trống
- Rối loạn lo âu lan tỏa
- Rối loạn lo âu do chất kích thích/thuốc
- Lo lắng do một tình trạng bệnh lý khác
- Rối loạn lo âu cụ thể khác (áp dụng khi bệnh nhân có các triệu chứng đáng kể nhưng không đáp ứng tiêu chuẩn về bất kỳ rối loạn lo âu cụ thể nào).

Rối loạn lo âu có xu hướng phức tạp cao với các tình trạng bệnh lý và tình trạng tâm thần khác. Trầm cảm, rối loạn sử dụng chất kích thích, rối loạn nhân cách và các rối loạn lo âu khác là những bệnh đi kèm đặc biệt phổ biến, cũng như bệnh tim mạch, hen suyễn, đau nửa đầu và viêm khớp. Vì rối loạn lo âu thường xuất hiện trước các bệnh tâm thần đồng mắc khác nên việc điều trị sớm và hiệu quả chứng rối loạn lo âu có thể ngăn ngừa hoặc giảm thiểu sự phát triển của các bệnh này [26].

#### Nguyên nhân của rối loạn lo âu

Không có một gen hay nguyên nhân tâm lý nào gây ra chứng rối loạn lo âu, nhưng các tình trạng này dường như phát sinh trong bối cảnh các yếu tố sinh lý xã hội điển hình. Rối loạn lo âu có xu hướng di truyền trong gia đình và tình trạng này xảy ra thông qua ít nhất 2 cơ chế [27]:

- Đặc điểm "ức chế hành vi" thời thơ ấu dường như được di truyền phân nào và đặc điểm đó có liên quan đến việc tăng nguy cơ bị rối loạn lo âu ở tuổi thiếu niên.

- Nỗi sợ hãi và sự tránh né xã hội có thể được truyền sang trẻ em thông qua việc làm gương của cha mẹ và/hoặc những trải nghiệm đau thương ban đầu có thể bao gồm việc bị ngược đãi khi còn nhỏ hoặc mắc các bệnh nội khoa (ví dụ như hen suyễn). Người ta đưa ra giả thuyết rằng những trải nghiệm và khả năng dễ bị tổn thương về mặt di truyền này khiến

một số trẻ em chú ý một cách bất thường đến các phản ứng thể chất và cảm xúc của chính trẻ trước căng thẳng, sau đó có thể dẫn đến rối loạn hoảng sợ và rối loạn lo âu xã hội.

Tuy nhiên, nhiều người mắc chứng rối loạn lo âu mà không có nguyên nhân gây ra nào có thể xác định được. Ví dụ, hầu hết những người mắc chứng sợ rấn đều chưa bao giờ bị rấn cắn và không kể lại trải nghiệm đau thương đặc trưng. Lo lắng cũng có thể là một phản ứng với các tác nhân gây căng thẳng về môi trường và xã hội trong tuổi trưởng thành, chẳng hạn như kết thúc một mối quan hệ quan trọng hoặc gặp phải một thảm họa đe dọa tính mạng, mặc dù hầu hết những người gặp phải các tác nhân gây căng thẳng như vậy không tiếp tục phát triển chứng rối loạn lo âu.

Nhiều chất dẫn truyền thần kinh có liên quan đến sự phát triển của chứng rối loạn lo âu. Hai chất dẫn truyền thần kinh chiếm ưu thế là GABA và glutamate, đóng vai trò quan trọng, cũng như các chất dẫn truyền thần kinh khác như serotonin, norepinephrine và dopamine. Những chất dẫn truyền thần kinh này đóng vai trò quan trọng trong việc ảnh hưởng đến việc lựa chọn thuốc.

Một số rối loạn bệnh lý có thể trực tiếp gây ra lo lắng. Các rối loạn này bao gồm hen suyễn, loạn nhịp tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim, cường giáp, hội chứng Cushing và u tế bào ưa crôm.

Các loại thuốc dùng để điều trị một số rối loạn bệnh lý cũng có thể gây ra lo lắng như một triệu chứng.

Ngoài ra, nhiều loại chất kích thích và ma túy bất hợp pháp có thể trực tiếp gây lo lắng, bao gồm caffeine, cocaine và MDMA (thuốc lắc). Một số loại thuốc thường được sử dụng để tạo cảm giác thư giãn cũng có thể gây lo lắng. Cần sa (marijuana) gây lo lắng ở một số người, trực tiếp hoặc thông qua chất pha trộn như phencyclidine. Việc cai rượu, thuốc an thần và một số loại thuốc khác cũng có thể gây lo lắng.

Triệu chứng và dấu hiệu của rối loạn lo âu

Rối loạn lo âu có xu hướng khác với lo âu thông thường và bình thường ở chỗ dai dẳng (> 6 tháng), quá mức, suy nhược và khó chịu.

Rối loạn lo âu có thể gây ra một loạt các triệu chứng thực thể, bao gồm [28]:

- Đường tiêu hóa: Buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy
- Phổi: Khó thở, nghẹt sặc
- Thần kinh thực vật: Chóng mặt, ngất xỉu, đổ mồ hôi, nóng lạnh
- Tim: Trống ngực, nhịp tim nhanh
- Cơ xương khớp: Căng cơ, đau ngực hoặc tức ngực

- Nhật ký hoảng loạn hoặc lo lắng có thể là một công cụ hữu ích để ghi lại các triệu chứng, vì các báo cáo hồi cứu về lo âu có thể mơ hồ và vì các chiến lược điều trị thường phụ thuộc vào chi tiết.

#### Chẩn đoán rối loạn lo âu

Chẩn đoán rối loạn lo âu cụ thể dựa trên các triệu chứng và dấu hiệu đặc trưng của nó theo DSM-5-TR. Nói chung, có thể nghi ngờ rối loạn lo âu khi áp dụng những biểu hiện sau đây [5],[29]:

- Lo âu là rất khó chịu.
- Lo âu ảnh hưởng đến chức năng.
- Lo âu không ngừng xuất hiện tự phát trong vòng nhiều ngày.
- Các nguyên nhân khác không được xác định.

Khi chẩn đoán chứng rối loạn lo âu, điều quan trọng là phải loại trừ lo âu do một số tình trạng bệnh lý nhất định (ví dụ: hen suyễn, cường giáp) và/hoặc các chất kích thích hoặc thuốc [28]. Hơn nữa, nếu có, bác sĩ lâm sàng cần đánh giá mức độ rối loạn bệnh lý và/hoặc chất kích thích thực sự liên quan đến lo âu. Vì đúng như trong tất cả các đánh giá về tâm thần, việc khai thác bệnh sử cẩn thận là rất quan trọng để chẩn đoán chính xác.

Nếu bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn về rối loạn lo âu và bác sĩ lâm sàng kết luận rằng các triệu chứng được giải thích tốt nhất bằng tác dụng sinh lý trực tiếp của thuốc hoặc ma túy/chất kích thích bất hợp pháp, thì bệnh nhân được coi là mắc chứng rối loạn lo âu do chất kích thích/thuốc gây ra. Tương tự như vậy, nếu lo lắng đáng kể được coi là kết quả sinh lý trực tiếp của một tình trạng bệnh lý khác, thì bệnh nhân có thể được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lo âu do một tình trạng bệnh lý khác.

Điều này đúng với hầu hết các tình trạng tâm thần, không có xét nghiệm nào trong phòng thí nghiệm để xác định chứng rối loạn lo âu, mặc dù các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm có thể giúp xác định các tình trạng bệnh lý liên quan đến chứng lo âu. Đánh giá lâm sàng là cần thiết trước khi đưa ra chẩn đoán. Ngoài việc gọi ra các triệu chứng đặc trưng và diễn biến theo thời gian, bác sĩ lâm sàng cũng phải đánh giá xem tình trạng lâm sàng có đáp ứng ngưỡng gây ra đau khổ và/hoặc rối loạn chức năng đáng kể về mặt lâm sàng hay không.

Văn hóa ảnh hưởng đến sự biểu hiện, khái niệm hóa và điều trị tất cả các tình trạng tâm thần, bao gồm cả rối loạn lo âu [30]. Trong quá trình đánh giá tâm thần, điều quan trọng là phải tìm ra cách thức mà các triệu chứng lo âu có thể bị ảnh hưởng bởi hệ thống chính trị, kinh tế và pháp luật xung quanh cũng như bởi các vấn đề cụ thể liên quan đến tình trạng di cư, khuynh hướng tình dục, tình trạng kinh tế xã hội, tôn giáo, tâm linh và cấu trúc gia đình.

Bệnh nhân có thể cảm thấy bị đe dọa, xấu hổ hoặc miễn cưỡng thảo luận về sự lo lắng với bất kỳ ai, ít hơn nhiều với các bác sĩ, những người có thể thuộc về một nhóm kinh tế xã hội khác và có khả năng được hưởng nhiều đặc quyền hơn. Tương tự như vậy, những người muốn trở thành "bệnh nhân tốt" có thể không thẳng thắn nói về các vấn đề tâm thần nếu họ nghi ngờ rằng bác sĩ lâm sàng của họ quá bận nên không thể giải quyết bất cứ điều gì khác ngoài vấn đề y tế phi tâm thần nổi bật nhất của họ.

## 2.5. Tự kỷ

Chẩn đoán xác định:

Biểu hiện lâm sàng (theo ICD 10)

a. Thiếu hụt kỹ năng tương tác xã hội: là vấn đề cơ bản nhất của tự kỷ

- Biểu hiện sớm: trẻ thờ ơ, giảm giao tiếp mắt, ít đáp ứng khi gọi tên, không cử chỉ điệu bộ giao tiếp: không chỉ tay, không chìa tay xin, không gật đầu lắc đầu, cần gì kéo tay người khác.

- Giảm chú ý chung: không nhìn theo khi người khác chỉ cho xem, không cười đáp.

- Không biết mang khoe những gì trẻ thích.

- Chơi một mình, không biết chơi tương tác với trẻ cùng tuổi.

- Trẻ không biết chia sẻ, không trao đổi tình cảm qua lại.

b. Những biểu hiện bất thường về ngôn ngữ và giao tiếp:

- Chậm nói, một số trẻ đã nói vài từ sau đó không nói.

- Cách nói bất thường: phát âm vô nghĩa, nói một mình, nhại lời, nhại quảng cáo, hát thuộc lòng, nói vẹt, đếm số, đọc chữ cái, hát nói từ.

- Ngôn ngữ thụ động: chỉ nói khi có nhu cầu thiết yếu như đòi ăn, đòi đi chơi..., không biết hỏi lại.

- Một số trẻ nói được nhưng không biết kể chuyện, không hội thoại, không biết.

- Giọng nói khác thường (cao giọng hoặc đều đều, thiếu diễn cảm, nói nhanh, nói riu riu lời...). Không hiểu nghĩa bóng của câu. Không chơi tưởng tượng, không chơi giả vờ mang tính xã hội phù hợp lứa tuổi.

c. Hành vi bất thường

- Hành vi định hình: đi kiễng, quay người, nhìn tay, cử động ngón tay, đập tay, nghiêng đầu nhìn, cho tay vào miệng...

- Những thói quen rập khuôn: đi theo đúng đường cũ, ngồi, nằm đúng 1 nơi, xếp các thứ đúng chỗ, hành động trong sinh hoạt theo thói quen cứng nhắc.

- Những ý thích, mối quan tâm thu hẹp: cuốn hút xem video, ti vi, quảng cáo, luôn cầm một thứ như que, tăm, chai lọ, chỉ chơi 1 số thứ (ô tô, bóng...), quay bánh xe, nhìn vật chuyển động...

- Chú ý tỉ mỉ đến chi tiết của đồ vật.

#### d. Các rối loạn khác

- Xung động, kích động: giăng đồ vật, ném, phá, cẩu gắt, ăn vạ, đập đầu, cắn hoặc đánh người...

- Tăng hoạt động: chạy liên tục, nghịch, không tránh nguy hiểm.

- Chậm phát triển trí tuệ thường đi kèm với tự kỷ ở nhiều trẻ: nhận biết kém, chỉ biết số, chữ cái, đọc vẹt, khó khăn học...

- Sợ hãi quá mức.

- Ăn uống khó khăn: không nhai, chỉ ăn một số thứ.

#### ***Chẩn đoán xác định theo ICD 10***

A. Có ít nhất 6 dấu hiệu trong các phần (1), (2) và (3), trong đó có ít nhất 2 mục từ phần (1) và 1 mục từ phần (2) và (3):

(1) Khiếm khuyết về chất lượng trong quan hệ xã hội, được biểu hiện bằng ít nhất 2 trong các triệu chứng sau đây:

- Khiếm khuyết rõ rệt trong việc sử dụng nhiều hành vi không lời như giao tiếp bằng mắt, biểu lộ qua nét mặt, tư thế cơ thể và các cử chỉ.

- Thất bại, hoặc kém trong việc phát triển các mối quan hệ bạn bè phù hợp với mức phát triển.

- Thiếu sự tìm kiếm tự động nhằm chia sẻ vui thích, các mối quan tâm và kết quả đạt được với người khác.

d) Thiếu sự trao đổi qua lại về xã hội hoặc cảm xúc.

(2) Các suy kém về chất lượng trong giao tiếp được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

- Chậm trễ hoặc thiếu vắng hoàn toàn sự phát triển về ngôn ngữ nói.
- Ở những cá thể có ngôn ngữ đầy đủ thì tiêu chuẩn là suy kém rõ rệt về khả năng khởi đầu hay duy trì một đối thoại với người khác
- Sử dụng ngôn ngữ theo cách định hình, lặp đi lặp lại, ngôn ngữ kỳ lạ.
- Thiếu vắng trò chơi tưởng tượng phù hợp với mức phát triển của trẻ.

(3) Các kiểu hành vi, ham thích, các hoạt động lặp đi lặp lại giới hạn và định hình được biểu hiện bằng ít nhất 1 trong những triệu chứng sau đây:

- Bận tâm bao quanh một hoặc các kiểu vui thích giới hạn và định hình bất thường về cường độ hoặc mức tập trung.
- Bám dính một cách cứng nhắc rõ rệt đối với các thói quen hoặc các nghi thức hằng ngày đặc biệt, không có chức năng.
- Các cách thức vận động định hình và lặp đi lặp lại
- Bận tâm thường xuyên với các phần của vật thể

B. Sự phát triển chậm trễ hoặc bất thường trong ít nhất 1 trong các lĩnh vực trên, khởi phát trước 3 tuổi:

C. Bệnh cảnh này không giải thích được rối loạn Rett hay rối loạn phân rã ở trẻ em.

Cận lâm sàng

- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá tự kỷ: Bảng kiểm quan sát chẩn đoán tự kỷ-chung (ADOS-G), thang CARS, sàng lọc tự kỷ ở trẻ nhỏ M – CHAT...
- Trắc nghiệm tâm lý đánh giá các rối loạn đi kèm: chậm phát triển tâm thần (Wies, Raven, Denver...), tăng động giảm chú ý (Vanderbilt), rối loạn hành vi (CBCL), trầm cảm ở trẻ em (RADS)...

Nguyên tắc điều trị

- Không có một phương pháp nào phù hợp cho tất cả trẻ tự kỷ. Thường có sự kết hợp của những phương pháp khác nhau.
- Nâng cao kỹ năng xã hội cho trẻ, tạo môi trường sống thích hợp.
- Trị liệu tâm lý dựa vào học thuyết nhận thức và hành vi, sử dụng phương tiện

- nhìn.
- Làm việc nhóm: bác sĩ, tâm lý, giáo viên, cán bộ dạy ngôn ngữ, phục hồi chức năng.
- Can thiệp nên bắt đầu càng sớm càng tốt nhất là khi trẻ 2 - 4 tuổi.
- Chương trình can thiệp mang tính cá biệt hóa, liên tục và lâu dài.
- Gia đình phải tích cực tham gia dạy trẻ.
- Cần có sự tham gia của nhiều ngành: y tế, giáo dục, tâm lý [5].

#### Giới thiệu Thang đo Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Thang đánh giá bệnh tự kỷ ở trẻ em (CARS) là một trong những công cụ chẩn đoán được đề xuất cho ASD. CARS là một bảng câu hỏi do bác sĩ lâm sàng đánh giá với thang đánh giá 4 điểm dựa trên quan sát của các cá nhân cũng như thông tin bổ sung, chẳng hạn như báo cáo của phụ huynh và/hoặc giáo viên. CARS ban đầu được xuất bản lần đầu tiên vào năm 1980 (cũng như DSM-III), và vào năm 2010, CARS đã được cập nhật thành CARS-2, trong đó CARS-2 (dạng chuẩn) vẫn giống như CARS ban đầu, 'để sử dụng cho các cá nhân dưới 6 tuổi và những người gặp khó khăn trong giao tiếp hoặc chỉ số IQ ước tính dưới mức trung bình' và CARS-2-HF (chức năng cao) mới được phát triển như là 'một giải pháp thay thế cho đánh giá các cá nhân có khả năng nói thông thạo bằng lời nói, từ 6 tuổi trở lên, có điểm IQ trên 80'.<sup>11</sup> CARS bao gồm 15 mục bao gồm nhiều chức năng bao gồm xã hội, cảm xúc, thích ứng, giao tiếp và nhận thức.<sup>11</sup> Điểm đánh giá cuối cùng từ CARS là được chia thành ba nhóm mức độ nghiêm trọng: 'Các triệu chứng từ mức tối thiểu đến không có của ASD (15–29,5 đối với độ tuổi <13y; 15–27,5 đối với độ tuổi >13 tuổi)', 'Các triệu chứng từ nhẹ đến trung bình của ASD (30–36,5 đối với độ tuổi <13 tuổi; 28–34,5 đối với độ tuổi >13 tuổi)' và 'Các triệu chứng nghiêm trọng của ASD (37 tuổi trở lên đối với độ tuổi <13 tuổi; 35 tuổi trở lên đối với độ tuổi >13 tuổi)'.<sup>11</sup> Trong nghiên cứu hiện tại, CARS ban đầu (tương đương với mẫu tiêu chuẩn CARS-2) và CARS-2 (dạng tiêu chuẩn) được gọi chung là 'CARS' và CARS -2-HF là CARS-HF, để tránh nhầm lẫn và cải thiện khả năng đọc [31].

Phân tích tổng hợp cho thấy rằng hệ số Cronbach's alpha tóm tắt về một nhóm bác sĩ và nhà tâm lý học hoặc phân nhóm khác, bắt nguồn từ sáu nghiên cứu (952 người tham gia), được coi là chấp nhận được ở mức 0,90 (khoảng tin cậy 95%, 0,87-0,92) với độ không đồng nhất vừa phải. Phân tích hai nghiên cứu 'rủi ro sai lệch thấp' về giá trị tiêu chí đối với CARS với điểm cắt là 30 và DSM-IV dẫn đến độ nhạy là 0,86 và 0,71 và độ đặc hiệu là 0,79 và 0,75 [31].

## 2.6. Sa sút trí tuệ

### Triệu chứng

Chứng sa sút trí tuệ là do bệnh não hoặc chấn thương. Rối loạn này có thể xuất phát từ tình trạng bệnh lý bắt đầu ở các bộ phận khác của cơ thể. Một số bệnh gây mất trí nhớ bắt đầu từ chính bộ não. Một trong những bệnh về não phổ biến nhất gây ra chứng mất trí nhớ là bệnh thoái hóa não gọi là bệnh Alzheimer. Nguy cơ mắc chứng mất trí nhớ do bệnh Alzheimer tăng lên khi một người già đi. Thông thường, chứng mất trí nhớ phát triển khi não bị ảnh hưởng bởi hai hoặc nhiều bệnh phổ biến ở tuổi già, chẳng hạn như bệnh Alzheimer và đột quỵ (tổn thương não do tắc nghẽn hoặc vỡ mạch máu) [7]

### Đánh giá chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh sa sút trí tuệ đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải lấy bệnh sử để xác định rằng khả năng nhận thức đã xấu đi theo thời gian và tình trạng xấu đi này có liên quan đến các vấn đề về chức năng như thực hiện các công việc hàng ngày. Một thành viên thân thiết trong gia đình hoặc bạn bè nên xác nhận sự hiện diện của tình trạng suy giảm nhận thức và các vấn đề về chức năng. Bác sĩ lâm sàng cần thực hiện một bài kiểm tra nhận thức (trí nhớ) ngắn và khám thực thể để đánh giá sức mạnh, phản xạ và các dấu hiệu thần kinh khác. Và thông thường, một số xét nghiệm máu và quét não cũng được thực hiện (CT hoặc MRI). Chỉ hiếm khi cần các xét nghiệm khác.

### Điều trị

Đối với nhiều bệnh nhân sa sút trí tuệ, thuốc có thể giúp cải thiện khả năng tư duy hoặc giúp thay đổi tâm trạng hoặc hành vi, nhưng lợi ích rất khiêm tốn. Hiện có hai loại thuốc thường có thể giúp giảm triệu chứng cho các vấn đề về trí nhớ do bệnh Alzheimer, mặc dù những loại thuốc này không ngăn chặn được sự tiến triển của bệnh. Điều quan trọng nữa là phải điều trị các yếu tố làm tăng nguy cơ đột quỵ, chẳng hạn như huyết áp cao và tiểu đường. Các biện pháp an toàn bao gồm các quy trình ngăn ngừa té ngã, lạc đường và các tai nạn khác. Cần đưa ra các chỉ thị nâng cao liên quan đến các quyết định y tế và tài chính, vì những người mắc chứng sa sút trí tuệ thường mất khả năng đưa ra quyết định. Các khuyến nghị khác để có sức khỏe não tốt bao gồm duy trì hoạt động tinh thần, thể chất và xã hội, ăn các bữa ăn cân bằng dinh dưỡng và chỉ uống rượu điều độ (không quá một ly rượu mỗi ngày) và ngủ đủ giấc chất lượng cao. Các nhà cung cấp dịch vụ lâm sàng có thể cung cấp kiến thức quan trọng cho gia đình và người chăm sóc về bệnh sa sút trí tuệ, đồng thời cũng có thể giúp điều trị lâu dài [7].

### Thang đo MMSE

MMSE là một đánh giá sàng lọc tâm lý được sử dụng rộng rãi, dùng để vạch ra các cấp độ chức năng nhận thức [32]. Được thiết kế để sử dụng lâm sàng trong quá trình chẩn đoán đánh giá chứng sa sút trí tuệ và được khẳng định là tạo điều kiện thuận lợi cho việc đánh giá sự tiến triển và mức độ nghiêm trọng. MMSE đánh giá các chức năng nhận thức khác nhau, bao gồm trí nhớ, sự chú ý và ngôn ngữ. Trong đánh giá bệnh sa sút trí tuệ, MMSE chỉ là một phần của cuộc kiểm tra, bao gồm các xét nghiệm khác, khám thực thể cũng như tiền sử và triệu chứng của bệnh nhân [33].

Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng MMSE là một dấu hiệu tương đối nhạy cảm về chứng mất trí nhớ rõ ràng với độ tin cậy tốt giữa các nhà đánh giá. Trong số những ưu điểm khác của MMSE là nó nhanh chóng và khá dễ quản lý, có hệ thống tính điểm tiêu chuẩn, được dịch sang nhiều ngôn ngữ và không có biến thể lớn nào tồn tại trên toàn thế giới. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng MMSE là một dấu hiệu tương đối nhạy cảm về chứng mất trí nhớ rõ ràng với độ tin cậy tốt giữa các nhà đánh giá. Trong số những ưu điểm khác của MMSE là nó nhanh chóng và khá dễ quản lý, có hệ thống tính điểm tiêu chuẩn, được dịch sang nhiều ngôn ngữ và không có biến thể lớn nào tồn tại trên toàn thế giới [34].

Trong một nghiên cứu đánh giá nhận thức bằng MMSE được thực hiện trên 127 bệnh nhân đột quỵ 10 năm sau khi phát bệnh, suy giảm nhận thức đã được chứng minh ở 46% trường hợp. Tỷ lệ bị suy giảm nhận thức nghiêm trọng (ở đây được định nghĩa là MMSE <23) ở những bệnh nhân đột quỵ cao hơn 2,5 lần so với những người khỏe mạnh [35].

## ***2.7. Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu***

### **Chẩn đoán nghiện rượu**

Nghiện rượu: Theo ICD 10 (1992), chẩn đoán nghiện rượu khi có từ 3 trở lên các biểu hiện sau đây xảy ra cùng nhau trong vòng ít nhất 1 tháng hoặc nếu tồn tại trong khoảng thời gian ngắn hơn 1 tháng, thì cần lặp đi lặp lại cùng nhau trong khoảng thời gian 12 tháng: Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải sử dụng rượu; Khó khăn trong việc kiểm soát tập tính sử dụng rượu về mặt thời gian bắt đầu, kết thúc hoặc mức sử dụng; Một trạng thái cai sinh lý khi ngừng hay giảm bớt sử dụng rượu; Có bằng chứng về hiện tượng tăng dung nạp (chịu đựng) rượu như: cần phải tăng liều để loại bỏ những cảm giác khó chịu do thiếu rượu gây ra; Dần xao nhãng các thú vui hoặc những thích thú trước đây; Tiếp tục sử dụng rượu mặc dù có bằng chứng rõ ràng về hậu quả tai hại.

Hội chứng cai: là biểu hiện đặc trưng của nghiện, hội chứng này xuất hiện khi ngừng hoặc giảm đột ngột lượng rượu tiêu thụ. Ba trong các dấu hiệu sau phải có mặt:

Run: lười, mi mắt và khi duỗi tay; vã mồ hôi; buồn nôn, hoặc nôn ọe; nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp; kích động tâm thần vận động; đau đầu; mất ngủ; cảm giác khó ở hoặc mệt mỏi; các ảo tưởng ảo giác về thính giác, thị giác hoặc xúc giác nhất thời; động kinh cơn lớn. Hội chứng cai rượu kéo dài từ vài giờ đến nhiều ngày tùy mức độ nghiện rượu.

#### Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: trước và sau điều trị.
- Sinh hoá máu: Glucose, ure, creatinin, acid uric; CK (trước và sau điều trị, nếu bất thường xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu); điện giải đồ (trước và sau điều trị, xét nghiệm hàng ngày trong tuần đầu điều trị nếu có bất thường); GOT, GPT (đánh giá trước điều trị và sau 1 tuần và 2 tuần điều trị), GGT, protein, albumin, bilirubin TP và TT, lipid máu (cholesterol, triglycerid, LDL, HDL).
- Đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu
- Định lượng nồng độ cồn trong máu, trong hơi thở.
- Vi sinh: HIV, HbsAg, Anti HCV, huyết thanh chẩn đoán giang mai.
- XQ tim phổi; siêu âm ổ bụng; nội soi dạ dày...
- Trắc nghiệm tâm lý: thực hiện trước và sau điều trị.
- Mức độ trầm cảm (HDRS, Beck); mức độ lo âu (HARS, Zung); mức độ rối loạn sử dụng rượu (AUDIT); mức độ cai rượu (CIWA); đặc điểm nhân cách (EPI, MMPI); mức độ rối loạn giấc ngủ (PSQI); ngoài ra có thể thực hiện các trắc nghiệm đánh giá rối loạn nhận thức (MMSE), rối loạn stress-lo âu-trầm cảm (DASS)...
- Điện tâm đồ; điện não đồ, lưu huyết não, CT, MRI....
- Các xét nghiệm cận lâm sàng nếu có bất thường cần kiểm tra hàng ngày [5]

#### Thang đo AUDIT

AUDIT được thiết kế để hỗ trợ việc xác định sớm những bệnh nhân uống rượu theo cách có khả năng hoặc hiện có hại cho sức khỏe. AUDIT là phương pháp duy nhất tìm cách xác định những bệnh nhân sử dụng rượu một cách nguy hiểm và có hại thay vì chỉ những bệnh nhân nghiện rượu. Tất cả các câu hỏi được lựa chọn không dựa trên khả năng xác định tình trạng nghiện rượu mà dựa trên mối tương quan của chúng với việc uống rượu [36]. Cách tiếp cận này cho phép quá trình sàng lọc xác định việc uống rượu quá mức là nguyên nhân có thể gây ra các tình trạng bệnh lý. Nó cũng cho phép can thiệp sớm để ngăn chặn thói quen uống rượu tiến triển thành lệ thuộc. Tuy nhiên, AUDIT cũng hỏi về các triệu

chúng thường được sử dụng để chẩn đoán tình trạng phụ thuộc. Điều quan trọng là phải hiểu khía cạnh này của kiểm toán được dự định hoạt động như thế nào. Câu hỏi 4–6 của AUDIT hỏi về khả năng kiểm soát việc uống rượu bị suy giảm, lượng nước bọt tăng lên và việc uống rượu vào buổi sáng. Câu trả lời cho những câu hỏi này cung cấp cho bác sĩ lâm sàng thông tin hữu ích để thảo luận về các triệu chứng nghiện rượu và cung cấp các chỉ số về sự cần thiết phải có đánh giá chẩn đoán của bác sĩ lâm sàng được đào tạo. Mặc dù việc bệnh nhân khẳng định những triệu chứng này có thể là dấu hiệu cho thấy khả năng lệ thuộc thuốc nhưng chúng không tạo thành cơ sở đầy đủ cho chẩn đoán như vậy. AUDIT không phải là một công cụ chẩn đoán. Việc chẩn đoán chứng nghiện rượu đòi hỏi phải thực hiện một cuộc phỏng vấn chẩn đoán đã được kiểm tra kỹ lưỡng chẳng hạn như Phỏng vấn Chẩn đoán Quốc tế Tổng hợp hoặc bằng đánh giá của một chuyên gia được đào tạo [37].

### **3. Thực trạng rối loạn tâm thần trên thế giới và tại Việt Nam.**

#### ***3.1. Trên thế giới***

Theo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2019, cứ 8 người thì có 1 người (khoảng 13%), tương đương 970 triệu người trên thế giới mắc chứng rối loạn tâm thần, trong đó phổ biến nhất là rối loạn lo âu và trầm cảm. Vào năm 2020, số người mắc chứng lo âu và rối loạn trầm cảm đã tăng đáng kể do đại dịch COVID-19. Ước tính ban đầu cho thấy mức tăng tương ứng là 26% và 28% đối với chứng lo âu và rối loạn trầm cảm nặng chỉ trong một năm. Mặc dù có các lựa chọn phòng ngừa và điều trị hiệu quả nhưng hầu hết những người bị rối loạn tâm thần đều không được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc hiệu quả. Nhiều người cũng bị kỳ thị, phân biệt đối xử và vi phạm nhân quyền [2].

Gánh nặng của rối loạn sức khỏe tâm thần cũng ngày càng gia tăng, chiếm 6,2% tổng số năm sống điều chỉnh theo khuyết tật (DALY) vào năm 2000 trên toàn thế giới (11,5% ở các quốc gia thuộc nhóm EUR) và 8,2% vào năm 2015 (13,9% ở các quốc gia thuộc nhóm EUR), theo dữ liệu của WHO [38],[39].

Trong tổng gánh nặng do rối loạn sức khỏe tâm thần ở châu Âu, có hai nguyên nhân đóng góp lớn: trầm cảm đơn cực và chứng mất trí nhớ. Trong 15 năm từ 2000 đến 2015, trầm cảm vẫn tồn tại khá ổn định với khoảng 22% tổng số ca rối loạn sức khỏe tâm thần, nhưng tỷ lệ mắc chứng mất trí nhớ đã tăng từ 15% lên 26%. Tuy nhiên, tỷ lệ tự tử và tự làm hại bản thân đã giảm từ 17% xuống 13%, có thể là nhờ các biện pháp phòng ngừa tốt hơn. Ở Châu Âu, rối loạn sức khỏe tâm thần gây ra tỷ lệ tử vong tương đối cao nhất ở các nước Scandinavi (Phần Lan, 21%; Iceland, 19%; và Na Uy, 18%, vào năm 2015) và ít nhất ở Đông Âu (Romania, 8%; Bulgaria 9%; Cộng hòa Séc, Latvia, Slovakia, Croatia và Hungary, tất cả đều 10%). Gánh nặng tương đối đã tăng nhanh nhất ở Anh (+53% từ năm

2000 đến năm 2015) và Ireland (+34%) và thực tế đã giảm ở Litva (-4%) trong khoảng thời gian 15 năm [40].

Gần 1/5 số thanh niên ở châu Âu bị phát hiện mắc chứng rối loạn tâm thần. Tỷ lệ phổ biến chung của các rối loạn này là 15,5%. Cụ thể, rối loạn lo âu có tỷ lệ phổ biến cao nhất là 7,9% (KTC 95% 5,1-11,8%, I2: 98,0%). Tiếp theo là rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) với tỷ lệ là 2,9% (KTC 95% 1,2-6,9%, I2: 94,3%). Rối loạn kháng cự (ODD) có tỷ lệ là 1,9% (95% CI 1,0-3,7%, I2: 98,4%). Rối loạn trầm cảm có tỷ lệ là 1,7% (95% CI 1,0-2,9%, I2: 97,7%). Rối loạn tâm lý hành vi (CD) có tỷ lệ là 1,5% (95% CI 0,6-3,8%, I2: 98,8%). Cuối cùng, rối loạn tự kỷ (ASD) có tỷ lệ là 1,4% (95% CI 0,4-5,4%, I2: 99,7%) [41].

Sa sút trí tuệ là một hội chứng phổ biến và gây tàn tật; ước tính có khoảng 50 triệu người trên toàn thế giới đang mắc chứng sa sút trí tuệ. Loại bệnh sa sút trí tuệ phổ biến nhất là bệnh Alzheimer, chiếm khoảng 60% đến 70% các trường hợp sa sút trí tuệ, tiếp theo là chứng sa sút trí tuệ do mạch máu với tỷ lệ mắc khoảng 50 triệu người trên toàn thế giới. 20%. Các loại sa sút trí tuệ khác bao gồm sa sút trí tuệ thể Lewy, sa sút trí tuệ do bệnh Parkinson và sa sút trí tuệ vùng trán-thái dương. Cùng với sự suy giảm nhận thức, 90% bệnh nhân sa sút trí tuệ gặp phải các triệu chứng tâm lý và hành vi của sa sút trí tuệ, chẳng hạn như rối loạn tâm thần, hung hăng, kích động và trầm cảm. Rối loạn tâm thần liên quan đến sa sút trí tuệ, bao gồm hoang tưởng và ảo giác, góp phần dẫn đến việc nhập viện sớm hơn, suy giảm nhận thức nhanh hơn và gánh nặng lớn hơn cho người chăm sóc [42].

Ngoài ra, theo nhiều ước tính khác nhau, 283 triệu người đã uống rượu rối loạn sử dụng ma túy năm 2016, 36 triệu người rối loạn sử dụng ma túy năm 2019, 55 triệu người mắc chứng mất trí nhớ vào năm 2019 và 50 triệu người mắc chứng mất trí nhớ động kinh năm 2015 [43].

Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu xuất bản năm 1996 cho thấy các rối loạn thần kinh-tâm thần chiếm hơn 1/4 tổng số tổn thất sức khỏe do khuyết tật, lớn hơn 8 lần so với bệnh tim mạch vành và lớn hơn 20 lần so với bệnh tim mạch vành. ung thư [44].

Theo nghiên cứu Amanda J. Baxter, dựa trên dữ liệu đầy đủ nhất là từ Bắc Mỹ và Châu Úc, các rối loạn tâm thần có độ bao phủ lớn hơn 75% ở người lớn từ 18 đến 80 tuổi. Rối loạn tâm thần cũng được đánh giá là có mức độ bao phủ từ trung bình đến tốt ở Tây Âu và các quốc gia có thu nhập cao ở Châu Á Thái Bình Dương đối với cả chứng trầm cảm nặng và chứng lo âu nhưng không có đối với chứng loạn trương lực [45]. Ở các khu vực khác, mức độ bao phủ của các rối loạn tâm thần phổ biến rất ít hoặc không có.

Một khảo sát Sức khỏe Tâm thần Trung Quốc được tiến hành vào năm 2012, thực hiện một cuộc khảo sát mang tính đại diện trên toàn quốc để xác định mức độ phổ biến của

các rối loạn tâm thần (rối loạn tâm trạng, rối loạn lo âu, rối loạn sử dụng rượu và ma túy, tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần khác, rối loạn ăn uống, rối loạn kiểm soát xung lực và chứng mất trí nhớ) trong nhiều giai đoạn. Nghiên cứu đã có 32.552 người đã hoàn thành cuộc khảo sát từ ngày 22 tháng 7 năm 2013 đến ngày 5 tháng 3 năm 2015. Tỷ lệ phổ biến có trọng số của bất kỳ rối loạn nào (không bao gồm chứng mất trí nhớ) là 9.3% (KTC 95% 5.4–13.3) trong 12 tháng trước cuộc phỏng vấn và 16.6% (13.0–20.2) trong suốt cuộc đời của người tham gia trước cuộc phỏng vấn. Rối loạn lo âu là loại rối loạn phổ biến nhất cả trong 12 tháng trước cuộc phỏng vấn (tỷ lệ lưu hành có trọng số 5.0%, 4.2–5.8) và trong cuộc đời (7.6%, 6.3–8.8). Tỷ lệ mắc chứng sa sút trí tuệ ở những người từ 65 tuổi trở lên là 5.6% (3.5–7.6) [46].

Một cuộc điều tra xem liệu rằng tỷ lệ mắc các chứng rối loạn tâm thần thông thường có thay trong khoảng thời gian 20 năm ở Đài Loan hay không đã được thực hiện từ vào các năm 1990, 1995, 2000, 2005 và 2010. Trong số 10.548 người tham gia trả lời, có 9079 (86.1%) đã hoàn thành bảng câu hỏi. Tỷ lệ mắc các chứng rối loạn tâm thần thông thường có thể xảy ra đã tăng gấp đôi từ 11.5% năm 1990 lên 23.8% năm 2010 (xu hướng thời gian  $p < 0.001$ ). Sự gia tăng song song với sự gia tăng tỷ lệ thất nghiệp, ly hôn và tự tử trên toàn quốc ở cả năm mốc thời gian. Các yếu tố nguy cơ đáng kể đối với các chứng rối loạn tâm thần thông thường có thể xảy ra là giới tính nữ (tỷ lệ chênh lệch được điều chỉnh 1.6, KTC 95% 1.4–1.8), học 6 năm trở xuống (1.3, 1.1–1.5), thất nghiệp (1.4, 1.1–1.7), và sức khỏe thể chất kém làm hạn chế các hoạt động hàng ngày (6.5, 5.4–8.0). Tỷ lệ thất nghiệp, ly hôn và tự tử trên toàn quốc gia tăng song song với tỷ lệ mắc các chứng rối loạn tâm thần thông thường ở Đài Loan [47].

Tại Thái Lan, một nghiên cứu được thực hiện vào năm 2003, tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt trên toàn quốc được ước tính từ một cuộc khảo sát sức khỏe tâm thần cộng đồng được bổ sung bằng số lần nhập viện tại thời điểm khảo sát. Mẫu khảo sát sức khỏe tâm thần bao gồm 11.700 cá nhân trong độ tuổi từ 15 đến 59 sống trong một ngôi nhà dân cư trong thời gian khảo sát từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2003 [48]. Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra phần lớn người bệnh tâm thần phân liệt đều sống trong cộng đồng (98%). Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt trong dân số Thái Lan trong độ tuổi từ 15-59 theo khảo sát năm 2003 là 8,8 trên 1.000 (KTC 95%: 7,2, 10,6) với tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Tỷ lệ mới mắc được mô hình hóa là 0,3 trên 1.000, với mức cao nhất ở độ tuổi 15-24 ở cả nam và nữ. Tỷ lệ mắc bệnh đạt đỉnh điểm ở độ tuổi từ 30 đến 44 ở nam và ở độ tuổi từ 40 đến 54 ở nữ. Thời gian mắc bệnh ở nữ dài hơn nam ở mọi lứa tuổi do tuổi thọ cao hơn. Thời gian mắc bệnh tâm thần phân liệt trung bình lần lượt là 30 và 34 tuổi ở nam và nữ [49].

Một nghiên cứu đánh giá xu hướng phổ biến của các rối loạn tâm thần ở Nhật Bản lần thứ nhất năm 2002 đến 2006, tiếp theo là khảo sát sức khỏe tâm thần thế giới Nhật Bản

lần thứ hai được thực hiện từ năm 2013 đến năm 2015. Tổng cộng có 4134 cư dân được chọn ngẫu nhiên từ 20 tuổi trở lên hơn (tỷ lệ tham gia 55,1%) đã tham gia vào khảo sát lần thứ 1 từ 11 khu vực từ tỉnh Yamagata đến tỉnh Kagoshima. Những người tham gia được tuyển dụng bằng cách sử dụng sổ đăng ký bầu cử hoặc sổ đăng ký cư trú từ mỗi khu vực. Tổng cộng có 2450 người (tỷ lệ tham gia 43,4%) đã tham gia khảo sát lần thứ 2, trong số mẫu đại diện toàn quốc gồm 5000 cư dân từ 20 đến 75 tuổi từ khoảng 150 đô thị ở Nhật Bản được tuyển chọn bằng cách chọn ngẫu nhiên hai giai đoạn. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ mắc trong đời và tỷ lệ mắc bất kỳ rối loạn tâm thần nào trong 12 tháng lần lượt là 17,9% và 5,6% trong lần khảo sát thứ 1, và 22,0% và 5,2% trong lần khảo sát thứ 2 [50]. Tỷ lệ mắc chứng rối loạn lo âu và tâm trạng trong suốt cuộc đời và trong 12 tháng ở phụ nữ cao hơn so với nam giới trong khi tỷ lệ mắc các chứng rối loạn liên quan đến chất gây nghiện trong đời ở nam giới cao hơn nữ giới [51].

Tại Singapore, các cuộc khảo sát từng hộ gia đình được thực hiện với cư dân Singapore trưởng thành từ 18 tuổi trở lên từ năm 2016 đến năm 2018 ( $n = 6126$ ), mang lại tỷ lệ phản hồi là 69,0%. Các đối tượng được chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp lấy mẫu phân tầng không cân xứng và được đánh giá bằng Phỏng vấn chẩn đoán quốc tế tổng hợp của Tổ chức Y tế Thế giới phiên bản 3.0 (WHO-CIDI 3.0). Các chẩn đoán về các rối loạn tâm thần chọn lọc trong suốt cuộc đời và trong 12 tháng bao gồm rối loạn trầm cảm nặng, loạn khí sắc, rối loạn lưỡng cực, rối loạn lo âu tổng quát, rối loạn ám ảnh cưỡng chế và rối loạn sử dụng rượu (bao gồm lạm dụng và phụ thuộc vào rượu) dựa trên Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, Phiên bản thứ tư (DSM- IV) tiêu chí. Tỷ lệ mắc ít nhất một tâm trạng, lo âu hoặc rối loạn sử dụng rượu trong đời là 13,9% ở người trưởng thành. Rối loạn trầm cảm nặng có tỷ lệ mắc bệnh suốt đời cao nhất (6,3%), tiếp theo là lạm dụng rượu (4,1%). Tỷ lệ mắc bất kỳ rối loạn tâm thần DSM-IV nào trong 12 tháng là 6,5%. Rối loạn ám ảnh cưỡng chế có tỷ lệ mắc bệnh trong 12 tháng cao nhất (2,9%), tiếp theo là rối loạn trầm cảm nặng (2,3%). Tỷ lệ rối loạn tâm thần suốt đời và trong 12 tháng được đánh giá trong Sức khỏe Tâm thần Singapore (SMHS) 2016 (13,8% và 6,4%) cao hơn đáng kể so với SMHS 2010 (12,0% và 4,4%). Sự gia tăng đáng kể đã được quan sát thấy ở tỷ lệ mắc GAD suốt đời (0,9% đến 1,6%) và lạm dụng rượu (3,1% đến 4,1%). Tỷ lệ mắc GAD (0,8% so với 0,4%) và OCD (2,9% so với 1,1%) trong SMHS 2016 trong 12 tháng cao hơn đáng kể so với SMHS 2010 [52].

Một nghiên cứu khác ở Hàn Quốc vào năm 2021 được thực hiện bởi Viện sức khỏe tâm thần quốc gia Hàn Quốc từ ngày 19 tháng 6 đến ngày 31 tháng 8 năm 2021. Nghiên cứu thực hiện trên 13.530 hộ gia đình, có 5.511 người tham gia đã hoàn thành cuộc phỏng vấn với tỷ lệ phản hồi: 40,7%. Kết quả của nghiên cứu có tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần suốt đời là 27,8%. Tỷ lệ sử dụng rượu, sử dụng nicotine, trầm cảm và lo âu trong 12 tháng lần

lượt là 2,6%, 2,7%, 1,7% và 3,1%. Các yếu tố rủi ro liên quan đến tỷ lệ chẩn đoán lúc 12 tháng như sau: giới tính và tuổi tác; rối loạn sử dụng nicotin: tình dục; rối loạn trầm cảm: tình trạng hôn nhân và tình trạng công việc; rối loạn lo âu: giới tính, tình trạng hôn nhân và tình trạng công việc. Tỷ lệ điều trị và sử dụng dịch vụ trong 12 tháng đối với rối loạn sử dụng rượu, rối loạn sử dụng nicotin, rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu lần lượt là 2,6%, 1,1%, 28,2% và 9,1%. Có khoảng 25% người trưởng thành trong dân số nói chung được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tâm thần trong suốt cuộc đời của họ. Trong khi đó tỷ lệ điều trị thấp đáng kể [53].

Người bệnh mắc tâm thần phân liệt đã tăng từ 13,1 triệu vào năm 1990 lên 20,9 triệu trường hợp trong năm 2016 [54].

## **2.2. Ở Việt Nam**

Năm 1981: Trần Văn Cường và Nguyễn Khánh Hợi điều tra về bệnh tâm thần tại huyện Hoà Bình. Nguyễn Thị Mai và các cộng sự điều tra về các bệnh tâm thần tại phường Lê Đại Hành, Hà Nội. Nguyễn Văn Siêm và các cộng sự điều tra về Handicap (khuyết tật) từ thần ở 4 phường tại Hà Nội. Các cuộc điều tra này cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tâm thần dao động từ 18-20% dân số [55].

Năm 1994, với sự hỗ trợ của TCYTTG khu vực, ngành y tế tâm thần Việt Nam đã tiến hành điều tra về các rối loạn tâm thần tại 4 địa điểm và xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần như sau:

Bệnh tâm thần phân liệt: 0,3% - 1% dân số

Rối loạn cảm xúc trầm cảm: 2,0% - 3,0% dân số

Rối loạn tâm căn (lo âu, ám ảnh, suy nhược thần kinh): 4,0% - 5,0%

Nhất cử nhất động: 0,5% - 1,0%

Nghiện ma túy: 0,15% - 1,5%

Nghiện rượu: 0,21% - 3,0%

Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên (10-17 tuổi): 0,3% - 3,7%

Loạn thần do chấn thương sọ não: 0,15% - 0,2%

Chậm phát triển tâm thần: 0,5% - 1,0%

Động kinh: 0,5% - 1,5%.

Năm 2009, kết quả điều tra dịch tễ lâm sàng 10 bệnh tâm thần ở Việt Nam trong giai đoạn 2008-2009.

Tỷ lệ mắc chung của 10 bệnh tâm thần là 14,2% dân số.

Trong đó, các tỷ lệ mắc bệnh cụ thể như sau: Bệnh tâm thần phân liệt: 0,42%. Động kinh: 0,3%. Rối loạn tâm thần sau chấn thương sọ não: 0,48%. Chậm phát triển tâm thần: 0,58%. Mất trí tuổi già: 0,92%. Trầm cảm: 3,2%. Lo âu: 2,51%. Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên: 0,82%. Lạm dụng rượu: 4,52%. Lạm dụng ma túy: 0,45% [56].

Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bệnh viện Tâm thần Trung ương, tỷ lệ mắc 10 chứng RLTT phổ biến trong năm 2014 là 14,2%, trong đó riêng rối loạn trầm cảm chiếm 2,45%. Tỷ lệ tự sát trong năm 2015 là 5,87 trên 100.000 dân [57].

Hiện nay, tại nước ta có rất ít nghiên cứu thực hiện trên cộng đồng về các nhóm bệnh sức khỏe tâm thần. Đa số các nghiên cứu thực hiện đơn lẻ và tập trung vào vấn đề lâm sàng nhiều hơn. Điển hình như các nhóm lâm sàng sau:

Bệnh tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% dân số, thường khởi phát ở lứa tuổi 18-40 [5]. Nghiên cứu của tác giả Lê Việt Hùng (2021), đã phân tích về rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở 82 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid được điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. rối loạn chú ý thể hiện rõ là di chuyển chú ý (63,41%) và rối loạn tập trung chú ý (40,24%). Còn rối loạn trí nhớ thì trí nhớ bằng hình ảnh và trí nhớ xa là gặp nhiều nhất lần lượt là 48,78% và 46,34%. Chức năng điều hành của bệnh nhân rối loạn rõ rệt ở tư duy trừu tượng (82,93%), giải quyết công việc (68,29%). Tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân cũng được thể hiện ở các khía cạnh bị rối loạn nhận thức với trung bình khía cạnh bị rối loạn là  $7,71 \pm 3,27$  [58].

Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Đức và Vũ Anh Nhị (2022), nghiên cứu cắt ngang tại cộng đồng dân cư nội thành, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020. Tỷ lệ hiện mắc 5,49%, bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ, động kinh toàn thể chiếm 69,2%, động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ 18,9%, động kinh không phân loại chiếm 11,9%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị chiếm 82,3%, tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị chiếm 12%, tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị là 5,7% [59].

Theo tác giả Nguyễn Văn Siêm (2010), tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu là 8,35% dân số  $\geq 15$  tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam là 5/1. Đa số ở độ tuổi 30-59 (58,21%). Các bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ rất cao (36,9%). Tỷ lệ mới mắc là 0,48%. Đa số bệnh nhân (94,24%) mắc bệnh trên 1 năm. Số mắc bệnh trên 4 năm có tỷ lệ 70,3%. Tính chất tiến triển mạn tính rất rõ rệt (93,6% là trầm cảm tái diễn). Các giai đoạn trầm cảm đơn độc chiếm 6,33% số ca. Trầm cảm tái diễn có loạn thần tỷ lệ 2,3% và rối loạn cảm xúc lưỡng

cực 3,46%. Các nhân tố tâm lý - xã hội đã gặp theo thứ tự tăng dần: sống độc thân, ly thân, góa bụa, stress cường độ mạnh, đông con, stress trung bình; bệnh cơ thể [60].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Đạt và Cộng sự (2021), nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1723 sinh viên và sử dụng bộ câu hỏi Rối loạn lo âu lan tỏa (Generalised Anxiety Disorder – 7 items, GAD-7) để phỏng vấn sinh viên về tình trạng rối loạn lo âu. Kết quả cho thấy tỉ lệ rối loạn lo âu là 9,8% (95% C.I.: 8,4 – 11,4%) và một số yếu tố liên quan gồm: có gánh nặng tài chính (PR = 1,42, 95% C.I.: 1,22 – 2,25), phải thi lại/học lại (PR = 1,58; 95% C.I.: 1,19 – 2,09), tập thể dục thể thao (PR = 0,69; 95% C.I.: 0,55 – 0,88), có hút thuốc (PR = 2,35, 95% C.I.: 1,74 – 3,18), có uống rượu bia (PR = 1,49; 95% C.I.: 1,16 – 1,93) [61].

Theo tác giả Nguyễn Kim Việt và Cộng sự (2009) sa sút trí tuệ là rối loạn có tỷ lệ 7,9%. Tỷ lệ sa sút trí tuệ tăng nhanh theo lứa tuổi, suy giảm trí nhớ hiện hành là triệu chứng cốt lõi và xuất hiện từ giai đoạn sớm của bệnh (87,9%). Rối loạn ngôn ngữ (không đọc và làm theo một câu lệnh: 67,2%), suy giảm khả năng tư duy trừu tượng (thực hiện mệnh lệnh gồm ba công đoạn): 86,2%. Mất khả năng tính toán (91,5%). Rối loạn định hướng thị giác không gian (50%) [6].

Theo tác giả Phan Văn Hợp (2021), Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với 75 người bệnh loạn thần do rượu hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định từ tháng 4/2021 đến tháng 10/2021. Người bệnh bị viêm gan hoặc xơ gan là 30,67%. 80% người bệnh vào viện với trang phục kém gọn gàng, da, niêm mạc kém hồng hoặc có trầy xước. Người bệnh vào viện trong tình trạng có rối loạn hành vi: đi lại lộn xộn, kích động (94,7%); 100% người bệnh có rối loạn cảm xúc. 68,0% có hoang tưởng bị hại; Hoang tưởng ghen tuông (18,7%). Rối loạn thần kinh thực vật - dấu hiệu run tay chân gặp với tỷ lệ (76,0%). (98,7%) có dấu hiệu ngủ kém, không ngủ được; 70,7% người bệnh trong tình trạng ăn uống khi nhập viện. Mắc bệnh tim mạch, huyết áp gặp tần xuất nhiều hơn ở người bệnh có thời gian uống rượu  $\geq 15$  năm [62].

Qua đó, cho thấy sự cần thiết của việc đánh giá dịch tễ học các nhóm bệnh tâm thần sau biến động kinh tế, văn hóa, xã hội. Đặc biệt là sau đại dịch covid 19 để nhìn nhận lại và có những giải pháp thiết thực hơn.

### **3. Thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện nay**

#### **3.1. Thuận lợi**

##### **3.1.1. Hệ thống cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần**

Hệ thống cơ sở chăm sóc SKTT hiện nay gồm các cơ sở chăm sóc sức khỏe do ngành y tế quản lý và mạng lưới các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho

người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng do ngành Lao động – Thương binh và xã hội quản lý.

a) Các cơ sở CSSK ban đầu: các trạm y tế xã, phường thị trấn thực hiện các nhiệm vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm, quản lý điều trị rối loạn tâm thần. Chủ yếu tập trung vào tâm thần phân liệt, động kinh. Riêng trầm cảm chỉ triển khai ở một số trạm y tế xã, phường.

b) Tuyến quận, huyện: Bệnh viện huyện/trung tâm y tế quận huyện: Kết quả khảo sát năm 2022 của Cục QLKCB – BHYT cho thấy:

- Có 61.3% (398/tổng số 649) cơ sở tuyến quận, huyện tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần

- Có 9.1% (59/649) cơ sở tuyến quận, huyện tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần.

c) Tỉnh, thành phố

- Có 50.2% cơ sở (60/177) BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần.

- Có 33.9% (60/177) BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần, có 42 BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành có Khoa tâm thần.

- Cơ sở điều trị nội trú ban ngày: cả nước có 01 Bệnh viện là Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương (có 02 cơ sở).

- Cơ sở điều trị nội trú và ngoại trú chuyên khoa tâm thần: ở tuyến trung ương có 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần là bệnh viện tâm thần Trung ương 1 ở Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 ở Đồng Nai. Ngoài ra Viện sức khỏe tâm thần thuộc Bệnh viện Bạch Mai cũng là một cơ sở chuyên khoa tâm thần. Tại các địa phương hiện đã có 43/63 tỉnh đã có các bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

### 3.1.2. Nhân lực

Năm 2006, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã tiến hành đánh giá về hệ thống SKTT tại Việt Nam bằng cách sử dụng các công cụ đánh giá cho hệ thống SKTT của WHO (WHO-AIMS). Kết quả cho thấy Việt Nam có 0,35 bác sỹ tâm thần/100.000 dân (so với tỷ suất trung vị 0,54 ở các nước có cùng mức thu nhập và 0,9 ở các nước trong cùng phân vùng), 2,1 điều dưỡng (so với tỷ suất trung vị 2,93 ở các nước có cùng mức thu nhập và 7,7 ở các nước trong cùng phân vùng), 0,06 cán bộ tâm lý (so với tỷ suất trung vị 0,14 ở

các nước có cùng mức thu nhập và 0,0 ở các nước trong cùng phân vùng), 0,15 cán sự xã hội (so với tỷ suất trung vị 0,13 ở các nước có cùng mức thu nhập và 0,0 ở các nước trong cùng phân vùng), và 0,8 cán bộ y tế khác làm trong lĩnh vực SKTT (so với tỷ suất trung vị 1,33 ở các nước có cùng mức thu nhập và 2,86 ở các nước trong cùng phân vùng). Tính theo số cán bộ y tế trên một GB thì có 0,06 bác sỹ tâm thần, 0,22 điều dưỡng, 0,01 cán bộ tâm lý, cán sự xã hội và 0,08 cán bộ y tế khác/1 GB tại các bệnh viện tâm thần.

### *3.1.3. Trang thiết bị thiết yếu*

Theo Quyết định số 155/QĐ-TTg phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 thì có 2 giải pháp cần được triển khai thực hiện liên quan đến đảm bảo cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế cho các cơ sở KCB là: (i) Bảo đảm trang thiết bị, đẩy mạnh ứng dụng khoa học công nghệ trong chẩn đoán, điều trị bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT tại các bệnh viện; (ii) Hoàn thiện quy định, hướng dẫn để bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.

### *3.2. Khó khăn, thách thức*

- Về chính sách: Tất cả các lãnh đạo và nhân viên tâm lý được phỏng vấn đều nói trở ngại lớn nhất là thiếu hành lang pháp lý để hành nghề trị liệu tâm lý. Cán bộ tâm lý đang mang mã ngạch của cán sự xã hội, kỹ thuật viên, ... Hiện chưa có mã ngạch riêng tâm lý lâm sàng/tâm lý trị liệu cho nên các dịch vụ họ cung cấp chưa được thừa nhận chính thức và bảo hiểm y tế không thanh toán dẫn đến nguồn thu của bệnh viện về hoạt động này bị hạn chế và chưa tạo động lực cho cán bộ thực hành. Bên cạnh đó, điều này còn ảnh hưởng tới đến chế độ lương của họ vì họ chưa có cơ hội được thi thăng hạng như các bác sỹ, điều dưỡng.

- Về nguồn nhân lực

+ Cán bộ tâm lý tại bệnh viện thiếu, phải kiêm nhiệm nhiều công việc mà cơ chế tuyển dụng thì gò bó, phải ưu tiên cho các đối tượng biên chế khác như bác sỹ, điều dưỡng dẫn đến năng suất làm việc và hiệu quả hoạt động chuyên môn chưa cao. cán bộ tâm lý ít có thời gian để học tập nâng cao chuyên môn.

+ Các kiến thức về y tế, tâm thần của cán bộ tâm lý còn hạn chế nhiều do quá trình đào tạo ít liên quan đến kiến thức y tế nên mất thêm thời gian học tập sau khi được tuyển dụng thường cần phải đào tạo 6 - 9 tháng chuyên khoa tâm thần.

+ Các cán bộ tâm lý chưa được học về mảng tâm lý lâm sàng nhiều vì khi vào BV, họ được giao làm trắc nghiệm nên chỉ quan tâm mảng đó, chưa được học chuyên sâu về tâm

lý lâm sàng. Kiến thức và kinh nghiệm của họ chưa có, chưa trải nghiệm nên khó khăn khi giao việc.

- + Chưa có hướng dẫn chuyên môn về trị liệu tâm lý.

- + Thu nhập của cán bộ tâm lý nhìn chung thấp hơn thu nhập của bác sĩ và điều dưỡng. Các bác sĩ, điều dưỡng có cơ hội thi chuyển ngạch để cải thiện bậc lương, nhưng cán bộ tâm lý thì chưa được hưởng chế độ này.

- Về cơ sở vật chất

- + Chỉ có một số ít bệnh viện là đáp ứng được về cơ sở vật chất cho tâm lý lâm sàng còn đa số các cơ sở còn đang chật hẹp, chưa có phòng hoặc mới có rất ít để Cán bộ tâm lý có thể triển khai dịch vụ kỹ thuật này. Dẫn tới tình trạng nhiều Cán bộ tâm lý sử dụng chung 1 phòng để làm tâm lý lâm sàng, khiến hiệu quả công việc và chất lượng chuyên môn không được đảm bảo.

- + Chưa có quy định rõ ràng về tiêu chuẩn cơ sở cung cấp dịch vụ trị liệu tâm lý.

- Về tổ chức – phối hợp làm việc

- + Sự phối hợp giữa bác sĩ và cán bộ tâm lý cũng như giữa các Cán bộ tâm lý với nhau còn hạn chế.

- + Nhiều bác sĩ tâm thần chưa quan tâm hoặc chưa tin tưởng trị liệu mà chủ yếu quan tâm tới điều trị thuốc nên không khuyến khích dịch vụ này.

- + Nhận thức từ cán bộ quản lý khoa phòng còn e ngại về vấn đề trị liệu hoặc cho rằng vấn đề này mất nhiều thời gian nên không triển khai.

- + Không có sự đồng bộ giữa các nhà tâm lý. Có một số thì thực hiện được trị liệu tâm lý, một số không nắm vững kiến thức tâm thần nên khó khăn trong thực hiện trị liệu.

- Về đào tạo và giám sát hoạt động chuyên môn của Cán bộ tâm lý

- + Đào tạo chưa gắn với nhu cầu thực tiễn tuyển dụng.

- + Chưa có sự thống nhất trên toàn quốc về đào tạo, cấp chứng chỉ nghề, kiểm tra đánh giá chất lượng dịch vụ do các nhà tâm lý trị liệu thực hiện.

- + Không có quy trình chuẩn về trị liệu và giám sát, dẫn đến mỗi người làm theo mỗi cách khác nhau, không biết làm đúng hay chưa đúng kỹ thuật.

- + Công tác đào tạo còn hạn chế, chưa chuyên sâu

+ Cơ sở đào tạo tâm lý lâm sàng học trong trường đại học, không có Cán bộ tâm lý lâm sàng tại bệnh viện dẫn đến việc thực hành khó khăn.

+ Hệ thống đào tạo y khoa chưa có chuyên ngành tâm lý trị liệu, tâm lý lâm sàng.

+ Cán bộ tâm lý làm việc tại bệnh viện không có người hướng dẫn, giám sát dẫn đến hạn chế nhiều trong hoạt động chuyên môn.

- Về nhận thức xã hội

+ Nhận thức của người dân về tầm quan trọng của trị liệu chưa cao. Người dân chưa tin tưởng vào hiệu quả của trị liệu.

+ Khó khăn trong việc phát hiện và can thiệp sớm, chủ yếu khi tình hình bệnh nhân trở nặng mới sử dụng dịch vụ tâm lý.

+ Dịch vụ trị liệu cho người lớn tuổi chưa triển khai triệt để vì bệnh nhân ưu tiên liệu pháp hoá dược và không sẵn lòng dành thời gian để trị liệu.

- Về chi phí dịch vụ tâm lý trị liệu

+ Tại các cơ sở công, tâm lý lâm sàng chưa được phê duyệt giá, nhìn chung là “thỏa thuận” giữa bệnh nhân và cơ sở hoặc được đưa vào thu phí “dịch vụ” của cơ sở. Mức phí này hơi thấp, không tương xứng với công sức và thời gian làm việc của Cán bộ tâm lý. Điều này khiến cho hoạt động của Cán bộ tâm lý không được ghi nhận. Dưới góc độ đóng góp cho cơ sở, không khuyến khích động lực làm việc cho Cán bộ tâm lý.

+ Tại các cơ sở tư, phí dịch vụ tâm lý lâm sàng lại rất cao, mỗi cơ sở có quy định giá khá nhau, có thể dao động từ 300.000đ – 500.000đ – 2.000.000 đ/giờ trị liệu. Mức phí này khiến nhiều người không có khả năng theo trị liệu lâu dài, bên cạnh đó còn đặt ra vấn đề quản lý chất lượng và hoạt động của các cơ sở tư.

#### **4. Một số mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng**

##### **4.1. Cơ sở pháp lý về mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần**

Hiện tại Việt Nam chưa có một chiến lược tổng thể và toàn diện về sức khỏe tâm thần. Các chính sách quốc gia về sức khỏe tâm thần thể hiện qua các Nghị quyết, Chương trình, Dự án, Kế hoạch quốc gia.

a) Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng: Ngày 10/10/1998, Thủ tướng Chính phủ đã ký bổ sung Dự án Bảo vệ sức khỏe Tâm thần cộng đồng (BVSKTT) vào Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội – bệnh dịch nguy hiểm HIV & AIDS, nay thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia về y tế. mục tiêu xây dựng mạng

lưới, triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần với các nội dung chăm sóc sức khỏe khác của trạm y tế xã, phường; phát hiện, quản lý và điều trị người bệnh (tập trung vào tâm thần phân liệt, động kinh) để họ sớm trở về sống hoà nhập với cộng đồng.

Giai đoạn 2011- 2015: Dự án có tên “Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em” thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Dự án tập trung vào bệnh tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm. Mục tiêu chính của chương trình là 70% số xã/phường triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc SKTT cộng đồng vào hoạt động của trạm y tế cơ sở; Phát hiện và quản lý điều trị tại cộng đồng cho 50% số bệnh nhân tâm thần (tâm thần phân liệt, trầm cảm, động kinh); Điều trị ổn định cho 70% số bệnh nhân tâm thần được phát hiện; hỗ trợ người bệnh sống hòa nhập với gia đình và cộng đồng.

b) Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó mục tiêu cụ thể về sức khỏe tâm thần:

- Đến năm 2025: Phần đầu trên 90% dân số được quản lý sức khỏe; 95% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm. Đạt 30 giường bệnh viện, 10 bác sĩ, 2,8 dược sĩ đại học, 25 điều dưỡng viên trên 10.000 dân. Tỷ lệ giường bệnh tư nhân đạt 10%.

- Đến năm 2030: Phần đầu trên 95% dân số được quản lý sức khỏe; 100% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm. Đạt 32 giường bệnh viện, 11 bác sĩ, 3,0 dược sĩ đại học, 33 điều dưỡng viên trên 10.000 dân. Tỷ lệ giường bệnh tư nhân đạt 15%.

c) Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025, trong đó một số mục tiêu liên quan công tác chăm sóc SKTT bao gồm:

- Về nâng cao nhận thức và vai trò của ngành y tế và các cấp chính quyền địa phương đến năm 2025: Tất cả các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có kế hoạch liên ngành phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025; Ban hành đầy đủ các quy định, chính sách để kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.

- Về mục tiêu giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính để dự phòng mắc bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT

+ 90% Trạm Y tế xã, phường, thị trấn và các cơ quan, đơn vị liên quan thực hiện truyền thông phòng, chống tác hại của thuốc lá, rượu, bia, bảo đảm dinh dưỡng hợp lý, tăng cường vận động thể lực, phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.

+ Ít nhất 40% người thuộc đối tượng sàng lọc được định kỳ sàng lọc một số rối loạn SKTT theo hướng dẫn sàng lọc từng bệnh; phát hiện được ít nhất 70% người mắc tâm thần phân liệt và động kinh, 50% người mắc trầm cảm, 30% người bị sa sút trí tuệ và một số RLTT khác; quản lý điều trị ít nhất 80% người bệnh tâm thần phân liệt, 70% người bệnh động kinh và 50% người bệnh trầm cảm đã được phát hiện

+ 100% số Trạm Y tế xã thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh tâm thần phân liệt và động kinh; 50% số Trạm Y tế xã quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh trầm cảm.

Để đạt được các mục tiêu trên, Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 cũng đã đưa ra các giải pháp cụ thể để các cơ quan thuộc ngành y tế, các địa phương và các cơ sở y tế triển khai thực hiện: như củng cố mạng lưới các bệnh viện, viện và cơ sở đào tạo trong lĩnh vực SKTT; củng cố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện để chẩn đoán, quản lý, điều trị các bệnh không lây nhiễm; khám, quản lý điều trị một số rối loạn SKTT; Hoàn thiện quy định, hướng dẫn để bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý rối loạn SKTT; Rà soát, hoàn thiện các hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc SKTT như: hướng dẫn dự phòng, phát hiện, khám, quản lý điều trị, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn SKTT tại cơ sở y tế tuyến huyện, Trạm Y tế xã, cơ sở trợ giúp xã hội và tại cộng đồng; Xây dựng, cập nhật, chuẩn hóa tài liệu tập huấn chuyên môn cho tuyến y tế cơ sở về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, quản lý, điều trị, tư vấn, trị liệu tâm lý, chăm sóc giảm nhẹ; Rà soát, hoàn thiện tài liệu đào tạo chuyên khoa cho bác sỹ chuyên khoa tâm thần; tài liệu tập huấn về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý các rối loạn SKTT cho bác sỹ đa khoa và cán bộ y tế liên quan tại tuyến huyện và Trạm Y tế xã.

d) Quyết định số 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án đầu tư, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn sử dụng vốn trái phiếu chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2009-2013.

e) Quyết định số 319/2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án “Khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y và Giải phẫu bệnh giai đoạn 2013 - 2020” trong đó xác định mục tiêu đến năm 2020: (i) phải đào tạo được 600 bác sỹ chuyên khoa ngành tâm thần; (ii) 90 - 100% bệnh

viện, viện tuyển trung ương và các cơ sở đào tạo, 70 - 90% bệnh viện, viện tuyển tỉnh và các cơ sở đào tạo có đủ nhân lực các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y, Giải phẫu bệnh và 50 - 70% bệnh viện tuyển huyện có đủ nhân lực các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần. Về các nội dung và giải pháp: Đề án đã đề xuất và triển khai các cơ chế, chế độ, các điều kiện cần thiết khuyến khích sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành: Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y, Giải phẫu bệnh; Xây dựng, bổ sung các cơ chế, chế độ, đặc thù khuyến khích người học, người dạy các chuyên ngành thuộc Đề án. Ngoài ra phải thực hiện các giải pháp nhằm khuyến khích người học, người dạy, phát triển cơ sở đào tạo trong các chuyên ngành thuộc Đề án như: (i) đối với người học thì ưu tiên điểm thi tuyển và duy trì chế độ đào tạo liên thông đối với các sinh viên học viên thi vào nội trú, chuyên khoa cấp 1, chuyên khoa cấp 2, thạc sĩ, tiến sĩ theo học các chuyên ngành trên; Miễn, giảm học phí đối với tất cả các loại hình đào tạo cho các sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành trên; Hỗ trợ một cách hợp lý điều kiện học tập đối với các sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành trên ở tất cả các loại hình đào tạo. Tương tự các chế độ khuyến khích đối với người dạy, cơ sở đào tạo, cơ sở y tế cũng như các chính sách ưu tiên khác trong tuyển dụng, ưu đãi phụ cấp đặc thù v.v.... Tuy nhiên cho đến nay chưa có một chính sách hay văn bản quy định đặc thù nào để thực hiện các nội dung trên của Đề án.

f) Đề án 1215 về trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020 được Chính phủ phê duyệt năm 2011. Mục tiêu chung của đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa rối loạn tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội. Một trong những nội dung hoạt động quan trọng của Đề án này là đào tạo nhân viên công tác xã hội về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Mục tiêu cụ thể của Đề án 1215 là 90% số người tâm thần có hành vi nguy hiểm đến gia đình, cộng đồng và số người tâm thần lang thang được phục hồi chức năng luân phiên tại các cơ sở bảo trợ xã hội; 90% số người rối nhiễu có nguy cơ cao bị tâm thần, người tâm thần được tư vấn, trị liệu tâm lý và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội khác; 100% gia đình có người tâm thần, 70% người rối nhiễu có nguy cơ cao bị tâm thần được nâng cao nhận thức về trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng; Hình thành các nhóm cán bộ, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội kết hợp với nhân viên y tế trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần tại xã, phường, thị trấn có đông đối tượng. Đề án tập trung vào các lĩnh vực: phát triển dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực CSSKTT kết hợp với điều trị y tế để phòng ngừa và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần tại cộng đồng và các cơ sở bảo trợ xã hội; trợ giúp xã hội cho người tâm thần nặng; và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng và tại các cơ sở bảo trợ xã hội; xây dựng cơ sở vật chất và trang thiết bị cho các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người rối

loạn tâm thần; phát triển nguồn nhân lực làm công tác trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần dựa vào cộng đồng; phát triển các cơ sở phòng và trị liệu rối loạn tâm thần; truyền thông, nâng cao nhận thức về cộng đồng về chăm sóc sức khỏe tâm thần.

g) Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 - 2030, trong đó một số mục tiêu cụ thể giai đoạn 2026- 2030 như:

- Hàng năm khoảng 90% người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí tiếp cận các dịch vụ y tế dưới các hình thức khác nhau...

- Hàng năm, ít nhất 90% người tâm thần nặng có hành vi nguy hiểm đến gia đình, cộng đồng và 100% người tâm thần lang thang được tiếp nhận, chăm sóc, phục hồi chức năng luân phiên tại các cơ sở trợ giúp xã hội.

- Ít nhất 70% số người trầm cảm, trẻ em tự kỷ và người bị rối nhiễu tâm trí khác có nguy cơ cao bị tâm thần và người tâm thần được tư vấn, trị liệu tâm lý phục hồi chức năng xã hội và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội khác tại cộng đồng và các cơ sở chăm sóc, phục hồi chức năng cho người tâm thần, cơ sở y tế.

- Ít nhất 60% gia đình có người tâm thần, 60% gia đình có trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí có nguy cơ cao bị tâm thần được nâng cao nhận thức, kỹ năng về chăm sóc, trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng.

- Ít nhất 70 % cán bộ, nhân viên công tác xã hội và cộng tác viên công tác xã hội làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở và cộng đồng được nâng cao năng lực thông qua tập huấn, đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn, nghiệp vụ...

Một giải pháp quan trọng để triển khai Đề án này là phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ phát hiện sớm, điều trị, trị liệu và phục hồi chức năng đối với trẻ em tự kỷ và người bị rối nhiễu tâm trí theo quy định của pháp luật; Phát triển mạng lưới các cơ sở trợ giúp xã hội làm nhiệm vụ chăm sóc, giáo dục phục hồi chức năng đối với người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí.

#### **4.2. Giới thiệu một số mô hình**

Ở Việt Nam, từ năm 1999, Bộ Y tế đưa triển khai dự án quốc gia về chăm sóc sức khỏe 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.

#### 4.2.1. Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng của Y tế

##### a) Hoạt động quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh nhân tâm thần cộng đồng

Hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng thuộc chương trình mục tiêu y tế dân số giai đoạn 2016-2020 đã kết thúc. Hiện nay 63/63 tỉnh/thành phố đã triển khai hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng.

- Bệnh Tâm thần phân liệt: Đến 2022 số xã/phường (gọi chung là xã) triển khai đạt 88% số xã/phường trên toàn quốc. Phát hiện quản lý và điều trị 90% số bệnh nhân ở các xã triển khai. Tỷ lệ sa sút, tàn phế và tử vong sớm < 20% số bệnh nhân quản lý. Chữa ổn định 80% số bệnh nhân quản lý.

- Bệnh Động kinh: Đến 2022 số xã triển khai đạt 80% số xã/phường trên toàn quốc. Phát hiện quản lý và điều trị 90% số bệnh nhân ở các xã triển khai. Tỷ lệ sa sút, tàn phế và tử vong sớm < 20% số bệnh nhân quản lý. Chữa ổn định 80% số bệnh nhân quản lý.

- Bệnh Trầm cảm: Số lượng người mắc rối loạn trầm cảm rất lớn (3-5% dân số). Rối loạn trầm cảm tại cộng đồng chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa nên triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường biểu hiện nổi bật là các triệu chứng cơ thể và triệu chứng thần kinh thực vật. Mặt khác người dân còn mắc cảm với chuyên khoa tâm thần nên việc phát hiện bệnh không mấy thuận lợi. Vì vậy, giai đoạn này chủ yếu đẩy mạnh công tác truyền thông và đào tạo tập huấn.

Tính đến năm 2022 mới có khoảng 5% số xã phường triển khai quản lý, điều trị bệnh nhân trầm cảm.

##### - Các rối loạn tâm thần ở trẻ em và người cao tuổi

Hầu hết chưa được triển khai tại cộng đồng. Chủ yếu là điều trị nội trú và ngoại trú tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

Trong năm 2020 và 2021, do dịch bệnh COVID-19 bùng phát nên các hoạt động của chương trình hầu hết không triển khai được. Tính đến năm 2022, số bệnh nhân đang được quản lý, điều trị tại cộng đồng như sau

+ Tâm thần phân liệt: 155.000 người (chiếm khoảng 60% trên tổng số bệnh nhân)

- + Động kinh: 120.000 người (chiếm khoảng 73% trên tổng số bệnh nhân)
- + Trầm cảm: 56.000 người (chiếm khoảng 3% trên tổng số bệnh nhân)

Số bệnh nhân tâm thần cộng đồng được quản lý điều trị giảm so với giai đoạn trước. Nguyên nhân là do dịch Covid-2019 bùng phát mạnh ở cộng đồng và kinh phí cho quản lý điều trị bệnh nhân tâm thần cộng đồng ở nhiều địa phương không có nên hoạt động triển khai phát hiện bệnh nhân mới hầu như không thực hiện được và số bệnh nhân tâm thần bỏ điều trị gia tăng.

Năm 2022, theo quyết định 155 của Thủ tướng về việc chuyển nhiệm vụ chương trình mục tiêu y tế dân số sang hoạt động thường xuyên của các đơn vị, địa phương. Hiện nay các địa phương đang tiếp tục thực hiện hoạt động bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng giai đoạn 2022-2025, tuy nhiên đa số là gặp nhiều khó khăn trong quá trình thực hiện.

#### b) Hoạt động truyền thông

Tích cực giáo dục truyền thông qua các phương tiện thông tin đại chúng và phổ biến trực tiếp, cụ thể là:

- + Qua đài truyền hình: kết hợp với Đài truyền hình trung ương và địa phương làm các phóng sự về CSSKTT cộng đồng
- + Qua kênh VOV giao thông của Đài tiếng nói Việt Nam: Các chuyên đề SKTT
- + Tổ chức các cuộc nói chuyện chuyên đề, thi tìm hiểu về SKTT.
- + Qua báo điện tử và tạp chí chuyên ngành
- + Qua sách nhỏ, tờ rơi, khẩu hiệu, pano, áp phích
- + Qua đài truyền thanh tuyến xã/phường: thông điệp về các chuyên đề SKTT.

Tuy nhiên hoạt động truyền thông còn gặp nhiều khó khăn và hạn chế do kinh phí dành cho truyền thông rất thấp.

#### c) Hoạt động đào tạo, tập huấn

Mở lớp tập huấn ngắn hạn tại chỗ nhằm cập nhật kiến thức phát hiện và chẩn đoán, điều trị, quản lý và phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn trầm cảm, động kinh và tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

Tuyển trung ương hỗ trợ tuyển tỉnh, đặc biệt là các tỉnh còn khó khăn về nhân lực. Tuyển tỉnh tập huấn cho tuyển huyện và xã phường.

d) Xây dựng các mô hình quản lý, điều trị, chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần tại cộng đồng.

Các năm vừa qua do đại dịch COVID-19 xảy ra và thiếu kinh phí hoạt động nên gây ảnh hưởng không nhỏ đến hoạt động này. Hầu hết không được xây dựng mới tại các địa phương mà hiện tại là duy trì các mô hình đã sẵn có.

e) Hiệu quả của chương trình

Thông qua công tác truyền thông của Dự án giúp cộng đồng nhận thức và ngày càng hiểu rõ hơn về bệnh tâm thần. Người dân không cúng bái mà đưa người thân bị bệnh tâm thần đến các cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị sớm hơn.

Thông qua hoạt động và hiệu quả của Dự án, các cấp chính quyền và nhân dân nhiệt liệt hưởng ứng và ủng hộ cao đối với hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Người bệnh tâm thần có thuốc uống giúp họ ổn định và hoà nhập với cộng đồng và xã hội đặc biệt là những bệnh nhân ở vùng sâu, vùng xa.

Người bệnh tâm thần được quản lý và điều trị ở cộng đồng giúp họ nhanh chóng ổn định bệnh, có môi trường thuận lợi để hoà nhập với gia đình, cộng đồng và xã hội, đỡ tốn kém về kinh tế trong điều trị bệnh.

Thông qua dự án, hệ thống mạng lưới tâm thần phát triển ngày càng vững mạnh và đều khắp từ trung ương đến địa phương, kiến thức về chuyên khoa tâm thần cũng được nâng cao ở đội ngũ cán bộ tuyến huyện và tuyến xã/phường trong cả nước.

Dự án Bảo vệ SKTT cộng đồng là dự án mang đúng ý nghĩa cho cộng đồng. Bởi vì Dự án được thực hiện tại tuyến y tế cơ sở và tới tận gia đình người bệnh vì thế tính hiệu quả rất cao, được người dân và các cấp chính quyền hết sức hoan nghênh và ủng hộ.

Dự án được triển khai trên diện rộng nhất là ở vùng sâu vùng xa, Dự án trực tiếp hỗ trợ cho người nghèo đối tượng cần được quan tâm của nhà nước. Bởi gia đình người bệnh tâm thần là đối tượng nghèo nhất của xã hội, họ có thuốc, bệnh ổn định, giúp họ tự kiếm sống, không gây rối xã hội qua đó làm giảm gánh nặng cho gia đình cộng đồng và xã hội.

Tuy số ngân sách hàng năm Bộ Y tế phân bổ chưa đáp ứng theo kế hoạch của Dự án đã đề ra nhưng nhờ sự ủng hộ của các địa phương nên các chỉ tiêu chuyên môn hàng năm gần đạt kế hoạch như: chỉ tiêu số xã triển khai, số bệnh nhân được quản lý điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ổn định sống hoà nhập với cộng đồng; vì vậy làm giảm quá tải cho các bệnh viện từ trung ương cho đến địa phương...

f) Hoạt động giám sát về RLTT

Năm 2002, Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 thực hiện khảo sát tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần thường gặp. Từ đó đến nay chưa có khảo sát dịch tễ nào về SKTT.

Các số liệu khám, chữa bệnh tâm thần thực hiện theo mạng lưới cơ sở KBCB để báo cáo.

Các số liệu quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng thực hiện theo Hướng dẫn của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1.

#### *4.2.2. Mô hình từ phía Bộ Giáo dục và Đào tạo*

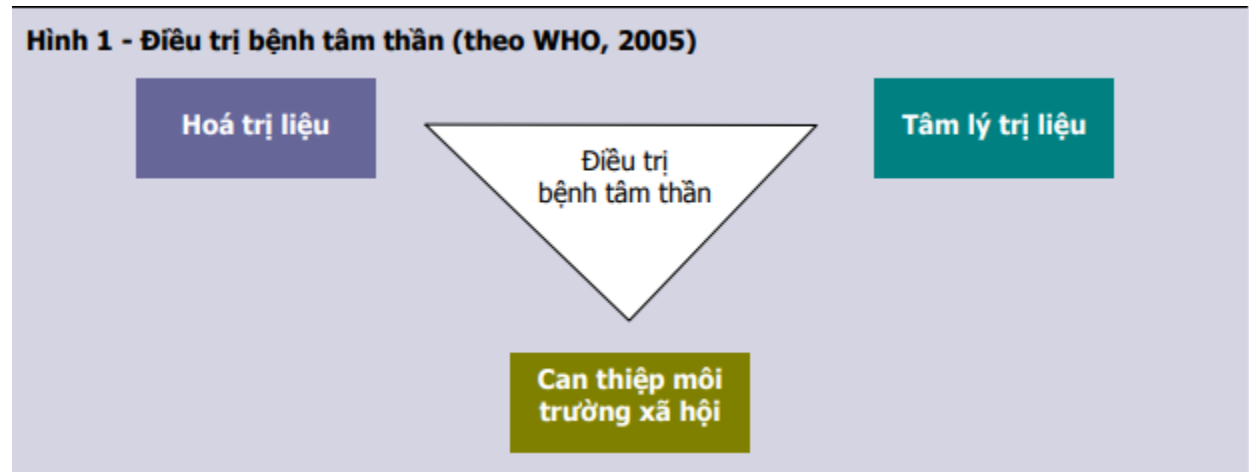
Các chương trình, hoạt động giáo dục phù hợp cho trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục để tăng cường kỹ năng sống và tư vấn tâm lý, truyền thông về chăm sóc SKTT, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành Quyết định số 2138/2022/QĐ-BGDĐT về Kế hoạch giáo dục SKTT cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025. Mục đích của Kế hoạch này tập trung vào tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục, nâng cao nhận thức về SKTT đối với trẻ em, học sinh, cán bộ quản lý, giáo viên, nhân viên y tế trường học, nhân viên phụ trách công tác xã hội, tư vấn tâm lý trong trường học và cha mẹ học sinh; tăng cường các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ gây rối loạn SKTT (bao gồm: tâm thần phân liệt, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, động kinh, trầm cảm, chậm phát triển trí tuệ, nạn nhân của sự xâm hại, bạo lực gia đình và học đường và các rối loạn SKTT khác) trong trường học, góp phần hỗ trợ phòng ngừa, can thiệp, bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của trẻ em, học sinh. Các giải pháp bao gồm: (i) Tăng cường tuyên truyền, nâng cao nhận thức cho cán bộ quản lý giáo dục, giáo viên, nhân viên, cha mẹ học sinh và học sinh về SKTT; (ii) Nâng cao năng lực cho cán bộ quản lý giáo dục, giáo viên, nhân viên, cha mẹ học sinh và học sinh về giáo dục SKTT; (iii) Hoàn thiện văn bản, chính sách và tăng cường phối hợp liên ngành; (iv) Tăng cường chăm sóc và quản lý SKTT học sinh; (v) Tăng cường hợp tác quốc tế, đẩy mạnh xã hội hóa công tác giáo dục SKTT trong trường học. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có các đề án, chương trình cụ thể để thực hiện các giải pháp này trong hệ thống giáo dục.

#### *4.2.3. Mô hình can thiệp của một bệnh cụ thể*

##### a) Mô hình rối nhiễu tâm trí của tác giả Trần Tuấn (2006)

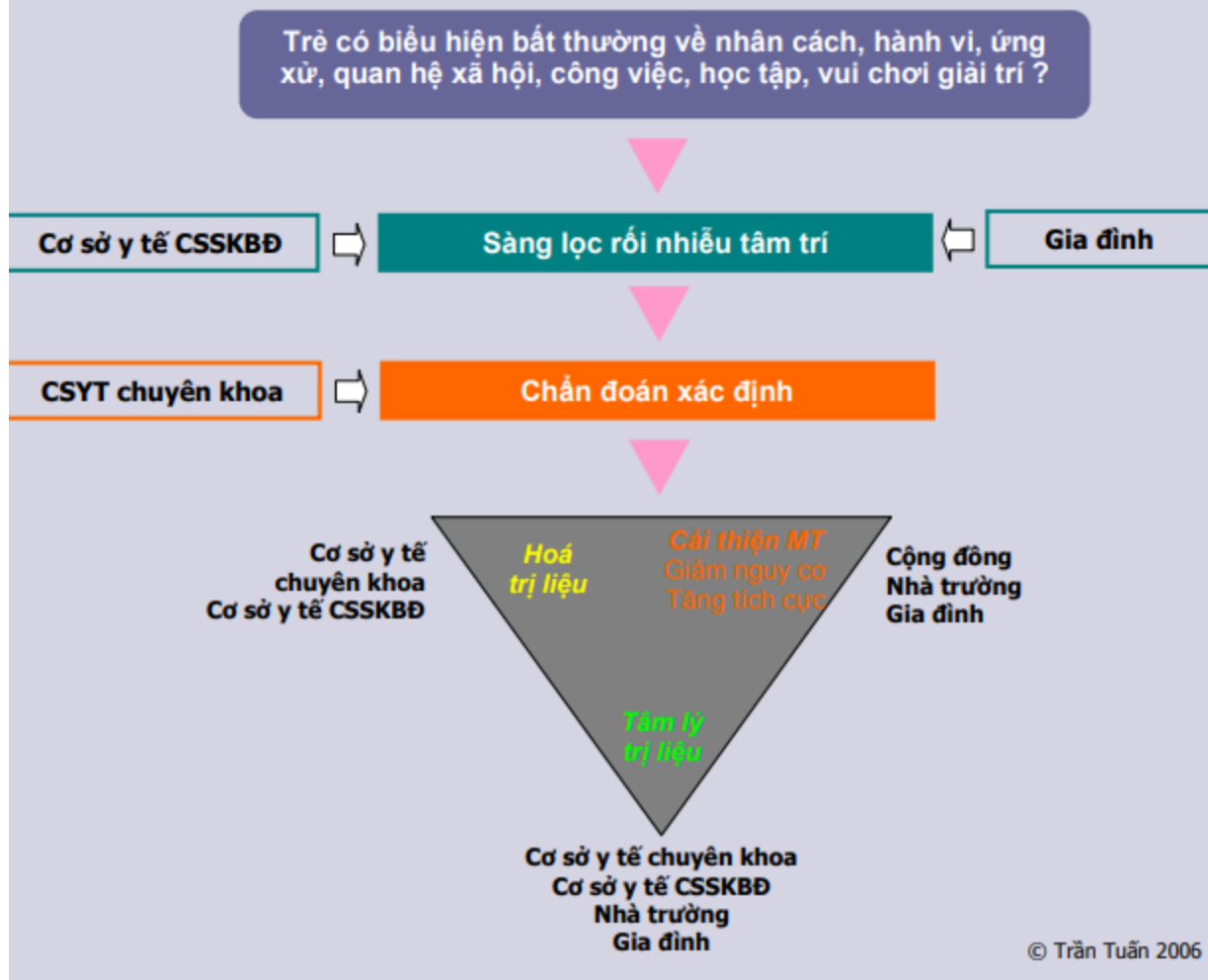
Hình 1 cho thấy, điều trị sức khỏe tâm thần cho một số bệnh sẽ khó đạt hiệu quả mong muốn nếu thiếu một trong 3 yếu tố. Chính “tâm lý trị liệu” và đặc biệt là “can thiệp môi trường sống” đem lại sự khác biệt cơ bản giữa điều trị bệnh tâm thần truyền thống (tại bệnh viện) với điều trị tâm thần hiện nay, trong đó gia đình, trường học, cộng đồng trở thành yếu tố chủ chốt quyết định sự thành công của chăm sóc sức khỏe 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 tới đa yếu tố nguy cơ với rối nhiễu tâm trí.



Mô hình trên cho thấy để thực hiện được phát hiện và điều trị một số bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng, mô hình tổ chức hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần cần đạt hai mục tiêu: (1) đảm bảo chẩn đoán sớm những trường hợp nghi ngờ 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. Đối tượng trọng tâm cho hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần lúc này không chỉ dừng lại là bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh... mà còn là trẻ em, theo cách nhìn phát triển [63].

Hình 2- Mô hình kiểm soát rối nhiễu tâm trí ở trẻ em dựa vào cộng đồng (Trần Tuấn, 2006)



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

b. 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.

c. Hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu được trang bị kiến thức phát hiện sớm và được hướng dẫn thực hành trị liệu rôi 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 rôi 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.

d. Hệ thống thông tin hai chiều được thực hiện giữa tuyến chăm sóc sức khoẻ ban đầu và cơ sở chuyên khoa.

e. Cộng đồng hiểu được lợi ích của vốn quan hệ xã hội và sức khoẻ tâm trí.

b) Mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi [64]

Các biện pháp can thiệp được thiết kế nhằm tác động vào người cao tuổi và ba nhóm đối tượng khác có liên quan là: (i) người chăm sóc chính; (ii) nhân viên y tế và (iii) Chi hội trưởng người cao tuổi và trưởng thôn/. Chúng tôi xác định 2 nội dung và xây dựng 2 mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi như sau:

Nội dung 1. Giáo dục sức khoẻ can thiệp thay đổi kiến thức thái độ thực hành phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi:

Đào tạo nhóm nòng cốt: nhân viên y tế, Chi hội trưởng người cao tuổi, trưởng thôn/tổ trưởng; thành lập 1 tổ dịch vụ can thiệp cộng đồng, 2 tổ cộng tác phòng chống tại 2 trạm Y tế xã (Tịnh Thiện và phường); thành lập các nhóm tự giúp đỡ lẫn nhau theo nguyên lý dựa vào cộng đồng, nhằm tuyên truyền giáo dục thay đổi kiến thức. Các tổ dịch vụ, tổ cộng tác phòng chống và nhóm tự giúp tiếp tục được phát triển và duy trì nội dung can thiệp khi nghiên cứu kết thúc.

Mô hình 1: Truyền thông truyền thông thay đổi kiến thức phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi:

Giải pháp 1. Cung cấp các tài liệu và phát tờ rơi tuyên truyền phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi;

Giải pháp 2. Cung cấp phiếu tự điền theo dõi sức khoẻ về phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại nhà và hướng dẫn cách ghi chép;

Giải pháp 3. Tuyên truyền phổ biến kiến thức phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi và các yếu tố liên quan cho toàn cộng đồng 2 xã can thiệp.

Nội dung 2: Hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi mắc trầm cảm dựa vào Cộng đồng:

Mô hình 2. Hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi mắc trầm cảm dựa vào cộng đồng:

Giải pháp 1. Đào tạo cộng tác viên hỗ trợ tâm lý phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi;

Giải pháp 2. Truyền thông hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi mắc trầm cảm tại cộng đồng bao gồm 2 nội dung đã được tập huấn ở giải pháp 1.

## **5. Địa bàn nghiên cứu**

Mỗi khu vực có đặc điểm kinh tế - xã hội, văn hóa khác nhau, ảnh hưởng đến tỷ lệ và cơ cấu các rối loạn tâm thần. Tại Việt Nam có 6 khu vực kinh tế đại diện cho cả nước, 6 khu vực này đại diện cho các vùng miền, địa hình, trình độ phát triển kinh tế - xã hội khác nhau của Việt Nam. Nghiên cứu tại đây giúp có được bức tranh toàn cảnh về tình trạng rối loạn tâm thần trên cả nước, từ đó đưa ra giải pháp mang tính tổng thể.

Những đặc điểm về sức khỏe tâm thần ở các tỉnh/thành phố đáng chú ý:

Cao Bằng: Nằm ở vùng Đông Bắc, có tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần cao do điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao, tệ nạn xã hội nhiều. Nhu cầu về dịch vụ sức khỏe tâm thần còn hạn chế, thiếu nhân lực chuyên môn, cơ sở vật chất y tế thiếu thốn.

Hải Phòng: Thành phố cảng lớn, áp lực công việc, học tập cao, dẫn đến gia tăng tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm. Dịch vụ y tế tâm thần phát triển hơn so với các khu vực khác, nhưng vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu. Cần tăng cường nâng cao nhận thức cộng đồng về sức khỏe tâm thần, giảm kỳ thị đối với người bệnh.

Hà Tĩnh: Tỉnh ven biển, có tỷ lệ người mắc bệnh tâm thần cao do di truyền, tai nạn lao động, ảnh hưởng của chất độc da cam. Mạng lưới y tế tâm thần còn yếu, tập trung chủ yếu ở tuyến tỉnh, tuyến huyện chưa phát triển. Cần đầu tư xây dựng cơ sở y tế tâm thần, đào tạo nhân lực, triển khai các chương trình phòng chống rối loạn tâm thần.

Đà Nẵng: Thành phố lớn, trung tâm kinh tế - văn hóa của khu vực miền Trung - Tây Nguyên, có tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần do áp lực cuộc sống, stress. Dịch vụ y tế tâm thần tương đối phát triển, có nhiều bệnh viện, phòng khám chuyên khoa. Cần chú trọng nâng cao chất lượng dịch vụ, đa dạng hóa các hình thức điều trị, hỗ trợ người bệnh tái hòa nhập cộng đồng.

Gia Lai: Tỉnh miền núi phía Nam, có tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao, tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần do sang chấn tâm lý, sử dụng chất gây nghiện. Dịch vụ y tế tâm thần còn hạn chế, chủ yếu tập trung ở tuyến tỉnh. Cần tăng cường hợp tác giữa các ngành, địa phương để nâng cao nhận thức, tầm soát, điều trị rối loạn tâm thần hiệu quả.

Đồng Tháp: Tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long, có tỷ lệ người cao tuổi cao, tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần do sa sút trí tuệ, Alzheimer. Mạng lưới y tế tâm thần còn yếu, thiếu nhân lực chuyên môn. Cần tập trung chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người cao tuổi, nâng cao kiến thức cho gia đình về chăm sóc người bệnh tâm thần.

Nghiên cứu rối loạn tâm thần tại 6 vùng kinh tế nói trên có ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao hiểu biết về thực trạng, nguyên nhân, tác động và từ đó đưa ra giải pháp phòng ngừa, điều trị hiệu quả, góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần cho người dân Việt Nam.

## **14.2 Luận giải về sự cần thiết, tính cấp bách, ý nghĩa lý luận và thực tiễn của đề tài**

*(Trên cơ sở đánh giá tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước, phân tích những công trình nghiên cứu có liên quan, những kết quả mới nhất trong lĩnh vực nghiên cứu đề tài, đánh giá những khác biệt về trình độ KH&CN trong nước và thế giới, những vấn đề đã được giải quyết, cần nêu rõ những vấn đề còn tồn tại, chỉ ra những hạn chế, từ đó nêu được hướng giải quyết mới - luận giải về việc cụ thể hoá mục tiêu đặt ra của đề tài, luận giải về những nội dung cần thực hiện trong đề tài để đạt được mục tiêu. Nêu tổng quan về cách tiếp cận, phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật sử dụng để thực hiện đề tài.)*

Các rối loạn sức khỏe tâm thần là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn trên thế giới, ước tính xảy ra ở khoảng 450 triệu người [65]. Theo Cẩm nang chẩn đoán và thống kê về các chứng rối loạn tâm thần, tái bản lần thứ 5 (DSM-5) của Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ, rối loạn tâm thần là một nhóm các rối loạn thường được miêu tả bằng các rối loạn điều hòa tâm trạng, suy nghĩ, và/hoặc hành vi [29]. Tại Mỹ, xấp xỉ 1/5 số người trưởng thành trải qua chứng rối loạn tâm thần trong 1 năm [66]. Rối loạn tâm thần là nhóm bệnh chỉ chung cho tình trạng rối loạn sức khỏe tâm thần, ảnh hưởng đến tâm trạng, suy nghĩ, hành động của con người. Dù ở nhiều dạng khác nhau nhưng bệnh rối loạn tâm thần đều gây ra nhiều vấn đề cho sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Vì vậy, cần sớm điều trị để người bệnh hòa nhập cuộc sống tốt hơn, cải thiện các mối quan hệ và chất lượng cuộc sống.

Ở nước ta với sự phát triển của nền kinh tế mở cửa, và sự phát triển nhanh của tiến bộ kỹ thuật thông tin đã tác động mạnh mẽ đến sức khỏe tâm thần. Chỉ tính riêng 10 bệnh tâm thần thường gặp là tâm thần phân liệt, trầm cảm, động kinh, rối loạn lo âu, sa sút trí tuệ ở người già, loạn tâm thần sau chấn thương sọ não, chậm phát triển tâm thần, rối loạn

hành vi ở thanh thiếu niên, rối loạn tâm thần do rượu, ma túy thì có khoảng 15 dân số, tương đương với khoảng 13 triệu người [67]. Gần đây một số nghiên cứu có quy mô nhỏ hơn cho thấy tỷ lệ các rối loạn tâm thần khoảng 20 – 30% [67]. Nguyên nhân theo WHO là do những yếu tố sau: điều kiện cuộc sống (nghèo khổ kéo dài), thiếu điều kiện giáo dục, ăn ở, triển vọng công ăn việc làm; công việc quá tải; các thay đổi nhanh chóng về kinh tế xã hội, xung đột chính trị; và ảnh hưởng của thiên nhiên đặc biệt là sau các thảm họa [67].

Sức khỏe tâm thần được xem như gánh nặng không xác định và giấu mặt, bởi nó gây tổn thất về kinh tế và xã hội với gia đình, cộng đồng và đất nước. Việt Nam đã có những nỗ lực đáng kể trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần [67]. Chính phủ Việt Nam đã có những nỗ lực đáng kể trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Chương trình Mục tiêu Quốc gia (chương trình ưu tiên hàng đầu) về sức khỏe tâm thần được hình thành năm 1999. Chương trình đã tập trung vào xây dựng "mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng". Cho đến nay mô hình đã bao phủ trên toàn 64 tỉnh thành với gần 40% xã/phường của Việt Nam. Nhờ có mô hình này những người bị tâm thần phân liệt và động kinh đã được quản lý tại cộng đồng và sự miệt thị đã được giảm bớt. Điều này đóng góp phần rất lớn trong việc giảm đau khổ và vất vả cho cả bệnh nhân và gia đình họ [68].

Tuy nhiên, các rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm, chưa được quản lý trong mô hình. Điều này có nghĩa là những người mắc những bệnh này không nhận được sự chăm sóc và điều trị đầy đủ tại cộng đồng thậm chí tại các cơ sở y tế. Hơn nữa, khái niệm về rối loạn tâm thần – tình trạng ban đầu của bệnh tâm thần chưa được nhận thức đầy đủ. Kết quả là các vấn đề về sức khỏe tâm thần chỉ được xem như là các vấn đề của ngành y tế và chương trình sức khỏe tâm thần hiện nay có xu hướng chú trọng vào khía cạnh lâm sàng hơn là phát hiện sớm và phòng ngừa bệnh phát sinh với sự tham gia của các ban ngành khác và của toàn xã hội [68]. Điều này chứng tỏ rằng, cần có những biện pháp và những mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại nước ta trong giai đoạn hiện nay. Với những lí do trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Thực trạng một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng và đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao sức khỏe tâm thần” với các mục tiêu cụ thể như sau:

*1. Xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng (trầm cảm, sa sút trí tuệ, tự kỷ) ở Việt Nam và tổng quan hệ thống các bệnh (tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn lo âu và hành vi do sử dụng rượu)..*

*2. Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần.*

*3. Đề xuất và bước đầu đánh giá các mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay.*

**15. Liệt kê danh mục các công trình nghiên cứu, tài liệu trong nước và ngoài nước có liên quan đến đề tài đã trích dẫn khi đánh giá tổng quan**

*(Tên công trình, tác giả, nơi và năm công bố, chỉ nêu tài liệu đã được trích dẫn để luận giải cho sự cần thiết nghiên cứu đề tài)*

1. WHO. Mental health 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>].
2. WHO. Mental disorders 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>].
3. Rockville M. Mental health: A report of the Surgeon General. US Department of Health Human Services. 1999.
4. Eisenberg L. Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, medicine psychiatry Clinical Neurosciences. 1977;1(1):9-23.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2020.
6. Nguyễn Kim Việt. Nghiên cứu đặc điểm sa sút trí tuệ cộng đồng. Y học Thực hành. 2009.
7. Arvanitakis Z, Bennett DA. What Is Dementia? Jama. 2019;322(17):1728.
8. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet (London, England). 2009;374(9690):635-45.
9. Bùi Trình Đức. Giáo trình Tâm thần học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2010.
10. Heinrichs RW. Historical origins of schizophrenia: two early madmen and their illness. Journal of the history of the behavioral sciences. 2003;39(4):349-63.
11. Mamah D, Barch DM. Diagnosis and classification of the schizophrenia spectrum disorders. Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume I: Conceptual Issues Neurobiological Advances. 2011:45-83.
12. Schneider K. Clinical psychopathology: Grune & Stratton; 1959.
13. Andreasen NC, Carpenter Jr WTJSb. Diagnosis and classification of schizophrenia. 1993;19(2):199-214.
14. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP, Ivleva EI, Ethridge LE, Pearlson GD, et al. Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. American Journal of Psychiatry. 2016;173(4):373-84.
15. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. Schizophrenia research. 2013;150(1):31-5.
16. Lindström E, Widerlöv B, von Knorring L. The ICD-10 and DSM-IV diagnostic criteria and the prevalence of schizophrenia. European psychiatry. 1997;12(5):217-23.
17. Miyashita M, Arai M, Kobori A, Ichikawa T, Toriumi K, Niizato K, et al. Clinical features of schizophrenia with enhanced carbonyl stress. Schizophrenia bulletin. 2014;40(5):1040-6.

18. Florance NR, Davis RL, Lam C, Szperka C, Zhou L, Ahmad S, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis in children and adolescents. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association the Child Neurology Society*. 2009;66(1):11-8.
19. Dhinakaran R, Mishra D. ILAE classification of seizures and epilepsies: an update for the pediatrician. *Indian Pediatrics*. 2019;56:60-2.
20. Zuberi SM, Brunklaus A. Precision medicine drives epilepsy classification and therapy. *Nature Reviews Neurology*. 2018;14(2):67-8.
21. Fisher RS, Cross JH, D'souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017;58(4):531-42.
22. Barnhill JW. *DSM-5-TR Clinical Cases*: American Psychiatric Pub; 2023.
23. Jackson JL, Kuriyama A, Bernstein J, Demchuk C. Depression in Primary Care, 2010-2018. *The American journal of medicine*. 2022;135(12):1505-8.
24. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
25. Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, McNERNEY MW, Salehi A. Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. 2017;80:555-72.
26. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015;17(3):327-35.
27. Juruena MF, Erer F, Cleare AJ, Young AH. The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020;1191:141-53.
28. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10063):3048-59.
29. Black DW, Grant JE. *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*: American Psychiatric Pub; 2014.
30. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Lam PC, Galfalvy H, Weiss MG, Kirmayer LJ, et al. Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: mixed-methods results from the DSM-5 international field trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017;210(4):290-7.
31. Moon SJ, Hwang JS, Shin AL, Kim JY, Bae SM, Sheehy-Knight J, et al. Accuracy of the Childhood Autism Rating Scale: A systematic review and meta-analysis. *Developmental medicine child neurology*. 2019;61(9):1030-8.
32. Myrberg K, Hydén L-C, Samuelsson C. The mini-mental state examination (MMSE) from a language perspective: an analysis of test interaction. *Clinical linguistics phonetics*. 2020;34(7):652-70.
33. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189-98.

34. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life allied sciences*. 2010;25(2):111-20.
35. Burgess PW, Alderman N, Forbes C, Costello A, Coates LM, Dawson DR, et al. The case for the development and use of "ecologically valid" measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*. 2006;12(2):194-209.
36. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of drug alcohol abuse*. 2018;44(6):578-86.
37. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, Organization WH. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization; 2001.
38. Nielsen TR, Vogel A, Phung TK, Gade A, Waldemar G. Over- and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: a nationwide register-based study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(11):1128-35.
39. Bongards EN, Zaman R, Agius M. Can we prevent under-diagnosis and misdiagnosis of bipolar affective disorder? Repeat audits to assess the epidemiological change in the caseload of a community mental health team when bipolar disorder is accurately assessed and diagnosed. *Psychiatria Danubina*. 2013;25 Suppl 2:S129-34.
40. Begum M, Lewison G, Wölbert E, Berg Brigham K, Darlington M, Durand-Zaleski I, et al. Mental health disorders research in Europe, 2001-2018. *Evidence-based mental health*. 2020;23(1):15-20.
41. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European child & adolescent psychiatry*. 2022:1-18.
42. Aarsland D. Epidemiology and pathophysiology of dementia-related psychosis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2020;81(5):27625.
43. WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. 2022.
44. Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 1994;72(3):495-509.
45. Huang W, Wang P, Wu Q. A correlation comparison between Altmetric Attention Scores and citations for six PLOS journals. *PLoS one*. 2018;13(4):e0194962.
46. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):211-24.
47. Fu TS-T, Lee C-S, Gunnell D, Lee W-C, Cheng AT-A. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *The Lancet* 2013;381(9862):235-41.

48. Udomratn P. Mental health and psychiatry in Thailand. *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*. 2007;4(1):11-4.
49. Seeman MV, González-Rodríguez A. Stratification by Sex and Hormone Level When Contrasting Men and Women in Schizophrenia Trials Will Improve Personalized Treatment. *Journal of personalized medicine*. 2021;11(9).
50. Ishikawa H, Tachimori H, Takeshima T, Umeda M, Miyamoto K, Shimoda H, et al. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010' s in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey. *Journal of affective disorders*. 2018;241:554-62.
51. Nishi D, Ishikawa H, Kawakami N. Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. *Psychiatry Clinical Neurosciences*. 2019;73(8):458-65.
52. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Shafie S, Chua BY, Sambasivam R, et al. Tracking the mental health of a nation: prevalence and correlates of mental disorders in the second Singapore mental health study. *Epidemiology psychiatric sciences*. 2020;29:e29.
53. Rim SJ, Hahm BJ, Seong SJ, Park JE, Chang SM, Kim BS, et al. Prevalence of Mental Disorders and Associated Factors in Korean Adults: National Mental Health Survey of Korea 2021. *Psychiatry investigation*. 2023;20(3):262-72.
54. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(6):1195-203.
55. Trần Văn Cường. Vấn đề tổ chức quản lý, điều trị tại nhà các bệnh nhân tâm thần. *Tạp chí Tâm thần*. 1983:11-7.
56. Trần Văn Cường và cộng sự. Điều tra dịch tễ học lâm sàng một số bệnh tâm thần thường gặp ở các vùng kinh tế xã hội khác nhau của nước ta hiện nay. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở-bệnh viện Tâm thần Trung ương 1. 2009.
57. WHO. Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam 2024 [Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/mental-health>].
58. Đinh Việt Hùng. Đặc điểm rối loạn chú ý, trí nhớ và nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;504(2).
59. Phạm Hồng Đức, Vũ Anh Nhị. Tỷ lệ hiện mắc và khoảng trống điều trị động kinh tại nội thành, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1B).
60. Nguyễn Văn Siêm. Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng rối loạn trầm cảm tại một xã đồng bằng sông Hồng. *Y học Thực hành*. 2010.
61. Nguyễn Tiến Đạt, Hà Thảo Linh, Dương Ngọc Lê Mai, Phạm Thanh Tùng, Nguyễn Thị Thu Trang, Kim Bảo Giang. Tỷ lệ rối loạn lo âu lan tỏa và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Đại học Y Hà Nội năm học 2018–2019. *tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021;140(4):135-42.
62. Phan Văn Hợp. Một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan của người bệnh loạn thần do rượu có hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định 2021. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2023;6(03):92-101.

63. Trần Tuấn. Dịch tễ học rối nhiễu tâm trí và mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng. 2007.
64. Đỗ Văn Diệu. Trầm cảm và kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống trầm cảm ở người cao tuổi tại thành phố Quảng Ngãi. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.
65. WHO. Investing in Mental Health 2003 [Available from: [www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf)].
66. NAMI.ORG. Mental Health By the Numbers 2023 [Available from: <https://www.nami.org/about-mental-illness/mental-health-by-the-numbers/>].
67. Bộ Y tế. Những nỗ lực của ngành Tâm thần Việt Nam trong chăm sóc sức khỏe Tâm thần. 2015.
68. WHO. Ngày Sức khỏe Tâm thần Thế giới – Một căn bệnh tiềm ẩn 2024 [Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/news/detail/09-10-2008-world-mental-health-day-a-hidden-illness>].

## 16. Nội dung nghiên cứu khoa học và triển khai thực nghiệm của đề tài và phương án thực hiện

**\* Nội dung 1: Tổng quan tài liệu về một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng (trầm cảm, tự kỷ, sa sút trí tuệ)**

*Công việc 1.1: Tổng quan tài liệu về trầm cảm tại cộng đồng*

*Công việc 1.2: Tổng quan tài liệu về tự kỷ tại cộng đồng.*

*Công việc 1.3: Tổng quan tài liệu về sa sút trí tuệ tại cộng đồng.*

*Công việc 1.4: Tiến hành thu thập số liệu (khám sàng lọc, chẩn đoán tại 06 tỉnh/thành phố):*

- Phiếu **định lượng**: Tổng số mẫu dự kiến cần thu thập là 19.550 người, để tránh thất thoát mẫu trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi dự kiến mẫu cần thu thập là 20.000 người. Theo quy mô dân số gia đình chuẩn của người Việt Nam là 4 người trong 1 gia đình. Vậy số phiếu định lượng hộ gia đình ước tính khoảng  $20.000/4$  là 5.000 phiếu định lượng/6 tỉnh. Chúng tôi lấy mẫu định lượng lên 1000 phiếu/tỉnh. **Tổng phiếu định lượng tại 6 tỉnh là 6.000.**

- Khám sàng lọc (phiếu sàng lọc tỷ lệ mắc 03 bệnh trầm cảm, sa sút trí tuệ và tự kỷ): Dự kiến  $8*20.000$  dân, ước khoảng **1.600 phiếu cho 6 tỉnh**. Mỗi tỉnh khoảng  $16.000/6 = 270$  phiếu.

*Công việc 1.5: Phân tích và xử lý số liệu.*

*Công việc 1.6: Viết báo cáo giai đoạn 1.*

**\* Nội dung 2: Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần**

*Công việc 2.1: Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần bằng phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm (hình thức trực tiếp và trực tuyến) thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại cơ sở y tế (mỗi tỉnh 06 người: 01 người trong Ban giám đốc; 01 trưởng/phó phòng chỉ đạo tuyến, 01 chuyên viên phụ trách công tác chỉ đạo tuyến bệnh viện đa khoa tỉnh/Bệnh viện tâm thần tỉnh/TT KSBT tỉnh; 01 người trong Ban giám đốc, 01 trưởng/phó phòng chỉ đạo tuyến/chuyên viên phụ trách công tác chỉ đạo tuyến bệnh viện đa khoa huyện/TT KSBT huyện, 01 trạm trưởng trạm y tế xã/phường).*

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại tỉnh Cao Bằng.

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại thành phố Hải Phòng.

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại tỉnh Hà Tĩnh.

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại thành phố Đà Nẵng.

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại tỉnh Đồng Tháp.

- Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, tài chính, hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các thông tin, số liệu thực tế tại tỉnh Gia Lai.

Công việc 2.2: Viết báo cáo giai Đoạn 2.

### **\* Nội dung 3: Đề xuất và bước đầu đánh giá các mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần**

Công việc 3.1: Thiết kế, xây dựng nội dung chuyên môn trong mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay (mô hình 01 trang Web gồm bộ test một số rối loạn tâm thần thường gặp; 03 tờ rơi và 03 video hướng dẫn phát hiện sớm và giải pháp phòng ngừa, can thiệp một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng; 01 danh sách mạng lưới địa chỉ các cơ sở khám và điều trị tâm thần trên cả nước)

- Thiết kế, xây dựng nội dung chuyên môn trong 03 tờ rơi hướng dẫn phát hiện sớm và giải pháp phòng ngừa, can thiệp một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng.

- Thiết kế, xây dựng 03 video gồm các nội dung chuyên môn hướng dẫn phát hiện sớm và giải pháp phòng ngừa, can thiệp một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng.

- Xây dựng nội dung 01 danh sách địa chỉ mạng lưới các cơ sở khám và điều trị tâm thần trên cả nước.

Công việc 3.2: Thí điểm mô hình can thiệp tại thị trấn Quảng Hòa trực thuộc tỉnh Cao Bằng; phường Dur Hàng Kênh thành phố Hải Phòng; xã Tùng Lộc huyện Can Lộc tỉnh Hà Tĩnh; phường Hòa Hiệp Bắc - Liên Chiểu - Đà Nẵng; xã Nghĩa Tân huyện Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp; xã La Phí - huyện Chư Păh - Gia Lai.

- Đối tượng can thiệp mỗi tỉnh **10 người** gồm: **03 cán bộ xã** (01 cán bộ văn phòng thống kê, 01 cán bộ dân số, 01 cán bộ văn hóa xã hội); **03 cán bộ trạm y tế xã**; **01 trưởng thôn**; **03 chủ tịch các hội** (người cao tuổi xã, phụ nữ xã, nông dân/bí thư đoàn viên thanh

niên).

- Tổng số phiếu can thiệp 10 phiếu/xã/tỉnh, **tổng 60 phiếu** tại 06 tỉnh/thành phố.

Công việc 3.3: Viết báo cáo giai đoạn 3.

## **17. Các hoạt động phục vụ nội dung nghiên cứu của đề tài**

### **17.1. Xây dựng và in các sổ tay nghiệp vụ**

- Xây dựng 04 sổ tay hướng dẫn nghiệp vụ phỏng vấn

- Xây dựng 01 sổ tay hướng dẫn mô hình can thiệp

### **17.2. Tổ chức các hội thảo khoa học**

TT	Chủ đề	Mục đích	Yêu cầu	Số lượng
1	Hội thảo trực tiếp và trực tuyến giới thiệu tổng quan về tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp ở cộng đồng	Giới thiệu tổng quan về nghiên cứu; đề xuất các giải pháp can thiệp	Đưa ra được tổng quan về nghiên cứu; hoàn thiện đề xuất mô hình can thiệp	01
2	Hội thảo trực tiếp và trực tuyến báo cáo kết quả của đề tài về xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp ở cộng đồng.	Báo cáo kết quả về xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần	Hoàn thiện được báo cáo	01
3	Hội thảo trực tiếp và trực tuyến báo cáo kết quả đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần	Báo cáo kết quả về thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần	Hoàn thiện báo cáo	01
4	Hội thảo trực tiếp và trực tuyến báo cáo kết quả đề xuất và bước đầu đánh giá mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm	Báo cáo kết quả đề xuất và bước đầu đánh giá mô hình can thiệp	Hoàn thiện được báo cáo	01

sóc sức khoẻ tâm thần  
trong giai đoạn hiện nay.

### 17.3. Tổ chức tập huấn cho điều tra viên

Mỗi địa điểm nghiên cứu sẽ tổ chức 01 đợt tập huấn cho điều tra viên để thành thạo trong việc thu thập số liệu thống kê

### 17.4. Tổ chức hội nghị

TT	Chủ đề	Mục đích	Yêu cầu	Số lượng
1	Hội nghị công bố kết quả điều tra thống kê của nghiên cứu	Tổng kết các chỉ số thống kê của nghiên cứu	Hoàn thiện được số liệu báo cáo	01

### 17.5. Ứng dụng công nghệ thông tin

- Xây dựng 01 trang Web của báo cáo nhằm đưa ra các số liệu, tiến độ thực hiện
- Xây dựng 01 video công bố kết quả nghiên cứu
- Công bố kết quả nghiên cứu trên truyền hình

### 17.6. Tổ chức các hội đồng nghiệm thu kết quả cấp cơ sở

TT	Chủ đề	Mục đích	Yêu cầu	Số lượng
1	Hội đồng nghiệm thu nội bộ báo cáo xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng	Báo cáo nghiệm thu kết quả	Hoàn thiện báo cáo	01
2	Hội đồng nghiệm thu nội bộ báo cáo đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khoẻ tâm thần	Báo cáo nghiệm thu kết quả	Hoàn thiện báo cáo	01
3	Hội đồng nghiệm thu nội bộ báo cáo đề xuất và bước đầu đánh giá mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khoẻ tâm thần trong giai đoạn hiện nay	Báo cáo nghiệm thu kết quả	Hoàn thiện báo cáo	01

## **18. Cách tiếp cận, phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật sử dụng**

### **18.1. Đối tượng nghiên cứu**

Người dân bao gồm tất cả các trẻ em cho đến người cao tuổi sống tại các địa điểm thực hiện nghiên cứu (từ 12 tháng tuổi – 85 tuổi), có hộ khẩu thường trú từ 6 tháng trở lên.

#### **18.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người dân được quản lý của UBND xã/phường.
- Sinh sống tại địa điểm nghiên cứu từ 6 tháng trở lên.

#### **18.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có sự đồng ý cho phép của người giám hộ đối với trẻ dưới 18 tuổi.
- Không tham gia theo lịch khám sàng lọc của Trạm Y tế địa phương.

### **18.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thực hiện theo 6 vùng kinh tế tại Việt Nam: Cao Bằng, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đà Nẵng, Gia Lai, Đồng Tháp

Thời gian thực hiện: 3/2025 - 3/2027

### **18.3. Phương pháp nghiên cứu**

#### **18.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và thực hiện can thiệp cộng đồng.

Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang: Xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng (trầm cảm, sa sút trí tuệ, tự kỷ).

Giai đoạn 2: Nghiên cứu mô tả cắt ngang: Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

Giai đoạn 3: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng: Đề xuất và bước đầu đánh giá các mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay.

### 18.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

#### **NỘI DUNG 1.**

##### **1- Trầm cảm**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2} \times DE \quad (1)$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$  với độ tin cậy 95%.

$p=16,0\%$  (Tình hình trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người dân quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ, 2021)

$d= 0,02$  với độ chính xác mong muốn 95% (sai số 2%).

$DE=5$ : hệ số thiết kế nghiên cứu (1259)

Kết quả tính được là  $n= 6.295$  đối tượng. Dự trừ 10% mất mẫu, kết quả cỡ mẫu cần thực hiện 6.925.

##### **2- Tự kỷ**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2} \times DE \quad (1)$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu.

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96 \text{ với độ tin cậy } 95\%.$$

p=0,75% (Thực trạng rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em 18 - 30 tháng tuổi và một số yếu tố nguy cơ trước và trong khi sinh tại 3 tỉnh miền Bắc Việt Nam, năm 2017)

d= 0,01 với độ chính xác mong muốn 99% (sai số 1%).

DE=5: hệ số thiết kế nghiên cứu (286)

Kết quả tính được là n= 1.430 đối tượng. Dự trừ 10% mất mẫu, kết quả cỡ mẫu cần thực hiện 1.573.

### 3- Sa sút trí tuệ

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2} \times DE \quad (1)$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu.

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96 \text{ với độ tin cậy } 95\%.$$

p=33,0% (Thực trạng sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại xã Bình Thành, huyện Đức Huệ, tỉnh Long An năm 2019)

d= 0,02 với độ chính xác mong muốn 95% (sai số 2%).

DE=5: hệ số thiết kế nghiên cứu (2.124)

Kết quả tính được là n= 10.620 đối tượng. Dự trừ 10% mất mẫu, kết quả cỡ mẫu cần thực hiện 11.682.

**\*Tổng cỡ mẫu cần thực hiện nghiên cứu: n=19.550.**

## **NỘI DUNG 2**

Chọn một số Trạm Y tế trực thuộc 6 tỉnh/tp (Cao Bằng, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đà Nẵng, Gia Lai, Đồng Tháp). Dự kiến khảo sát 90 đơn vị tuyến xã.

Thực hiện nghiên cứu định tính tại 2 tuyến: tuyến tỉnh/TP, tuyến huyện/quận/thành phố, tuyến xã/phường, cụ thể: tuyến tỉnh/TP 06 phòng vấn sâu là Ban giám đốc bệnh viện, 06 thảo luận nhóm là 06 cán bộ y tế /01 bệnh viện, trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh; mỗi tỉnh 06 phòng vấn sâu 03 bệnh viện tuyến huyện và tuyến xã tương đương (tổng 36 phòng vấn sâu).

## **NỘI DUNG 3**

Nhân viên y tế, công tác viên y tế, cán bộ khác... tham gia đào tạo tập huấn, dự kiến 60 người tại 06 tỉnh.

### *18.3.3. Phương pháp chọn mẫu*

Chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn

Giai đoạn 1: Chọn 6 tỉnh/tp tương ứng với 6 chùm (Cao Bằng, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đà Nẵng, Gia Lai, Đồng Tháp)

Giai đoạn 2: Chọn ngẫu nhiên mỗi chùm 1 quận/huyện/tp trực thuộc

Giai đoạn 3: Mỗi quận/huyện/tp trực thuộc đó chọn 1 xã/phường/thị trấn

Giai đoạn 4: Mỗi xã/phường/thị trấn chọn 1 thôn/khu phố/tổ dân phố

Giai đoạn 5: Chọn toàn bộ đối tượng nghiên cứu trong thôn/khu phố đó (dự kiến khoảng 20.000 người già, trưởng thành và trẻ em).

Các bước thực hiện:

Bước 1: Lập danh sách đối tượng nghiên cứu.

Bước 2: Lập kế hoạch thực hiện khám sàng lọc một số bệnh tâm thần, gửi giấy mời đến từng hộ gia đình theo kế hoạch.

Bước 3: Tiến hành khám sàng lọc. Trường hợp người dân có dấu hiệu tâm thần, chuyển đến các chuyên khoa.

#### *18.3.4. Phương pháp thu thập số liệu*

##### **Bộ công cụ thu thập số liệu:**

1. Phiếu điều tra sàng lọc có tiêu đề “Phiếu sức khỏe gia đình” với 15 câu hỏi, nội dung là điểm tên từng thành viên để nhận dạng những biểu hiện và những triệu chứng nghi ngờ là mắc bệnh tâm thần, bao gồm kiến thức về sức khỏe tâm thần.

2. Phiếu chuyên khoa

- Trầm cảm (PHQ9)

- Tự kỷ (CARS)

- Sa sút trí tuệ (MMSE)

3. Bảng kiểm khảo sát thực trạng quản lý sức khỏe tâm thần của trạm Y tế (định lượng, định tính)

4. Bộ câu hỏi đánh giá hiệu quả can thiệp của mô hình thí điểm.

##### **Điều tra viên và quy trình thu thập số liệu:**

- Điều tra viên bao gồm 02 nhân viên y tế tuyến xã, 02 bác sĩ tâm thần tại tuyến tỉnh và 02 bác sĩ tại tuyến trung ương.

- Quy trình: Nhân viên y tế tuyến xã gửi giấy mời đến các hộ gia đình. Sắp xếp, hướng dẫn đối tượng nghiên cứu tham gia nghiên cứu và điền một số thông tin chung. Phân nhóm đối tượng vào các phòng theo 04 bác sĩ. Sau đó, 04 bác sĩ đánh giá và kết luận tình trạng sức khỏe tâm thần.

##### **Kế hoạch thực hiện thu thập số liệu** (*cụ thể tại mục nội dung công việc*)

##### **Hoạt động can thiệp**

1. Đề xuất cơ cấu tổ chức của mô hình:

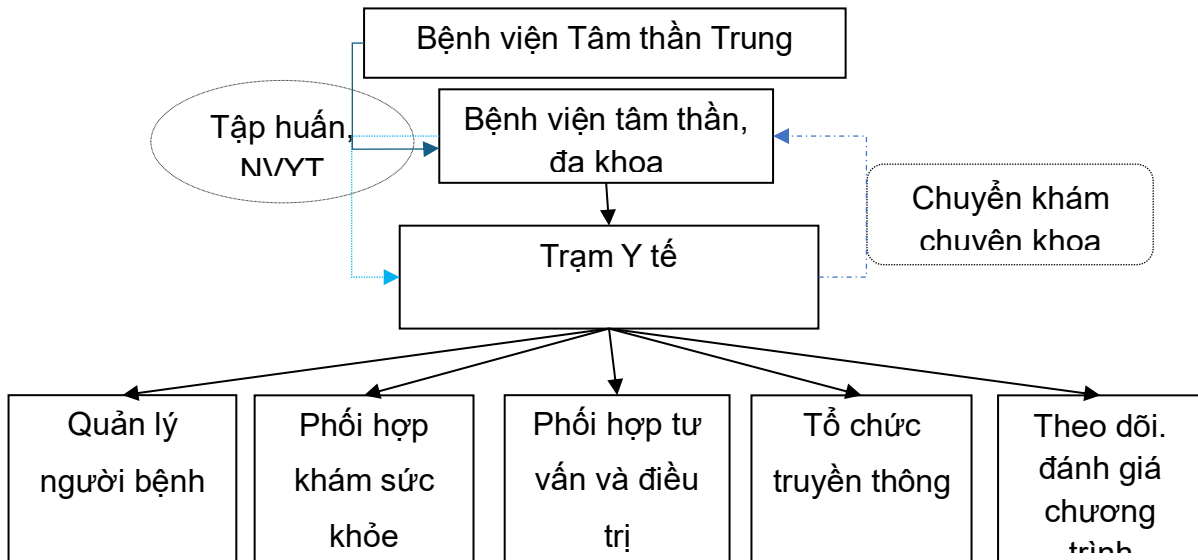
<b>Bộ phận</b>	<b>Chức năng</b>	<b>Nhiệm vụ</b>
Bệnh viện Tâm thần Trung ương	<p>Chủ trì, phối hợp với các Sở, Ban, ngành, Hội, đoàn thể, Ủy ban nhân dân các huyện, thành phố và các tổ chức, đơn vị, cơ sở liên quan triển khai thực hiện các nội dung của Kế hoạch.</p>	<p>Thực hiện giám sát hoạt động triển khai chăm sóc sức khỏe.</p> <p>Tham gia phản biện, đóng góp báo cáo hoạt động liên quan đến triển khai.</p>
Bệnh viện tuyến tỉnh	<p>Xây dựng và kế hoạch hoạt động chăm sóc</p> <p>Báo cáo hoạt động triển khai với các sở, ban ngành</p>	<p>Quản lý danh sách người bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn.</p> <p>Tổ chức đào tạo, tập huấn, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ cho các đơn vị trong ngành về công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần.</p> <p>Tổ chức thực hiện có hiệu quả hoạt động truyền thông. Cùng cố và hoàn thiện các cơ sở khám, điều trị bệnh liên quan tâm thần.</p> <p>Xây dựng các chuyên trang, chuyên mục tuyên truyền, phổ biến pháp luật về lĩnh vực y tế, chăm sóc sức khỏe tâm thần; kịp thời việc triển khai các chủ trương, chính sách pháp luật liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần; cấp phát tờ rơi, sách nhỏ... liên quan sức khỏe tâm thần.</p>

		<p>Xây dựng Kế hoạch kiểm tra các hoạt động chuyên môn về công tác quản lý chăm sóc sức khỏe tâm thần.</p> <p>Thường xuyên thực hiện công tác chỉ đạo tuyến, hướng dẫn, kiểm tra, đôn đốc việc triển khai thực hiện Kế hoạch tại các đơn vị y tế và các cơ sở sử dụng lao động trên địa bàn tỉnh.</p> <p>Định kỳ hằng năm hoặc đột xuất tổng hợp, báo cáo kết quả thực hiện theo đúng quy định.</p> <p>Tổ chức khám sức khỏe tâm thần định kỳ.</p>
Trạm Y tế	Phối hợp thực hiện với bệnh viện tỉnh	<p>Quản lý người bệnh</p> <p>Phối hợp khám sức khỏe</p> <p>Phối hợp tư vấn và điều trị</p> <p>Tổ chức truyền thông</p> <p>Theo dõi, đánh giá chương trình</p>

## *2. Xây dựng các hệ thống công cụ để vận hành mô hình*

- Xây dựng quy chế hoạt động của mô hình
- Xây dựng tài liệu tổ chức, đào tạo tập huấn nhân viên
- Xây dựng tài liệu truyền thông (trực tiếp và gián tiếp)

## *3. Xây dựng kế hoạch triển khai các hoạt động cụ thể của mô hình*



Sơ đồ 2. Hoạt động mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần

### 18.3.5. Tiêu chuẩn đánh giá một số nội dung nghiên cứu

#### 1- Trầm cảm

Hiện nay có nhiều thang đo tương tự nhau được sử dụng để xác định trầm cảm. Patient Health Questionnaire- PHQ-9 ưu thế hơn các thang ngắn tự trả lời đánh giá trầm cảm. Hệ số Cronbach's alpha của thang đo nằm trong khoảng từ 0,83 đến 0,89.

Thang đo PHQ-9 có tổng cộng 9 câu hỏi. Mỗi câu hỏi được đánh giá bằng thang điểm Likert 4 lựa chọn, theo thứ tự tăng dần tần suất cảm nhận các triệu chứng trầm cảm trong thời gian là 2 tuần qua, ý nghĩa của mỗi mức điểm lần lượt tương ứng.

Phụ thuộc vào tổng số điểm trước các câu trả lời để phỏng đoán được kết quả cơ bản. 9 câu hỏi với 3 câu trả lời được tính điểm nên tổng điểm cao nhất sẽ là 27 điểm. Kết quả sẽ tính như sau:

- Tổng điểm từ 0 - 4 điểm: Bình thường
- Tổng điểm từ 5 - 9 điểm: Trầm cảm mức tối thiểu
- Tổng điểm từ 10 - 14 điểm: Trầm cảm mức nhẹ

- Tổng điểm từ 15 - 19 điểm: Trầm cảm mức trung bình
- Tổng điểm từ 20 - 27 điểm: Trầm cảm mức nặng

## **2- Tự kỷ**

Thang đo Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Bình thường: Điểm tổng từ 15 đến 30.

Nhẹ: Điểm tổng từ 31 đến 37.

Nặng: Điểm tổng từ 38 đến 60.

## **3- Sa sút trí tuệ**

- Thang đo Đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental Status Examination, MMSE): Thang đo Đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental Status Examination, MMSE) MMSE là một thang đo ngắn gọn về tình trạng nhận thức ở người lớn được Marshal F. Folstem xuất bản lần đầu năm 1975. Thang đo MMSE có thể được sử dụng để sàng lọc, ước tính mức độ nghiêm trọng suy giảm nhận thức tại một thời điểm nhất định, theo dõi quá trình thay đổi nhận thức ở một cá nhân theo thời gian và ghi lại phản ứng của cá nhân với việc điều trị. Thang đo MMSE đã chứng minh tính hợp lệ và độ tin cậy trong tâm thần, thần kinh, lão khoa và các khoa khác. Thang đo này hiện tại đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam. Nguyễn Kinh Quốc và Vũ Anh Nhị đã chuẩn hóa thang đo MMSE bằng tiếng Việt.

Với Test MMSE đánh giá như sau:

Không có suy giảm nhận thức :  $\geq 24$  điểm

Suy giảm nhận thức nhẹ : 20 – 23 điểm

Suy giảm nhận thức vừa : 14 – 19 điểm

Suy giảm nhận thức nặng: 0 – 13 điểm

### *18.3.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu*

Số liệu sau khi được thu thập, được kiểm tra ngay tại địa bàn nghiên cứu, nếu còn thiếu số liệu sẽ được thu thập bổ sung và làm rõ những số liệu còn nghi ngờ.

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả: Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.

Thống kê phân tích: Sử dụng kiểm định Khi bình phương để so sánh tỷ lệ của các biến số định tính. Kiểm định chính xác của Fisher được sử dụng khi vi phạm giả định của kiểm định Khi bình phương. Giá trị  $p < 0,05$  được dùng làm ngưỡng để xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu định tính: Số liệu sau khi được gỡ băng chuyển sang file excel và phân tích theo chủ đề, sau đó tiến hành mã hoá thông tin theo các nội dung nghiên cứu.

#### **18.4. Sai số và hạn chế sai số**

##### *Sai số*

- Sai số ngẫu nhiên: do chọn mẫu.
- Sai số hệ thống:
- Do kỹ thuật và người khám
- Bỏ sót các dấu hiệu trong quá trình đánh giá
- Ghi nhầm vào phiếu khám.

##### *Hạn chế sai số*

- Tập huấn kỹ lưỡng cho người khám về cách thức khám, phỏng vấn, phương pháp đánh giá và cách ghi vào phiếu khám.
- Xây dựng bộ phiếu khám, phiếu thu thập thông tin đơn giản, dễ hiểu, tiện sử dụng.

- Khám đủ và đúng phương pháp

- Giải thích rõ ràng và tạo không khí vui vẻ, thân thiện để có sự hợp tác tốt của người dân trong suốt thời gian nghiên cứu.

### **18.5. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành với tinh thần trung thực, đảm bảo các nguyên tắc về nghiên cứu, đạo đức nghiên cứu, cũng như phổ biến kết quả nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của các Trạm Y tế tham gia nghiên cứu.

Người dân tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành khám và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý hợp tác của từng đối tượng. Họ có quyền không tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất kỳ lúc nào nếu muốn. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu, số liệu của cuộc điều tra, phỏng vấn sẽ được giữ kín.

Các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

### **19. Phương án phối hợp với các tổ chức nghiên cứu trong nước:**

Bệnh viện Tâm thần Trung ương phối hợp cùng với Bệnh viện địa phương và Trạm Y tế các tỉnh/thành phố: Cao Bằng, Hải Phòng, Hà Tĩnh, Đà Nẵng, Gia Lai, Đồng Tháp thực hiện khám sức khỏe Tâm thần, khảo sát phiếu điều tra tại các xã được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

### **20. Phương án hợp tác quốc tế (nếu có)**

*(Trình bày rõ phương án phối hợp: tên đối tác nước ngoài; nội dung đã hợp tác đối với đối tác đã có hợp tác từ trước; nội dung cần hợp tác trong khuôn khổ đề tài; hình thức thực hiện. Phân tích rõ lý do cần hợp tác và dự kiến kết quả hợp tác, tác động của hợp tác đối với kết quả của đề tài)*

.....  
.....

### **21. Phương án thuê chuyên gia**

#### **21.1. Thuê chuyên gia trong nước**

Số TT	Họ và tên, học hàm, học vị	Thuộc tổ chức	Lĩnh vực chuyên môn	Nội dung thực hiện và giải trình lý do cần thuê	Thời gian thực hiện quy đổi (tháng)

## 22. Tiến độ thực hiện

	Các nội dung, công việc chủ yếu cần được thực hiện; các mốc đánh giá chủ yếu	Kết quả phải đạt	Thời gian (bắt đầu, kết thúc)	Cá nhân, tổ chức chủ trì*	Dự kiến kinh phí
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<b>Xây dựng thuyết minh, dự toán đề tài</b>	Hoàn thiện thuyết minh, dự toán	5/2024-6/2024	Nhóm nghiên cứu	
<b>I</b>	<b>Xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần</b>				
<b>1</b>	<b>Nội dung 1: Xác định tỷ lệ mắc một số rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng (Trầm cảm, sa sút trí tuệ, tự kỷ, tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu).</b>				
1.1	Công việc 1.1: Tổng quan tài liệu tỷ lệ mắc một số rối loạn	01 tài liệu tổng quan	09/2024-10/2024	Nhóm nghiên cứu	

	tâm thần thường gặp tại cộng đồng.				
1.2	Công việc 1.2: Xây dựng bộ công cụ thu thập số liệu về	01 bộ công cụ	10/2024	Nhóm nghiên cứu	
1.3	Công việc 1.3: Xây dựng sổ tay hướng dẫn nghiệp vụ phỏng vấn	05 sổ tay hướng dẫn	10/2024	Nhóm nghiên cứu	
1.4	Công việc 1.4: Họp nhóm góp ý, chỉnh sửa tổng quan tài liệu, chỉnh sửa bộ công cụ và chỉnh sửa bổ sung hoàn chỉnh, phân công thành viên thực hiện thử nghiệm bộ công cụ	01 tổng quan, bộ công cụ hoàn chỉnh	10/2024	Nhóm nghiên cứu	
1.5	Công việc 1.5: Thử nghiệm và chỉnh sửa bộ công cụ định lượng trước khi đưa vào sử dụng.	Thử nghiệm bộ công cụ	11/2024	Nhóm nghiên cứu	
1.6	Công việc 1.6: Chỉnh sửa bộ công cụ sau thử nghiệm	Hoàn thiện bộ công cụ	11/2024		
1.7	Công việc 1.7: Tổ chức hội thảo giới thiệu đề tài, tổng quan tài liệu về đề tài	01 hội thảo	12/2024	Nhóm nghiên cứu	
1.8	Công việc 1.8: Lập kế hoạch, liên hệ các điểm điều tra, soạn thảo công văn, liên hệ lập trước danh sách điều tra viên tại các điểm thực hiện đề tài tạo 6 tỉnh/TP	Hoàn thiện kế hoạch	12/2024	Nhóm nghiên cứu	

1.9	Công việc 1.9: Tập huấn cho điều tra viên tại các địa điểm nghiên cứu tại 6 tỉnh/TP	Thuần thực phương pháp điều tra	01/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.10	Công việc 1.10: Xây dựng kế hoạch điều tra tại 6 tỉnh/TP	Hoàn thiện kế hoạch	01/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.11	Công việc 1.11: Xây dựng phần mềm thống kê số liệu	Hoàn thiện phần mềm CNTT	01/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.12	Công việc 1.12: Tiến hành thu thập số liệu	Hoàn thiện thu thập số liệu	02/2025-07/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.13	Công việc 1.13: Tiến hành làm sạch, phân tích và xử lý số liệu	01 bản số liệu	08/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.14	Công việc 1.14: Viết báo cáo giai đoạn 1	01 báo cáo	09/2025	Nhóm nghiên cứu	
1.15	Công việc 1.15: Họp hội đồng khoa học cấp cơ sở nghiệm thu báo cáo giai đoạn 1	01 báo cáo nghiệm thu	10/2025	Nhóm nghiên cứu	
<b>2</b>	<b>Nội dung 2: Đánh giá thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần</b>				
2.1	Công việc 2.1: Tổng quan về thực trạng hệ thống về thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện nay	01 tổng quan	09/2024	Nhóm nghiên cứu	
2.2	Công việc 2.2: Họp nhóm nghiên cứu góp ý, chỉnh sửa về tổng quan về thực trạng hệ thống về thực trạng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần	Hoàn thiện	10/2024		

	hiện nay; chỉnh sửa bộ câu hỏi phỏng vấn sâu.				
2.3	Công việc 2.3: Thử nghiệm, chỉnh sửa, hoàn thiện bộ câu hỏi phỏng vấn sâu.	Hoàn thiện	10/2024		
2.4	Công việc 2.4: Tập huấn điều tra viên tại 6 tỉnh thành bằng hai hình thức trực tiếp và trực tuyến về bộ câu hỏi phỏng vấn sâu.	Dự kiến 935 Phiếu điều tra	02/2025	Nhóm nghiên cứu	
2.5	Công việc 2.5: Tiến hành thu thập thông tin thông qua thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu các đối tượng.	Hoàn thiện	08/2025-09/2025	Nhóm nghiên cứu	
2.6	Công việc 2.6: Tổng hợp và phân tích số liệu định lượng.	01 bản thảo kết quả	10/2025	Nhóm nghiên cứu	
2.7	Công việc 2.7: Viết báo cáo giai đoạn 2	01 báo cáo	11/2025	Nhóm nghiên cứu	
2.8	Công việc 2.8: Thông qua hội đồng nghiệm thu đề tài cấp cơ sở giai đoạn 2	01 báo cáo nghiệm thu	2/2026	Nhóm nghiên cứu	
<b>3</b>	<b>Nội dung 3: Đề xuất và bước đầu đánh giá các mô hình can thiệp nhằm nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần</b>			Nhóm nghiên cứu	
3.1	Công việc 3.1: Xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần trong giai đoạn hiện nay (gồm trang web, tài liệu đào tạo, tờ rơi, video hướng dẫn	01 mô hình	03/2026	Nhóm nghiên cứu	

	phát hiện, quản lý, điều trị chăm sóc sức khoẻ tâm thần)				
3.2	Công việc 3.2: Tổ chức tập huấn theo hình thức trực tiếp, trực tuyến, phân công nhiệm vụ cho các thành viên nghiên cứu	Kế hoạch	04/2026	Nhóm nghiên cứu	
3.3	Công việc 3.3: Thí điểm mô hình can thiệp tại các điểm nghiên cứu	Báo cáo	05/2026	Nhóm nghiên cứu	
3.4	Công việc 3.4: Tiến hành thu thập số liệu, thống kê mô tả hiệu quả bước đầu thử nghiệm mô hình	Báo cáo	06/2026	Nhóm nghiên cứu	
3.5	Công việc 3.5: Tổ chức họp nhóm nghiên cứu đánh giá kết quả bước đầu áp dụng mô hình thí điểm chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại xã/phường và đề xuất nhân rộng mô hình	01 mô hình thí điểm	07/2026	Nhóm nghiên cứu	
3.6	Công việc 3.6: Viết báo cáo giai đoạn 3	01 báo cáo	07/2026	Nhóm nghiên cứu	
3.7	Công việc 3.10: Thông qua hội đồng nghiệm thu cấp cơ sở giai đoạn 3	01 báo cáo nghiệm thu	07/2026	Nhóm nghiên cứu	
<b>III</b>	<b>Xây dựng báo cáo tổng kết</b>	01 Báo cáo	08/2026	Nhóm nghiên cứu	
<b>IV</b>	<b>Nghiệm thu cơ sở</b>	Hồ sơ nghiệm thu	08/2026	Nhóm nghiên cứu	
<b>V</b>	<b>Nghiệm thu cấp Bộ</b>	Hồ sơ nghiệm thu	09/2026	Nhóm nghiên cứu	

<b>VI</b>	<b>Thanh lý hợp đồng</b>	Hoàn thành thanh toán	09/2026	Nhóm nghiên cứu	
-----------	--------------------------	--------------------------	---------	--------------------	--

\* Chỉ ghi các tổ chức, cá nhân có tên tại Mục 8, 9, 10, 11, 12, 20

### III. SẢN PHẨM KH&CN CỦA ĐỀ TÀI

#### 23. Sản phẩm KH&CN chính của đề tài và yêu cầu chất lượng cần đạt

(Liệt kê theo dạng sản phẩm)

**Dạng I:** Công bố khoa học (Bài báo; Sách chuyên khảo và các sản phẩm khác)

<b>Số TT</b>	<b>Tên sản phẩm</b>	<b>Yêu cầu khoa học cần đạt</b>	<b>Dự kiến nơi công bố (Tạp chí, Nhà xuất bản)</b>	<b>Ghi chú</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Bài báo khoa học	02 bài báo được đăng trên tạp chí uy tín	Tạp chí Y học Việt Nam hoặc tạp chí chuyên ngành khác	
2	Báo cáo tổng kết toàn diện Báo cáo tóm tắt	01 01		
3	Báo cáo thực trạng mắc một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng	01		
4	Báo cáo thực trạng quản lý một số rối loạn tâm thần tại cơ sở y tế	01		
5	Báo cáo mô hình can thiệp trong chăm sóc sức khoẻ tâm thần	01		

#### 24. Lợi ích của đề tài và phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu

##### 24.1 Lợi ích của đề tài:

##### a. Đối với lĩnh vực KH&CN có liên quan

Nghiên cứu này cung cấp thông tin mới và cập nhật về thực trạng rối loạn tâm thần trong cộng đồng và các giải pháp can thiệp hiệu quả. Nó mở rộng kiến thức và hiểu biết của cộng đồng nghiên cứu trong lĩnh vực này, giúp các nhà nghiên cứu, giảng viên và sinh viên có thêm tài liệu tham khảo và nguồn thông tin để nghiên cứu và giảng dạy.

Kết quả nghiên cứu cung cấp căn cứ chứng bằng và thông tin hữu ích để hỗ trợ việc xây dựng chính sách và quy định về chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các chính sách mới và cải tiến có thể được đề xuất dựa trên những hiểu biết mới và giải pháp can thiệp hiệu quả được nghiên cứu.

### **b. Đối với tổ chức chủ trì và các cơ sở ứng dụng kết quả nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu có thể tạo ra cơ hội hợp tác và liên kết với các tổ chức, trường đại học và bệnh viện tâm thần khác. Các cơ hội hợp tác có thể bao gồm việc thực hiện các dự án nghiên cứu chung, chia sẻ nguồn lực và thông tin, và phát triển các chương trình đào tạo và giáo dục liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần.

### **c. Đối với kinh tế - xã hội và môi trường**

*(Nêu những tác động dự kiến của kết quả nghiên cứu đối với sự phát triển kinh tế - xã hội và môi trường)*

Chăm sóc sức khỏe tâm thần hiệu quả giúp tăng cường năng suất lao động và hiệu quả công việc. Bệnh nhân có tâm thần không ổn định thường gặp khó khăn trong việc tham gia vào hoạt động lao động và có thể gây ảnh hưởng đến năng suất và hiệu quả của tổ chức. Việc cải thiện sức khỏe tâm thần giúp tăng cường tinh thần làm việc và năng suất của nhân viên.

Rối loạn tâm thần có thể gây ra tác động xã hội tiêu cực như cô lập, kỳ thị và phân biệt. Kết quả nghiên cứu giúp tăng cường nhận thức và hiểu biết về rối loạn tâm thần trong cộng đồng, từ đó giảm bớt sự kỳ thị và phân biệt và tạo ra một môi trường xã hội hỗ trợ hơn cho những người bị ảnh hưởng.

Kết quả nghiên cứu về giải pháp can thiệp trong chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể giảm thiểu tác động môi trường tiêu cực. Bằng cách phát hiện sớm, điều trị dễ dàng hơn, cải thiện chẩn đoán và điều trị, người ta có thể giảm số lượng lưu trú tại các cơ sở y tế và

giảm sự tiêu thụ tài nguyên y tế.

**d. Nâng cao năng lực nghiên cứu của tổ chức, cá nhân thông qua tham gia thực hiện đề tài, đào tạo trên đại học.**

**Kết quả tham gia đào tạo sau đại học**

<b>T T</b>	<b>Cấp đào tạo</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Chuyên ngành đào tạo</b>	<b>Ghi chú</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Tiến sĩ	01	Tâm thần/Y tế công cộng/ Dịch tễ học/Quản lý y tế	Hỗ trợ một phần cho nghiên cứu sinh tham gia nghiên cứu
2	Thạc sĩ	01	Tâm thần/Y tế công cộng/ Quản lý bệnh viện	Hỗ trợ một phần cho học viên tham gia nghiên cứu

**24.2. Phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu:**

**Kết quả nghiên cứu:**

Bài báo khoa học sử dụng kết quả báo cáo và đạt đầy đủ các tiêu chí của Tạp chí Y học và được xuất bản.

Báo cáo đầy đủ các nội dung liên quan đến mục tiêu nghiên cứu.

Sau khi đề tài được nghiệm thu, chúng tôi sẽ chuyển giao công cụ nghiên cứu, kết quả nghiên cứu đến các đơn vị nghiên cứu về chủ đề này nếu có nhu cầu để giúp các đơn vị có thể ứng dụng bộ công cụ này trong công tác điều tra, đánh giá sức khỏe tâm thần.

Chuyển giao và nhân rộng mô hình dự phòng và phương pháp chuyển giao cho các địa phương nếu mô hình nghiên cứu có tính khả thi và ứng dụng cao sau khi đề tài được nghiệm thu.

Kết quả nghiên cứu: được chuyển giao cho các bệnh viện làm bằng chứng trong việc hoạch định chính sách, xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe, quản lý được cơ sở dữ liệu về sức khỏe tâm thần.

**Khả năng về thị trường**

Bệnh viện, trung tâm tâm thần và các cơ sở y tế khác có thể quan tâm đến nghiên cứu này để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc tâm thần của đơn vị. Họ có thể sử dụng các

giải pháp can thiệp được đề xuất để cung cấp điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân.

Các nhà nghiên cứu và giáo viên trong lĩnh vực tâm lý học, y học và y tế công cộng có thể sử dụng nghiên cứu này để nâng cao kiến thức và hiểu biết về rối loạn tâm thần và các giải pháp can thiệp.

### **Khả năng về ứng dụng các kết quả nghiên cứu vào sản xuất kinh doanh**

Kết quả nghiên cứu là phi lợi nhuận và không nhằm mục đích thương mại.

### **Khả năng liên doanh liên kết với các doanh nghiệp trong quá trình nghiên cứu và triển khai ứng dụng sản phẩm**

Không.

### **Cơ quan, tổ chức ứng dụng các kết quả của đề tài**

- Trường Đại học Y Dược
- Bệnh viện đa khoa các tỉnh thành
- Bệnh viện tâm thần
- Trung tâm kiểm soát bệnh tật

**25. Phương án trang bị thiết bị máy móc để thực hiện và xử lý tài sản được hình thành thông qua việc triển khai thực hiện đề tài** (theo quy định tại Nghị định số 70/2018/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2018 của Chính phủ quy định việc quản lý, sử dụng tài sản được hình thành thông qua việc triển khai thực hiện nhiệm vụ KH&CN sử dụng vốn nhà nước)

**25.1. Phương án trang bị tài sản** (xây dựng phương án, đánh giá và so sánh để lựa chọn phương án hợp lý, tiết kiệm và hiệu quả nhất, hạn chế tối đa mua mới; thống kê danh mục tài sản cho các nội dung c, d)

- a. Bố trí trong số thiết bị máy móc hiện có của tổ chức chủ trì đề tài (nếu chưa đủ thì xây dựng phương án hoặc b, hoặc c, hoặc d, hoặc cả b,c,d)
- b. Điều chuyển thiết bị máy móc (nếu có)
- c. Thuê thiết bị máy móc
- d. Mua sắm mới thiết bị máy móc

**25.2. Đề xuất phương án xử lý tài sản trang bị và tài sản là kết quả của quá trình triển khai thực hiện đề tài** (tổ chức chủ trì đề xuất hình thức xử lý và đối tượng thụ hưởng)

.....

