

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 2”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Biên bản họp ngày 14 tháng 02 năm 2025 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu quy trình kỹ thuật về Tâm thần và công văn số 316/VSKTT-TH ngày 26/06/2025 của Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai gửi Cục QLKCB dự thảo quy trình kỹ thuật về Tâm thần đã được Chủ tịch Hội đồng nghiệm thu duyệt dự thảo;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 2”, gồm 64 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 2” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 07 năm 2026.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục QLKCB;
- Tổng hội Y học Việt Nam và các hội y khoa;
- Hội Tâm lý Trị liệu Việt Nam;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Trần Văn Thuấn



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN - TẬP 2

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT
ngày tháng năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội 2025

Chỉ đạo biên soạn, thẩm định

GS.TS. Trần Văn Thuần	Thứ trưởng Bộ Y tế
TS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)

Chủ biên

TS. Nguyễn Doãn Phương	Nguyên Viện trưởng Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai
TS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
PGS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	Viện trưởng Viện Sức khỏe Tâm thần-Bệnh viện Bạch Mai
TS. Trần Thị Hà An	Phó Viện trưởng Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai

Tham gia biên soạn, thẩm định

ThS. Nguyễn Kim Anh	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Trịnh Thị Vân Anh	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Đinh Gia Ban	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
TS. Vũ Thy Cẩm	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Ngô Thanh Chính	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
ThS. Đỗ Thùy Dung	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Lê Xuân Định	Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai
GS.TS. Cao Tiến Đức	Nguyên Chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần - Học viện Quân Y 103
BSCKII. Nguyễn Tuấn Đại	Phó Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Đặng Thị Hà	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
ThS. Nguyễn Thị Thanh Hà	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
TS. Lê Thị Thu Hà	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Trần Thị Thu Hà	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Việt Hà	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Văn Hải	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Phan Hữu Hào	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp -Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng
TS. Nguyễn Thị Mai Hiền	Phó Chủ tịch Hội Tâm lý trị liệu Việt Nam
TS. Phạm Thị Thu Hiền	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Vũ Văn Hoài	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Phạm Công Huân	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai

TS. Nguyễn Mạnh Hùng	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương
TS. Trịnh Thị Bích Huyền	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Mai Hương	Phó Trưởng khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương
TS. Trịnh Thanh Hương	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Thị Hường	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Trần Thị Hường	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
ThS. Ngô Tuấn Khiêm	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Nguyễn Đăng Khoa	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần TP.Hồ Chí Minh
TS. Nguyễn Trọng Khoa	Phó Cục trưởng QLKCB - Bộ Y tế
BSCKII. Vũ Thị Lan	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Phương Linh	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Thị Thu Linh	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Bùi Văn Lợi	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Nguyễn Đoàn Mạnh	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Thành Ngọc Minh	Trưởng khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương
BSCKII. Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Trần Nguyên Ngọc	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB - Bộ Y tế
ThS. Nguyễn Thị Nhanh	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Đỗ Thị Oanh	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
TS. Nguyễn Mạnh Phát	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
ThS. Nguyễn Văn Phi	Trưởng khoa Sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Đào Văn Quân	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
ThS. Nguyễn Minh Quyết	Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương
BSCKII. Bùi Văn San	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Trần Duy Tâm	Phó trưởng Bộ môn Tâm thần, Khoa Y, Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh
TS. Đặng Duy Thanh	Phó Giám đốc Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa
ĐDCKI. Hoàng Thị Thanh	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Lê Thị Phương Thảo	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai

TS. Nguyễn Hữu Thắng	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2
ThS. Lê Công Thiện	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Thị Hồng Thúy	Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương
BSCKII. Vương Đình Thủy	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Bùi Văn Toàn	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Nguyễn Ngọc Trang	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Lâm Tứ Trung	Phó Chủ tịch Hội Tâm lý trị liệu Việt Nam
BSCKII. Cao Thị Ánh Tuyết	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Đặng Thanh Tùng	Trưởng phòng Tổng hợp - Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh Viện Bạch Mai
BSCKII. Vũ Ngọc Úy	Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Hà Nội
BSCKII. Nguyễn Thị Vân	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1
BSCKII. Nguyễn Thị Ái Vân	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
ThS. Đặng Thị Hải Yến	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Nguyễn Hoàng Yến	Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai
Thư ký	
ThS. Đặng Thanh Tùng	Trưởng phòng Tổng hợp - Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh Viện Bạch Mai
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB
BS. Nguyễn Thị Dung	Chuyên viên Cục QLKCB
DS. Đỗ Thị Ngát	Chuyên viên phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ - Cục QLKCB - Bộ Y tế
CN. Đỗ Thị Thư	Cục QLKCB – Bộ Y tế

LỜI NÓI ĐẦU

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật là tài liệu chuyên môn hướng dẫn thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh trên lâm sàng, đồng thời là tài liệu để hỗ trợ công tác giảng dạy, đào tạo thực hiện kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được Bộ Y tế ban hành nhằm chuẩn hóa thực hiện quy trình kỹ thuật tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đây là công cụ để làm căn cứ đánh giá sự tuân thủ thực hiện kỹ thuật hoặc kiểm định lâm sàng, xác định rõ các hoạt động cần phải thực hiện, phân công rõ trách nhiệm, kiểm tra giám sát và bố trí hợp lý nguồn lực, giảm thiểu tối đa biến cố bất lợi.

Để chuẩn hóa quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh về tâm thần, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện làm đầu mối xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về tâm thần, gồm Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 và Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó Viện Sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai được giao làm đầu mối tổng hợp chung. Các bệnh viện được giao đã huy động và phân công các phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng để biên soạn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật; tổ chức họp hội đồng khoa học trong bệnh viện để nghiệm thu; thực hiện biên tập, hoàn thiện theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu do Bộ Y tế thành lập và chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật đều được các thành viên biên soạn rà soát hướng dẫn hiện có, tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài để cập nhật.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật với sự tham gia của đại diện một số vụ, cục chức năng của Bộ Y tế, các chuyên gia hàng đầu về tâm thần và tâm lý lâm sàng. Các thành viên chuyên môn đã làm việc với tinh thần trách nhiệm, đóng góp về thời gian, trí tuệ, kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 2 được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 nhưng không có trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh) đã được Hội đồng nghiệm thu với tổng số 64 quy trình kỹ thuật và được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.

Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp tích cực và hiệu quả của các chuyên gia về tâm thần và tâm lý lâm sàng, đặc biệt là tập thể lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn và nghiệm thu của Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai.

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh- Bộ Y Tế, 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

GS.TS. Trần Văn Thuận

THỨ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

NGUYÊN TẮC ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành; bao gồm các quy định về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị thực hiện kỹ thuật, đến các bước thực hiện theo trình tự từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật.
2. Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần – Tập 2 được xây dựng và ban hành cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 nhưng không có trong Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh. Tài liệu chuyên môn này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.
3. Quy định về thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực (chức danh chuyên môn nghề nghiệp, số lượng nhân lực), thuốc, thiết bị y tế... trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành dựa trên tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, căn cứ diễn biến lâm sàng, tình trạng người bệnh, điều kiện thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, việc triển khai kỹ thuật có thể cần huy động thêm nhân lực chuyên môn, bổ sung thuốc, thiết bị y tế..., tăng thời gian thực hiện kỹ thuật...
4. Chỉ sử dụng các thuốc, thiết bị y tế... được cấp phép lưu hành theo quy định hiện hành.
5. Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu thấy các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục QLKCB) về việc cập nhật để ban hành áp dụng trong cả nước.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	5
NGUYÊN TẮC ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT	6
DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT.....	9
PHỤ LỤC DANH MỤC KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN.....	11
1. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM LO ÂU Ở TRẺ EM (RCADS)	14
2. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM THANH THIẾU NIÊN (RADS).....	20
3. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (PCL-5)	25
4. TRẮC NGHIỆM NHẬN CẢM STRESS (PSS)	30
5. TRẮC NGHIỆM HÙNG CẢM ALTMAN (ASRM)	35
6. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN ẢM ẢNH CƯỜNG BỨC (Y-BOCS).....	40
7. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỠNG CỰC (MDQ)	47
8. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (PHQ-15)	52
9. TRẮC NGHIỆM LO ÂU NGƯỜI CAO TUỔI (GAS)	56
10. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG PHÂN LY (DES).....	61
11. ĐÁNH GIÁ HÀNH VI PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ EM BẰNG DBC-P	68
12. TRẮC NGHIỆM HÀNH VI CHÁN ĂN (ABOS)	77
13. TRẮC NGHIỆM THÁI ĐỘ ĂN UỐNG TRẺ EM (ChEAT)	82
14. TRẮC NGHIỆM NHẬN THỨC MONTREAL (MoCA).....	87
15. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ MẤT NGỦ (ISI)	91
16. TRẮC NGHIỆM GIÁC NGỦ CỦA TRẺ EM TAYSIDE (TCSQ).....	95
17. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ BUỒN NGỦ EPWORTH (ESS)	99
18. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG RƯỢU, THUỐC LÁ VÀ CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN (ASSIST)	103
19. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC LẠM DỤNG CHẤT TUỔI VỊ THÀNH NIÊN (DAST-A).....	110
20. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG CHẤT (DAST-10)	115
21. TRẮC NGHIỆM NGHIỆN INTERNET CỦA CHEN (CIAS)	119
22. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN INTERNET (IAT)	124
23. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LOẠN THẦN (PQ-16)	129
24. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH (ASRS).....	134
25. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC TỰ SÁT (ASQ).....	139
26. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ Ý TƯỞNG TỰ SÁT (SIDAS)	143
27. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ Ý TƯỞNG TỰ SÁT	147
28. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI (MSI-BPD)	156
29. TRẮC NGHIỆM TRIỆU CHỨNG NHÂN CÁCH RANH GIỚI (BSL-23) ...	160
30. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH NGƯỜI CAO TUỔI (GPS)	166

31. TRẮC NGHIỆM KINH NGHIỆM TÌNH DỤC ARIZONA (ASEX)	170
32. TRẮC NGHIỆM CHỨC NĂNG TÌNH DỤC PHỤ NỮ (FSFI).....	174
33. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG CƯỜNG DƯƠNG (IIEF).....	181
34. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ XUẤT TINH SỚM (PEDT).....	187
35. TRẮC NGHIỆM SỨC KHỎE TÌNH DỤC NAM GIỚI (SHIM).....	191
36. TRỊ LIỆU CAM KẾT CHẤP NHẬN	195
37. TRỊ LIỆU CẢM XÚC HÀNH VI HỢP LÝ	201
38. TRỊ LIỆU ĐỊNH TÂM.....	206
39. TRỊ LIỆU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ.....	210
40. TRỊ LIỆU GIÁO DỤC TÂM LÝ	215
41. TRỊ LIỆU LIÊN CÁ NHÂN	219
42. TRỊ LIỆU PHÒNG VẤN TẠO ĐỘNG LỰC	223
43. TRỊ LIỆU TĂNG NHẬN THỨC.....	228
44. TRỊ LIỆU HÀNH VI BIỆN CHỨNG	233
45. TRỊ LIỆU GIẢI MÃN CẢM CHUYỂN ĐỘNG MẮT VÀ TÁI XỬ LÝ THÔNG TIN.....	238
46. TRỊ LIỆU HỖ TRỢ.....	245
47. TRỊ LIỆU TĂNG CƯỜNG ĐỘNG LỰC	250
48. TRỊ LIỆU TIẾP XÚC GIẢI MÃN CẢM.....	256
49. TRỊ LIỆU TUÂN THỦ	261
50. TRỊ LIỆU TƯƠNG TÁC CÁ NHÂN VÀ NHỊP ĐIỆU XÃ HỘI	266
51. TRỊ LIỆU ĐỊNH HƯỚNG THÁU CẢM CÁ NHÂN	270
52. LIỆU PHÁP TRÒ CHƠI (DIXIT)	273
53. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG GIAO TIẾP VÀ TƯƠNG TÁC Ở TRẺ	278
54. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG CHƠI VÀ BẮT CHƯỚC Ở TRẺ	282
55. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC Ở TRẺ	286
56. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG ĐIỀU CHỈNH HÀNH VI Ở TRẺ	290
57. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG SỐNG Ở TRẺ	294
58. ĐÁNH GIÁ VÀ XÂY DỰNG KẾ HOẠCH CAN THIỆP CHO TRẺ.....	297
59. LIỆU PHÁP PHỤC HỒI KIẾN THỨC XÃ HỘI	300
60. LIỆU PHÁP QUẢN LÝ DỰA TRÊN GIA ĐÌNH	305
61. ĐIỆN NÃO ĐỒ ĐỊNH LƯỢNG.....	309
62. ĐO TỪ NÃO ĐỒ	312
63. PHẢN HỒI SINH HỌC	316
64. KÍCH THÍCH DÒNG ĐIỆN MỘT CHIỀU XUYÊN SỌ.....	320

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	Trắc nghiệm ám ảnh nghi thức yale-brown
MDQ	Mood Disorder Questionnaire	Trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực
PHQ-15	Patient Health Questionnaire Physical Symptoms -	Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể
RCADS	Revised Children's Anxiety and Depression Scale	Trắc nghiệm trầm cảm lo âu ở trẻ em
RADS	Reynolds Adolescent Depression Scale	Trắc nghiệm trầm cảm thanh thiếu niên
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5	Trắc nghiệm đánh giá rối loạn stress sau sang chấn
ASRM	Atman Self-Rating Scale – ASRM	Trắc nghiệm hưng cảm altman
GAS	Geriatric Anxiety Scale	Trắc nghiệm lo âu người cao tuổi
PSS	The Perceived Stress Scale	Trắc nghiệm nhận cảm stress
DES	Dissociative Experiences Scale	Trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly
TCSQ	Tayside Children's Sleep Questionnaire	Trắc nghiệm giấc ngủ của trẻ em tayside
ESS	Epworth Sleepiness Scale	Trắc nghiệm mức độ buồn ngủ epworth
ISI	Insomnia Severity Index	Trắc nghiệm mức độ mất ngủ
SIDAS	Suicidal Ideation Attributes Scale	Trắc nghiệm đánh giá ý tưởng tự sát
ASQ	Ages and Stages Questionnaires	Trắc nghiệm sàng lọc tự sát
MSSI	Modified Scale for Suicidal Ideation	Trắc nghiệm mức độ ý tưởng tự sát
MSI-BPD	McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder	Trắc nghiệm sàng lọc rối loạn nhân cách ranh giới
BSL-23	Borderline Symptom List – Short Version	Trắc nghiệm triệu chứng nhân cách ranh giới
GPS	Gerontological personality disorders scale	Trắc nghiệm nhân cách người cao tuổi

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
FSFI	Female Sexual Function Index	Trắc nghiệm chức năng tình dục phụ nữ
IIEF	International Index of Erectile Function	Trắc nghiệm đánh giá chức năng cương dương
ASEX	Arizona Sexual Experiences Scale	Trắc nghiệm kinh nghiệm tình dục arizona
PEDT	Premature Ejaculation Diagnostic Tool	Trắc nghiệm đánh giá xuất tinh sớm
SHIM	Sexual Health Inventory for Men	Trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test	Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng rượu, thuốc lá và các chất gây nghiện
DAST-A	Drug Abuse Screening Test for Adolescents	Trắc nghiệm sàng lọc lạm dụng chất tuối vị thành niên
DAST-10	Drug Abuse Screening Test	Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất
CIAS	Chinese Internet Addiction Scale	Trắc nghiệm nghiện internet của chen
IAT	Internet Addiction Test	Trắc nghiệm đánh giá mức độ nghiện internet
ABA	Applied Behavioral Analysis	Phân tích hành vi ứng dụng
TCD	Transcranial Doppler Ultrasound	Siêu âm doppler xuyên sọ

PHỤ LỤC
DANH MỤC KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN

STT trong QTKT (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Mã liên kết (cột 3)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư 23/2024/TT-BYT (cột 4)
1	5935		Trắc nghiệm trầm cảm lo âu ở trẻ em (RCADS)
2	5936		Trắc nghiệm trầm cảm thanh thiếu niên (RADS)
3	5940		Trắc nghiệm đánh giá rối loạn stress sau sang chấn (PCL-5)
4	5941		Trắc nghiệm nhận cảm stress (PSS)
5	5943		Trắc nghiệm hưng cảm Altman (ASRM)
6	5948		Trắc nghiệm rối loạn ám ảnh cưỡng bức (Y-BOCS)
7	5949		Trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực (MDQ)
8	5950		Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể (PHQ-15)
9	5952		Trắc nghiệm lo âu người cao tuổi (GAS)
10	5953		Trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly (DES)
11	5961		Đánh giá hành vi phát triển của trẻ em bằng DBC-P.
12	5962		Trắc nghiệm hành vi chán ăn (ABOS)
13	5963		Trắc nghiệm thái độ ăn uống trẻ em (ChEAT)
14	5967		Trắc nghiệm nhận thức Montreal (MoCA)
15	5981		Trắc nghiệm mức độ mất ngủ (ISI)
16	5982		Trắc nghiệm giấc ngủ của trẻ em Tayside (TCSQ)
17	5983		Trắc nghiệm mức độ buồn ngủ Epworth (ESS)
18	5990		Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng rượu, thuốc lá và các chất gây nghiện (ASSIST)
19	5991		Trắc nghiệm sàng lọc lạm dụng chất tuổi vị thành niên (DAST-A)
20	5992		Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất (DAST-10)
21	5993		Trắc nghiệm nghiện Internet của Chen (CIAS)
22	5994		Trắc nghiệm đánh giá mức độ nghiện Internet (IAT)
23	5996		Trắc nghiệm đánh giá loạn thần (PQ-16)

STT trong QTKT (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Mã liên kết (cột 3)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư 23/2024/TT-BYT (cột 4)
24	5998		Trắc nghiệm đánh giá tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành (ASRS)
25	5999		Trắc nghiệm sàng lọc tự sát (ASQ)
26	6000		Trắc nghiệm đánh giá ý tưởng tự sát (SIDAS)
27	6001		Trắc nghiệm mức độ ý tưởng tự sát (MMSI)
28	6002		Trắc nghiệm sàng lọc rối loạn nhân cách ranh giới (MSI-BPD)
29	6003		Trắc nghiệm triệu chứng nhân cách ranh giới (BLS-23)
30	6004		Trắc nghiệm nhân cách người cao tuổi (GPS)
31	6005		Trắc nghiệm kinh nghiệm tình dục Arizona (ASEX)
32	6006		Trắc nghiệm chức năng tình dục phụ nữ (FSFI)
33	6007		Trắc nghiệm đánh giá chức năng cương dương (IIEF)
34	6008		Trắc nghiệm đánh giá xuất tinh sớm (PEDT)
35	6009		Trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới (SHIM)
36	6021		Trị liệu cam kết chấp nhận
37	6022		Trị liệu cảm xúc hành vi hợp lý
38	6023		Trị liệu định tâm
39	6024		Trị liệu giải quyết vấn đề
40	6025		Trị liệu giáo dục tâm lý
41	6026		Trị liệu liên cá nhân
42	6027		Trị liệu phỏng vấn tạo động lực
43	6028		Trị liệu tăng nhận thức
44	6029		Trị liệu hành vi biện chứng
45	6030		Trị liệu giải mã cảm chuyển động mắt và tái xử lý thông tin
46	6031		Trị liệu hỗ trợ
47	6032		Trị liệu tăng cường động lực
48	6033		Trị liệu tiếp xúc giải mã cảm

STT trong QTKT (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Mã liên kết (cột 3)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư 23/2024/TT-BYT (cột 4)
49	6034		Trị liệu tuân thủ
50	6035		Trị liệu tương tác cá nhân và nhịp điệu xã hội
51	6036		Trị liệu định hướng thấu cảm cá nhân
52	6038		Liệu pháp trò chơi (Dixit)
53	6044		Phát triển kỹ năng giao tiếp và tương tác ở trẻ
54	6045		Phát triển kỹ năng chơi và bắt chước ở trẻ
55	6046		Phát triển kỹ năng vận động và cảm giác ở trẻ
56	6047		Phát triển kỹ năng điều chỉnh hành vi ở trẻ
57	6048		Phát triển kỹ năng sống ở trẻ
58	6049		Đánh giá và xây dựng kế hoạch can thiệp cho trẻ
59	6050		Liệu pháp phục hồi kiến thức xã hội
60	6051		Liệu pháp quản lý dựa trên gia đình
61	6055		Điện não đồ định lượng
62	6056		Đo từ não đồ
63	6059		Phản hồi sinh học (neurofeedback)
64	6060		Kích thích dòng điện 1 chiều xuyên sọ

1. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM LO ÂU Ở TRẺ EM (RCADS) **(Revised Children's Anxiety and Depression Scale - RCADS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm lo âu ở trẻ em- RCADS là một chuỗi 47 câu hỏi tự trả lời được xây dựng để đánh giá tần suất của những triệu chứng lo âu và trầm cảm ở trẻ em và thanh thiếu niên tuổi từ 6 đến 18.

RCADS gồm hai phiên bản tự đánh giá, phiên bản dành cho trẻ em và phiên bản dành cho cha mẹ/người chăm sóc. RCADS đánh giá 5 vấn đề của lo âu trẻ em là: lo âu chia cách, lo âu lan tỏa, rối loạn hoảng sợ, ám sợ xã hội và ám ảnh cưỡng bức; và vấn đề trầm cảm ở trẻ em.

RCADS tự đánh giá và phiên bản dành cho cha mẹ/người chăm sóc có thể được sử dụng để theo dõi các triệu chứng cũng như để cung cấp thêm thông tin để đánh giá các vấn đề cảm xúc ở trẻ. Công cụ này hữu ích trong việc nêu bật được các vấn đề cụ thể và chuyên biệt trong các vấn đề cảm xúc ở trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá lo âu và trầm cảm ở trẻ em và trẻ thanh thiếu niên.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành Trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm lo âu ở trẻ em (Revised Children Anxiety and Depression Scale - RCADS).
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Đây là bảng trắc nghiệm gồm 47 câu hỏi về cảm xúc, suy nghĩ, hành vi của trẻ, anh/chị hãy đọc kỹ và lựa chọn 1 trong 4 mức độ cho sẵn ở mỗi đề mục phù hợp với cảm nhận từ chính bản thân mình hoặc về con của mình trong vòng 1 hoặc 2 tuần trước thời điểm đánh giá, trong đó Mức độ 0: “Không bao giờ”, 1: “Thỉnh thoảng”, 2: “Thường xuyên”, 3: “Luôn luôn”.
- Hướng dẫn tương tự ở phiên bản trẻ em tự đánh giá.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi trắc nghiệm trầm cảm lo âu ở trẻ em (RCADS) - phần Phụ lục.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn theo 6 tiểu thang. Sự phân bổ các câu hỏi theo 6 tiểu thang như sau:

RCADS	Câu hỏi
Ám sợ xã hội	4,7,8,12,20,30,32,38,43
Rối loạn hoảng sợ	3,14,24,26,28,34,36,39,41
Lo âu chia sẻ	5,9,17,18,33,45,46

RCADS	Câu hỏi
Lo âu lan tỏa	1,13,22,27,35,37
Rối loạn ám ảnh nghi thức	10,16,23,31,42,44
Trầm cảm	2,6,11,15,19,21,25,29,40,47

- Sau khi tính tổng điểm từng tiểu mục đưa lên đối chiếu với Biểu đồ bảng kiểm để có điểm T.
- Tiến hành đánh giá mức độ các vấn đề hành vi của trẻ theo bảng tham chiếu mức độ trầm cảm lo âu trẻ em.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm lo âu ở trẻ em

RCADS	Bình thường ($\leq 59\%$)	Ranh giới (60% - 69%)	Bệnh lý ($\geq 70\%$)
Ám sợ xã hội			
Rối loạn hoảng sợ			
Trầm cảm			
Lo âu chia cách			
Lo âu lan tỏa			
Ám ảnh nghi thức			

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Esbjørn B.H., Sørhøvd M.J., Turnstedt C., et al. (2012). Assessing the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in a National Sample of Danish Youth Aged 8–16 Years. PLOS ONE, 7(5), e37339.

2. McKenzie K., Murray A., Freeston M., et al. (2019). Validation of the Revised Children's Anxiety and Depression Scales (RCADS) and RCADS short forms adapted for adults. *Journal of Affective Disorders*, 245, 200–204.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM LO ÂU Ở TRẺ EM (RCADS)

Vui lòng khoanh vào câu trả lời đúng với bạn nhất

Mức độ 0: Không bao giờ 1: thỉnh thoảng 2: Thường xuyên 3: Luôn luôn

STT	Câu hỏi	Mức độ
1	Tôi lo lắng về mọi thứ	0 1 2 3
2	Tôi cảm thấy buồn và trống rỗng	0 1 2 3
3	Khi tôi có một vấn đề, tôi có một cảm giác khó chịu trong dạ dày của tôi	0 1 2 3
4	Tôi lo lắng khi tôi nghĩ rằng tôi đã làm kém ở một cái gì đó	0 1 2 3
5	Tôi cảm thấy sợ phải ở nhà một mình	0 1 2 3
6	Tôi thấy không còn gì vui vẻ nữa	0 1 2 3
7	Tôi cảm thấy sợ hãi khi phải làm bài kiểm tra	0 1 2 3
8	Tôi cảm thấy lo lắng khi tôi nghĩ rằng ai đó đang tức giận với tôi	0 1 2 3
9	Tôi lo lắng về việc xa bố mẹ của tôi	0 1 2 3
10	Tôi bị sao nhãng bởi những suy nghĩ hoặc hình ảnh xấu hoặc ngớ ngẩn trong tâm trí của tôi	0 1 2 3
11	Tôi khó ngủ	0 1 2 3
12	Tôi lo lắng rằng tôi sẽ làm bài tập ở trường rất kém	0 1 2 3
13	Tôi lo lắng rằng điều gì đó khủng khiếp sẽ xảy ra với ai đó trong gia đình tôi	0 1 2 3
14	Tôi đột nhiên cảm thấy như thể tôi khó thở khi không có lý do gì cho việc này	0 1 2 3
15	Tôi có vấn đề với chế độ ăn của tôi	0 1 2 3
16	Tôi luôn phải kiểm tra xem tôi đã làm đúng chưa (như công tắc tắt chưa hoặc cửa đã khóa chưa)	0 1 2 3
17	Tôi cảm thấy sợ hãi nếu tôi phải ngủ một mình	0 1 2 3
18	Tôi gặp khó khăn khi đến trường vào buổi sáng vì tôi cảm thấy lo lắng hoặc sợ hãi	0 1 2 3
19	Tôi không có năng lượng làm việc gì	0 1 2 3
20	Tôi lo lắng tôi có thể trông thật ngu ngốc	0 1 2 3
21	Tôi mệt nhiều	0 1 2 3
22	Tôi lo lắng vì những điều tồi tệ có thể xảy ra với tôi.	0 1 2 3

STT	Câu hỏi	Mức độ			
23	Tôi dường như không thể loại bỏ những suy nghĩ xấu hay ngớ ngẩn ra khỏi đầu	0	1	2	3
24	Khi tôi gặp vấn đề, tim tôi đập rất nhanh	0	1	2	3
25	Tôi không thể suy nghĩ nhanh nhẹn	0	1	2	3
26	Tôi đột nhiên bị run khi không có lý do gì cho việc này	0	1	2	3
27	Tôi lo lắng rằng điều gì đó tồi tệ sẽ xảy ra với tôi	0	1	2	3
28	Khi tôi gặp vấn đề, tôi bị run rẩy	0	1	2	3
29	Tôi cảm thấy mình vô dụng	0	1	2	3
30	Tôi lo lắng về việc mắc sai lầm	0	1	2	3
31	Tôi phải nghĩ về những suy nghĩ đặc biệt (như số hoặc từ) để ngăn chặn những điều tồi tệ xảy ra	0	1	2	3
32	Tôi lo lắng những gì người khác nghĩ về tôi	0	1	2	3
33	Tôi sợ ở những nơi đông người (như trung tâm mua sắm, rạp chiếu phim, xe buýt, sân chơi đông đúc)	0	1	2	3
34	Đột nhiên tôi cảm thấy thực sự sợ hãi mà không có lý do gì cả	0	1	2	3
35	Tôi lo lắng về những gì sẽ xảy ra	0	1	2	3
36	Tôi đột nhiên bị chóng mặt hoặc ngất xỉu khi không có lý do gì cho việc này	0	1	2	3
37	Tôi nghĩ về cái chết	0	1	2	3
38	Tôi cảm thấy sợ nếu tôi phải nói trước lớp	0	1	2	3
39	Tim tôi đột nhiên đập quá nhanh mà không có lý do	0	1	2	3
40	Tôi cảm thấy như tôi không muốn di chuyển	0	1	2	3
41	Tôi lo lắng rằng tôi sẽ đột nhiên có cảm giác sợ hãi khi không có gì phải sợ	0	1	2	3
42	Tôi phải làm đi làm lại một số việc (như rửa tay, dọn dẹp hoặc sắp xếp mọi thứ theo thứ tự nhất định)	0	1	2	3
43	Tôi cảm thấy sợ rằng tôi sẽ tự biến mình thành kẻ ngốc trước mặt mọi người	0	1	2	3
44	Tôi phải làm một số điều đúng cách để ngăn chặn những điều tồi tệ xảy ra	0	1	2	3
45	Tôi lo lắng khi đi ngủ vào ban đêm	0	1	2	3
46	Tôi cảm thấy sợ hãi nếu tôi phải xa nhà qua đêm	0	1	2	3
47	Tôi cảm thấy bồn chồn	0	1	2	3

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

2. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM THANH THIẾU NIÊN (RADS) (Reynolds Adolescent Depression Scale-RADS)

1. ĐỊNH NGHĨA

Trắc nghiệm trầm cảm thanh thiếu niên (Reynolds Adolescent Depression Scale-RADS) được W. Reynold (Mỹ) xây dựng vào năm 1989, để đánh giá trạng thái trầm cảm ở thanh thiếu niên (10 – 20 tuổi) theo bốn thành phần: loạn khí sắc, cảm xúc tiêu cực/mất hứng thú, tự đánh giá tiêu cực và phàn nàn về cơ thể.

Là bảng tự đánh giá gồm 30 câu hỏi đánh giá về tình trạng, cảm giác của trẻ trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá trầm cảm ở thanh thiếu niên.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm trầm cảm thanh thiếu niên RADS.
- Bút viết.

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là 30 câu hỏi mô tả về trạng thái cảm xúc của cháu. Cháu hãy đọc từng mục và chọn ra mức độ đúng nhất của mình với những mục đó bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi trắc nghiệm **trầm cảm thanh thiếu niên (RADS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Quy ước: Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất).
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

RADS	Điểm đánh giá
Bình thường	0 – 30
Trầm cảm nhẹ	31– 40
Trầm cảm vừa	41 - 50
Trầm cảm nặng	≥ 51

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reynolds W.M. and Mazza J.J. (1998). Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. *Journal of School Psychology*, 36(3), 295–312.
2. Blomqvist I., Ekbäck E., Dennyhag I., et al. (2021). Validation of the Swedish version of the Reynolds Adolescent Depression Scale second edition (RADS-2) in a normative sample. *Nord J Psychiatry*, 75(4), 292–300.
3. Hyun M.-S., Nam K.-A., Kang H.S., et al. (2009). Reynolds Adolescent Depression Scale - Second Edition: initial validation of the Korean version. *J Adv Nurs*, 65(3), 642–651.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM THANH THIẾU NIÊN (RADS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là những biểu hiện tâm lý thường thấy. Hãy đọc kỹ từng câu, sau đó khoanh tròn vào một số thích hợp bên phải biểu thị đúng nhất trạng thái tâm lý của bạn.

STT	Những biểu hiện tâm lý	Hầu như không	Thỉnh thoảng	Phần lớn thời gian	Hầu hết hoặc tất cả thời gian
1.	Tôi cảm thấy hạnh phúc	3	2	1	0
2.	Tôi thấy lo lắng về chuyện học	0	1	2	3
3.	Tôi cảm thấy cô đơn	0	1	2	3
4.	Tôi cảm thấy cha mẹ không thích tôi	0	1	2	3
5.	Tôi thấy mình là người quan trọng	3	2	1	0
6.	Tôi muốn xa lánh, trốn tránh mọi người	0	1	2	3
7.	Tôi cảm thấy buồn chán	0	1	2	3
8.	Tôi cảm thấy muốn khóc	0	1	2	3
9.	Tôi có cảm giác chẳng ai quan tâm đến tôi	0	1	2	3
10.	Tôi thích cười đùa với mọi người	3	2	1	0
11.	Tôi có cảm giác cơ thể rệu rã, thiếu sinh lực	0	1	2	3
12.	Tôi có cảm giác mình được yêu quý	3	2	1	0
13.	Tôi cảm thấy mình giống như kẻ bỏ chạy	0	1	2	3
14.	Tôi cảm thấy mình đang tự làm khổ mình	0	1	2	3
15.	Tôi cảm thấy những người khác không thích tôi	0	1	2	3
16.	Tôi cảm thấy bức bối	0	1	2	3

STT	Những biểu hiện tâm lý	Hầu như không	Thỉnh thoảng	Phần lớn thời gian	Hầu hết hoặc tất cả thời gian
17.	Tôi cảm thấy cuộc sống bất công với tôi	0	1	2	3
18.	Tôi cảm thấy mệt mỏi	0	1	2	3
19.	Tôi cảm thấy mình là một kẻ tồi tệ	0	1	2	3
20.	Tôi cảm thấy mình là một kẻ vô tích sự	0	1	2	3
21.	Tôi thấy mình là một kẻ đáng thương	0	1	2	3
22.	Tôi thấy phát điên lên về mọi thứ	0	1	2	3
23.	Tôi thích trò chuyện với mọi người	3	2	1	0
24.	Tôi trần trọc khó ngủ (hoặc Tôi thấy mình ngủ nhiều)	0	1	2	3
25.	Tôi thích vui đùa	3	2	1	0
26.	Tôi cảm thấy lo lắng	0	1	2	3
27.	Tôi có cảm giác như bị đau dạ dày	0	1	2	3
28.	Tôi cảm thấy cuộc sống tẻ nhạt, vô vị	0	1	2	3
29.	Tôi ăn thấy ngon miệng	3	2	1	0
30.	Tôi cảm thấy thất vọng, không muốn làm gì cả	0	1	2	3

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

3. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN (PCL-5) (PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá rối loạn stress sau sang chấn người lớn (PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5) là bản tự báo cáo gồm 20 mục để đánh giá 20 triệu chứng của rối loạn stress sau sang chấn theo DSM-5. PCL-5 có nhiều mục đích khác nhau, bao gồm: theo dõi sự thay đổi triệu chứng trong và sau khi điều trị; sàng lọc các người bệnh rối loạn stress sau sang chấn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn stress sau sang chấn tâm lý ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá rối loạn stress sau sang chấn PCL-5
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Bảng trắc nghiệm dưới đây là 20 câu hỏi ở hàng dọc và 4 mức độ ở hàng ngang. Anh/chị hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của mình trong một tháng vừa qua.”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi trắc nghiệm PCL-5 (**Phần phụ lục**).
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng điểm thô của 20 câu trả lời theo sự lựa chọn của người bệnh.
- Tiến hành đánh giá mức độ rối loạn stress sau sang chấn bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ rối loạn stress sau sang chấn.

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn stress sau sang chấn

PCL5	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có sang chấn tâm lý	0 - 37	
Có nguy cơ có sang chấn tâm lý	38 - 44	
Có nguy cơ cao có sang chấn tâm lý	≥ 45	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. Psychol Assess. 2016;28(11):1379-1391. doi:10.1037/pas0000254
3. Ghazali SR, Chen YY. Reliability, concurrent validity, and cutoff score of PTSD Checklist (PCL-5) for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition among Malaysian adolescents. Traumatology. 2018;24(4):280-287. doi:10.1037/trm0000156
4. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489-498. doi:10.1002/jts.22059
5. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. Psychol Assess. 2016;28(11):1392-1403. doi:10.1037/pas0000260

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN STRESS
SAU SANG CHẤN (PCL-5)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 20 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn trong **một tháng vừa qua**.

STT	Trong tháng qua, bạn đã thấy phiền bao nhiêu vì:	Không khi nào	Một chút ít	Trung bình	Tương đối nhiều	Vô cùng nhiều
1	Những ký ức lặp lại, xáo trộn ào không mong muốn về quan chấn tâm lý	0	1	2	3	4
2	Những giấc mơ lặp đi lặp lại, gây xáo trộn về sang chấn tâm lý	0	1	2	3	4
3	Đột nhiên cảm thấy hoặc hành động như sang chấn tâm lý đang thực sự xảy ra một lần nữa (như thể bạn đang thực sự hồi tưởng lại nó)	0	1	2	3	4
4	Cảm thấy rất khó chịu khi điều gì đó gợi lại cho bạn về sang chấn tâm lý	0	1	2	3	4
5	Có phản ứng cơ thể mạnh khi có điều gì đó gợi lại cho bạn về sang chấn tâm lý (ví dụ: tim đập mạnh, khó thở, đổ mồ hôi)	0	1	2	3	4
6	Tránh những ký ức, suy nghĩ hoặc cảm giác liên quan đến sang chấn tâm lý	0	1	2	3	4
7	Tránh những lời nhắc nhở bên ngoài về sang chấn tâm lý (ví dụ: con người, địa điểm, cuộc trò chuyện, hoạt động, đồ vật hoặc tình huống)	0	1	2	3	4
8	Khó nhớ những phần quan trọng của sang chấn tâm lý	0	1	2	3	4
9	Có niềm tin tiêu cực mạnh mẽ về bản thân, người khác hoặc thế giới (ví dụ: có những	0	1	2	3	4

STT	Trong tháng qua, bạn đã thấy phiền bao nhiêu vì:	Không khi nào	Một chút ít	Trung bình	Tương đối nhiều	Vô cùng nhiều
	suy nghĩ như: tôi xấu, có điều gì đó không ổn với tôi, không ai có thể tin tưởng được, thế giới hoàn toàn nguy hiểm)					
10	Đổ lỗi cho bản thân bạn hoặc người khác về sang chấn tâm lý hoặc điều gì đã xảy ra sau đó	0	1	2	3	4
11	Có cảm giác tiêu cực mạnh mẽ như sợ hãi, kinh hoàng, tức giận, đổ lỗi hoặc xấu hổ	0	1	2	3	4
12	Mất hứng thú với các hoạt động mà bạn từng yêu thích	0	1	2	3	4
13	Cảm thấy xa cách hoặc cắt đứt với người khác	0	1	2	3	4
14	Gặp khó khăn khi trải nghiệm cảm xúc tích cực (ví dụ: không thể cảm thấy hạnh phúc hoặc có cảm xúc yêu thương với những người thân thiết với bạn)	0	1	2	3	4
15	Hành khi khó chịu, bộc phát tức giận hay hành động hung hăng	0	1	2	3	4
16	Chấp nhận quá nhiều rủi ro hoặc làm những điều có thể gây hại cho bản thân	0	1	2	3	4
17	Cảm thấy “rất cảnh giác” hay soi xét hoặc đề phòng xung quanh	0	1	2	3	4
18	Cảm thấy dễ giật mình	0	1	2	3	4
19	Khó khăn trong việc tập trung	0	1	2	3	4
20	Khó khăn khi đi vào giấc ngủ hoặc hay thức giấc	0	1	2	3	4

4. TRẮC NGHIỆM NHẬN CẢM STRESS (PSS) **(The Perceived Stress Scale- PSS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhận cảm Stress (PSS) là một công cụ đánh giá mức độ căng thẳng, ban đầu được phát triển năm 1983, hiện tại là một sự lựa chọn phổ biến giúp hiểu các tình huống khác nhau ảnh hưởng đến cảm nhận và sự nhận thức về Stress của mỗi cá nhân.

Các câu hỏi trong trắc nghiệm PSS hỏi về cảm xúc và suy nghĩ của người được đánh giá trong một tháng vừa qua. Trong mỗi trường hợp, người được đánh giá sẽ được yêu cầu cho biết mức độ thường xuyên họ cảm thấy hoặc suy nghĩ thấy theo một cách nhất định.

Trắc nghiệm nhận cảm Stress (PSS) ban đầu có 14 câu hỏi, tuy nhiên 4 câu hỏi trong đó có độ tin cậy kém, do đó trong thực hành lâm sàng, phiên bản PSS 10 câu hỏi được sử dụng rộng rãi hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các triệu chứng tự cảm nhận về stress cho người bệnh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá nhận cảm Stress (PSS)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Bảng này gồm 10 câu hỏi mô tả về những cảm nhận về căng thẳng mà anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu hỏi, anh/chị hãy khoanh tròn vào con số tương ứng mô tả chính xác nhất mức độ mà anh/chị cảm thấy phù hợp nhất”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm nhận cảm Stress (PSS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Tính điểm theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- Quy ước: Cách tính điểm như sau: cho “0” điểm nếu sự lựa chọn là “Không bao giờ”; cho “1” điểm nếu sự lựa chọn là “Hầu như không bao giờ”; cho “2” điểm nếu sự lựa chọn là “Thỉnh thoảng”; cho “3” điểm nếu sự lựa chọn là “Khá thường xuyên”; cho “4” điểm nếu sự lựa chọn là “Rất thường xuyên”. Cộng tổng số điểm cho 10 câu trả lời.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ nhận cảm Stress

Bảng tham chiếu mức độ nhận cảm Stress

PSS	Điểm đánh giá	Kết quả
Mức độ stress thấp	0 - 13	
Mức độ stress trung bình	14 – 26	
Mức độ stress nghiêm trọng	≥ 27	

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Barbosa-Leiker C, Kostick M, Lei M, et al. Measurement invariance of the perceived stress scale and latent mean differences across gender and time. *Stress Health J Int Soc Investig Stress*. 2013;29(3):253-260. doi:10.1002/smi.2463
3. Baik SH, Fox RS, Mills SD, et al. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *J Health Psychol*. 2019;24(5):628-639. doi:10.1177/1359105316684938
4. Liu X, Zhao Y, Li J, Dai J, Wang X, Wang S. Factor Structure of the 10-Item Perceived Stress Scale and Measurement Invariance Across Genders Among Chinese Adolescents. *Front Psychol*. 2020;11. Accessed February 11, 2022. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.00537>
5. Lu W, Bian Q, Wang W, Wu X, Wang Z, Zhao M. Chinese version of the Perceived Stress Scale-10: A psychometric study in Chinese university students. *PLOS ONE*. 2017;12(12):e0189543. doi:10.1371/journal.pone.0189543.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM NHẬN CẢM STRESS (PSS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 10 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn trong một tháng vừa qua.

STT	Câu hỏi	Mức độ				
		<i>Không bao giờ</i>	<i>Hầu như không bao giờ</i>	<i>Thỉnh thoảng</i>	<i>Khá thường xuyên</i>	<i>Rất thường xuyên</i>
1	Bạn có thường xuyên buồn phiền vì điều gì đó bất ngờ xảy ra không?	0	1	2	3	4
2	Bạn có thường cảm thấy mình không thể kiểm soát được những việc quan trọng trong cuộc sống của mình không?	0	1	2	3	4
3	Bạn có thường xuyên cảm thấy lo lắng và căng thẳng không?	0	1	2	3	4
4	Bạn cảm thấy tự tin về khả năng xử lý các vấn đề cá nhân của mình như thế nào?	4	3	2	1	0
5	Bạn cảm thấy mọi việc diễn ra theo ý mình ở mức nào?	4	3	2	1	0
6	Bạn có thấy rằng mình không thể đương đầu với tất cả những việc phải làm không?	0	1	2	3	4
7	Bạn có thường xuyên kiểm soát được những cơn cáu gắt trong cuộc sống của bạn không?	4	3	2	1	0
8	Bao lâu rồi bạn cảm thấy rằng mình đang ở trên đỉnh của mọi	4	3	2	1	0

STT	Câu hỏi	Mức độ				
		<i>Không bao giờ</i>	<i>Hầu như không bao giờ</i>	<i>Thỉnh thoảng</i>	<i>Khá thường xuyên</i>	<i>Rất thường xuyên</i>
	thứ?					
9	Bạn có thường tức giận vì những việc xảy ra ngoài tầm kiểm soát của mình không?	0	1	2	3	4
10	Bạn có thường cảm thấy khó khăn chồng chất đến mức không thể vượt qua được?	0	1	2	3	4

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

5. TRẮC NGHIỆM HUNG CẢM ALTMAN (ASRM) (Altman Self-Rating Mania Scale- ASRM)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá hưng cảm Altman (Altman Self-Rating Scale – ASRM) được phát triển bởi tác giả Edward Altman và nhóm nghiên cứu năm 1997 là một bộ câu hỏi toàn diện được thiết kế để đánh giá sự hiện diện và/hoặc mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng hưng cảm.

ASRM gồm 5 mục đánh giá tâm trạng, sự tự tin, giấc ngủ, lời nói và mức độ hoạt động trong một tuần tính đến thời điểm đánh giá. Các tiêu chí của ASRM đáp ứng với các tiêu chuẩn của DSM-IV, tương quan đáng kể với Thang đánh giá hưng cảm YMRS nên có thể sử dụng cho cả mục đích lâm sàng và nghiên cứu.

ASRM có hai cách đánh giá: tự đánh giá dành cho người lớn; và dành cho cha/mẹ/người chăm sóc đánh giá cho trẻ từ 6 đến 17 tuổi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn hưng cảm ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá hưng Altman (ASRM)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số đề mục mô tả về tâm trạng và cảm xúc. Anh/chị hãy đọc từng câu phát biểu ở mỗi mục và khoanh tròn vào con số tương ứng với câu phát biểu phù hợp với biểu hiện của anh/chị trong vòng một tuần qua”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm hưng cảm Altman (ASRM) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- Trường hợp người bệnh là trẻ từ 6 đến 17 tuổi, người đánh giá là cha/mẹ/người chăm sóc trẻ. Cách tiến hành giống như với phiên bản người lớn.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự thực hiện được thì Cán bộ thực hiện Trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Cộng điểm các câu trả lời của người bệnh.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ hưng cảm

Bảng tham chiếu mức độ hưng cảm

ASRM	Điểm đánh giá	Kết quả
Không nghi ngờ có hưng cảm	0 - 5	
Nghi ngờ có hưng cảm bệnh lý	≥ 6	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. The Altman Self-Rating Mania Scale. Society of Biological Psychiatry 1997; 42: 948-955.
2. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. Society of Biological Psychiatry. 2001 Sep 15;50(6):468-71. PMID 11566165

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM HUNG CẢM ALTMAN (ASRM)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu phát biểu mô tả tâm trạng và hành vi. Ở mỗi mục, anh/chị hãy lựa chọn một câu phát biểu mô tả gần giống nhất tình trạng của anh/chị trong vòng một tuần trở lại đây. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà anh/chị chọn.

Câu 1

- 0 Tôi không cảm thấy hạnh phúc hoặc vui vẻ, phần khởi hơn bình thường.
- 1 Thỉnh thoảng tôi cảm thấy hạnh phúc hoặc vui vẻ, phần khởi hơn bình thường.
- 2 Tôi thường xuyên cảm thấy hạnh phúc hoặc vui vẻ, phần khởi hơn bình thường.
- 3 Phần lớn thời gian tôi cảm thấy hạnh phúc hoặc vui vẻ, phần khởi hơn bình thường.
- 4 Toàn bộ thời gian tôi đều cảm thấy hạnh phúc hoặc vui vẻ, phần khởi hơn bình thường.

Câu 2

- 0 Tôi không cảm thấy tự tin hơn bình thường.
- 1 Thỉnh thoảng tôi cảm thấy tự tin hơn bình thường.
- 2 Tôi thường xuyên cảm thấy tự tin hơn bình thường.
- 3 Phần lớn thời gian tôi cảm thấy tự tin hơn bình thường.
- 4 Toàn bộ thời gian tôi đều cảm thấy vô cùng tự tin.

Câu 3

- 0 Nhu cầu ngủ của tôi không ít hơn bình thường.
- 1 Thỉnh thoảng, nhu cầu ngủ của tôi ít hơn bình thường.
- 2 Nhu cầu ngủ của tôi thường xuyên ít hơn bình thường.
- 3 Phần lớn thời gian nhu cầu ngủ của tôi ít hơn bình thường.
- 4 Tôi có thể hoạt động cả ngày và cả đêm mà không cần ngủ và vẫn không cảm thấy mệt.

Câu 4

- 0 Tôi không nói nhiều hơn bình thường.
- 1 Thỉnh thoảng tôi nói nhiều hơn bình thường.
- 2 Tôi thường xuyên nói nhiều hơn bình thường.
- 3 Phần lớn thời gian tôi nói nhiều hơn bình thường.
- 4 Tôi nói liên tục và không thể bị (người khác) ngắt lời.

Câu 5

- 0 Tôi không hoạt động (gồm xã hội, tình dục, ở nơi làm việc, ở nhà hoặc ở trường) nhiều hơn bình thường.
- 1 Thỉnh thoảng tôi hoạt động nhiều hơn bình thường.
- 2 Tôi thường xuyên hoạt động nhiều hơn bình thường.
- 3 Phần lớn thời gian tôi hoạt động nhiều hơn bình thường.
- 4 Toàn bộ thời gian tôi liên tục hoạt động nhiều hơn hoặc không ngừng nghỉ.

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

6. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG BỨC (Y-BOCS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm rối loạn ám ảnh cưỡng bức (Y-BOCS) (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, và cộng sự, 1989) được công nhận là thước đo tiêu chuẩn vàng về mức độ nghiêm trọng của triệu chứng rối loạn ám ảnh nghi thức (OCD). Nỗi ám ảnh là những ý tưởng, hình ảnh hoặc sự thúc giục không mong muốn xâm nhập vào suy nghĩ chống lại mong muốn của bạn. Chúng thường liên quan đến các chủ đề về tổn hại, rủi ro và nguy hiểm. Những nỗi ám ảnh phổ biến là lo sợ quá mức về sự mất vệ sinh; thường xuyên nghi ngờ về mối nguy hiểm, mối quan tâm cao độ với trật tự, đối xứng hoặc chính xác; sợ mất những thứ quan trọng.

Trắc nghiệm rối loạn ám ảnh cưỡng bức (Y-BOCS) là trắc nghiệm gồm 10 mục được thiết kế để đo lường mức độ nghiêm trọng và các loại triệu chứng ở những người mắc chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) trong vòng một tuần qua. Các triệu chứng được đánh giá là nỗi ám ảnh và sự ép buộc. Trắc nghiệm này hữu ích trong việc theo dõi các triệu chứng OCD khi tiếp nhận và trong/sau khi điều trị. Cán bộ tiến hành phỏng vấn người bệnh dựa trên bảng câu hỏi hoặc người bệnh tự đánh giá theo bảng hỏi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn ám ảnh cưỡng bức
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm rối loạn ám ảnh cưỡng bức (Y-BOC)
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu phỏng vấn:** “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị một số câu hỏi về suy nghĩ và sự thôi thúc hành vi của mình trong vòng 1 tuần trở lại đây”.
- Trong quá trình phỏng vấn, cán bộ thực hiện cần lắng nghe câu trả lời, quan sát thái độ, biểu hiện để đánh giá; hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.
- **Câu hướng dẫn:** “Trong bảng có 10 mục, anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với mức độ hiện tại của mình trong khoảng 1 tuần trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ đã chọn. Trong đó, 0 là Không có, 1 là 0-1 giờ/ngày, 2 là 1-3 giờ/ngày, 3 là 3-8 giờ/ngày, 4 là hơn 8 giờ/ngày”.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Tiến hành đánh giá mức độ ám ảnh cưỡng bức

Bảng tham chiếu mức độ ám ảnh cưỡng bức

Y-BOCS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có ám ảnh cưỡng bức	0 – 7	
Ám ảnh nghi thức mức độ nhẹ	8 – 15	
Ám ảnh nghi thức mức độ vừa	16 – 23	
Ám ảnh nghi thức mức độ nặng	24 – 31	
Ám ảnh nghi thức mức độ trầm trọng	≥ 32	

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Lưu kết quả trắc nghiệm vào sổ, máy tính theo dõi thực hiện.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...):
- Ngừng thực hiện trắc nghiệm.
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi người bệnh có những biểu hiện trên.
- Thông báo tình trạng của người bệnh với người nhà người bệnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
2. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, Use, and Reliability. Archives of General Psychiatry, 46(11), 1006-1011.
3. Storch, E. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Development And Psychometric Evaluation Of The Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale—Second Edition. Psychological Assessment, 22(2), 223–232

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN ÁM ẢNH CƯỜNG BỨC (Y-BOCS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Nỗi ám ảnh là những ý tưởng, hình ảnh hoặc sự thúc giục không mong muốn xâm nhập vào suy nghĩ chống lại mong muốn của bạn. Chúng thường liên quan đến các chủ đề về tổn hại, rủi ro và nguy hiểm. Những nỗi ám ảnh phổ biến là lo sợ quá mức về sự mất vệ sinh; thường xuyên nghi ngờ về mối nguy hiểm, mối quan tâm cao độ với trật tự, đối xứng hoặc chính xác; sợ mất những thứ quan trọng. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây bằng cách khoanh tròn vào số thích hợp.

Câu hỏi từ 1 đến 5 là về suy nghĩ ám ảnh của bạn

1. THỜI GIAN BỊ CHIẾM BỞI SUY NGHĨ ÁM ẢNH

Bao nhiêu thời gian của bạn bị chiếm bởi những suy nghĩ ám ảnh?

0 = Không

1 = Ít hơn 1 giờ/ngày hoặc thỉnh thoảng xảy ra

2 = 1 đến 3 giờ/ngày hoặc thường xuyên

3 = Lớn hơn 3 và lên đến 8 giờ/ngày hoặc xảy ra rất thường xuyên

4 = Hơn 8 giờ/ ngày hoặc xảy ra gần như liên tục

2. ẢNH HƯỞNG DO SUY NGHĨ ÁM ẢNH

Những suy nghĩ ám ảnh của bạn ảnh hưởng đến công việc, học tập, giao tiếp ... như thế nào? Có việc gì không làm vì những suy nghĩ ám ảnh không?

0 = Không có

1 = Ảnh hưởng một chút vào các hoạt động xã hội hoặc các hoạt động khác, nhưng tổng quan hầu như không bị suy giảm

2 = Gây ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp, nhưng vẫn có thể kiểm soát được

3 = Gây ra suy giảm đáng kể trong hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp

4 = Mất khả năng

3. PHIỀN MUỘN LIÊN QUAN ĐẾN SUY NGHĨ ÁM ẢNH

Những suy nghĩ ám ảnh gây ra cho bạn bao nhiêu phiền muộn?

0 = Không có

1 = Làm phiền nhưng vẫn có thể kiểm soát được

3= Rất đáng lo ngại

4= Gần như phiền muộn liên tục

4. CHỐNG LẠI Ý NGHĨ ÁM ẢNH

Bạn đã nỗ lực bao nhiêu để chống lại những ý nghĩa ám ảnh? Bạn có thường cố gắng bỏ qua hoặc chuyển sự chú ý khỏi những suy nghĩ này khi chúng xâm nhập vào tâm trí bạn?

0 = Cố gắng chống lại mọi lúc

1 = Cố gắng chống lại hầu hết thời gian

2 = Thực hiện một số nỗ lực để chống lại

3= Hầu như không cố gắng kiểm soát chúng, nhưng đôi khi miễn cưỡng

4= Hoàn toàn và sẵn sàng sống chung với mọi suy nghĩ ám ảnh

5. MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT SUY NGHĨ ÁM ẢNH

Bạn có khả năng kiểm soát những suy nghĩ ám ảnh của mình tốt không? Bạn thành công đến mức nào trong việc ngăn chặn hoặc chuyển hướng suy nghĩ ám ảnh của mình? Bạn có thể loại bỏ chúng không?

0 = Kiểm soát hoàn toàn

1 = Thường có thể ngăn chặn, chuyển hướng những ám ảnh với sự nỗ lực, tập trung

2 = Đôi khi có thể ngăn chặn hoặc chuyển hướng những ám ảnh

3= Hiếm khi thành công trong việc ngăn chặn hoặc loại bỏ những ám ảnh, chỉ có thể chuyển hướng sự chú ý một cách khó khăn

4= Những ám ảnh là hoàn toàn không tự nguyện, hiếm khi có thể thay đổi ngay lập tức suy nghĩ ám ảnh

Một số câu hỏi tiếp theo là về các hành vi cưỡng chế của bạn.

Cưỡng chế là sự thúc giục người ta phải làm điều gì đó để giảm bớt cảm giác lo lắng hoặc khó chịu khác. Thường thì họ thực hiện những hành vi lặp đi lặp lại, có mục đích, có chủ đích được gọi là nghi thức. Bình thường hành vi này có vẻ phù hợp nhưng nó sẽ trở thành một nghi thức khi được thực hiện quá mức. Rửa, kiểm tra, lặp lại, nắn, tích trữ và nhiều hành vi khác có thể là nghi thức. Một số nghi thức mang tính chất tinh thần. Ví dụ: suy nghĩ hoặc nói đi nói lại những điều trong hơi thở của bạn.

6. THỜI GIAN THỰC HIỆN CÁC HÀNH VI CƯỖNG CHẾ

Bạn dành bao nhiêu thời gian để thực hiện các hành vi cưỡng chế? Mất bao lâu so với hầu hết mọi người để hoàn thành các hoạt động thường ngày do các nghi thức của bạn? Mức độ thường xuyên thực hiện các nghi thức của bạn như thế nào?

0 = Không có

1 = Ít hơn 1 giờ/ngày hoặc thỉnh thoảng thực hiện các hành vi cưỡng chế

2 = Từ 1 đến 3 giờ/ngày, hoặc thường xuyên thực hiện các hành vi cưỡng chế

- 3 = Hơn 3 đến 8 giờ/ngày, hoặc rất thường xuyên thực hiện các hành vi cưỡng chế
- 4 = Hơn 8 giờ / ngày hoặc gần như liên tục thực hiện các hành vi cưỡng chế (quá nhiều để đếm)

7. ẢNH HƯỞNG TỪ CÁC HÀNH VI CƯỖNG CHẾ

Mức độ ảnh hưởng của các hành vi cưỡng chế đối với công việc, học tập, xã hội hay các vai trò quan trọng khác của bạn? Có việc gì mà bạn không làm được vì sự cưỡng chế đó buộc không?

- 0 = Không có
- 1 = Hơi ảnh hưởng tới các hoạt động, nhưng nhìn chung không bị suy giảm
- 2 = Gây ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả các hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp, nhưng vẫn có thể kiểm soát được
- 3 = Gây ra sự suy giảm đáng kể trong hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp
- 4 = Mất khả năng

8. PHIÊN MUỘN LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI CƯỖNG CHẾ

Bạn sẽ cảm thấy thế nào nếu bị ngăn cản thực hiện hành vi cưỡng chế? Bạn sẽ trở nên lo lắng như thế nào?

- 0 = Không có
- 1 = Chỉ hơi lo lắng nếu các hành vi cưỡng chế bị ngăn cản
- 2 = Lo lắng tăng lên nhưng vẫn có thể kiểm soát nếu hành vi cưỡng chế bị ngăn cản
- 3 = Sự gia tăng lo lắng rõ rệt và rất đáng lo ngại nếu hành vi cưỡng chế bị gián đoạn
- 4 = Không lo lắng trước bất kỳ sự can thiệp nào nhằm mục đích thay đổi hoạt động

9. CHỐNG LẠI HÀNH VI CƯỖNG CHẾ

Bạn đã nỗ lực như thế nào để chống lại sự cưỡng chế?

- 0 = Luôn cố gắng chống lại
- 1 = Cố gắng chống lại trong hầu hết thời gian
- 2 = Thực hiện một số nỗ lực để chống lại
- 3 = Nhượng bộ hầu hết các cưỡng chế mà không cố gắng kiểm soát chúng, nhưng đôi khi vẫn miễn cưỡng kiểm soát
- 4 = Hoàn toàn và sẵn sàng nhượng bộ mọi sự cưỡng chế

10. MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT CỦA HÀNH VI CƯỖNG CHẾ

Sự thôi thúc thực hiện hành vi cưỡng chế mạnh đến mức nào? Mức độ kiểm soát đối với các cưỡng chế của bạn như thế nào?

- 0 = Kiểm soát hoàn toàn
- 1 = Áp lực để thực hiện hành vi nhưng thường có thể tự kiểm soát nó
- 2 = Áp lực mạnh mẽ để thực hiện hành vi, khó để kiểm soát nó

- 3 = Sự thôi thúc rất mạnh để thực hiện hành vi, phải được thực hiện để hoàn thành, chỉ có thể trì hoãn một cách khó khăn
- 4 = Thôi thúc thực hiện hành vi là hoàn toàn không tự nguyện và quá sức, hiếm khi có thể trì hoãn hoạt động trong giây lát.

7. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC (MDQ) (Mood Disorder Questionnaire)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực (MDQ) được Hirschfeld và cộng sự (2000) xây dựng để giải quyết nhu cầu sàng lọc chính xác những người mắc rối loạn phổ lưỡng cực. Việc xác định chính xác rối loạn cảm xúc lưỡng cực (BD) là vấn đề đáng quan tâm vì nó thường không được phát hiện hoặc chẩn đoán không chính xác, dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị thích hợp bị chậm trễ. Các mục trong trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực MDQ được lấy từ các tiêu chí DSM-IV và kinh nghiệm làm bác sĩ lâm sàng.

Trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực (MDQ) là bộ câu hỏi tự báo cáo, không được sử dụng cho mục đích chẩn đoán, chỉ như một công cụ sàng lọc.

Trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực MDQ bao gồm 3 lĩnh vực. Lĩnh vực đầu tiên có 13 câu hỏi kiểm tra các triệu chứng hưng cảm. Lĩnh vực thứ hai và thứ ba hỏi xem liệu các triệu chứng được xác định có đồng thời xảy ra hay không và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực (MDQ)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Đây là bảng trắc nghiệm bao gồm có tất cả 15 câu hỏi được chia thành 3 mục chính được in đậm, anh/chị hãy lần lượt đọc từng câu. Với 2 mục đầu tiên, anh/chị đọc từng câu, nếu thấy câu đó đúng, hãy đánh dấu vào ô “Có” hoặc nếu thấy câu đó sai, hay đánh dấu vào ô “Không” theo tình trạng của mình. Với mục thứ 3, anh/chị hãy khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ phù hợp, khoanh tròn vào số 0 nếu mức độ là Không có, số 1 nếu mức độ Một chút ít, số 2 nếu mức độ Trung bình, số 3 nếu mức độ Trầm trọng”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm rối loạn cảm xúc lưỡng cực (MDQ) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu theo quy ước đủ 3 điều kiện:
 - + Các câu từ 1.1 đến 1.13 có 7/13 câu trả lời có
 - + Câu 2 trả lời “Có”

- + Câu 3 trả lời mức “2” trở lên.
- Tiến hành đánh giá mức độ

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn cảm xúc lưỡng cực

MDQ	Phần 1	Phần 2	Phần 3	Tổng
Mức đánh giá	≥ 7	“Có”	Mức “3” hoặc “4”	3
Không có rối loạn				
Có rối loạn				

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện Trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Takwoingi Y., Riley R.D., and Deeks J.J. (2015). Meta-analysis of diagnostic accuracy studies in mental health. Evid Based Ment Health, 18(4), 103–109.
2. Rm H., Jb W., Rl S., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. The American journal of psychiatry, 157(11).
3. Wagner K.D., Hirschfeld R.M.A., Emslie G.J., et al. (2006). Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. J Clin Psychiatry, 67(5), 827–830.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC (MDQ)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn trong **một đến hai tuần qua**.

Stt	Câu hỏi	Có	Không
1	Có phải có những giai đoạn mà bạn không phải là chính bạn và...		
1.1	Bạn thấy tốt hoặc quá hưng phấn đến mức người khác nghĩ bạn không bình thường (hoặc bạn thái quá và trở nên lo âu buồn phiền)?		
1.2	Bạn quá cáu kỉnh đến mức quát tháo mọi người và bắt đầu những cuộc tranh luận, cãi vã?		
1.3	Bạn thấy quá tin tưởng vào bản thân hơn bình thường?		
1.4	Bạn ngủ ít hơn bình thường và nhận thấy không có nhu cầu ngủ?		
1.5	Bạn nói nhiều hơn hay nhanh hơn bình thường?		
1.6	Những suy nghĩ trong đầu bạn quá nhanh hoặc bạn không thể làm chậm lại được?		
1.7	Bạn thấy dễ bị phân tâm bởi mọi thứ xung quanh khiến bạn khó tập trung?		
1.8	Bạn có nhiều năng lượng hơn bình thường?		
1.9	Bạn hoạt động nhiều hơn hay làm việc nhiều hơn bình thường?		
1.10	Bạn thích được giao du hay ra ngoài chơi hơn bình thường (như gọi điện cho bạn bè lúc nửa đêm)?		
1.11	Bạn hứng thú với tình dục hơn bình thường?		
1.12	Bạn làm nhiều việc không bình thường cho bản thân và làm cho người khác có ý nghĩ rằng bạn thái quá, điên rồ, liều lĩnh?		
1.13	Tiền đề chi tiêu cho bạn hay gia đình gặp khó khăn?		

2	Nếu bạn chọn “CÓ” từ 2 câu ở trên trở lên, có phải các vấn đề đó xảy ra cùng trong cùng một giai đoạn không?		
3	Các vấn đề này nghiêm trọng ở mức độ nào đối với bạn? (như khả năng làm việc, các vấn đề rắc rối về gia đình, tiền bạc hay pháp luật, hay vướng vào các cuộc tranh luận hoặc ẩu đả?)	1. Không vấn đề. 2. Một chút ít 3. Trung bình 4. Trầm trọng	

8. TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (PHQ-15) (Patient Health Questionnaire Physical Symptoms -PHQ-15)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể (PHQ-15) là một bảng hỏi để phát hiện những người bệnh ở cơ sở chăm sóc ban đầu có nguy cơ bị rối loạn dạng cơ thể. Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể (PHQ-15) có độ nhạy 78% và độ đặc hiệu là 71% để chẩn đoán rối loạn dạng cơ thể theo DSM-IV.

Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể (PHQ -15) bao gồm 15 triệu chứng chiếm hơn 90% trong số các triệu chứng cơ thể được báo cáo, không bao gồm các triệu chứng hô hấp. Trong đó có 13 câu hỏi liên quan đến các triệu chứng cơ thể, hai triệu chứng- cảm thấy mệt mỏi hoặc ít năng lượng và khó ngủ - cũng liên quan đến trầm cảm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn dạng cơ thể ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm Rối loạn dạng cơ thể (PHQ-15)
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Đây là bảng trắc nghiệm gồm hàng dọc là 15 câu hỏi về các triệu chứng cơ thể, hàng ngang là 3 mức độ. Anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách đánh dấu “X” vào ô trống tương ứng với mức độ sát nhất với bản thân ở mỗi câu ở hàng dọc trong khoảng thời gian 1 tuần trở lại đây, trong đó có 3 mức độ Không ảnh hưởng, Ảnh hưởng ít, Ảnh hưởng nhiều”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể (PHQ-15) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Mỗi mục trên PHQ-15 được đánh giá trên thang điểm 3 (0 = không ảnh hưởng; 1 = ảnh hưởng ít; 2 = ảnh hưởng nhiều).
- Đối chiếu bảng đánh giá mức độ rối loạn dạng cơ thể

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn dạng cơ thể

PHQ15	Điểm đánh giá	Kết quả
Mức độ nghiêm trọng tối thiểu	0 - 4	
Mức độ nghiêm trọng thấp	5 – 9	
Mức độ nghiêm trọng trung bình	10 – 14	
Mức độ nghiêm trọng cao	≥ 15	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition: DSM-4. 5th edition. American Psychiatric Publishing; 2000.
2. Toussaint A, Kroenke K, Baye F, Lourens S. Comparing the Patient Health Questionnaire - 15 and the Somatic Symptom Scale - 8 as measures of somatic symptom burden. J Psychosom Res. 2017;101:44-50. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.08.002.
3. Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. BMC Psychiatry. 2013;13(1):91. doi:10.1186/1471-244X-13-91.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosom Med. 2002; 64(2): 258-266. doi:10.1097/00006842-200203000-00008.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ (PHQ-15)

Bảng này gồm 15 câu hỏi về các triệu chứng cơ thể. Trả lời câu hỏi bằng cách đánh dấu “X” vào ô trống tương ứng với mức độ sát nhất với bản thân bạn ở mỗi câu trong khoảng thời gian 1 tuần trở lại đây

Trong 7 ngày qua, các triệu chứng sau đã làm phiền bạn ở mức độ như thế nào?

Stt	Câu hỏi	Mức độ		
		Không ảnh hưởng	Ảnh hưởng ít	Ảnh hưởng nhiều
1	Đau dạ dày			
2	Đau lưng			
3	Đau ở cánh tay, chân hoặc khớp của bạn (đầu gối, hông...)			
4	Đau bụng kinh hoặc các vấn đề khác về kinh nguyệt (chỉ PHỤ NỮ)			
5	Đau đầu			
6	Đau ngực			
7	Chóng mặt			
8	Ngất xỉu			
9	Cảm thấy tim bạn đập mạnh, hồi hộp trống ngực			
10	Hụt hơi			
11	Đau hoặc các vấn đề khi quan hệ tình dục			
12	Táo bón, đi tiêu lỏng hoặc tiêu chảy			
13	Buồn nôn, đầy hơi hoặc khó tiêu			
14	Cảm thấy mệt mỏi hoặc ít năng lượng			
15	Khó ngủ			

Đừng bỏ sót mục nào!

9. TRẮC NGHIỆM LO ÂU NGƯỜI CAO TUỔI (GAS) (Geriatric Anxiety Scale- GAS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm lo âu người cao tuổi (Geriatric Anxiety Scale – GAS) được Daniel L. Segal, Ph.D., và cộng sự nghiên cứu và công bố lần đầu năm 2010, phiên bản 2.0 được đưa ra năm 2013 với mục đích sàng lọc tại cộng đồng về các triệu chứng lo lắng và căng thẳng cho đối tượng người cao tuổi.

GAS là thang tự đánh giá các triệu chứng lo lắng, căng thẳng của người cao tuổi bao gồm bộ ba các vấn đề lo âu: về triệu chứng cơ thể, về nhận thức và về cảm xúc. Các câu hỏi trong GAS đáp ứng đầy đủ các triệu chứng rối loạn lo âu theo DSM-IV.

GAS không những đánh giá bộ ba các vấn đề lo âu ở người cao tuổi mà còn đưa ra mức độ lo âu chung. Thời gian đánh giá trong khoảng một tuần tính đến thời điểm đánh giá với ba mức độ lựa chọn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn lo âu ở người cao tuổi.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu người cao tuổi (GAS)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Bảng này gồm 30 câu hỏi mô tả một số vấn đề về triệu chứng cơ thể, nhận thức cũng như cảm xúc thường gặp phải ở người cao tuổi. Ông/bà hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà ông/bà cảm thấy phù hợp nhất với bản thân mình trong một tuần qua, trong đó “0” là “Không có”; “1” là “Thỉnh thoảng”; “2” là “Phần lớn thời gian” và “3” là “Hầu hết thời gian”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm lo âu người cao tuổi GAS - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** chỉ tính điểm 25 câu đầu tiên. Cộng điểm người bệnh lựa chọn theo 3 tiểu thang dựa mã quy ước sau: S là Lo âu – Cơ thể; A là Lo âu – Cảm xúc và C là Lo âu – Nhận thức.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ lo âu người cao tuổi

Bảng tham chiếu mức độ lo âu người cao tuổi

GAS	Điểm tổng		Lo âu – Cơ thể		Lo âu – Cảm xúc		Lo âu – Nhận thức	
	Mức độ	Kết quả	Mức độ	Kết quả	Mức độ	Kết quả	Mức độ	Kết quả
Không có	0-11		0-5		0-3		0-2	
Nhẹ	12-21		6-9		4-6		3-6	
Vừa	22-27		10-12		7-8		7-8	
Nặng	28-54		13-27		9-24		9-24	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Daniel L. Segal, Katie L. Granier, Marissa A. Pifer & Lisa E. Stone (2019). Geriatric Anxiety Scale. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging, pp1-7.
2. Michela Balsamo, Fedele Cataldi, Leonardo Carlucci, Beth Fairfield (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. Clinical Interventions in Aging, 13: 573-593.
3. Segal, D.L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. Journal of Anxiety Disorders, 24: 719-714.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM LO ÂU NGƯỜI CAO TUỔI (GAS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của ông/bà, trong đó: Không có = 0; Thỉnh thoảng = 1; Phần lớn thời gian = 2; Hầu hết thời gian = 3

STT	Câu hỏi	Mức độ	Mã
1.	Tim của tôi đập nhanh và mạnh.	0 1 2 3	S
2.	Tôi cảm thấy bị hụt hơi.	0 1 2 3	S
3.	Tôi bị đau bụng.	0 1 2 3	S
4.	Tôi cảm thấy như mọi thứ không có thật hoặc giống như tôi bên ngoài bản thân tôi.	0 1 2 3	C
5.	Tôi cảm thấy như mình đang mất kiểm soát.	0 1 2 3	C
6.	Tôi sợ bị người khác đánh giá.	0 1 2 3	A
7.	Tôi sợ bị sỉ nhục hoặc xấu hổ.	0 1 2 3	A
8.	Tôi khó vào giấc ngủ.	0 1 2 3	S
9.	Tôi khó duy trì giấc ngủ.	0 1 2 3	S
10.	Tôi dễ cáu kỉnh.	0 1 2 3	A
11.	Tôi dễ bộc phát sự tức giận.	0 1 2 3	A
12.	Tôi khó tập trung	0 1 2 3	C
13.	Tôi dễ bị giật mình hoặc khó chịu.	0 1 2 3	A
14.	Tôi ít hứng thú làm việc mà tôi đã từng thích.	0 1 2 3	A
15.	Tôi cảm thấy tách biệt hoặc cô lập với người khác	0 1 2 3	A
16.	Tôi cảm thấy như mình đang choáng váng.	0 1 2 3	C
17.	Tôi rất khó ngồi yên.	0 1 2 3	S
18.	Tôi lo lắng quá nhiều.	0 1 2 3	C
19.	Tôi không thể kiềm chế được sự lo lắng của mình.	0 1 2 3	C
20.	Tôi cảm thấy bồn chồn, căng thẳng.	0 1 2 3	A

21.	Tôi cảm thấy quá mệt mỏi.	0	1	2	3	S
22.	Cơ bắp của tôi căng cứng, khó thư giãn.	0	1	2	3	S
23.	Tôi bị đau lưng, đau cổ hoặc đau cơ.	0	1	2	3	S
24.	Tôi cảm thấy như mình không kiểm soát được cuộc sống của mình.	0	1	2	3	C
25.	Tôi cảm thấy như có điều gì đó khủng khiếp sắp xảy ra xảy ra với tôi.	0	1	2	3	C

Hãy đọc và đánh giá đúng về trạng thái của ông/bà

STT	Câu hỏi	Mức độ
1.	Tôi lo lắng về tài chính của mình.	0 1 2 3
2.	Tôi lo lắng về sức khỏe của mình.	0 1 2 3
3.	Tôi lo lắng cho gia đình hoặc các con của tôi.	0 1 2 3
4.	Tôi sợ chết.	0 1 2 3
5.	Tôi sợ trở thành gánh nặng cho mình gia đình hoặc con cái.	0 1 2 3

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

10. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG PHÂN LY (DES) (Dissociative Experiences Scale- DES)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly DES được Eve Bernstein Carlson và Frank W. Putnam thiết kế giúp sàng lọc và định lượng mức độ của các triệu chứng phân ly ở từng người bệnh. Trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly (DES) bao gồm 28 câu hỏi mô tả các trải nghiệm phân ly phổ biến. Mỗi câu hỏi riêng lẻ hỏi về phần trăm thời gian (từ 0% đến 100%) mà một triệu chứng phân ly cụ thể gặp phải.

Thang phân ly trí nhớ bao gồm các mục 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25 và 26. Thang liên quan tưởng tượng bao gồm các mục 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, và 23. Thang giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại bao gồm các mục 7, 11, 12, 13, 27 và 28.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các triệu chứng phân ly ở người bệnh.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly (DES)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Bảng này gồm 28 câu hỏi mô tả về những trải nghiệm trong cuộc sống thường ngày mà anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu hỏi, anh/chị hãy khoanh tròn vào con số tương ứng mô tả chính xác nhất mức độ mà anh/chị trải nghiệm. Hãy lưu ý rằng những trải nghiệm này không bị ảnh hưởng bởi rượu, thuốc hoặc các chất tác động khác”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm đánh giá triệu chứng phân ly (DES) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Cộng tổng số điểm cho 28 câu trả lời, sau đó lấy tổng số điểm nhân với 100 chia cho 28 để ra điểm phần trăm trung bình.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ triệu chứng phân ly.

Bảng tham chiếu mức độ triệu chứng phân ly

DES	Điểm đánh giá	Kết quả
Mức độ triệu chứng phân ly thấp	0 - 29	
Mức độ triệu chứng phân ly cao	30 - 100	

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện Trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1st edition. World Health Organization; 1992.
2. Saggino A, Molinengo G, Rogier G, et al. Improving the psychometric properties of the dissociative experiences scale (DES-II): a Rasch validation study. BMC Psychiatry. 2020;20(1):8. doi:10.1186/s12888-019-2417-8
3. Mazzotti E, Farina B, Imperatori C, et al. Is the Dissociative Experiences Scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the Dissociative Experiences Scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:1295-1302. doi:10.2147/NDT.S105110
4. Patihis L, Lynn S. Psychometric Comparison of Dissociative Experiences Scales II and C: A Weak Trauma-Dissociation Link: Dissociative experiences Scale II and C. Appl Cogn Psychol. 2017;31:392-403. doi:10.1002/acp.3337
5. Zingrone NL, Alvarado CS. The Dissociative Experiences Scale-II: Descriptive Statistics, Factor Analysis, and Frequency of Experiences. Imagin Cogn Personal. 2001;21(2):145-157. doi:10.2190/K48D-XAW3-B2KC-UBB7.

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 28 câu hỏi về những trải nghiệm mà bạn có thể có trong cuộc sống thường ngày. Để trả lời câu hỏi, vui lòng xác định mức độ mà mỗi trải nghiệm được mô tả trong câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số biểu thị tương ứng với mức độ bạn trải nghiệm từ 1 đến 10. Lưu ý rằng những trải nghiệm này không bị ảnh hưởng bởi rượu, thuốc hoặc các chất tác động tâm thần.

[illegible]

STT	Câu hỏi	Mức độ											
	cảm giác như thể họ đang đứng cạnh chính họ hoặc nhìn chính họ làm điều gì đó và họ thực sự thấy mình như thể họ đang nhìn một người khác.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	Một số người được cho biết rằng họ đôi khi không nhận ra bạn bè của các thành viên trong gia đình.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	Một số người nhận thấy rằng họ không nhớ về một số sự kiện quan trọng trong đời (ví dụ đám cưới hoặc lễ tốt nghiệp).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	Một số người có trải nghiệm bị buộc tội nói dối khi họ không nghĩ rằng mình đã nói dối.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	Một số người có trải nghiệm nhìn vào gương và không nhận ra chính mình.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	Một số người có trải nghiệm cảm thấy rằng người khác, đồ vật và thế giới xung quanh họ không có thật.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	Một số người có trải nghiệm cảm giác rằng cơ thể của họ dường như không thuộc về họ.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	Một số người có trải nghiệm đôi khi nhớ lại một sự kiện trong quá khứ một cách sống động đến mức họ cảm thấy như thể họ đang sống lại sự kiện đó.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	Một số người có trải nghiệm là không chắc liệu những điều họ nhớ đã xảy ra có thực sự xảy ra hay họ chỉ mơ thấy chúng.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	Một số người có trải nghiệm ở một nơi quen thuộc nhưng lại thấy xa lạ và không quen thuộc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	Một số người nhận thấy rằng khi họ đang xem ti vi hoặc một bộ phim, họ bị cuốn vào câu chuyện đến mức họ không nhận thức được những sự kiện khác xảy ra xung quanh họ.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	Một số người nhận thấy rằng họ tham gia vào một giấc mơ hoặc tưởng tượng đến mức cảm thấy như thể nó	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

STT	Câu hỏi	Mức độ										
	sương mù, khiến cho mọi người và đồ vật trông xa hơn hoặc không rõ ràng.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hãy dùng bỏ sót để mục nào!

11. ĐÁNH GIÁ HÀNH VI PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ EM BẰNG DBC-P (Developmental Behaviour Checklist – the Parent/Career Version)

1. ĐẠI CƯƠNG

Các rối loạn phát triển thần kinh thần kinh ở trẻ em bao gồm một nhóm các tình trạng tâm thần bắt nguồn từ tuổi ấu thơ liên quan đến suy giảm nghiêm trọng ở các lĩnh vực khác nhau như nhận thức, ngôn ngữ, hành vi - cảm xúc và vận động. Theo DSM-5 thì nhóm các rối loạn này thường bao gồm các rối loạn như khuyết tật trí tuệ và rối loạn học tập, rối loạn phát triển ngôn ngữ, các rối loạn vận động và rối loạn phổ tự kỷ. Các vấn đề hành vi – cảm xúc là một trong những thách thức lớn nhất cho các nhà chuyên môn và gia đình trong làm việc và can thiệp với trẻ có rối loạn phát triển thần kinh.

Thang đánh giá DBC-P (Developmental Behaviour Checklist - the Parent/Carer Version) của Einfeld & Tonge (2002) là phiên bản do cha mẹ báo cáo, nhằm đánh giá các rối loạn về hành vi và cảm xúc ở trẻ có rối loạn phát triển thần kinh. Thang đo bao gồm 96 mục, được chia thành 5 lĩnh vực đánh giá là:

- Hành vi phá vỡ-chống đối xã hội.
- Hành vi tự thỏa mãn
- Rối loạn giao tiếp
- Rối loạn lo âu
- Rối loạn quan hệ xã hội

Ngoài ra DBC-P có 29 mục sàng lọc tự kỷ được đánh giá là có hiệu lực và độ tin cậy cao.

Mục đích của thang đánh giá: sử dụng thông tin của cha mẹ cung cấp để đánh giá các vấn đề hành vi và cảm xúc và sàng lọc tự kỷ cho trẻ có rối loạn phát triển thần kinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các hành vi phát triển ở trẻ từ 4 đến 16 tuổi.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc thiếu thông tin về trẻ.
- Cha mẹ hoặc người chăm sóc có những vấn đề cảm xúc hành vi, chưa sẵn sàng để thực hiện kỹ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ đánh giá hành vi phát triển trẻ em bằng DBC-P, bút viết...
- Bàn, ghế, đầy đủ điều kiện về ánh sáng, thông khí, nhiệt độ...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm làm quen, giải thích cho cha mẹ / người chăm sóc mục đích của kỹ thuật. Động viên họ trả lời theo đúng tình trạng thực của trẻ mà không che giấu. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Giải thích cha mẹ/người chăm sóc cách làm: mỗi câu mô tả hành vi được chấm theo thang điểm 0, 1, 2. Cha mẹ đọc từng câu và chấm điểm phù hợp với tình trạng các hành vi của trẻ: khoanh vào điểm 2 nếu hành vi đó thường xuyên có ở trẻ; điểm 1 nếu hành vi đó đôi khi hoặc thỉnh thoảng có ở trẻ; điểm 0 nếu hành vi đó không có ở trẻ. Cán bộ thực hiện trắc nghiệm sẵn sàng giải thích nội dung hoặc lấy ví dụ từng câu nếu người chăm sóc chưa hiểu hoặc đọc hộ nếu cha mẹ không biết đọc chữ.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Phân tích kết quả:** Nếu điểm tổng, điểm tự kỷ, điểm của mỗi lĩnh vực trên ngưỡng là có ý nghĩa lâm sàng, tức trẻ có vấn đề ở lĩnh vực đó. Điểm càng cao thể hiện các vấn đề hành vi ở mỗi lĩnh vực càng nặng.
- Ngưỡng điểm của thang DBC-P:

Thang DBC-P

Lĩnh vực	Điểm ngưỡng
Hành vi phá vỡ/chống đối	14
Tự kích thích	14
Rối loạn giao tiếp	6
Lo âu	4
Rối loạn quan hệ xã hội	4
Tự kỷ	17
Tổng	46

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
2. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz M. D. (2020). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 11th.
3. Einffeld, Stewart, L. and Tonge, Bruce, J. (2002). Manual for the Developmental Behaviour Checklist: Primary Carer Version (DBC-P) & Teacher Version (DBC-T). University of New South Wales and Monash University.
4. Gargaro, B.A., Tonge, Bruce, Sheppard et al. (2014). Using the DBC-P Hyperactivity Index to screen for ADHD in young people with autism and ADHD: A pilot study. Research in Autism Spectrum Disorders, 8, 1008–1015.
5. WHO (1992). Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan – phiên bản thứ 10 (ICD-10).

PHỤ LỤC

BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ HÀNH VI PHÁT TRIỂN TRẺ EM BẢNG DBC-P

Họ và tên trẻ: Năm sinh / / Giới tính: ...

Con thứ mấy:

Địa chỉ:

Họ và tên bố/mẹ/người nhà: Mối quan hệ với trẻ

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Các mục dưới đây liệt kê các biểu hiện hành vi của trẻ em. Trong vòng **6 tháng gần đây** hoặc **hiện nay**, anh/chị cảm thấy trẻ ***có biểu hiện nào*** trong các mục dưới đây, xin hãy ***khoanh tròn*** vào:

Số 0: nếu biểu hiện đó hoàn toàn không có ở trẻ.

Số 1: nếu biểu hiện đó thỉnh thoảng có hoặc đúng một phần ở trẻ.

Số 2: nếu biểu hiện đó hoàn toàn đúng hoặc thường xuyên có ở trẻ.

Anh/chị hãy cố gắng trả lời tất cả các mục, thậm chí cả mục dường như không áp dụng cho trẻ.

5	0 1 2	1. Buồn bã, u sầu, rầu rĩ
5	0 1 2	2. Né tránh ánh mắt, không nhìn thẳng vào mắt.
2,5	0 1 2	3. Thẩn thờ, như trong một thế giới riêng của mình.
1	0 1 2	4. La hét, chửi mắng người khác.
3	0 1 2	5. Luôn sắp đặt đồ vật hoặc thói quen theo một trật tự cứng nhắc. Mô tả:
2	0 1 2	6. Hay đập đầu.
2	0 1 2	7. Dễ bị kích động quá mức.
2	0 1 2	8. Cản người khác.
2	0 1 2	9. Không thể tập trung chú ý được lâu, chóng chán.
2	0 1 2	10. Nhai, ngậm đồ vật hay các bộ phận cơ thể.
4	0 1 2	11. Khóc, buồn vô cớ.
	0 1 2	12. Lò đi hoặc bịt tai khi nghe thấy âm thanh nào đó. Mô tả:
3	0 1 2	13. Lộn xộn khi sử dụng đại từ nhân xưng.
1,3	0 1 2	14. Chạy không kiểm soát được.
	0 1 2	15. Ảo giác, luôn cảm thấy về điều không có thực. Mô tả:

4	0 1 2	16. Buồn bã khi chỉ có một mình.
5	0 1 2	17. Không bộc lộ tình cảm, cảm xúc.
5	0 1 2	18. Không đáp ứng cảm xúc của người khác (vd: không tỏ ra phản ứng khi thấy người thân khóc).
	0 1 2	19. Dễ bị xao nhãng khỏi công việc.
1	0 1 2	20. Dễ bị người khác lôi cuốn.
2	0 1 2	21. Ăn những thứ không ăn được (vd: ăn bả, lá cây, xà phòng).
4	0 1 2	22. Khó chịu quá mức khi tách khỏi người thân.
4	0 1 2	23. Sợ những thứ hoặc tình huống đặc hiệu (vd: sợ tối, sợ côn trùng).
2	0 1 2	24. Má, giật, nhếch cơ mặt.
2	0 1 2	25. Gõ, đập, xoay tròn các đồ vật ở xung quanh.
4	0 1 2	26. Kén ăn hoặc cách ăn uống kỳ cục.
2	0 1 2	27. Ăn quá nhiều, làm mọi cách để có đồ ăn (vd: moi móc, lấy trộm đồ ăn).
3	0 1 2	28. Bị ám ảnh bởi một ý nghĩ hoặc hành động. Mô tả :.....
2	0 1 2	29. Nghiến răng.
4	0 1 2	30. Ác mộng, la hét, đi lại trong giấc ngủ.
1	0 1 2	31. Dễ nóng nảy (vd: dậm chân, đập cửa..).
1	0 1 2	32. Giấu diếm đồ vật.
2	0 1 2	33. Tự đánh hoặc cắn mình.
2	0 1 2	34. Phát âm xì xồ, ê a, rên rĩ, la hét, âm vô nghĩa.
1	0 1 2	35. Không kiên trì.
	0 1 2	36. Hành động giới tính không phù hợp.
1	0 1 2	37. Xung động, hành động thiếu suy nghĩ.
1	0 1 2	38. Dễ cáu kỉnh.
1	0 1 2	39. Hay ghen tức.
1	0 1 2	40. Đập, đánh người khác.
1	0 1 2	41. Thiếu tự tin, kém tự trọng.
2	0 1 2	42. Cười vô cớ.
1	0 1 2	43. Nghịch lừa.
2	0 1 2	44. Thích cầm hoặc chơi những thứ không phù hợp như sợi dây, que... Hoặc bị cuốn hút quá mức vào thứ gì đó.
4	0 1 2	45. Chán ăn.

2	0 1 2	46. Thủ dâm hoặc phơi bày bộ phận sinh dục nơi công cộng.
1	0 1 2	47. Thay đổi cảm xúc nhanh chóng không có lý do.
5	0 1 2	48. Chậm chạp, uể oải, ít hoạt động. Ngồi một chỗ, nhìn người khác chơi.
1	0 1 2	49. Ôn ào hoặc la hét om sòm.
1,2	0 1 2	50. Nghịch luôn chân tay, không thể ngồi yên.
3	0 1 2	51. Bộc lộ cảm xúc quá mức.
5	0 1 2	52. Thở dốc, nôn ọe, đau đầu hoặc than phiền đau nhức mà không có nguyên nhân thực thể.
1	0 1 2	53. Luôn tìm kiếm sự chú ý.
3	0 1 2	54. Quan tâm, chú ý quá mức, lắng nghe hoặc tháo gỡ chi tiết của đồ vật.
2	0 1 2	55. Không cần biết đến sự nguy hiểm.
3	0 1 2	56. Thích chơi với người lớn hoặc trẻ nhỏ tuổi hơn, không chơi với trẻ cùng tuổi.
5	0 1 2	57. Thích một mình, không thích người khác ở cạnh.
3	0 1 2	58. Bận tâm với một hoặc hai mối quan tâm đặc biệt nào đó. Mô tả:.....
1	0 1 2	59. Từ chối đến trường.
2	0 1 2	60. Lặp lại một số cử động của tay, cơ thể, đầu, mặt (vd: vỗ tay, lắc lư).
5	0 1 2	61. Kháng cự lại sự ôm ấp, vuốt ve hoặc nựng.
3	0 1 2	62. Nhại lời người khác.
3	0 1 2	63. Nhắc đi nhắc lại một từ hay cụm từ.
2	0 1 2	64. Ngủi, ném, liếm đồ vật.
	0 1 2	65. Cào cấu hoặc cạy da.
2	0 1 2	66. Gào thét quá nhiều.
	0 1 2	67. Ngủ quá ít, rối loạn giấc ngủ.
2	0 1 2	68. Nhìn chăm chăm vào ánh đèn hoặc xoay đồ vật.
5	0 1 2	69. Ngủ quá nhiều.
2	0 1 2	70. Đại tiện lung tung, nghịch phân.
3	0 1 2	71. Nói thầm, nói giọng cao, hoặc âm và nhịp điệu nói bất thường.
2	0 1 2	72. Bật tắt đèn, hoặc hành động lặp đi lặp lại. Mô tả:
1	0 1 2	73. Hay lấy trộm các thứ linh tinh.

1	0 1 2	74. Bướng, không vâng lời, không hợp tác.
4	0 1 2	75. Hay xấu hổ.
2	0 1 2	76. Muốn cởi quần áo ra hoặc ném đi.
1	0 1 2	77. Luôn khẳng khẳng đòi làm gì đó mặc dù không có khả năng.
3	0 1 2	78. Thích đứng sát người khác.
	0 1 2	79. Nhìn hoặc nghe thấy một cái gì đó không có thực, bị ảo giác. Mô tả:
	0 1 2	80. Nói muốn chết.
1	0 1 2	81. Nói quá nhiều hoặc quá nhanh.
3	0 1 2	82. Nói chuyện một mình hoặc nói trong tưởng tượng.
1	0 1 2	83. Nói dối.
	0 1 2	84. tư duy rời rạc, lộn xộn, khó hiểu.
1	0 1 2	85. Lo âu, căng thẳng, bối rối.
1,2	0 1 2	86. Ném hoặc đập vỡ đồ đạc.
1	0 1 2	87. Cổ tình trêu chọc hoặc khiêu khích người khác.
2	0 1 2	88. Giảm cảm giác đau.
3	0 1 2	89. Vui vẻ hoặc phấn chấn không rõ lý do.
2	0 1 2	90. Cử động bất thường, dáng điệu hoặc cách đi đứng kỳ quặc.
4	0 1 2	91. Bức bối hoặc khó chịu với sự thay đổi nhỏ trong thói quen hoặc môi trường sống. Mô tả:
2	0 1 2	92. Đi tiểu bừa bãi.
1	0 1 2	93. Hách dịch với người khác.
2	0 1 2	94. Đi lang thang, không mục đích.
1	0 1 2	95. Than thở hoặc kêu ca phàn nàn quá nhiều.
	0 1 2	96. Các biểu hiện khác có ở trẻ không được nêu ở trên

BẢNG TÍNH ĐIỂM DBC-P

Phần trăm	Mục 1	Mục 2	Mục 3	Mục 4	Mục 5	Điểm tổng
100	47+	51+	22+	16+	16+	126+
98	36-46	39-50	16-21		13-15	94-125
96	31-35	36-38	15	11-15		87-93
94	30	32-35	13-14	10	11-12	83-86
92	28-29	30-31			10	77-82
90	27	28-29	12	9		73-76
88	26	26-27	11			70-72
86	25	25		8	9	67-69
84	24	24	10			65-66
82					8	64
80	22-23	22-23	9			62-63
78	20-21	21			7	59-61
76		20				58
74	19	19	8	6		57
72					6	55-56
70	18					53-54
68	17	18				52
66		17	7			51
64	16	16				49-50
62				5		48
60	15	15			5	47
58			6			46
56	14	14				44-45
54	13	13				43
52				4		42
50	12				4	41
48	11		5			39-40
46		12				38
44		11				36-37

Phần trăm	Mục 1	Mục 2	Mục 3	Mục 4	Mục 5	Điểm tổng
42	10					34-35
40		10				33
38	9			3		31-32
36	8	9			3	30
34						29
32	7	8				28
30			4			27
28		7				26
26	6			2		24-25
24		6				23
22					2	21-22
20			2-3			20
18		5				19
16						18
14		4	1			17
12	3			1	1	15-16
10		3				14
8	2	2				12-13
6	1					10-11
4		1				8-9
2						4-7
0	0	0	0	0	0	0
Phần trăm	Mục 1	Mục 2	Mục 3	Mục 4	Mục 5	Điểm tổng
	Phá vỡ/ chống đôi	Tự thỏa mãn	Rối loạn giao tiếp	Lo âu	Rối loạn quan hệ xã hội	Điểm tự ký:

12. TRẮC NGHIỆM HÀNH VI CHÁN ĂN (ABOS) **(Anorectic Behavior Observation Scale - ABOS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm hành vi chán ăn (Anorectic The Anorectic Behavior Observation Scale - ABOS) là thang quan sát hành vi được phát triển dưới dạng biểu mẫu tự báo cáo dành cho phụ huynh, mô tả của cha mẹ về việc ăn uống của con cái họ có thể mang lại nhiều căn cứ giúp chẩn đoán hơn mẫu báo cáo của trẻ em.

ABOS được phát triển để thu thập thông tin từ các bậc cha mẹ về các hành vi và thái độ cụ thể ở con cái họ có thể là triệu chứng của chứng biếng ăn hoặc chứng cuồng ăn.

ABOS dưới dạng biểu mẫu báo cáo cũng có thể do cả bố và mẹ trẻ cùng hoàn thành.

Mục đích: Đánh giá các hành vi ăn uống và thái độ của trẻ từ 12- 24 tuổi từ quan sát của cha mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp khác của trẻ ở nhà trong khoảng thời gian một tháng vừa qua.

ABOS có thể được sử dụng như một trong những công cụ sàng lọc có giá trị hiện có về chứng rối loạn ăn uống. Các câu hỏi đề cập đến ba yếu tố: hành vi ăn uống bất thường đáp ứng tiêu chí chán ăn, lo lắng về cân nặng, từ chối thức ăn, hành vi kiểu ăn uống vô độ, bỏ ăn, nói về yếu tố gây và ăn kiêng và sự hiếu động thái quá, tăng động, ăn chậm, cắt thức ăn thành những miếng rất nhỏ. Tuy nhiên, ABOS không giải quyết tần suất của hành vi được quan sát.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá và sàng lọc hành vi chán ăn ở trẻ từ 12 đến 24 tuổi.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm hành vi chán ăn (ABOS)

- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Dưới đây là 30 câu hỏi về hành vi ăn uống của trẻ em. Anh/chị hãy đọc từng mục và trả lời câu hỏi bằng cách đánh dấu “X” vào mức độ nào phù hợp nhất với hành vi ăn uống của trẻ trong một tháng vừa qua”.
- Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm hành vi chán ăn (ABOS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp cha/mẹ/người chăm sóc trẻ không tự làm được thì cán bộ thực hiện Trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Cho “0” điểm nếu sự lựa chọn là “Không đúng”; cho “1” điểm nếu sự lựa chọn là “Không biết”; cho “2” điểm nếu sự lựa chọn là “Đúng”. Cộng tổng số điểm của 30 câu trả lời.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ hành vi chán ăn.

Bảng tham chiếu mức độ hành vi chán ăn

ABOS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có chán ăn bệnh lý	0 - 20	
Nghi ngờ có chán ăn bệnh lý	≥ 21	

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2009). Parental assessment of children's eating behaviors with a short form of the Anorectic Behavior Observation Scale. 37(6)525-34.
2. Vandereycken W (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. Acta Psychiatr Scand: 85: 163-166.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM HÀNH VI CHÁN ĂN (ABOS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 30 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn trong tháng qua.

STT	Câu hỏi	Đúng	Không đúng	Không biết
1	Tránh ăn cùng người khác hoặc trì hoãn hết mức có thể trước khi đến bữa tối			
2	Thấy căng thẳng rõ rệt trong giờ ăn			
3	Thể hiện sự tức giận hoặc thù địch trong giờ ăn			
4	Bắt đầu bữa ăn bằng cách cắt thức ăn thành những miếng nhỏ			
5	Phản nản rằng có quá nhiều thức ăn hoặc có quá nhiều dinh dưỡng			
6	Biểu hiện “chủ nghĩa ăn kiêng” một cách bất thường			
7	Cố gắng mặc cả về đồ ăn (ví dụ “Tôi sẽ ăn cái này nếu không phải ăn cái kia”)			
8	Chọn thức ăn hoặc ăn rất chậm			
9	Thích các sản phẩm ăn kiêng (có hàm lượng calo thấp)			
10	Ít đề cập đến cảm giác đói			
11	Thích nấu ăn hoặc giúp việc nấu ăn, nhưng né tránh nêm hoặc ăn đồ ăn			
12	Nôn sau bữa ăn			
13	Giấu đồ ăn trong khăn ăn, túi xách hoặc quần áo trong giờ ăn			
14	Vứt đồ ăn (vứt ra ngoài cửa sổ, vào thùng rác hoặc xuống bồn rửa hoặc nhà vệ sinh)			
15	Giấu hoặc tích trữ thức ăn trong phòng riêng hoặc			

STT	Câu hỏi	Đúng	Không đúng	Không biết
	nơi khác			
16	Ăn khi ở một mình hoặc ăn một cách bí mật (ví dụ ăn vào ban đêm)			
17	Không thích đi gặp người khác hoặc đi dự tiệc vì “phải” ăn			
18	Đôi khi gặp khó khăn khi dừng ăn hoặc ăn một lượng rất lớn hoặc ăn đồ ngọt			
19	Phản nản rất nhiều về chứng táo bón			
20	Thường xuyên uống hoặc yêu cầu thuốc nhuận tràng (thuốc xổ ruột)			
21	Tuyên bố là quá béo bất kể đang giảm cân			
22	Thường nói về giảm béo, ăn kiêng hoặc hình thể lý tưởng			
23	Thường rời khỏi bàn trong giờ ăn (ví dụ để lấy thứ gì đó trong bếp)			
24	Đứng, đi bộ hoặc chạy bộ bất cứ khi nào có thể			
25	Hoạt động luôn chân luôn tay (ví dụ dọn bàn ăn hoặc dọn phòng)			
26	Tập thể dục hoặc chơi thể thao rất nhiều			
27	Học tập hoặc làm việc siêng năng			
28	Ít khi thấy mệt mỏi hoặc hiếm khi nghỉ ngơi			
29	Tự cho bản thân là bình thường, khỏe mạnh hoặc thậm chí khỏe hơn bao giờ hết			
30	Không muốn gặp bác sỹ hoặc từ chối khám sức khỏe			

13. TRẮC NGHIỆM THÁI ĐỘ ĂN UỐNG TRẺ EM (ChEAT) **Children's Eating Attitudes Test (ChEAT)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm thái độ ăn uống của trẻ em (ChEAT) dưới dạng biểu mẫu tự báo cáo bao gồm 26 câu hỏi về một loạt các cảm giác và hành vi liên quan đến ăn uống với bốn yếu tố: lo ngại về cân nặng, hạn chế lượng thức ăn, áp lực ăn và lo lắng về thức ăn. Các câu hỏi được xếp hạng trên thang điểm 6 với các câu trả lời: luôn luôn, rất thường xuyên, thường xuyên, đôi khi, hiếm khi, và không bao giờ.

ChEAT là một công cụ dựa trên bảng câu hỏi được sử dụng rộng rãi, nhằm đánh giá thái độ và hành vi ăn uống của trẻ trong độ tuổi từ 8–14 tuổi. ChEAT cũng đã được sử dụng để thiết lập các tiêu chuẩn quốc gia về độ tuổi và giới tính cụ thể cho tỷ lệ phổ biến của “rối loạn ăn uống gây cản trở hoạt động tâm lý xã hội bình thường”. ChEAT cũng là một công cụ sàng lọc đặc biệt hữu ích để đánh giá "nguy cơ rối loạn ăn uống" ở các trường học.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá thái độ ăn uống của trẻ từ 8 đến 14 tuổi.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm thái độ ăn uống trẻ em (ChEAT)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Dưới đây là 26 câu hỏi mô tả về thái độ ăn uống của cháu. Cháu hãy đọc từng mục và trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ở mức độ nào phù hợp nhất với các hành vi ăn uống của cháu gần đây”.
- Sau khi trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm thái độ ăn uống trẻ em (ChEAT) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình trẻ thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo trẻ thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp trẻ không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tổng bài trắc nghiệm có 26 câu hỏi.
 - + Từ câu 1 đến câu 25: cho “3” điểm nếu sự lựa chọn là “Luôn luôn”; cho “2” điểm nếu sự lựa chọn là “Rất thường xuyên”; cho “1” điểm nếu sự lựa chọn là “Khá thường xuyên”; cho “0” điểm với cả 3 sự lựa chọn là “Đôi khi”, “Hiếm khi” và “Không bao giờ”.
 - + Riêng câu 26 tính điểm ngược lại với cách trên.
 - + Cộng tổng số điểm của 26 câu trả lời.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ thái độ ăn uống trẻ em.

Bảng tham chiếu mức độ thái độ ăn uống của trẻ

ChEAT	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có chán ăn bệnh lý	0 - 19	
Nghi ngờ có chán ăn bệnh lý	≥ 20	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Vandereycken W (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. Acta Psychiatr Scand 85: 163-166.
2. Michael J. Maloney, M.D., Julie Bell McGuire, R.N., M.S.N., And Stephen R. Daniels, M.D (1988). Reliability Testing of a Children's Version of the Eating Attitude Test. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 27, 5:541-543.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM THÁI ĐỘ ĂN UỐNG TRẺ EM (CHEAT)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Bảng này gồm 26 câu hỏi kiểm tra thái độ ăn uống của trẻ. Hãy trả lời các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số phù hợp với mức độ mà bạn lựa chọn.

STT	Câu hỏi	Mức độ					
		<i>Luôn luôn</i>	<i>Rất thường xuyên</i>	<i>Khá thường xuyên</i>	<i>Đôi khi</i>	<i>Hiếm khi</i>	<i>Không bao giờ</i>
1	Tôi sợ bị thừa cân	3	2	1	0	0	0
2	Tôi tránh ăn khi đói	3	2	1	0	0	0
3	Tôi thường xuyên nghĩ về đồ ăn	3	2	1	0	0	0
4	Tôi ăn uống vô độ mà không thể dừng lại được	3	2	1	0	0	0
5	Tôi cắt thức ăn của mình thành nhiều miếng nhỏ	3	2	1	0	0	0
6	Tôi biết về hàm lượng năng lượng (calo) trong thực phẩm mà tôi ăn	3	2	1	0	0	0
7	Tôi cố gắng tránh xa các loại thực phẩm như bánh mì, khoai tây và gạo	3	2	1	0	0	0
8	Tôi cảm thấy rằng những người khác muốn tôi ăn nhiều hơn	3	2	1	0	0	0
9	Tôi nôn sau khi ăn xong	3	2	1	0	0	0
10	Tôi cảm thấy rất tội lỗi sau khi ăn	3	2	1	0	0	0
11	Tôi nghĩ rất nhiều về việc muốn gầy hơn	3	2	1	0	0	0
12	Tôi nghĩ về việc đốt cháy năng lượng (calo) khi tôi tập thể dục	3	2	1	0	0	0
13	Người khác cho rằng tôi quá gầy	3	2	1	0	0	0
14	Tôi nghĩ rất nhiều về việc có mỡ trên cơ thể	3	2	1	0	0	0

STT	Câu hỏi	Mức độ					
		<i>Luôn luôn</i>	<i>Rất thường xuyên</i>	<i>Khá thường xuyên</i>	<i>Đôi khi</i>	<i>Hiếm khi</i>	<i>Không bao giờ</i>
15	Tôi mất nhiều thời gian hơn những người khác để ăn bữa ăn của mình	3	2	1	0	0	0
16	Tôi tránh xa thực phẩm có đường	3	2	1	0	0	0
17	Tôi ăn thực phẩm ăn kiêng	3	2	1	0	0	0
18	Tôi nghĩ rằng thức ăn kiểm soát cuộc sống của tôi	3	2	1	0	0	0
19	Tôi có thể thể hiện sự tự chủ đối với thức ăn	3	2	1	0	0	0
20	Tôi cảm thấy người khác ép tôi phải ăn	3	2	1	0	0	0
21	Tôi dành quá nhiều thời gian và suy nghĩ cho thức ăn	3	2	1	0	0	0
22	Tôi cảm thấy khó chịu sau khi ăn đồ ngọt	3	2	1	0	0	0
23	Tôi đã ăn kiêng	3	2	1	0	0	0
24	Tôi thích dạ dày của mình trống rỗng	3	2	1	0	0	0
25	Tôi muốn nôn sau khi ăn	3	2	1	0	0	0
26	Tôi thích thử những món ăn phong phú mới	0	0	0	1	2	3

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

14. TRẮC NGHIỆM NHẬN THỨC MONTREAL (MoCA)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhận thức (Montreal Cognitive Assessment Test for Dementia -MoCA) dưới dạng bảng hỏi phỏng vấn trực tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh đến khám.

MoCA giúp đánh giá bệnh nhân có hay không có sự suy giảm nhận thức gồm 30 câu hỏi, đánh giá 7 khía cạnh: Trí nhớ, Sự chú ý, Ngôn ngữ, Tư duy trừu tượng, Nhớ lại có tri hoãn, Định hướng, Bài kiểm tra vẽ đồng hồ. Các câu hỏi được xếp hạng trên tổng điểm tối đa 30 điểm với các câu trả lời tương ứng không mắc lỗi và sẽ bị trừ điểm tương ứng với số lỗi mắc phải tùy yêu cầu mỗi mục. Điểm của MoCA nằm trong khoảng từ 0 đến 30. Điểm từ 26 trở lên được coi là bình thường

MoCA ngắn gọn, đơn giản và đáng tin cậy trong sàng lọc bệnh Alzheimer. Trắc nghiệm này đánh giá chức năng điều hành, một phần quan trọng của sa sút trí tuệ mà MMSE không đo lường được.

MoCA cũng có độ nhạy để phát hiện suy giảm nhận thức trong bệnh mạch máu não và bệnh Parkinson, bệnh Huntington, u não, lupus ban đỏ hệ thống, rối loạn sử dụng chất, rối loạn hành vi ngủ cử động mất nhanh vô căn, ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, nguy cơ té ngã, kết quả sau phục hồi chức năng, động kinh, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các dấu hiệu của suy giảm nhận thức.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm nhận thức montreal (MOCA)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Tiến hành phỏng vấn người bệnh bằng tài liệu trắc nghiệm, ghi điểm đánh giá vào tờ ghi kết quả trắc nghiệm. Trong quá trình đánh giá, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh để đảm bảo đánh giá đúng nhất mức độ triệu chứng mà người bệnh đang gặp phải. Có thể phỏng vấn thêm người nhà người bệnh để thu thập thêm thông tin bổ sung cho kết quả đánh giá.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá. Cộng tổng điểm các câu hỏi (cộng thêm 1 điểm nếu trình độ học vấn dưới 12 năm). Tối đa 30 điểm.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ sa sút trí tuệ.

Bảng tham chiếu mức độ sa sút trí tuệ

MoCa	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có sa sút trí tuệ	26 - 30	
Sa sút trí tuệ nhẹ	18 - 25	
Sa sút trí tuệ vừa	10 – 17	
Sa sút trí tuệ nghiêm trọng	> 10	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

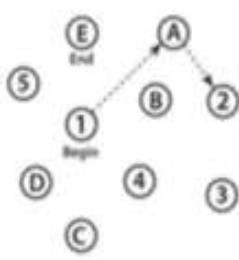
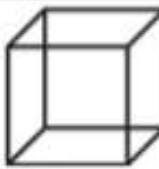
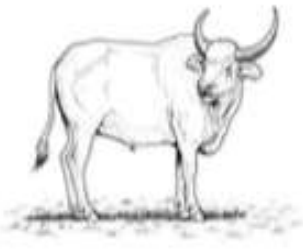
7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoops S., Nazem S., Siderowf A.D. và cộng sự. (2009). Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology*, 73(21), 1738–1745.
2. Smith T., Gildeh N., và Holmes C. (2007). The Montreal Cognitive Assessment: validity and utility in a memory clinic setting. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, 52(5), 329–332.
3. Larner A.J. (2012). Screening utility of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): in place of--or as well as--the MMSE?. *Int Psychogeriatr*, 24(3), 391–396.
4. MoCA - Cognitive Assessment. MoCA – Cognitive Assessment, <<https://www.mocatest.org/>>, accessed: 16/02/2022.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM NHẬN THỨC MONTREAL (MOCA)

THANG ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC MONTREAL(MOCA)				TÊN NGƯỜI BỆNH:		Ngày sinh:		ĐIỂM																									
				Trình độ học vấn:		Giới tính: Ngày khám:																											
 Nối theo mẫu []  Vẽ lại hình khối vuông []				Vẽ ĐỒNG HỒ (chỉ mười một giờ mười phút) (3 điểm) [] Vòng tròn [] Các số [] Các kim		---/5																											
GỌI TÊN CON VẬT  []  []  []								---/3																									
TRÍ NHỚ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">VỀ MẶT</th> <th style="width: 15%;">VÀI NHUNG</th> <th style="width: 15%;">NHÀ THỜ</th> <th style="width: 15%;">HOA CÚC</th> <th style="width: 15%;">MAU ĐỎ</th> <th style="width: 10%;">ĐIỂM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lần 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lần 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								VỀ MẶT	VÀI NHUNG	NHÀ THỜ	HOA CÚC	MAU ĐỎ	ĐIỂM	Lần 1							Lần 2											
	VỀ MẶT	VÀI NHUNG	NHÀ THỜ	HOA CÚC	MAU ĐỎ	ĐIỂM																											
Lần 1																																	
Lần 2																																	
SỰ CHÚ Ý	Đọc các số (Số/giấy) Bệnh nhân nhắc lại theo chiều xuôi [] 2 1 8 5 4/2 Bệnh nhân nhắc lại theo chiều ngược [] 7 4 2 Đọc danh sách các chữ cái. Bệnh nhân gõ tay xuống bàn mỗi khi có chữ A. Không cho điểm nếu ≥ 2 lỗi/1 [] E B A C M N A A I K L B A E A K D E A A A I A M O E A A B 100 trừ 7 liên tiếp [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65/ 3 (4 hoặc 5 lần làm đúng: 3 điểm, 2 hoặc 3 lần làm đúng: 2 điểm, 1 lần làm đúng: 1 điểm, 0 lần đúng: 0 điểm)																																
NGÔN NGỮ	Nhắc lại: Tôi chỉ biết rằng Nam là người cần được giúp đỡ hôm nay []/2 Con mèo hay trốn dưới bàn khi con chó ở trong phòng [] Sự lưu loát: Kể các từ bắt đầu bằng chữ L trong vòng một phút [] Bình thường ≥ 1 từ) ____/1																																
TƯ DUY TRÚU TƯỢNG	Giống nhau giữa quả chuối - quả cam= hoa quả [] tàu hỏa - xe đạp [] đồng hồ - thước kẻ ____/2																																
NHỚ LẠI CÓ TRÍ HOÀN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">VỀ MẶT</th> <th style="width: 15%;">VÀI NHUNG</th> <th style="width: 15%;">NHÀ THỜ</th> <th style="width: 15%;">HOA CÚC</th> <th style="width: 15%;">MAU ĐỎ</th> <th style="width: 10%;">ĐIỂM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Phải nhắc lại các từ KHÔNG GỌI Ý</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Chỉ cho điểm các từ không gọi ý</td> </tr> <tr> <td>Sự lựa chọn</td> <td>Gọi ý về loại</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gọi ý nhiều lựa chọn</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								VỀ MẶT	VÀI NHUNG	NHÀ THỜ	HOA CÚC	MAU ĐỎ	ĐIỂM	Phải nhắc lại các từ KHÔNG GỌI Ý	[]	[]	[]	[]	[]	Chỉ cho điểm các từ không gọi ý	Sự lựa chọn	Gọi ý về loại					Gọi ý nhiều lựa chọn					
	VỀ MẶT	VÀI NHUNG	NHÀ THỜ	HOA CÚC	MAU ĐỎ	ĐIỂM																											
Phải nhắc lại các từ KHÔNG GỌI Ý	[]	[]	[]	[]	[]	Chỉ cho điểm các từ không gọi ý																											
Sự lựa chọn	Gọi ý về loại																																
Gọi ý nhiều lựa chọn																																	
ĐỊNH HƯỚNG	[] Ngày [] Tháng [] Năm [] Thứ [] Địa điểm [] Thành phố ____/6																																
www.mocatest.org Bình thường: ≥ 26/30						TỔNG:/30 Thêm 1 điểm nếu học < 12 năm																											
Người làm test: _____																																	

15. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ MẤT NGỦ (ISI) **(Insomnia Severity Index - ISI)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm mức độ mất ngủ (Insomnia Severity Index – ISI) là một bảng câu hỏi tự báo cáo gồm 7 mục đánh giá bản chất, mức độ nghiêm trọng và tác động của chứng mất ngủ được phát triển bởi Morin và cộng sự.

Trắc nghiệm ISI đánh giá các vấn đề về giấc ngủ khoảng 1 tháng trở lại đây. Nội dung các vấn đề về giấc ngủ được đánh giá là: mức độ nghiêm trọng của việc bắt đầu vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ và các vấn đề về thức dậy vào buổi sáng sớm, không hài lòng về giấc ngủ, sự ảnh hưởng của giấc ngủ khó khăn với hoạt động ban ngày, khả năng nhận thấy các vấn đề về giấc ngủ của người khác và cảm giác lo lắng gây ra bởi những khó khăn về giấc ngủ.

Câu trả lời đánh giá theo thang Likert 5 điểm cho từng mục (ví dụ: 0 = không có vấn đề; 4 = vấn đề rất nghiêm trọng), tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 28.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ mất ngủ dành cho mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm mức độ mất ngủ ISI
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số câu hỏi đánh giá mức độ nghiêm trọng của các vấn đề giấc ngủ mà bạn hiện đang gặp phải trong 1 tháng qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm mức độ mất ngủ ISI - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ mất ngủ

Bảng tham chiếu kết quả

ISI	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có mất ngủ	0 - 7	
Mất ngủ mức độ nhẹ	8 - 14	
Mất ngủ mức độ trung bình	15 - 21	
Mất ngủ mức độ nghiêm trọng	≥ 22	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Yu DSF. Insomnia Severity Index: psychometric properties with Chinese community-dwelling older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(10):2350-2359. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05394.x
- 2 Manzar MD, Jahrami HA, Bahammam AS. Structural validity of the Insomnia Severity Index: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2021;60:101531. doi:10.1016/j.smr.2021.101531
- 3 Cho YW, Song ML, Morin CM. Validation of a Korean Version of the Insomnia Severity Index. *J Clin Neurol*. 2014;10(3):210-215. doi:10.3988/jcn.2014.10.3.210
- 4 Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2013;26(6):701-710. doi:10.3122/jabfm.2013.06.130064

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ MẤT NGỦ (ISI)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi đánh giá mức độ nghiêm trọng của các vấn đề giấc ngủ mà bạn hiện đang gặp phải. TRONG 1 THÁNG qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn.

Vấn đề giấc ngủ	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
1. Khó vào giấc	0	1	2	3	4
2. Khó duy trì giấc	0	1	2	3	4
3. Tỉnh giấc quá sớm	0	1	2	3	4

4. Anh/chị cảm thấy **hài lòng/không hài lòng** với giấc ngủ của anh/chị ở mức độ nào?

Rất hài lòng	Hài lòng	Hài lòng vừa phải	Không hài lòng	Rất không hài lòng
0	1	2	3	4

5. Những người khác **nhận thấy** vấn đề giấc ngủ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của anh/chị ở mức độ nào?

Không dễ nhận thấy chút nào	Dễ nhận thấy một chút	Dễ nhận thấy vừa phải	Rất dễ nhận thấy	Cực kỳ dễ nhận thấy
0	1	2	3	4

6. Anh/chị cảm thấy **lo lắng/căng thẳng** với vấn đề giấc ngủ hiện tại ở mức độ nào?

Không lo lắng chút nào	Lo lắng một chút	Lo lắng vừa phải	Rất lo lắng	Cực kỳ lo lắng
0	1	2	3	4

7. Anh/chị nghĩ hiện tại các vấn đề giấc ngủ đang **ảnh hưởng** đến những hoạt động chức năng hằng ngày của anh/chị (ví dụ: gây ra mệt mỏi, làm thay đổi tâm trạng, giảm khả năng làm việc, tập trung, ghi nhớ...) ở mức độ nào?

Không ảnh hưởng chút nào	Ảnh hưởng một chút	Ảnh hưởng vừa phải	Ảnh hưởng rất nhiều	Ảnh hưởng cực kỳ nhiều
0	1	2	3	4

16. TRẮC NGHIỆM GIẤC NGỦ CỦA TRẺ EM TAYSIDE (TCSQ) (Tayside Children's Sleep Questionnaire –TCSQ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm giấc ngủ của trẻ em Tayside (TCSQ) đánh giá sự xuất hiện và mức độ nghiêm trọng của “rối loạn khởi đầu và duy trì giấc ngủ” ở trẻ em từ 1 đến 5 tuổi, dựa trên báo cáo của phụ huynh.

TCSQ bao gồm 10 mục đo lường các mô hình giấc ngủ liên quan đến các rối loạn khởi đầu và duy trì giấc ngủ. Để xác định các vấn đề về giấc ngủ dai dẳng, thay vì chỉ là thoáng qua, phản ứng với các mục này dựa trên mô hình hành vi trong khoảng thời gian 3 tháng. Mỗi câu trả lời dựa theo thang Likert 5 (từ 0 đến 4) để đánh giá mức độ nghiêm trọng của vấn đề. Để có được tổng điểm, chỉ có 9 mục đầu tiên được xem xét, dẫn đến điểm tích lũy về rối loạn giấc ngủ sẽ nằm trong khoảng từ 0 đến 36. Tổng điểm trên bảng câu hỏi cho biết mức độ nghiêm trọng của vấn đề (điểm cao hơn cho thấy mức độ nghiêm trọng hơn).

Các tác giả lưu ý rằng mức độ nghiêm trọng có thể là một yếu tố quyết định liệu có nên đưa ra một biện pháp can thiệp ở mức độ thấp, chẳng hạn như chỉ cần phân phát một “cẩm nang về giấc ngủ” cung cấp lời khuyên, hoặc một can thiệp chuyên sâu hơn như một liệu pháp hành vi phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá giấc ngủ cho trẻ từ 1-5 tuổi.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp phụ huynh không phải người chăm sóc chính, cần lấy thông tin từ người chăm sóc chính.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm giấc ngủ trẻ em Tayside (TCSQ)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Dưới đây là một số vấn đề ảnh hưởng đến giấc ngủ của trẻ. Hãy trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào mức độ gần đúng nhất với trạng thái của con bạn trong 3 tháng trở lại đây”.
- Sau khi cha/mẹ/người chăm sóc trẻ đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm giấc ngủ trẻ em TAYSIDE - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện Trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo cha/mẹ/người chăm sóc trẻ thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ rối loạn giấc ngủ.

Bảng tham chiếu kết quả

TCSQ	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có rối loạn giấc ngủ	0 – 7	
Có rối loạn giấc ngủ	≥ 8	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Spruyt K, Gozal D. Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: A review of currently available instruments. *Sleep Medicine Reviews*. 2011;15(1):19-32. doi:10.1016/j.smrv.2010.07.005
- 2 Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. Tayside Children's Sleep Questionnaire (TCSQ). In: Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, eds. *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales*. Springer; 2012:385-386. doi:10.1007/978-1-4419-9893-4_93
- 3 The Feasibility of Screening for Sleep Problems in Early Childhood Education Programs: *Behavioral Sleep Medicine: Vol 0, No 0*. Accessed October 15, 2023. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15402002.2023.2177294>
- 4 McGreavey JA, Donnan PT, Pagliari HC, Sullivan FM. The Tayside children's sleep questionnaire: a simple tool to evaluate sleep problems in young children. *Child: Care, Health and Development*. 2005;31(5):539-544. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00548.x

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM GIÁC NGỦ TRẺ EM TAYSIDE (TCSQ)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số vấn đề ảnh hưởng đến giấc ngủ của trẻ. Hãy trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào mức độ gần đúng nhất với trạng thái của con bạn trong 3 tháng trở lại đây.

Nội dung	Mức độ				
Thời điểm đi ngủ	15 phút	15-30 phút	30-45 phút	45-60 phút	> 60 phút
1. Khoảng thời gian từ khi trẻ lên giường đến khi trẻ vào giấc?					
Loại rối loạn giấc ngủ	Không bao giờ	Thi thoảng (1-2 lần/tháng)	(Đôi khi) 1-2 lần/tuần	(Thường xuyên) 3-5 lần/tuần	(Luôn luôn) hàng ngày
2. Chồng đôi đi ngủ					
3. Trẻ khó khăn khi phải đi ngủ (và có thể cần phải có cả bố mẹ bên cạnh)					
4. Không thể ngủ trên giường của trẻ					
5. Thức giấc trên 2 lần mỗi đêm					
6. Sau khi tỉnh giấc và khó khăn trong việc tự mình tiếp tục đi ngủ					
7. Ngủ buổi tối với bố mẹ					
8. Nếu trẻ thức, đang ngậm vú giả sẽ yêu cầu bố mẹ bỏ nó					
9. Trẻ yêu cầu ăn uống trong đêm (có thể bú sữa mẹ hoặc bú sữa bình)					
Đánh giá vấn đề	Có			Không	
Bạn có nghĩ trẻ nhà bạn gặp vấn đề về khó ngủ?					

17. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ BUỒN NGỦ EPWORTH (ESS) (Epworth Sleepiness Scale -ESS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm mức độ buồn ngủ Epworth (ESS) là một bảng câu hỏi đơn giản đo lường mức độ chung của tình trạng buồn ngủ ban ngày, ở đây được gọi là xu hướng ngủ trung bình. Đây là thước đo khả năng ngủ quên trong nhiều tình huống khác nhau. Cơ sở khái niệm của ESS liên quan đến mô hình bốn quá trình ngủ và thức. Điểm của Trắc nghiệm ESS giúp phân biệt rõ ràng bệnh nhân ngáy nguyên phát với những người mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSAS) và điểm ESS tăng theo mức độ nghiêm trọng của OSAS.

ESS là một bảng câu hỏi tự điền gồm 8 câu hỏi. Những người trả lời được yêu cầu đánh giá, theo thang điểm 4 (từ 0 đến 3), khả năng họ ngủ gật hoặc ngủ quên thông thường khi tham gia vào tám hoạt động khác nhau. Điểm ESS (tổng của 8 câu hỏi) có thể dao động từ 0 đến 24. Điểm ESS càng cao thì xu hướng ngủ trung bình trong cuộc sống hàng ngày (ASP) hoặc 'buồn ngủ ban ngày' của người đó càng cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ buồn ngủ ban ngày của mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng mức độ buồn ngủ Epworth (ESS)
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số điều về giấc ngủ có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm mức độ buồn ngủ EPWORTH (ESS)** - **phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ buồn ngủ

Bảng tham chiếu mức độ buồn ngủ

ESS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có nguy cơ	0 - 9	
Có nguy cơ mắc chứng ngủ rũ	≥ 10	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Johns MW. Daytime Sleepiness, Snoring, and Obstructive Sleep Apnea: The Epworth Sleepiness Scale. *Chest*. 1993;103(1):30-36. doi:10.1378/chest.103.1.30
- 2 Tsara V, Serasli E, Amfilochiou A, Constantinidis T, Christaki P. Greek Version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*. 2004;8(2):91-95. doi:10.1007/s11325-004-0091-6
- 3 Johns MW. Sleepiness in Different Situations Measured by the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1994;17(8):703-710. doi:10.1093/sleep/17.8.703
- 4 Kendzerska TB, Smith PM, Brignardello-Petersen R, Leung RS, Tomlinson GA. Evaluation of the measurement properties of the Epworth sleepiness scale: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2014;18(4):321-331. doi:10.1016/j.smr.2013.08.002

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ BUỒN NGỦ EPWORTH (ESS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số điều về giấc ngủ có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của bạn.

STT	Nội dung	Sẽ không bao giờ ngủ gật	Ngủ gật ít	Ngủ gật vừa phải	Ngủ gật nhiều
1	Ngồi và đọc sách				
2	Đọc sách				
3	Ngồi, không vận động trong nơi công cộng (ví dụ trong một cuộc họp, rạp chiếu phim hoặc ngồi ăn tối)				
4	Là một hành khách trên ô tô trong một giờ đồng hồ hoặc hơn mà không dừng lại để nghỉ				
5	Nằm nghỉ ngơi khi hoàn cảnh cho phép				
6	Ngồi và nói chuyện với ai đó				
7	Ngồi nghỉ ngơi sau bữa ăn không dùng rượu				
8	Trên ô tô, khi tạm dừng tham gia giao thông hoặc lúc đèn giao thông đang dừng vài phút				

18. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG RƯỢU, THUỐC LÁ VÀ CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN (ASSIST) (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST)

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng Rượu, thuốc lá và Chất gây nghiện (ASSIST) là một bảng câu hỏi nhằm sàng lọc tất cả các vấn đề sử dụng chất có nguy cơ ở người lớn và đánh giá mức độ nguy cơ.

Trắc nghiệm ASSIST bao gồm tám câu hỏi về thực trạng sử dụng thuốc lá, rượu, cần sa, cocaine, chất kích thích dạng amphetamine (bao gồm thuốc lắc), thuốc an thần, chất gây ảo giác, opioid và “ma túy khác”. Điểm rủi ro được cung cấp cho mỗi chất và điểm số được chia thành "rủi ro thấp", "rủi ro trung bình" hoặc "rủi ro cao". Điểm số rủi ro xác định mức độ can thiệp được khuyến nghị (can thiệp ngắn hạn hoặc can thiệp ngắn cộng với chuyển tuyến đến điều trị chuyên khoa). Điểm số kết quả được sử dụng để cung cấp phản hồi về những người sử dụng chất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá việc sử dụng rượu, thuốc lá, chất gây nghiện ở mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc sử dụng rượu, thuốc lá, các chất gây nghiện ASSIST
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số câu hỏi về trải nghiệm sử dụng các chất gây nghiện. Những chất này có thể được hút, uống, hít sâu, hít khi bay hơi, tiêm hoặc một số phương pháp khác. Hãy làm theo chỉ dẫn và trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số biểu thị gần đúng nhất mức độ mà bạn sử dụng trong vòng 3 tháng trở lại đây.”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sàng lọc sử dụng rượu, thuốc lá, các chất gây nghiện ASSIST - phần Phụ lục**.
- Ở bộ câu hỏi 1, nếu người bệnh trả lời “Không” cho tất cả các mục, kết thúc trắc nghiệm. Nếu người bệnh trả lời “Có” ở bất kỳ mục nào, chuyển sang bộ câu hỏi 2.
- Ở bộ câu hỏi 2, nếu người bệnh trả lời “Không”, chuyển sang các bộ câu hỏi 6, 7; nếu trả lời “Có” ở bất kỳ mục nào, tiếp tục trả lời các bộ câu hỏi 3, 4, 5.
- Tiếp tục yêu cầu người bệnh trả lời bộ câu hỏi 8.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh lựa chọn.
- Tiến hành đánh giá nguy cơ sử dụng rượu, thuốc lá và các chất gây nghiện.

Bảng tham chiếu kết quả nguy cơ sử dụng rượu, thuốc lá và các chất gây nghiện.

ASSIST	Điểm đánh giá	Kết quả
Mức độ sử dụng các chất có chứa cồn		
Nguy cơ thấp	0 – 10	
Nguy cơ trung bình	11 – 26	
Nguy cơ cao (có lệ thuộc)	≥ 27	
Mức độ sử dụng các chất gây nghiện khác		
Nguy cơ thấp	0 – 3	
Nguy cơ trung bình	4 – 26	
Nguy cơ cao (có lệ thuộc)	≥ 27	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của Trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện Trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện Trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test | www.emcdda.europa.eu. Accessed October 15, 2023. https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/alcohol-smoking-and-substance-involvement-screening-test_en
- 2 ASSIST-Lite screening tool: how to use. GOV.UK. Published April 7, 2021. Accessed October 15, 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/assist-lite-screening-tool-how-to-use>
- 3 WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-1194. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG RƯỢU, THUỐC LÁ VÀ CÁC CHẤT GÂY NGHIỆN (ASSIST)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi về trải nghiệm sử dụng các chất gây nghiện. Những chất này có thể được hút, uống, hít sâu, hít khi bay hơi, tiêm hoặc một số phương pháp khác. Hãy làm theo chỉ dẫn và trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số biểu thị gần đúng nhất mức độ mà bạn sử dụng trong vòng 3 tháng trở lại đây.

Bộ câu hỏi 1

Trong cuộc sống của mình, bạn <u>đã từng sử dụng chất nào</u> dưới đây (không kể thuốc sử dụng vì mục đích y tế)	Không	Có
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc lào, xì gà...)	0	3
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	3
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	3
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	3
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	3
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...)	0	3
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	3
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP, ...)	0	3
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	3
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	3

⇒ **Nếu không sử dụng:** **dừng Trắc nghiệm**

⇒ **Nếu có sử dụng:** **tiếp tục trả lời bộ câu hỏi 2**

Bộ câu hỏi 2

Trong 3 tháng gần đây , bạn có thường xuyên sử dụng các chất dưới đây không?	Chưa bao giờ	Một vài lần	Hàng tháng	Hàng tuần	Hàng ngày
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc lào, xì gà...)	0	2	3	4	6
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	2	3	4	6
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	2	3	4	6
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	2	3	4	6
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	2	3	4	6
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...)	0	2	3	4	6
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol)	0	2	3	4	6
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP, ...)	0	2	3	4	6
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	2	3	4	6
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	2	3	4	6

- ⇒ Nếu tất cả câu trả lời là “Không”: chuyển sang bộ câu hỏi 6, 7.
 ⇒ Nếu có từ 1 câu hỏi “Có” trở lên: tiếp tục bộ câu hỏi 3, 4, 5.

Bộ câu hỏi 3

<u>Trong 3 tháng gần đây</u> , bạn có <u>thèm muốn mạnh mẽ</u> hoặc <u>bị thúc giục</u> sử dụng các chất dưới đây không?	<i>Chưa bao giờ</i>	<i>Một vài lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>Hàng ngày</i>
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc Lào, xì gà...)	0	3	4	5	6
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	3	4	5	6
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	3	4	5	6
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	3	4	5	6
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	3	4	5	6
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinner...)	0	3	4	5	6
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	3	4	5	6
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP...)	0	3	4	5	6
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	3	4	5	6
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	3	4	5	6

Bộ câu hỏi 4

<u>Trong 3 tháng gần đây</u> , bạn có thường xuyên gặp các <u>vấn đề sức khỏe, xã hội, luật pháp hoặc tài chính</u> liên quan đến việc sử dụng các chất dưới đây không?	<i>Chưa bao giờ</i>	<i>Một vài lần</i>	<i>Hàng tháng</i>	<i>Hàng tuần</i>	<i>Hàng ngày</i>
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc Lào, xì gà...)	0	4	5	6	7
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	4	5	6	7
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	4	5	6	7
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	4	5	6	7
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	4	5	6	7
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinner...)	0	4	5	6	7
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	4	5	6	7
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP...)	0	4	5	6	7
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	4	5	6	7
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	4	5	6	7

Bộ câu hỏi 5

Trong 3 tháng gần đây , bạn có thường xuyên cảm thấy thiếu chất là chuyện bình thường do bạn sử dụng các chất dưới đây không?	Chưa bao giờ	Một vài lần	Hàng tháng	Hàng tuần	Hàng ngày
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc lào, xì gà...)	0	5	6	7	8
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	5	6	7	8
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	5	6	7	8
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	5	6	7	8
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	5	6	7	8
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...)	0	5	6	7	8
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	5	6	7	8
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP...)	0	5	6	7	8
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	5	6	7	8
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	5	6	7	8

Bộ câu hỏi 6, 7 dành cho người chưa sử dụng bất cứ chất kích thích nào (tiếp bộ câu hỏi 1)

Bộ câu hỏi 6

Trong cuộc sống của mình, bạn đã từng sử dụng chất nào dưới đây (không kể thuốc sử dụng vì mục đích y tế)	Chưa bao giờ	Có trong 3 tháng qua	Có không trong 3 tháng qua
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc lào, xì gà...)	0	6	3
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	6	3
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	6	3
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	6	3
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	6	3
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...)	0	6	3
7. Chất yếu dịu hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	6	3
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP, ...)	0	6	3
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	6	3
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	6	3

Bộ câu hỏi 7

Bạn có người quen sử dụng chất. Bạn đã thử kiểm soát, yêu cầu dừng hoặc làm giảm việc sử dụng của họ nhưng thất bại	<i>Chưa bao giờ</i>	<i>Có trong 3 tháng qua</i>	<i>Có không trong 3 tháng qua</i>
1. Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá, thuốc Lào, xì gà...)	0	6	3
2. Các sản phẩm có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh...)	0	6	3
3. Cần sa (cỏ, tài mà, marijuana, hash...)	0	6	3
4. Cocain (coke, crack, vv...)	0	6	3
5. Các chất kích thích dạng Amphetamin (hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...)	0	6	3
6. Dung môi hữu cơ (keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...)	0	6	3
7. Chất gây mê hoặc gây ngủ (seduxen, Serepax, Rohypnol...)	0	6	3
8. Chất gây ảo giác (ketamin, LSD acid, nấm, PCP, ...)	0	6	3
9. Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, methadone, codeine...)	0	6	3
10. Một số chất khác (ghi rõ)	0	6	3

Bộ câu hỏi 8

Anh (chị) có bao giờ sử dụng thuốc qua đường tiêm (không kể thuốc điều trị)	<i>Chưa bao giờ</i>	<i>Có trong 3 tháng qua</i>	<i>Có không trong 3 tháng qua</i>
	0	2	1

19. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC LẠM DỤNG CHẤT TUỔI VỊ THÀNH NIÊN (DAST-A)

(Drug Abuse Screening Test for Adolescents - DAST-A)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm sàng lọc lạm dụng chất tuổi vị thành niên (DAST-A) là công cụ có giá trị được thiết kế để đánh giá việc sử dụng ma túy và các vấn đề liên quan ở vị thành niên.

Trắc nghiệm DAST-A gồm 28 câu đi sâu vào các khía cạnh khác nhau của việc sử dụng ma túy, cho phép các chuyên gia thu thập thông tin toàn diện về hành vi, trải nghiệm và các vấn đề tiềm ẩn liên quan đến ma túy của vị thành niên trong vòng 12 tháng qua. Trắc nghiệm DAST-A khám phá các chất khác nhau, hình thức sử dụng, hậu quả và nhận thức cá nhân liên quan đến lạm dụng ma túy. Các chuyên gia quản lý DAST-A có thể phân tích các phản hồi để đánh giá mức độ nghiêm trọng của việc liên quan đến ma túy và xác định các lĩnh vực có thể cần đánh giá hoặc can thiệp thêm. Bằng cách sử dụng công cụ sàng lọc này, nhà lâm sàng có thể hiểu rõ hơn về lịch sử sử dụng ma túy của thanh thiếu niên, đánh giá các rủi ro và vấn đề liên quan cũng như xác định các bước thích hợp để điều trị hoặc hỗ trợ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá lạm dụng chất gây nghiện ở trẻ vị thành niên.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc lạm dụng chất ở trẻ vị thành niên DAST-A
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số câu hỏi đề cập đến việc sử dụng chất kích thích trong 12 tháng qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với hành vi của bạn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sàng lọc lạm dụng chất tuổi vị thành niên (DAST-A) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu. Mỗi câu trả lời có hai lựa chọn: đúng và không đúng. Lựa chọn “đúng” tương đương 1 điểm, lựa chọn “không đúng” tương đương 0 điểm, ngoại trừ câu số 4,5 và 7 sẽ cho điểm ngược lại.
- Tiến hành đánh giá nguy cơ lạm dụng chất ở vị thành niên.

Bảng tham chiếu kết quả lạm dụng chất ở vị thành niên

DAST-A	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có lệ thuộc chất kích thích	0 - 5	
Nghi ngờ có lệ thuộc chất kích thích	6 - 11	
Có lệ thuộc chất kích thích	≥ 12	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Martino S, Grilo CM, Fehon DC. Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addict Behav.* 2000;25(1):57-70. doi:10.1016/s0306-4603(99)00030-1
2. Mogadam AAC. Examining the Measurement Invariance and Psychometrics of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A) in Justice-Involved Youth. Thesis. 2022. Accessed October 15, 2023. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/125460>
3. The Veterans Alcoholism Screening Test (VAST) and the Drug Abuse Screening Test -Adapted (DAST-A) in outpatient treatment: According to direct and significant other/family information sources - ProQuest. Accessed October 15, 2023. <https://www.proquest.com/openview/f8b1fd31c3cf4733e3c64962382ca76c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC LẠM DỤNG CHẤT THANH THIẾU NIÊN (DAST-A)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi đề cập đến việc sử dụng chất kích thích trong 12 tháng qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với hành vi của bạn.

STT	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1	Bạn đã bao giờ sử dụng chất kích thích ngoài mục đích y tế chưa?	1	0
2	Bạn đã bao giờ lạm dụng chất kích thích được kê đơn chưa?	1	0
3	Bạn có sử dụng nhiều chất kích thích đồng thời không?	1	0
4	Bạn có chịu được không sử dụng chất kích thích trong một tuần liên không (ngoài những loại chất được dùng vì mục đích y tế)	0	1
5	Bạn có thể ngừng sử dụng chất kích thích ngay khi bạn muốn không?	0	1
6	Bạn có lạm dụng chất kích thích liên tục không?	1	0
7	Bạn có cố gắng hạn chế việc sử dụng chất kích thích trong một số trường hợp nhất định không?	0	1
8	Bạn đã từng bị “choáng ngất” hoặc xuất hiện “ảo giác” khi sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
9	Bạn có bao giờ thấy tồi tệ về việc bị lệ thuộc vào chất kích thích không?	1	0
10	Người yêu hoặc cha mẹ bạn có bao giờ phàn nàn về sự dính líu của bạn với chất kích thích không?	1	0
11	Bạn bè và những người xung quanh có biết hay nghi ngờ bạn sử dụng chất kích thích không?	1	0
12	Việc sử dụng chất kích thích có gây ra các rắc rối giữa bạn với người yêu hoặc cha mẹ bạn chưa?	1	0
13	Có thành viên nào trong gia đình bạn đã từng tìm kiếm sự giúp đỡ để giải quyết các rắc rối do việc bạn sử dụng chất kích thích gây ra chưa?	1	0
14	Bạn đã từng mất bạn bè vì sử dụng chất kích thích không?	1	0
15	Bạn đã từng bỏ bê gia đình hoặc bỏ lỡ công việc vì sử dụng chất kích thích chưa?	1	0

STT	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
16	Bạn đã từng gặp rắc rối trong công việc vì bị lệ thuộc vào chất kích thích chưa?	1	0
17	Bạn đã từng bị đuổi học hoặc đuổi việc vì sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
18	Bạn có tham gia vào các cuộc ẩu đả có liên quan đến sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
19	Bạn đã từng bị bắt vì có những hành vi bất thường liên quan đến sử dụng chất chưa?	1	0
20	Bạn đã từng bị bắt vì lái xe khi vừa sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
21	Bạn đã từng tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp để có được chất kích thích chưa?	1	0
22	Bạn đã từng bị bắt vì tàng trữ trái phép chất kích thích chưa?	1	0
23	Bạn đã từng có các triệu chứng cai do sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
24	Bạn đã gặp các vấn đề y tế do sử dụng chất kích thích chưa (như mất trí nhớ, viêm gan, co giật hoặc chảy máu)?	1	0
25	Bạn đã từng gặp ai đó để tìm kiếm sự trợ giúp vì các vấn đề sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
26	Bạn đã từng phải nhập viện điều trị liên quan đến sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
27	Bạn đã từng tham gia vào chương trình điều trị đặc biệt liên quan đến sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
28	Bạn đã từng được điều trị ngoại trú vì các vấn đề liên quan sử dụng chất kích thích chưa?	1	0

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

20. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG CHẤT (DAST-10) **(Drug Abuse Screening Test - DAST-10)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất DAST-10 được phát triển bởi Skinner, có 10 câu hỏi sàng lọc sử dụng các chất gây nghiện không bao gồm rượu và thuốc lá. Trắc nghiệm DAST được đánh giá là một công cụ sàng lọc ngắn có thể sử dụng tại các cơ sở y tế. DAST cũng được áp dụng để đánh giá kết quả điều trị. DAST-10 chủ yếu quan tâm đến việc đánh giá hậu quả và mức độ nghiêm trọng của lạm dụng ma túy trong vòng 12 tháng qua.

Trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất DAST-10 đánh giá mục đích sử dụng chất, những trải nghiệm do việc sử dụng chất mang lại cũng như hậu quả về mặt sức khỏe và xã hội của sử dụng chất. Mỗi câu trả lời có hai lựa chọn: đúng và không đúng. Lựa chọn “đúng” tương đương 1 điểm, lựa chọn “không đúng” tương đương 0 điểm, ngoại trừ câu số 3 sẽ cho điểm ngược lại. Tổng điểm 1-2 được coi là “có nguy cơ” và cần can thiệp ngắn gọn; tổng điểm 3-5 đề cập đến việc lạm dụng ma túy “vừa phải” và cần điều trị ngắn hạn; và tổng điểm ≥ 6 cho thấy lạm dụng ma túy “nghiêm trọng” và cần đánh giá chuyên sâu để điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá sử dụng chất không bao gồm rượu và thuốc lá ở mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất DAST-10
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là một số câu hỏi đề cập đến việc sử dụng chất kích thích trong 12 tháng qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với hành vi của bạn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sàng lọc sử dụng chất DAST-10 - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Tiến hành đánh giá nguy cơ sử dụng chất

Bảng tham chiếu kết quả

DAST-10	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có sử dụng chất kích thích	0	
Sử dụng chất mức độ thấp	1 - 2	
Sử dụng chất mức độ thấp đến trung bình	3 - 5	
Sử dụng chất mức độ trung bình đến nặng	6 - 8	
Sử dụng mức độ nặng	9 - 10	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. Journal of Substance Abuse Treatment. 2007;32(2):189-198. doi:10.1016/j.jsat.2006.08.002
2. French M, Roebuck M, Mcgeary K, Chitwood D, McCoy C. Using the drug abuse screening test (DAST-10) to analyze health services utilization and cost for substance users in a community-based setting. Substance use & misuse. 2001;36:927-946. doi:10.1081/JA-100104096
3. Lam LP, Leung WC, Ip P, et al. Validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10): A study on illicit drug use among Chinese pregnant women. Sci Rep. 2015;5(1):11420. doi:10.1038/srep11420
4. Full article: Development and Validation of an Arabic Version of the Drug Abuse Screening Test-10 (DAST-10) among Saudi Drug Abusers. Accessed October 15, 2023. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02791072.2021.2013580>

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC SỬ DỤNG CHẤT (DAST-10)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu hỏi đề cập đến việc sử dụng chất kích thích trong 12 tháng qua. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào các con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với hành vi của bạn.

STT	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1	Bạn đã sử dụng các loại chất kích thích khác với những loại được yêu cầu vì mục đích y tế chưa?	1	0
2	Bạn có sử dụng nhiều loại chất kích thích cùng một lúc không?	1	0
3	Bạn có thể ngừng sử dụng chất kích thích khi bạn muốn không?	0	1
4	Bạn đã từng bị “choáng ngất” hoặc bị “ảo giác” do sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
5	Bạn có bao giờ cảm thấy tội tệ hoặc tội lỗi về việc sử dụng chất kích thích không?	1	0
6	Vợ/chồng (hoặc cha mẹ) của bạn có bao giờ phàn nàn về việc bạn sử dụng chất kích thích không?	1	0
7	Bạn đã từng bỏ bê gia đình vì việc sử dụng chất kích thích không?	1	0
8	Bạn đã tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp để có chất kích thích chưa?	1	0
9	Bạn đã bao giờ gặp phải các triệu chứng cai (cảm thấy như bị ốm) khi bạn ngừng sử dụng chất kích thích chưa?	1	0
10	Bạn có gặp các vấn đề y tế do sử dụng chất kích thích không? (ví dụ giảm nhớ, viêm gan, co giật, chảy máu...)	1	0

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

21. TRẮC NGHIỆM NGHIỆN INTERNET CỦA CHEN (CIAS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Nghiện Internet là chứng nghiện hành vi trong đó một người trở nên phụ thuộc vào việc sử dụng Internet hoặc các thiết bị trực tuyến khác như một cách không thích hợp để đối phó với những căng thẳng trong cuộc sống. Giống như bất kỳ chứng nghiện nào khác, nghiện Internet cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của một người và là nguyên nhân gây ra nhiều rối loạn tâm thần như căng thẳng, lo lắng, trầm cảm, v.v.

Năm 2003, Thang đo mức độ nghiện Internet của Chen (CIAS) được phát triển bởi Chenm Weng, Su, Wu & Yang. CIAS trở nên phổ biến hơn vì nó được chứng minh là một công cụ đáng tin cậy để chẩn đoán chứng nghiện internet ở Đài Loan và Trung Quốc. Bảng trắc nghiệm có 26 câu đánh giá mức độ sử dụng internet của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ nghiện Internet ở mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm nghiện Internet của Chen CIAS
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: Sau đây là bản trắc nghiệm bao gồm 26 mục, anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với mức độ hiện tại của mình trong khoảng 3 tháng trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ đã chọn, trong đó, mức 1-“Không đúng với tôi chút nào”, mức 2-“Không đúng lắm với tôi”, mức 3-“Hầu như không đúng với tôi”, mức 4-“Hoàn toàn đúng với tôi”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm nghiện Internet của Chen (CIAS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng điểm thô của 26 câu hỏi
- Tiến hành đánh giá mức độ nghiện Internet bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng mức độ nghiện Internet.

Bảng tham chiếu mức độ nghiện Internet

CIAS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không nghiện Internet	≤ 63	
Nghiện Internet	≥ 64	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. The Clinical Utility of the Chen Internet Addiction Scale—Gaming Version, for Internet Gaming Disorder in the DSM-5 among Young Adults.
2. Ali Sabri Radeef, Ghassak Ghazi, Ramli Musa. Translation and validation study of the Chen Internet Addiction Scale (CIAS) among Malaysian college students. 2018. Journal of International Dental and Medical Research 11(1):32-37.
3. Alizamar et al. Measuring internet addiction: adaptation and validation of the Chen Internet Addiction Scale (CIAS) on Indonesian version. 2018 J. Phys.: Conf. Ser. 1114 012057.
4. Kwok-Kei Mak, Eva Ching-an Lai, Chih-Hung Ko, Chien Chou. Psychometric Properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese Adolescents. 2014. Journal of Abnormal Child Psychology 42(7). DOI:10.1007/s10802-014-9851-3.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM NGHIỆN INTERNET CỦA CHEN (CIAS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 26 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng mức độ mô tả chính xác nhất tình trạng sử dụng internet của bạn trong 03 tháng qua

STT	Câu hỏi	Không đúng với tôi chút nào	Không đúng lắm với tôi	Hầu như đúng với tôi	Hoàn toàn đúng với tôi
1	Tôi đã được nhắc nhở nhiều hơn một lần về việc dành quá nhiều thời gian sử dụng internet	1	2	3	4
2	Tôi cảm thấy không thoải mái khi dùng sử dụng internet một khoảng thời gian	1	2	3	4
3	Tôi thấy rằng mình đã dành thời gian sử dụng internet ngày càng nhiều hơn	1	2	3	4
4	Tôi cảm thấy bồn chồn và khó chịu khi internet bị ngắt kết nối hoặc không khả dụng	1	2	3	4
5	Tôi cảm thấy tràn đầy năng lượng khi sử dụng internet	1	2	3	4
6	Khoảng thời gian tôi sử dụng internet dài hơn dự định	1	2	3	4
7	Mặc dù sử dụng internet ảnh hưởng xấu đến các mối quan hệ, thời gian sử dụng của tôi vẫn không giảm	1	2	3	4
8	Đã hơn một lần, tôi ngủ ít hơn 4 tiếng một ngày vì lí do sử dụng internet	1	2	3	4
9	Tôi đã tăng đáng kể thời gian tôi dành cho việc sử dụng internet	1	2	3	4
10	Tôi cảm thấy phiền muộn hoặc suy sụp khi dùng sử dụng internet một khoảng thời gian nhất định	1	2	3	4
11	Tôi không thể kiểm soát được sự thôi thúc muốn sử dụng internet	1	2	3	4
12	Tôi thấy mình sử dụng internet thay vì dành thời gian cho bạn bè	1	2	3	4
13	Tôi bị đau lưng hoặc những khó chịu về mặt thể chất khác khi dành thời gian sử dụng internet	1	2	3	4
14	Sử dụng internet là suy nghĩ đầu tiên mỗi sáng khi tôi thức giấc	1	2	3	4

STT	Câu hỏi	Không đúng với tôi chút nào	Không đúng lắm với tôi	Hầu như đúng với tôi	Hoàn toàn đúng với tôi
15	Sử dụng internet đã ảnh hưởng tiêu cực đến việc học và hiệu suất công việc của tôi	1	2	3	4
16	Tôi cảm thấy như mình đang thiếu một thứ gì đó nếu tôi không sử dụng internet một khoảng thời gian nhất định	1	2	3	4
17	Sự tương tác của tôi với mọi người trong gia đình đã giảm vì việc sử dụng internet	1	2	3	4
18	Các hoạt động giải trí của tôi đã giảm vì việc sử dụng internet	1	2	3	4
19	Tôi không kiểm soát được sự thôi thúc sử dụng internet trở lại sau khi đăng xuất để làm những công việc khác	1	2	3	4
20	Cuộc sống của tôi sẽ chẳng có gì vui nếu thiếu internet	1	2	3	4
21	Sử dụng internet ảnh hưởng xấu đến sức khỏe thể chất của tôi	1	2	3	4
22	Tôi đã cố dành ít thời gian sử dụng internet hơn nhưng đã thất bại	1	2	3	4
23	Tôi tạo thói quen ngủ ít hơn để có nhiều thời gian sử dụng internet hơn	1	2	3	4
24	Tôi càng ngày càng phải sử dụng internet nhiều hơn để đạt được cảm giác thỏa mãn như trước đây	1	2	3	4
25	Tôi ăn uống không đúng bữa vì sử dụng Internet	1	2	3	4
26	Tôi cảm thấy mệt mỏi vào ban ngày vì sử dụng internet vào ban đêm	1	2	3	4

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

22. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN INTERNET (IAT)

(Internet Addiction Test -IAT)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá mức độ nghiện Internet (Internet Addiction Test - IAT; Young, 1998) được phát triển để đo lường sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của sự phụ thuộc vào Internet và công nghệ ở người lớn. Hiện tượng nghiện Internet được xem là một rối loạn lâm sàng mới cần được đánh giá. Mặc dù mới nhưng IAT là bài kiểm tra được xác nhận đầu tiên được sử dụng trong môi trường sức khỏe tâm thần và trường học. IAT có thể được sử dụng để đánh giá các triệu chứng nghiện Internet ở nhiều dạng khác nhau của các cơ sở kiểm tra, bao gồm các phòng khám hành nghề tư nhân, trường học, bệnh viện và các chương trình nội trú, v.v.

IAT được xây dựng gồm 20 câu để nắm bắt hành vi có vấn đề liên quan đến việc bắt buộc sử dụng công nghệ, bao gồm xem khiêu dâm, chơi cờ bạc và mạng xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ nghiện internet cho mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá mức độ nghiện Internet (IAT)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** Sau đây là bản trắc nghiệm bao gồm 20 mục, anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với mức độ mô tả chính xác nhất trạng thái sử dụng Internet trong tháng qua và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ đã chọn, trong đó, mức 0-“Không bao giờ”, mức 2-“Hiếm khi”, mức 3-“Thỉnh thoảng”, mức 4-“Thường xuyên”, mức 5-“Rất thường xuyên”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm đánh giá mức độ nghiện Internet (IAT) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** tổng điểm thô của 20 câu hỏi (mỗi câu hỏi là 1 câu trả lời đúng nhất). Tổng số điểm IAT là tổng điểm do cán bộ thực hiện đưa ra cho 20 câu trả lời. Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm 5 từ 0 đến 5. Điểm tối đa là 100 điểm. Điểm càng cao thì mức độ nghiện trọng của vấn đề càng cao.
- Tiến hành đánh giá mức độ theo bảng tham chiếu.

Bảng tham chiếu mức độ nghiện Internet

IAT	Điểm đánh giá	Kết quả
Mức độ sử dụng internet bình thường	0 - 30	
Phụ thuộc mức độ nhẹ vào internet	31 - 49	
Phụ thuộc mức độ vừa vào internet	50 - 79	
Phụ thuộc nghiêm trọng vào internet	≥ 80	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Internet Addiction Test (IAT)/ Kimberly S. Young. ISBN: 978-0-9982980-9-2.
2. Adam Neelapaijit, Manee Pinyopornpanish, Sutapat Simcharoen, Pimolpun Kuntawong, Nahathai Wongpakaran and Tinakon Wongpakaran. Psychometric properties of a Thai version internet addiction test. 2018. BMC Research Notes; 11:69.
3. Fernandez-Villa et al. Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among collect students. 2015. BMC Public Health; 15:953.DOI 10.1186/s12889-015-2281-5.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN INTERNET (IAT)

Họ và tên: Năm sinh/....../..... Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện:/....../.....

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 20 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng mức độ mô tả chính xác nhất tình trạng sử dụng internet của bạn trong tháng qua

STT	Câu hỏi	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên	Luôn luôn
1	Bạn thường thấy rằng mình sử dụng internet nhiều hơn dự định	0	1	2	3	4	5
2	Bạn thường bỏ bê công việc gia đình để dành nhiều thời gian hơn sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
3	Bạn thường thích thú với internet hơn là thân thiết với bạn bè	0	1	2	3	4	5
4	Bạn thường có các mối quan hệ mới với những người sử dụng internet khác	0	1	2	3	4	5
5	Những người xung quanh bạn thường xuyên phàn nàn về thời lượng bạn sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
6	Điểm số hoặc công việc của bạn thường xuyên bị ảnh hưởng vì lượng thời gian bạn dành cho việc sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
7	Bạn thường kiểm tra email trước khi làm việc khác	0	1	2	3	4	5
8	Hiệu suất và năng suất công việc của bạn thường xuyên bị ảnh hưởng vì internet	0	1	2	3	4	5
9	Bạn thường đề phòng hoặc bí mật khi ai đó hỏi bạn đã làm những gì trên internet	0	1	2	3	4	5
10	Bạn thường loại bỏ những suy nghĩ buồn phiền trong cuộc sống bằng những suy nghĩ nhẹ nhàng về internet	0	1	2	3	4	5

STT	Câu hỏi	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên	Luôn luôn
11	Bạn thường dự định khi bạn sử dụng internet lại	0	1	2	3	4	5
12	Bạn thường lo sợ rằng cuộc sống không có internet sẽ buồn chán, trống rỗng và không có niềm vui	0	1	2	3	4	5
13	Bạn thường cáu kỉnh, la hét hoặc tỏ ra khó chịu khi có ai đó làm phiền bạn đang sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
14	Bạn thường xuyên bị mất ngủ vì sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
15	Bạn thường cảm thấy suy nghĩ nhiều về internet khi bạn đang không online hoặc tưởng tượng về việc mình đang sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
16	Bạn thường tự nói “chỉ vài phút nữa thôi” khi đang sử dụng internet	0	1	2	3	4	5
17	Bạn thường cố gắng cắt giảm thời gian sử dụng internet và thất bại	0	1	2	3	4	5
18	Bạn thường cố giấu mình đã sử dụng internet bao lâu	0	1	2	3	4	5
19	Bạn thường chọn dành thời gian sử dụng internet nhiều hơn đi chơi với người khác	0	1	2	3	4	5
20	Bạn thường cảm thấy chán nản, ủ rũ hoặc lo lắng khi bạn không sử dụng internet không, cảm giác này sẽ biến mất khi bạn sử dụng internet trở lại	0	1	2	3	4	5

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

23. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LOẠN THẦN (PQ-16)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá loạn thần (The 16-item Version of the Prodromal Questionnaire) (PQ-16) được sử dụng như một công cụ sàng lọc để phát hiện sớm chứng rối loạn tâm thần. Số lượng mục thấp nên khá thích hợp để sàng lọc những quần thể lớn đang tìm kiếm sự trợ giúp, do đó nâng cao tính khả thi của việc phát hiện và điều trị người bệnh có nguy cơ cực cao trong các dịch vụ sức khỏe tâm thần thông thường.

Bộ câu hỏi bao gồm 16 câu hỏi được xếp hạng trên thang điểm 3 với các câu trả lời: không/ có. Nếu có, mức độ khó chịu người bệnh đã trải qua: không ảnh hưởng, nhẹ, vừa, nặng. PQ- 16 bao gồm 9 câu hỏi về những bất thường về tri giác, 5 nội dung suy nghĩ bất thường và chứng hoang tưởng, và 2 triệu chứng tiêu cực.

Không tìm thấy sự khác biệt đáng kể trong điểm PQ-16 theo giới tính, tôn giáo hoặc thành tích học tập.

PQ-16 dễ thực hiện trong đánh giá định kỳ và có thể hữu ích để đưa ra các triệu chứng rối loạn tâm thần tiềm ẩn để khám phá thêm trong giai đoạn đầu, đặc biệt là ở thanh thiếu niên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các dấu hiệu của loạn thần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm đánh giá loạn thần (PQ-16)
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: Sau đây là bản trắc nghiệm bao gồm 16 mục, anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với mức độ mô tả chính xác nhất trạng thái anh/chị cảm thấy và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với mức độ đã chọn.
- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm hướng dẫn người bệnh thực hiện trắc nghiệm. Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm của người bệnh để đảm bảo người bệnh thực hiện trắc nghiệm đúng theo hướng dẫn.
- Sau khi người bệnh hoàn thành trắc nghiệm, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm kiểm tra lại thông tin hành chính và phần trả lời của người bệnh, yêu cầu bổ sung (nếu cần).

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Tiến hành đánh giá mức độ theo bảng tham chiếu.

Bảng tham chiếu đánh giá loạn thần

IAT	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có loạn thần	0 - 8	
Có trạng thái loạn thần	≥ 9	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Januška J., Straková A., Turček M., et al. (2021). Reliability and discriminant validity of the Slovak version of the 16-item Prodromal Questionnaire (PQ-16) in a student sample. *Psychosis*, 0(0), 1–12.
2. Zorenzo P., Silvia A., Federica P., et al. (2018). The Italian version of the 16-item prodromal questionnaire (iPQ-16): Field-test and psychometric features. *Schizophrenia Research*, 199, 353–360.
3. Ising H.K., Veling W., Loewy R.L., et al. (2012). The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr Bull*, 38(6), 1288–1296.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ LOẠN THẦN PQ-16

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

STT	Nội dung	Không	Có	Nếu có, mức độ khó chịu bạn đã trải qua			
				Không ảnh hưởng (0)	Nhẹ (1)	Vừa (2)	Nặng (3)
1	Tôi cảm thấy không hứng thú với những điều gây thích thú trước đây						
2	Tôi dường như sống trong những sự kiện chính xác như nó từng xảy ra (đã thấy)						
3	Tôi thi thoảng nghĩ hay nếm những vị mà người khác không cảm nhận thấy						
4	Tôi thi thoảng nghe thấy những âm thanh bất thường như tiếng păng păng, lách cách, tiếng rít, tiếng nổ hoặc chuồng reo trong tai						
5	Có lúc tôi bối rối không biết thứ tôi trải nghiệm là thật hay tưởng tượng						
6	Khi tôi nhìn ai đó hoặc khi tôi soi gương, tôi nhìn thấy khuôn mặt thay đổi thật sự trước mắt mình						
7	Tôi có cảm giác lo lắng tột độ khi gặp ai đó lần đầu tiên						
8	Tôi nhìn thấy một số thứ mà những người khác hoàn toàn không thấy						
9	Những suy nghĩ của tôi mạnh mẽ đến mức tôi có thể nghe thấy chúng						

STT	Nội dung	Không	Có	Nếu có, mức độ khó chịu bạn đã trải qua			
				Không ảnh hưởng (0)	Nhẹ (1)	Vừa (2)	Nặng (3)
10	Tôi thi thoảng nhận thấy những ý nghĩa đặc biệt trong các quảng cáo, cửa sổ của các cửa hàng hoặc trên đường các sự vật được sắp xếp xung quanh tôi						
11	Thi thoảng tôi cảm thấy mình không thể kiểm soát được suy nghĩ hoặc ý tưởng của mình.						
12	Thi thoảng tôi cảm thấy bị xao nhãng đột ngột bởi những âm thanh mà tôi hoàn toàn không hiểu						
13	Tôi nghe thấy những thứ mà người khác không nghe thấy như tiếng ngáy hoặc tiếng nói chuyện của ai đó						
14	Tôi thi thoảng có cảm giác ai đó có gì đó cho tôi						
15	Tôi đã có cảm giác một số người hoặc một sức mạnh nào đó xung quanh tôi, mặc dù tôi không thể nhìn thấy họ.						
16	Tôi có cảm giác một phần thân thể mình đã biến đổi theo các cách khác nhau hoặc một phần thân thể tôi đang hoạt động khác so với trước đây						

24. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH (ASRS) (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành (ASRS) đã được phát triển kết hợp bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Nhóm làm việc về người lớn tăng động giảm chú ý bao gồm nhóm các nhà nghiên cứu và bác sĩ tâm thần Lenard Adler, Ronald C. Kessler và Thomas Spencer dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. ASRS được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc đánh giá các vấn đề tăng hoạt động và giảm chú ý ở người lớn.

ASRS là một bảng câu hỏi tự báo cáo gồm 18 mục được thiết kế để đánh giá các triệu chứng: Rối loạn tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên. Sáu trong số mười tám câu hỏi được tìm thấy là dự đoán chính xác nhất về các triệu chứng phù hợp với rối loạn tăng động giảm chú ý. Sáu câu hỏi này là cơ sở cho Bộ sàng lọc trắc nghiệm đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành (ASRS) và cũng là Phần A của danh mục kiểm tra triệu chứng. Phần B của danh mục kiểm tra triệu chứng bao gồm mười hai câu hỏi còn lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá rối loạn tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành ASRS
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là 18 câu phát biểu mô tả về các hành vi có thể gặp phải. Anh/chị hãy đọc kỹ và trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào mức độ mô tả chính xác nhất trạng thái của anh/chị trong 6 tháng vừa qua”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo Bộ câu hỏi "**trắc nghiệm đánh giá tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành (ASRS) - phần Phụ lục**”.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

Lưu ý: Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Chỉ tính điểm phần A; cộng các mức độ được chọn được tích ở phần ô **in đậm**. Cách cho điểm: cho “0” điểm nếu sự lựa chọn là “Không bao giờ” cho “1” điểm nếu sự lựa chọn là “Hiếm khi”; cho “2” điểm nếu sự lựa chọn là “Thường xuyên”; cho “3” điểm nếu sự lựa chọn là “Rất thường xuyên”. Cộng tổng số điểm của Phần A.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành

Bảng tham chiếu mức độ tăng động giảm chú ý ở người trưởng thành

ASRS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có dấu hiệu ADHD	0 – 3	
Có dấu hiệu mắc ADHD	≥ 4	

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. 1998.
2. Green JG, DeYoung G, Wogan ME, Wolf EJ, Lane KL, Adler LA. Evidence for the reliability and preliminary validity of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS v1.1) Screener in an adolescent community sample. Int J Methods Psychiatr Res. 2019 Mar;28(1): e1751.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH (ASRS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 18 câu hỏi. Hãy trả lời bằng cách đánh dấu “X” vào mức độ mô tả chính xác nhất trạng thái của bạn trong 6 tháng qua.

Câu hỏi	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
Phần A					
1 Bạn thường gặp khó khăn khi hoàn thành các chi tiết cuối cùng của một nhiệm vụ, sau khi một phần của nhiệm vụ đã hoàn thành					
2 Bạn thường gặp khó khăn trong việc sắp xếp mọi thứ khi phải thực hiện một nhiệm vụ đòi hỏi có tính tổ chức					
3 Bạn thường gặp vấn đề trong việc ghi nhớ các cuộc hẹn hoặc nhiệm vụ nào đó					
4 Khi bạn có một nhiệm vụ đòi hỏi nhiều suy nghĩ, bạn thường né tránh hoặc trì hoãn bắt đầu nó					
5 Bạn thường bồn chồn hoặc bứt rứt tay chân khi phải ngồi lâu					
6 Bạn có thường cảm thấy bị tăng động và bị ép buộc phải làm mọi việc giống như bạn bị điều khiển bởi cái gì đó					
Phần B					
7 Bạn thường vô ý mắc phải những sai lầm khi phải thực hiện một nhiệm vụ nhằm chán hoặc khó khăn					
8 Bạn thường gặp khó khăn trong việc tập trung chú ý vào những việc nhằm chán hoặc lặp đi lặp lại					
9 Bạn thường khó tập trung vào những gì người khác nói với bạn, ngay cả khi họ đang nói chuyện trực tiếp với bạn					
10 Bạn thường bị thất lạc đồ hoặc khó khăn khi tìm đồ ở nhà hoặc nơi làm việc					
11 Bạn thường bị phân tâm bởi hoạt động hoặc tiếng ồn xung quanh mình					
12 Bạn thường rời khỏi chỗ ngồi trong các cuộc họp hoặc trong các trường hợp mà bạn định sẽ ngồi lại					

Câu hỏi		Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Rất thường xuyên
13	Bạn thường cảm thấy bồn chồn hoặc bất rút					
14	Bạn thường gặp khó khăn khi nghỉ ngơi và thư giãn khi ở một mình					
15	Bạn thường thấy mình nói quá nhiều trong các cuộc trò chuyện					
16	Khi tham gia một cuộc trò chuyện, bạn thường thấy mình kết thúc các câu nói của người khác trước khi họ có thể tự nói ra					
17	Bạn thường gặp khó khăn khi chờ đến lượt trong những trò chơi, hoặc khi xếp hàng					
18	Bạn thường làm phiền người khác khi họ đang bận					

25. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC TỰ SÁT (ASQ) (Ask Suicide–Screening Questions - ASQ)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm sàng lọc tự sát ASQ là bộ câu hỏi ngắn gọn để sàng lọc nguy cơ tự sát, được sử dụng cho trẻ em từ 8 tuổi trở lên và người trưởng thành. Trắc nghiệm này sử dụng rộng rãi ở các khoa cấp cứu, cơ sở chăm sóc ban đầu, các đơn vị điều trị nội trú.

Trắc nghiệm ASQ gồm 5 câu hỏi sàng lọc tự sát, thường mất khoảng 3 -5 phút để trả lời. Với 4 câu hỏi đầu tiên nếu người bệnh trả lời “không”, kết thúc phần sàng lọc (không cần thực hiện câu 5). Nếu người bệnh trả lời “có” với ít nhất 1 trong 4 câu hỏi đầu tiên hoặc từ chối không trả lời, tiếp tục thực hiện câu 5 để xác định độ nhạy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá ý tưởng, hành vi tự sát ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc tự sát ASQ
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Trong bảng có 5 mục, Anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình trong khoảng vài tuần trở lại đây và tích vào ô trống tương ứng với câu đã chọn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sàng lọc tự sát (ASQ) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Đối chiếu số điểm của người bệnh với bảng tham chiếu nguy cơ tự sát

Bảng tham chiếu kết quả nguy cơ tự sát

ASQ	Điểm đánh giá
Không có nguy cơ tự sát	0
Có nguy cơ tự sát	≥ 1

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aguinaldo LD, Sullivant S, Lanzillo EC, et al. Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;68:52-58. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.11.006
2. Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*. 2020;61(6):713-722. doi:10.1016/j.psych.2020.04.008
3. Ngai M, Delaney K, Limandri B, Dreves K, Tipton MV, Horowitz LM. Youth suicide risk screening in an outpatient child abuse clinic. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2022;35(1):38-44. doi:10.1111/jcap.12335
4. Kim HJ, Kim S, Son Y, Youn I, Lee K. Reliability and Validity of the Korean Version of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). *Journal of Korean Medical Science*. 2023;38(6):e41.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC TỰ SÁT (ASQ)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Trong bảng này gồm 5 đề mục được đánh số từ 1 đến 5, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong vài tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Hãy tích vào ô trống bên trái câu phát biểu mà bạn đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

1. Trong vài tuần qua, bạn có khi nào muốn được chết không?

☐ Có ☐ Không

2. Trong vài tuần qua, bạn có khi nào nghĩ rằng mình chết đi là điều tốt cho chính mình hoặc gia đình mình không?

☐ Có ☐ Không

3. Trong vài tuần qua, bạn có nghĩ đến chuyện tự giết mình không?

☐ Có ☐ Không

4. Bạn có bao giờ thử tính giết chính mình không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, thì đã làm như thế nào?

Khi nào?

Nếu bệnh nhân trả lời “Có” đối với bất kỳ câu hỏi nào bên trên, hỏi câu hỏi liên quan đến độ nhảy bèn sau đây:

5. Ngay bây giờ Em có ý nghĩ tự giết chính mình không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy miêu tả cụ thể:

Xin hãy kiểm tra lại xem còn đề mục nào bạn chưa đánh dấu hay không!

26. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ Ý TƯỞNG TỰ SÁT (SIDAS) **(Suicidal Ideation Attributes Scale - SIDAS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá ý tưởng tự sát (Suicidal Ideation Attributes Scale – SIDAS) được thiết kế để sàng lọc các cá nhân trong cộng đồng về sự hiện diện của ý nghĩ tự tử và đánh giá mức độ nghiêm trọng của những suy nghĩ này.

Trắc nghiệm SIDAS bao gồm năm mục, mỗi mục nhắm vào một thuộc tính của ý nghĩ tự tử: tần suất, khả năng kiểm soát, mức độ gần với ý định cố gắng, mức độ đau khổ liên quan đến suy nghĩ và tác động đến hoạt động hàng ngày. Các câu trả lời được đo trên thang điểm 10. Các mục được mã hóa để tổng điểm cao hơn phản ánh ý nghĩ tự tử nghiêm trọng hơn. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 50. Điểm ≥ 21 cho thấy nguy cơ cao về hành vi tự sát.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá ý tưởng tự sát ở mọi đối tượng.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, mất kiểm soát cảm xúc, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá ý tưởng tự sát SIDAS
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6. TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Dưới đây là 5 câu. Để trả lời câu hỏi, vui lòng xác định mức độ mà mỗi trải nghiệm của bạn trong tháng qua được mô bằng cách khoanh tròn vào con số biểu thị mức độ bạn trải nghiệm từ 0 đến 10.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm đánh giá ý tưởng tự sát (SIDAS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu nguy cơ tự sát.

Bảng tham chiếu kết quả

SIDAS	Điểm đánh giá
Không có nguy cơ tự sát	0
Có nguy cơ có hành vi tự sát	1 - 20
Có nguy cơ cao có hành vi tự sát	≥ 21

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.

- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Burgt MCA van der, Mérelle S, Brinkman WP, Beekman ATF, Gilissen R. Breaking Down Barriers to a Suicide Prevention Helpline: Protocol for a Web-Based Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*. 2023;12(1):e41078. doi:10.2196/41078
- 2 Harris K, Haddock G, Peters S, Gooding P. Psychometric properties of the Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) in a longitudinal sample of people experiencing non-affective psychosis. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):628. doi:10.1186/s12888-021-03639-8
- 3 Spijker BAJ van, Batterham PJ, Caele AL, et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(4):408.
- 4 Hedley D, Batterham PJ, Bury SM, et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale-Modified (SIDAS-M): Development and preliminary validation of a new scale for the measurement of suicidal ideation in autistic adults. *Autism*. 2023;27(4):1115-1131. doi:10.1177/13623613221131234

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ Ý TƯỞNG TỰ SÁT (SIDAS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 5 câu. Để trả lời câu hỏi, vui lòng xác định mức độ mà mỗi trải nghiệm của bạn trong tháng qua được mô bằng cách khoanh tròn vào con số biểu thị mức độ bạn trải nghiệm, trong đó:

Không bao giờ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Luôn luôn

STT	Câu hỏi	Mức độ (%)										
1	Bạn có thường có các ý nghĩ tự sát không?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Khả năng kiểm soát của bạn như thế nào về các ý nghĩ này?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Bạn tiến gần đến hành vi tự sát ở mức nào?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Bạn cảm thấy bị hành hạ đến mức nào bởi các ý nghĩ tự sát?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Các ý nghĩ tự sát ảnh hưởng thế nào đến khả năng của bạn trong việc hoàn thành các hoạt động thường ngày như công việc, việc nhà và các hoạt động xã hội?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

27. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ Ý TƯỞNG TỰ SÁT (Modified Scale for Suicidal Ideation – MSSSI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm mức độ ý tưởng tự sát của Ivans W. Miller và William H. Norman (1991) dưới dạng bảng hỏi phỏng vấn trực tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh đến khám.

Trắc nghiệm bao gồm 18 câu hỏi được xếp hạng trên thang điểm 3 với các câu trả lời tương ứng từ 0 đến 3 điểm với các nội dung đề mục chính: Mong muốn được sống, mong ước được chết, mong muốn để thực hiện một hành vi nào đó để tự sát, đã có những cố gắng để tự sát trong quá khứ, thời gian của những ý nghĩ tự sát, mức độ thường xuyên của những ý nghĩ tự sát, cường độ của ý nghĩ tự sát, những điều có thể giúp ngăn cản nghĩ tự sát, lý do để sống và chết, mức độ chi tiết hoặc kế hoạch tự sát, phương pháp: sẵn sàng hoặc những cơ hội để tự sát, mức độ của lòng can đảm để thực hiện sự tự sát, năng lực để tự sát, nói về cái chết hoặc tự sát, viết về cái chết hoặc tự sát, những ghi chú về tự sát, có những sự chuẩn bị một cách thực sự.

MSSSI đánh giá ý tưởng và mức độ tự sát trong vòng 48 giờ trở lại đây. Trong khi phỏng vấn nếu như câu hỏi 1 và 2 có số điểm ít hơn 2 và câu hỏi 3 và 4 có số điểm là 0, ngừng cuộc phỏng vấn tại đây. Nếu kết quả cao hơn thì bắt đầu câu hỏi số 5 cho đến hết thang đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá mức độ ý tưởng, hành vi tự sát ở người bệnh.
- Đánh giá tiến triển trong điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, mất kiểm soát cảm xúc, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm mức độ ý tưởng tự sát MSSSI
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Sau đây, tôi sẽ hỏi anh/chị về các ý tưởng tự sát cũng như các yếu tố liên quan, anh/chị hãy chia sẻ và trả lời trung thực, chi tiết nhé”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm mức độ ý tưởng tự sát (MSSI) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình phỏng vấn, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Tiến hành đánh giá mức độ ý tưởng tự sát

Bảng tham chiếu kết quả

MSSI	Điểm đánh giá	Kết quả
Có ý tưởng tự sát mức độ nhẹ	0 - 18	
Có ý tưởng tự sát mức độ vừa	19 - 36	
Có ý tưởng tự sát mức độ nặng	≥ 37	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Measurement Scales of Suicidal Ideation and - ProQuest. Accessed October 15, 2023. <https://www.proquest.com/docview/1818356563>
2. Joiner TE, Rudd MD, Rajab MH. The Modified Scale for Suicidal Ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 1997;106(2):260-265. doi:10.1037/0021-843X.106.2.260
3. Miller IW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG. The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54(5):724-725. doi:10.1037/0022-006X.54.5.724
4. Kumar U, Mandal M. *Suicidal Behaviour: Assessment of People-at-Risk*; 2010. doi:10.4135/9788132107972

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ Ý TUỞNG TỰ SÁT (MMSI)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện đánh giá:

1. Mong ước được chết:

“Trong thời gian một ngày qua hoặc khoảng hai ngày gần đây, bạn nghĩ rằng mình muốn chết? Bây giờ bạn có muốn chết không?”

Nếu bệnh nhân trả lời rằng muốn chết thì bạn hỏi thêm “trong thời gian một hoặc hai ngày trở lại đây ý nghĩ muốn chết của bệnh nhân là ít hay thường xuyên hoặc rất nhiều?”. “Khi bạn mong muốn chết, mức độ mạnh của mong muốn ấy là như thế nào? Yếu, trung bình hoặc rất mạnh?”

0. Không có mong muốn để chết, không có bất kỳ ý nghĩ nào về việc mong muốn được chết.
1. Yếu, không chắc chắn là mình có muốn chết hay không, hiếm khi nghĩ đến cái chết hoặc cường độ dường như rất yếu.
2. Mức độ trung bình, gần đây có mong muốn được chết, có thể bị xâm chiếm bởi những ý nghĩ muốn chết hoặc cường độ dường như lớn hơn so với mức độ 1.
3. Rất mạnh, gần đây có mong muốn được chết, có tần số cao hoặc có cường độ rất mạnh trong vòng hai ngày trở lại đây.

2. Mong ước được sống

Trong vòng một hai ngày trở lại đây bạn có nghĩ là bạn muốn sống? Bạn có quan tâm đến việc bạn sống hay chết không?

Nếu bệnh nhân trả lời muốn sống thì hỏi xem trong vòng một hoặc hai ngày trở lại đây người bệnh nghĩ đến mong ước được sống? Rất ít, thường xuyên hoặc rất nhiều? Mức độ chắc chắn của bạn rằng bạn muốn sống như thế nào?

0. Rất mạnh, gần đây có mong muốn được sống, thường xuyên có mong muốn đó hoặc với cường độ rất mạnh.
1. Trung bình, gần đây có mong muốn được sống, nghĩ về mong muốn được sống một cách thường xuyên, có thể dễ dàng từ bỏ ý nghĩ muốn chết hoặc cường độ dường như yếu hơn so với mức độ ở phần 2.
2. Yếu, không chắc chắn rằng liệu mình có muốn sống hay không, đôi khi nghĩ về sự sống hoặc cường độ dường như yếu.
3. Không, bệnh nhân không có mong muốn được sống.

3. Mong muốn để thực hiện một hành vi nào đó để tự sát:

Trong vòng một hoặc hai ngày qua, bạn có nghĩ về việc tự sát? Bạn muốn tự giết bản thân mình? Mức độ thường xuyên như thế nào? Ít, tương đối thường xuyên hoặc rất nhiều? Bạn muốn giết chết bản thân mình bây giờ không?

0. Không. Bệnh nhân có thể có ý nghĩ tự sát nhưng không muốn thực hiện hành vi tự sát.
1. Mức độ nhẹ. Bệnh nhân không chắc chắn khi nào muốn chết.
2. Mức độ trung bình. Bệnh nhân ít nhất một lần có ý tưởng tự sát trong vòng 48 giờ.
3. Mức độ nặng. Bệnh nhân thường xuyên có ý tưởng tự sát trong phần lớn thời gian.

4. Đã có những cố gắng để tự sát trong quá khứ:

Bây giờ, bạn có thể thảo luận về vấn đề là bạn đã không hề quan tâm đến sức khỏe của mình được không?

(Bạn có cảm thấy muốn chết bằng cách ăn quá nhiều (hoặc quá ít), uống quá nhiều (hoặc quá ít), hoặc bằng cách không dùng những thuốc cần thiết cho sức khỏe của bạn?)

Bạn có thấy mình đã làm những việc nêu trên đây trong vòng một hoặc hai ngày gần đây?

Trong vòng một hoặc hai ngày qua, bạn có ý nghĩ là mọi điều có thể trở nên tốt nếu như bạn rời bỏ cuộc đời này hoặc chết đi sẽ là một cơ hội tốt đối với bạn, ví dụ như đi ngang qua phố đông người một cách thiếu thận trọng, lái xe thiếu thận trọng hoặc thậm chí là đi ra phố một mình vào ban đêm ở khu vực phố có nhiều nguy hiểm.

0. Không, tôi muốn thận trọng để duy trì cuộc sống của tôi được đảm bảo.
1. Rất yếu, không biết là mình có muốn hay không muốn sống hoặc có ý nghĩ đánh cuộc về cái chết của bản thân mình ít nhất một lần trong hai ngày gần đây.
2. Trung bình, muốn có cơ hội để chết, chắc chắn rằng muốn đánh bạc với tính mạng của mình.
3. Rất mạnh, tránh những bước cần thiết để duy trì hoặc cứu tính mạng của mình, ví dụ không sử dụng những thuốc cần thiết cho cơ thể để điều trị bệnh nguy hiểm.

Bạn ngừng cuộc phỏng vấn tại đây, nếu như câu hỏi 1 và 2 có số điểm ít hơn 2 và câu hỏi 3 và 4 có số điểm là 0. Nếu kết quả cao hơn thì bắt đầu câu hỏi số 5 cho đến hết thang đánh giá.

5. Thời gian của những ý nghĩ tự sát:

Trong vòng thời gian một hoặc hai ngày trở lại đây, khi bạn nghĩ đến ý định tự sát, những ý nghĩ đó kéo dài bao lâu? Nó có nhanh hay không?

Ví dụ một vài giây? Nó xảy ra trong vòng một phút, sau đó dừng lại, ví dụ một vài phút? Nó xảy ra trong một thời gian dài hơn, ví dụ một giờ?

Những ý nghĩ này có vẻ như là không thể gạt bỏ khỏi đầu của bạn?

0. Rất ngắn, trong một thời gian rất nhanh.
1. Trong một thời gian ngắn, một vài phút.
2. Lâu hơn, khoảng thời gian là một giờ.

3. Hầu như là liên tục, bệnh nhân rất khó khăn để thoát khỏi những ý nghĩ tự sát, không thể xua đuổi những ý nghĩ đó khỏi đầu mình.

6. Mức độ thường xuyên của những ý nghĩ tự sát:

Trong vòng một hoặc hai ngày vừa qua, bạn nghĩ đến việc tự sát với mức độ như thế nào? Một lần trong một ngày? Một lần trong một giờ? Hoặc nhiều hơn? Hay hầu hết thời gian?

0. Rất hiếm khi, chỉ một lần trong vòng 48 giờ qua.
1. Với tần số thấp, hai hoặc nhiều hơn trong vòng 48 giờ qua.
2. Mức độ gián đoạn, khoảng mỗi giờ một lần.
3. Luôn luôn, một vài lần một giờ.

7. Cường độ của ý nghĩ tự sát:

Trong vòng thời gian một hoặc hai ngày qua, khi bạn nghĩ đến ý định tự sát, những ý đó có cường độ mạnh không?

Cường độ của những ý nghĩ đó như thế nào?

0. Rất yếu
1. Yếu
2. Trung bình
3. Mạnh

8. Những điều có thể giúp ngăn cản nghĩ tự sát:

Bạn có nghĩ đến điều gì có thể giúp bạn khỏi giết chết bản thân mình không? (tôn giáo, hậu quả tiếp theo kéo theo cho gia đình, những điều mà bạn có thể gây tổn hại cho bản thân mình nếu như việc tự sát không thành công?)

0. Có những sự ngăn cản chính xác, không tự sát vì những sự ngăn cản khác nhau. Bệnh nhân phải kể ra một sự ngăn cản đó.
1. Có thể có sự ngăn cản. Bệnh nhân có thể nêu ra ít nhất một sự ngăn cản, nhưng nó không giúp cho việc loại bỏ được ý nghĩ tự sát.
2. Hỏi về những ngăn cản của bệnh nhân tự sát, bệnh nhân gặp phải khó khăn khi đưa ra sự ngăn cản, dường như tập trung vào những sự thuận lợi của tự sát, rất ít đề ý những sự ngăn cản tự sát.
3. Không có sự ngăn cản nào, không quan tâm đến hậu quả kéo theo của tự sát đối với bản thân và người khác.

9. Lý do để sống và chết:

Ngay bây giờ bạn có thể nghĩ ra được lý do tại sao bạn nên sống?

Về một hoặc hai ngày gần đây của bạn như thế nào?

Trong vòng một hoặc hai ngày trở lại đây bạn đã nghĩ rằng có điều gì xảy ra trong cuộc đời bạn mà có thể làm cho bạn muốn chết không?

(Nếu bệnh nhân nói có lý do rõ ràng cho việc sống và chết, hãy hỏi họ đó là lý do gì và viết chúng ra đúng như họ nghĩ trong một tờ giấy mà bạn đưa cho họ:

Lý do để sống?**Lý do để chết?**

Bạn có nghĩ rằng lý do để chết tốt hơn lý do để sống không? Bạn có muốn nói rằng lý do để sống tốt hơn những lý do để chết không?

Lý do để sống và lý do để chết có ngang nhau về mức 50- 50 không?

0. Bệnh nhân không có lý do để chết, không bao giờ xảy ra để bệnh nhân có thể có ý nghĩ muốn chết.
1. Có những lý do để sống và hiếm khi có những có ý nghĩ về lý do muốn chết.
2. Không chắc chắn về lý do nào là mạnh nhất, sống hoặc chết là ngang nhau hoặc lý do để chết nhẹ hơn so với lý do để sống.
3. Lý do để chết mạnh hơn lý do để sống, không thể nghĩ được lý do nào để sống.

Phương pháp:

Trong vòng một hoặc hai ngày qua bạn đã nghĩ đến cách để tự sát chưa, phương pháp bạn có thể sử dụng là gì?

Bạn có biết hơn để kiểm những dụng cụ tự sát không?

Bạn có nghĩ đến cách nhảy từ một nơi nào đó có độ cao không? Nơi đó sẽ là nơi nào?

Bạn có nghĩ đến cách để dùng xe hơi để tự sát không? Xe của bạn hay của một ai khác? Đường cao tốc hoặc phố nào mà bạn sẽ định tự sát?

Bạn định tự sát vào thời điểm nào? Có vào một dịp đặc biệt không? Ví dụ như một dịp lễ, sinh nhật mà có liên quan đến việc tự sát của bạn?

Bạn có nghĩ đến cách nào khác để tự sát không? (ghi lại chi tiết)

(Người phỏng vấn nên cố gắng khai thác càng chi tiết càng tốt về kế hoạch tự sát của người bệnh và mức độ cụ thể của nó, ghi lại những thông tin dưới dạng mẫu sau và tiếp tục trả lời câu hỏi số 10).

10. Mức độ chi tiết hoặc kế hoạch tự sát:

0. Không quan tâm đến chuyện tự sát, không nghĩ đến phương pháp tự sát.
1. Rất ít quan tâm đến kế hoạch tự sát.
2. Có sự quan tâm đến kế hoạch tự sát ở mức độ vừa.
3. Kế hoạch chi tiết đã được đưa ra, vạch ra một cách cụ thể.

11. Phương pháp sẵn sàng hoặc những cơ hội để tự sát:

Trong vòng thời gian một hai ngày qua, bạn đã nghĩ đến cách thức để tự sát chưa?

Kế hoạch này có mất thời gian hoặc cần có sự cố gắng để tạo ra cơ hội tự sát hay không?

Bạn có thể thấy rõ những cơ hội phía trước sẵn có cho bạn trong tương lai gần không? (ví dụ rời bỏ bệnh viện?)

0. Không có phương pháp, không có cơ hội nào tự sát.
1. Phương pháp cần có nhiều thời gian, công sức, cơ hội không phải luôn sẵn có, ví dụ cần phải mua thuốc độc, thuốc uống hoặc súng.

2. Cơ hội sẵn có trong tương lai, hoặc có những cơ hội không cần nhiều nỗ lực, nếu ở bệnh viện, bệnh nhân sẽ bỏ trống về nhà hoặc sẵn có thuốc, súng, ...
3. Phương pháp tự sát sẵn có, thuốc, súng, xe hơi, bệnh nhân có thể thực hiện vào một thời điểm cụ thể nào đó.

12. Mức độ của lòng can đảm để thực hiện sự tự sát:

Bạn có nghĩ là bạn có đủ can đảm để tự sát?

0. Không có can đảm, rất yếu, sợ không dám thực hiện hành vi tự sát.
1. Không chắc chắn về lòng can đảm.
2. Hơi chắc chắn.
3. Rất chắc chắn.

13. Năng lực để tự sát:

Bạn có nghĩ là bạn có khả năng để thực hiện ý định tự sát?

Bạn có thể thực hiện những bước cần thiết để đảm bảo cho một cuộc tự sát thành công?

Bạn thấy rằng sự tin tưởng ở mức độ nào để đảm bảo rằng hiệu quả của việc tự sát sẽ đem đến sự kết thúc cuộc đời bạn?

0. Không có khả năng
1. Không chắc chắn
2. Đôi khi chắc chắn
3. Có sự tin tưởng, thuyết phục rằng bạn có thể làm được điều đó.

14. Chờ đợi những cố gắng một cách thực sự:

Trong vòng thời gian một hai ngày trở lại đây, bạn có nghĩ rằng, tự sát là một cái gì đó mà bạn có thể làm vào một lúc nào đó?

Ngay bây giờ, cơ hội của bạn là gì để tự giết bản thân mình nếu như để bạn một mình với những dụng cụ tự sát?

Bạn thấy cơ hội của bạn ít hơn 50% hay nhiều hơn?

0. Bệnh nhân trả lời anh ta hoặc cô ta chưa có những quyết tâm để tự sát.
1. Không chắc chắn, có thể có những cố gắng để tự sát nhưng cơ hội nhỏ hơn 50% hoặc ngang bằng 50- 50.
2. Hầu như chắc chắn, cơ hội lớn hơn 50% rằng anh ta hoặc cô ta sẽ cố gắng tự sát.
3. Chắc chắn, bệnh nhân sẽ cố gắng tự sát nếu để anh ta một mình (nếu không ở trong bệnh viện hoặc không quan sát, chăm nom người bệnh).

15. Nói về cái chết hoặc tự sát:

Trong vòng một hai ngày qua, bạn có nói đến tự sát nhiều hơn bình thường?

Bạn có thể nhớ lại có hay không có là bạn đã nói với ai đó kể cả nói đùa rằng bạn rất vui lòng đón nhận cái chết hoặc cố gắng tự giết chết bản thân mình?

Bạn đã từng giải bày tâm sự với bạn thân, cha xứ hoặc một người nào đó rằng bạn có ý định tự sát không?

0. Không nói về cái chết hoặc tự sát.
1. Có thể nói về tự sát nhiều hơn bình thường nhưng không nói đến một ước muốn đặc biệt gì về tự sát. Có thể nói bóng gió về tự sát bằng cách sử dụng những câu chuyện hài hước.
2. Nói một cách cụ thể là cô ta hoặc anh ta muốn tự sát.
3. Tâm sự rằng cô ta hoặc anh ta có kế hoạch tự sát.

16. Viết về cái chết hoặc tự sát:

Bạn đã bao giờ viết về cái chết hoặc sự tự sát chưa? Ví dụ làm thơ hoặc trong nhật ký cá nhân?

0. Không hề viết gì.
1. Có những bình luận chung về cái chết.
2. Có những sự tham khảo cụ thể về mong ước được chết.
3. Có những sự tham khảo đặc biệt về kế hoạch để chết.

17. Những ghi chú về tự sát:

Trong vòng một hoặc hai ngày trở lại đây, bạn có nghĩ về việc để lại những ghi chú hoặc viết những bức thư cho một ai đó để nói về sự tự sát của bạn?

Bạn có biết bạn đã nói gì? Bạn để lại những bức thư đó cho ai? Bạn đã viết nó ra chưa? Bạn đã để nó ở đâu?

0. Không, chưa bao giờ có những ghi chú về tự sát.
1. Có sự ghi nhớ trong đầu, đã nghĩ đến những ý nghĩ tự sát, có thể có những nội dung chung trong đó đưa ra những chi tiết cụ thể (ví dụ như là một gánh nặng cho người khác....)
2. Bắt đầu, tự sát nói đến một phần, có thể được để ở một vị trí nào đó.
3. Là một sự ghi lại đầy đủ, được viết ra, được có kế hoạch cụ thể về nội dung, địa chỉ...

18. Có những sự chuẩn bị một cách thực sự:

Trong vòng một hoặc hai ngày vừa qua, bạn đã làm một điều gì đó thực sự để chuẩn bị cho kế hoạch tự sát, ví dụ như đi mua những dụng cụ để tự sát, thuốc uống, súng...

0. Không có sự chuẩn bị.
1. Có thể có sự chuẩn bị, bệnh nhân không chắc chắn, có thể bắt đầu sự sưu tập những dụng cụ tự sát.
2. Chuẩn bị một phần, xác định được thời điểm bắt đầu để tổ chức tự sát.
3. Đã hoàn thiện sự tự sát: có thuốc, súng hoặc những dụng cụ khác cần thiết để tự sát.

28. TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI (MSI-BPD)

(McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder - MSI-BPD)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm sàng lọc rối loạn nhân cách ranh giới MSI-BPD được thiết kế để giúp xác định các triệu chứng tiềm ẩn của Rối loạn nhân cách ranh giới (BPD) và đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng đó.

Công cụ sàng lọc McLean dành cho Rối loạn nhân cách ranh giới (MSI-BPD) là một bảng câu hỏi tự báo cáo, bao gồm 10 câu hỏi về các triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới, chẳng hạn như tính bốc đồng, mất ổn định tình cảm và rối loạn nhận dạng. MSI-BPD không phải là công cụ chẩn đoán chính thức nhưng có thể cung cấp thông tin có giá trị cho các chuyên gia sức khỏe tâm thần và những cá nhân nghi ngờ họ có thể có các triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới.

Mỗi câu trả lời được cho điểm: có – 1 điểm, không – 0 điểm, tổng số của công cụ dao động từ 0-10. Với số điểm lớn hơn hoặc bằng 7 nằm trên mức giới hạn đối với Rối loạn nhân cách ranh giới. Nếu số điểm đạt điểm 5 hoặc 6 thì tiếp tục nên đánh giá rối loạn nhân cách ranh giới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn nhân cách ranh giới ở người bệnh.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sàng lọc rối loạn nhân cách ranh giới McLean
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Trong bảng có 10 mục, Anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình và tích vào ô trống tương ứng với câu đã chọn”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sàng lọc rối loạn nhân cách ranh giới McLean (MSI-BPD) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Cộng tổng điểm các câu trả lời “Có”.
- Đối chiếu điểm của người bệnh theo bảng tham chiếu rối loạn nhân cách ranh giới

Bảng tham chiếu kết quả

MSI-BPD	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có nguy cơ	0 – 4	
Mức độ ranh giới	5 – 6	
Nguy cơ cao	≥ 7	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện Trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mousavi Asl E, Dabaghi P, Taghva A. Screening borderline personality disorder: The psychometric properties of the Persian version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *J Res Med Sci.* 2020;25:97. doi:10.4103/jrms.JRMS_949_19
2. McKay MT, Clarke MC, Donnelly P, Percy A. The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder: What, and why in a clinical cohort? *Psychiatry Research.* 2022;317:114868. doi:10.1016/j.psychres.2022.114868
3. Mirkovic B, Speranza M, Cailhol L, et al. Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):222. doi:10.1186/s12888-020-02643-8
4. Soler J, Domínguez-Clavé E, García-Rizo C, et al. Validation of the Spanish version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition).* 2016;9(4):195-202. doi:10.1016/j.rpsmen.2016.11.004
5. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders.* 2003;17(6):568-573. doi:10.1521/pedi.17.6.568.25355

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SÀNG LỌC RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI (MSI-BPD)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

*Trong bảng có 10 mục, Anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình và khoanh vào ô có số điểm tương ứng với câu đã chọn **Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!***

STT	Nội dung	Có	Không
1	Có bất kỳ mối quan hệ thân thiết nào của bạn gặp rắc rối do tranh cãi nhiều lần hoặc lặp đi lặp lại những xích mích không	1	0
2	Bạn có cố tình tự làm mình bị thương về thể chất không (tự đâm, tự cắt, tự làm bỏng mình, ...)? Làm thế nào để thực hiện nỗ lực tự tử của bạn?	1	0
3	Bạn đã từng gặp ít nhất 2 vấn đề khác nhau liên quan đến tính bốc đồng của mình không (Cuồng ăn và tiêu xài hoang phí, uống quá nhiều hoặc những lời nói bốc phát)?	1	0
4	Bạn đã từng rất buồn chưa?	1	0
5	Bạn có từng nhiều lần cảm thấy tức giận không? Bạn thường làm gì khi cảm thấy tức giận hoặc bị châm biếm?	1	0
6	Bạn có hay nghi ngờ người khác không?	1	0
7	Bạn có thường xuyên cảm thấy không giống thực hoặc mọi thứ xung quanh như là không có thật không?	1	0
8	Bạn có thường xuyên cảm thấy trống rỗng không?	1	0
9	Bạn có thường xuyên cảm thấy rằng không biết mình là ai hoặc mình không có bản sắc riêng không?	1	0
10	Bạn đã từng cố gắng để tránh bị bỏ rơi hoặc cảm giác bị bỏ rơi không? (Liên tục gọi điện cho ai đó để trấn an bản thân rằng họ vẫn quan tâm hoặc xin họ đừng rời xa bạn, hoặc ôm lấy họ về thể xác)	1	0
Tổng điểm			

Xin hãy kiểm tra lại xem còn đề mục nào bạn chưa đánh dấu hay không!

29. TRẮC NGHIỆM TRIỆU CHỨNG NHÂN CÁCH RANH GIỚI (BSL-23) (Borderline Symptom List – Short Version - BSL-23)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm triệu chứng nhân cách ranh giới – Phiên bản ngắn (BSL-23) là một công cụ tự đánh giá gồm 23 mục để lượng giá cụ thể các triệu chứng của rối loạn nhân cách ranh giới (BPD) ở người trưởng thành (trên 18 tuổi).

Trắc nghiệm đánh giá các tiêu chí chẩn đoán rối loạn nhân cách ranh giới theo DSM (ví dụ: mất ổn định về mặt cảm xúc, hành vi tự tử tái diễn, cử chỉ hoặc đe dọa hoặc hành vi tự làm tổn thương bản thân và các triệu chứng phân ly thoáng qua) bên cạnh các mục dựa trên kết quả thực nghiệm điển hình ở ranh giới liên quan đến tự phê bình, các vấn đề về lòng tin, dễ bị tổn thương về mặt cảm xúc và dễ xấu hổ, chán ghét bản thân, cô đơn và bất lực. Những cá nhân có điểm cao trong BSL-23 có nhiều khả năng mắc chứng BPD và những thách thức liên quan đến việc quản lý cảm xúc, hình ảnh bản thân, các vấn đề về mối quan hệ và hoạt động chung trong cuộc sống hàng ngày. Điểm trung bình của các hạng mục (từ 0 đến 4, tổng điểm chia cho 23) được tính toán, với điểm cao hơn cho thấy mức độ triệu chứng ranh giới nhiều hơn.

Có một câu hỏi bổ sung (24) cho biết quan điểm của người bệnh về sức khỏe tổng thể của họ, nhưng nó không được tính vào điểm tổng. Thang điểm cho câu hỏi cuối cùng này (từ 0 đến 100) có mối tương quan chặt chẽ với các chỉ số cụ thể về sức khỏe của người bệnh rối loạn nhân cách ranh giới, bao gồm nhận thức về bản thân, tự hủy hoại, chứng phiền muộn, cô đơn, xâm phạm và thù địch.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá vấn đề rối loạn nhân cách ranh giới ở người bệnh.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh cố tình tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm triệu chứng ranh giới BSL-23
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Trong bảng dưới đây, bạn có thể thấy một loạt các khó khăn hoặc các vấn đề có thể mô tả về bạn. Đọc và lựa chọn các mức độ với mỗi vấn đề mà bạn gặp phải trong tuần trước. Trong trường hợp mà bạn không có cảm xúc gì trong thời điểm hiện tại, hãy trả lời theo các bạn nghĩ. Hãy trả lời trung thực và tất cả các câu trả lời là vào thời điểm tuần trước. Nếu bạn thấy có các mức độ khác nhau vào các thời điểm khác nhau trong tuần thì trả lời với mức độ trung bình mà bạn cảm thấy”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm triệu chứng nhân cách ranh giới (BSL-23) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện Trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu nhân cách

Bảng tham chiếu kết quả

BSL-23	Điểm đánh giá
Không có nguy cơ	0 – 0,3
Nguy cơ nhẹ	0,3 – 1,1
Nguy cơ trung bình	1,1 – 1,9
Nguy cơ cao	1,9 – 2,7
Nguy cơ rất cao	2,7 – 3,5
Nguy cơ trầm trọng	3,5 - 4

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Kleindienst N, Jungkunz M, Bohus M. A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2020;7(1):11. doi:10.1186/s40479-020-00126-6
2. Borderline Symptom List (BSL-23). NovoPsych. Published June 24, 2022. Accessed October 15, 2023. <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/borderline-symptom-list-bsl-23/>
3. Shen JE, Huang YH, Huang HC, et al. Psychometric properties of the Chinese Mandarin version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23) in suicidal adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2023;10(1):23. doi:10.1186/s40479-023-00230-3
4. Nicastro R, Prada P, Kung AL, et al. Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2016;3(1):4. doi:10.1186/s40479-016-0038-0
5. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, et al. The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*. 2008;42(1):32-39. doi:10.1159/000173701

6. Soler J, Vega D, Feliu-Soler A, et al. Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1317. doi:10.1186/1471-244X-13-139

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRIỆU CHỨNG NHÂN CÁCH RANH GIỚI (BLS-23)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Trong bảng dưới đây, bạn có thể thấy một loạt các khó khăn hoặc các vấn đề có thể mô tả về bạn. Đọc và lựa chọn các mức độ với mỗi vấn đề mà bạn gặp phải trong tuần trước. Trong trường hợp mà bạn không có cảm xúc gì trong thời điểm hiện tại, hãy trả lời theo các bạn nghĩ. Hãy trả lời trung thực và tất cả các câu trả lời là vào thời điểm tuần trước. Nếu bạn thấy có các mức độ khác nhau vào các thời điểm khác nhau trong tuần thì trả lời với mức độ trung bình mà bạn cảm thấy.

Trong tuần qua:		Không	Một chút	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
1.	Tôi rất khó để tập trung	0	1	2	3	4
2.	Tôi cảm thấy bất lực	0	1	2	3	4
3.	Tôi thấy mình đang trí và không nhớ thực sự mình đang làm gì	0	1	2	3	4
4.	Tôi cảm thấy ghê tởm	0	1	2	3	4
5.	Tôi nghĩ về việc làm tổn thương chính mình	0	1	2	3	4
6.	Tôi đã không tin tưởng người khác	0	1	2	3	4
7.	Tôi không tin vào quyền được sống của mình	0	1	2	3	4
8.	Tôi thấy cô đơn	0	1	2	3	4
9.	Tôi đã trải qua sự căng thẳng nội tâm	0	1	2	3	4
10.	Tôi đã có những hình ảnh mà tôi thấy sợ	0	1	2	3	4
11.	Tôi ghét bản thân mình	0	1	2	3	4
12.	Tôi muốn tự trừng phạt bản thân	0	1	2	3	4
13.	Tôi đau khổ vì cảm thấy xấu	0	1	2	3	4

Trong tuần qua:		Không	Một chút	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
	hồ					
14.	Tâm trạng của tôi nhanh chóng chuyển sang sự lo lắng, tức giận và buồn chán	0	1	2	3	4
15.	Tôi phải chịu đựng những giọng nói, những tiếng ồn ở bên trong hoặc bên ngoài đầu tôi	0	1	2	3	4
16.	Những lời chỉ trích đã làm hủy hoại tôi	0	1	2	3	4
17.	Tôi cảm thấy mình dễ bị tổn thương	0	1	2	3	4
18.	Ý tưởng về cái chết có sức hấp dẫn với tôi	0	1	2	3	4
19.	Mọi thứ dường như vô nghĩa đối với tôi	0	1	2	3	4
20.	Tôi cảm thấy mình bị mất kiểm soát	0	1	2	3	4
21.	Tôi cảm thấy ghê tởm chính mình	0	1	2	3	4
22.	Tôi cảm thấy tôi như đang ở rất xa chính bản thân mình	0	1	2	3	4
23.	Tôi cảm thấy mình vô giá trị	0	1	2	3	4

Và bây giờ hãy cho biết trạng thái cảm xúc của bạn trong cả tuần vừa rồi. 0% là rất tệ, 100% là rất tốt. Vui lòng kiểm tra với tỷ lệ phần trăm tương ứng nhất.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
</										

30. TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH NGƯỜI CAO TUỔI (GPS) (Gerontological personality disorders scale - GPS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm nhân cách người cao tuổi (Gerontological personality disorders scale - GPS) là một công cụ sàng lọc ngắn gọn và cụ thể theo độ tuổi được thiết kế để đo rối loạn nhân cách ở người lớn tuổi trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần.

GPS đo lường sự hiện diện hoặc vắng mặt của các rối loạn nhân cách (PD) dựa trên các định nghĩa chung trong DSM-IV và DSM-5.

Có 16 câu trả lời Có/Không đề cập đến cả hành vi thói quen (HAB) và thông tin tiêu sử (BIO tức là đặc điểm cuộc sống).

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn nhân cách ở người cao tuổi.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp, từ chối thực hiện...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm nhân cách người cao tuổi GPS
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Trong bảng dưới đây có một số câu phát biểu. Ông/bà hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với trạng thái của ông/bà”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm nhân cách người cao tuổi (GPS) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh lựa chọn.
- Tiến hành đánh giá rối loạn nhân cách bằng cách đối chiếu bảng mức độ rối loạn nhân cách người cao tuổi.

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn nhân cách người cao tuổi

GPS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có rối loạn nhân cách	0 - 2	
Nghi ngờ có rối loạn nhân cách	≥ 3	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Penders, K. A. P. (2021). Detecting personality disorders in older adults in general practice: The evaluation and validation of the Gerontological Personality Disorders Scale. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20210121kp>.
2. H. Meuwissen-van Pol, G. Rossi, C. M. E. E. de Weerd-Spaetgens & S. P. J. van Alphen (2020). Screening for personality disorders in geriatric medicine outpatients. *European Geriatric Medicine*, 11: 289–295.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM NHÂN CÁCH NGƯỜI CAO TUỔI (GPS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là một số câu phát biểu. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ gần đúng nhất với trạng thái của ông/bà.

STT	Câu hỏi	Có	Không
<i>Hành vi thói quen</i>			
1	Tôi không thích giả đi bởi vì tôi sẽ trở nên kém hấp dẫn	1	0
2	Tôi thường lo lắng về sức khỏe của mình	1	0
3	Tôi thường bận tâm về trí nhớ của mình	1	0
4	Tôi hy vọng những người khác sẽ giải quyết vấn đề cho tôi	1	0
5	Tôi thường xuyên sợ mất đi những người quan tâm tôi, chẳng hạn như các thành viên trong gia đình hoặc vợ chồng của mình	1	0
6	Tôi thường xuyên bị người khác lợi dụng	1	0
7	Tôi thấy khó khăn trong việc lo liệu cho bản thân	1	0
<i>Thông tin tiểu sử - đặc điểm cuộc sống</i>			
1	Trong cuộc đời tôi đã từng gặp bác sỹ vì có những phàn nàn không có căn cứ về thể chất	1	0
2	Đôi khi tôi đã nói với gia đình hoặc những người bạn của mình rằng tôi không muốn sống lâu hơn nữa	1	0
3	Trong quá khứ tôi đã từng được đưa đến một viện tâm thần hoặc nhà dưỡng lão vì lo lắng	1	0
4	Ở những thời điểm quan trọng trong cuộc đời tôi đã có nhiều rắc rối với lo lắng, căng thẳng hoặc buồn chán	1	0
5	Trong quá khứ tôi đã được điều trị bởi một bác sỹ tâm thần hoặc một chuyên gia tâm lý	1	0
6	Thỉnh thoảng tôi đã cố gắng kết thúc cuộc đời mình	1	0
7	Nhiều nhất trong đời tôi chỉ có một người quen hoặc một người bạn	1	0
8	Trong đời tôi, tôi không mấy hứng thú với việc quan hệ tình dục.	1	0
9	Trước đây tôi thường dùng thuốc an thần hoặc thuốc ngủ	1	0
Tổng điểm			

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

31. TRẮC NGHIỆM KINH NGHIỆM TÌNH DỤC ARIZONA (ASEX) (Arizona Sexual Experiences Scale - ASEX)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm kinh nghiệm tình dục Arizona (ASEX) được tác giả Mc. Gahuey và cộng sự xây dựng năm 1997. ASEX được sử dụng thay thế trong việc chẩn đoán và đánh giá rối loạn chức năng tình dục hạn chế bởi các thang đo thân thiện với người dùng đã được xác nhận.

ASEX là một bảng câu hỏi tự đánh giá do người bệnh tự điền. ASEX đánh giá qua 5 tiêu mục: định lượng ham muốn tình dục, kích thích, bôi trơn âm đạo/cương cứng dương vật, khả năng đạt cực khoái và sự hài lòng từ cực khoái. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với trải nghiệm của người bệnh thể hiện trong 6 tháng gần nhất trong quá trình giao hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá kinh nghiệm tình dục ở người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm kinh nghiệm tình dục Arizona (ASEX)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Bảng này gồm 5 câu hỏi mô tả về kinh nghiệm tình dục của anh/chị. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà anh/chị cảm thấy phù hợp nhất. Trước tiên, anh/chị hãy trả lời câu số 1 và 2. Câu 3 anh/chị trả lời câu hỏi dành cho giới tính của mình. Tiếp theo anh/chị trả lời câu hỏi lựa chọn Có/Không. Nếu câu trả lời là “Có”, anh/chị tiếp tục thực hiện trắc nghiệm đến câu hỏi 5; nếu câu trả lời là “Không”, anh/chị có thể kết thúc bài trắc nghiệm”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm kinh nghiệm tình dục Arizona (ASEX) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:**
 - + Với câu trả lời “Không” cho câu hỏi sàng lọc Có/Không, cộng điểm cho 3 câu trả lời đầu tiên.
 - + Với trường hợp còn lại, cộng điểm cả 5 câu trả lời theo số điểm người bệnh đã khoanh.
 - + Tiếp tục đếm số mục có câu trả lời 5 điểm trở lên.

- + Tiếp tục đếm số mục có câu trả lời 4 điểm trở lên.
- Đối chiếu cả 3 miền cho điểm trên với bảng tham chiếu mức độ kinh nghiệm tình dục.
- + Kết luận có rối loạn chức năng tình dục khi đạt cả 3 yếu tố sau:
- + Tổng điểm ≥ 19
- + Có bất kỳ một mục điểm 5 trở lên.
- + Có từ 3 mục điểm 4 trở lên.

Bảng tham chiếu mức độ kinh nghiệm tình dục

ASEX	Điểm tổng	Mục 5 điểm	Mục 4 điểm	Tham chiếu mức độ
Mức đánh giá	≥ 19	≥ 1	≥ 3	3
Không có rối loạn				
Có rối loạn				

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C., Manber, R., McKnight, K., Moreno, F. A., & Delgado, P. L. (1997). The Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX): Validity and reliability, 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Diego, CA, NR # 184, May 19, 1997.
2. McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C., Manber, R., McKnight, K., Moreno, F. A., Delgado, P.L. (1998). The Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX), 38th Annual Meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit Program; Boca Raton, FL, Poster No. 62, June 11, 1998.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM KINH NGHIỆM TÌNH DỤC ARIZONA (ASEX)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Dưới đây là 5 câu hỏi về kinh nghiệm tình dục của Anh/chị. Hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà Anh/chị chọn ở mỗi câu.

STT	Câu hỏi	Mức độ					
1	Anh/chị đánh giá như nào về ham muốn tình dục của bản thân?	Cực mạnh	Rất mạnh	Khá mạnh	Khá yếu	Rất yếu	Không có
		1	2	3	4	5	6
2	Anh/chị đánh giá như nào về khả năng hưng phấn của bản thân?	Cực dễ	Rất dễ	Khá dễ	Khá khó	Rất khó	Không có
		1	2	3	4	5	6
3	Dành cho nam giới.	Cực dễ	Rất dễ	Khá dễ	Khá khó	Rất khó	Không có
	Ông có dễ dàng cương cứng và duy trì cương cứng?	1	2	3	4	5	6
	Dành cho nữ giới.	Cực dễ	Rất dễ	Khá dễ	Khá khó	Rất khó	Không có
	Bà đánh giá về mức độ ẩm ướt âm đạo khi quan hệ tình dục?	1	2	3	4	5	6
Anh/chị có quan hệ tình dục trong tuần qua không?						☐	☐
Nếu “Có”, hãy trả lời 2 câu hỏi dưới đây						Có	Không
4	Anh/chị có dễ dàng đạt khoái cảm?	Cực dễ	Rất dễ	Khá dễ	Khá khó	Rất khó	Không có
		1	2	3	4	5	6
5	Anh/chị hài lòng về mức độ khoái cảm của mình ở mức độ nào?	Cực hài lòng	Rất hài lòng	Khá hài lòng	Khá không hài lòng	Rất không hài lòng	Không đạt khoái cảm
		1	2	3	4	5	6

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

32. TRẮC NGHIỆM CHỨC NĂNG TÌNH DỤC PHỤ NỮ (FSFI) (Female Sexual Function Index - FSFI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm chức năng tình dục phụ nữ (FSFI) được tác giả Rosen RC. và cộng sự xây dựng năm 2000 dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. FSFI được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc đo lường rối loạn chức năng tình dục phụ nữ.

FSFI là một bảng câu hỏi tự đánh giá do người bệnh tự điền để giúp xác định vấn đề với rối loạn chức năng tình dục trong quá trình hoạt động tình dục của nữ giới. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với trải nghiệm của người bệnh thể hiện trong 4 tuần trong quá trình giao hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá chức năng tình dục ở phụ nữ.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm chức năng tình dục nữ (FSFI)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Bảng này gồm 19 câu hỏi mô tả về cảm xúc và phản ứng tình dục của chị trong 4 tuần qua. Chị hãy đọc kỹ các định nghĩa sau để hiểu đúng ý nghĩa của chúng. Hãy đánh dấu “X” vào ô vuông mà chị cảm thấy phù hợp với chị nhất”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm chức năng tình dục nữ (FSFI) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** FSFI tính điểm dựa trên 6 chức năng tình dục của nữ giới. Cách cho điểm và phân bố số câu ở mỗi chức năng được thể hiện bằng bảng sau:

Các mặt chức năng tình dục nữ	Câu hỏi	Phạm vi điểm số	Hệ số	Điểm tối thiểu	Điểm tối đa
Ham muốn tình dục	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0
Hưng phấn	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0
Tiết dịch âm đạo	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0
Khoái cảm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0
Thoả mãn tình dục	14, 15, 16	0 (hoặc 1) – 5	0.4	0	6.0
Đau giao hợp	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0
Phạm vi điểm đầy đủ				2.0	36.0

- Cộng tổng số điểm ở mỗi mặt chức năng, sau đó chia cho hệ số của chức năng đó để có điểm trung bình.
- Điểm tổng bằng tổng số điểm trung bình của cả 6 mặt chức năng tình dục.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức chức năng tình dục nữ.

Bảng tham chiếu mức độ chức năng tình dục nữ

FSFI	Điểm đánh giá	Kết quả
Ham muốn tình dục	1.2 – 6.0	
Hưng phấn	0 – 6.0	
Tiết dịch âm đạo	0 – 6.0	
Khoái cảm	0 – 6.0	
Thỏa mãn tình dục	0 – 6.0	
Đau giao hợp	0 – 6.0	
Điểm tổng	2.0 – 36.0	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, ... Jannini EA. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine. 2010;7(3):1139–1146.
2. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, ... D'Agostino R., Jr The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000;26:191–208.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ (FSFI)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Bảng này gồm 19 câu hỏi. Những câu hỏi này hỏi về cảm xúc và phản ứng tình dục của bạn trong 4 tuần qua. Vui lòng trả lời các câu hỏi sau một cách trung thực.

Trong bảng hỏi, các định nghĩa sau sẽ được áp dụng:

Hoạt động tình dục có thể bao gồm vuốt ve, dạo đầu, thủ dâm và quan hệ qua đường âm đạo.

Quan hệ tình dục được định nghĩa là sự thâm nhập (vào) âm đạo của dương vật.

Kích thích tình dục bao gồm các tình huống như dạo đầu với bạn tình, tự kích thích (thủ dâm) hoặc tưởng tượng tình dục.

Ham muốn hoặc hứng thú tình dục là cảm giác bao gồm mong muốn được trải nghiệm tình dục, cảm thấy dễ dàng tiếp nhận sự bắt đầu tình dục của bạn tình và suy nghĩ hoặc mơ tưởng về việc quan hệ tình dục.

1. Trong 4 tuần qua, bạn có thường xuyên cảm thấy ham muốn hoặc hứng thú tình dục không?

- ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn ☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian)
- ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) ☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian)
- ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

2. Trong 4 tuần qua, bạn đánh giá mức độ ham muốn hoặc hứng thú tình dục của mình như thế nào?

- ☐ Rất cao ☐ Cao ☐ Bình thường
- ☐ Thấp ☐ Rất thấp hoặc không có

3. Trong 4 tuần qua, bạn có thường xuyên cảm thấy bị kích thích tình dục khi sinh hoạt tình dục hoặc quan hệ không? (Kích thích tình dục là một cảm giác bao gồm cả mặt thể chất và tinh thần của sự hưng phấn tình dục. Nó có thể bao gồm cảm giác nóng ran ở bộ phận sinh dục, bôi trơn (ẩm ướt) hoặc co cơ).

- ☐ Không có hoạt động tình dục ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn
- ☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian) ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)
- ☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

4. Bạn đánh giá mức độ kích thích tình dục của mình như thế nào trong khi sinh hoạt tình dục hoặc quan hệ?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Rất cao
 ☐ Cao
☐ Bình thường
 ☐ Thấp
 ☐ Rất thấp hoặc không có

5. Bạn tự tin đến mức nào về việc bị kích thích tình dục trong khi sinh hoạt tình dục hoặc quan hệ?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Cực kì tự tin
☐ Rất tự tin
 ☐ Tương đối tự tin
☐ Ít tự tin
 ☐ Rất ít tự tin hoặc không tự tin

6. Bao lâu thì bạn hài lòng với sự kích thích (hưng phấn) của mình trong các hoạt động tình dục hoặc quan hệ?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn
☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian)
 ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)
☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian)
 ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

7. Bao lâu thì bạn bị bôi trơn (“ướt”) trong khi sinh hoạt tình dục hoặc quan hệ?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn
☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian)
 ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)
☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian)
 ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

8. Mức độ thường xuyên khó được bôi trơn (“ướt”) trong hoạt động tình dục hoặc quan hệ?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Cực kì khó hoặc không thể được
☐ Rất khó
 ☐ Khó
☐ Hơi khó
 ☐ Không khó

9. Bạn có thường xuyên duy trì sự bôi trơn của mình (“độ ẩm”) cho đến khi hoàn thành hoạt động tình dục hoặc quan hệ không?

- ☐ Không có hoạt động tình dục
 ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn
☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian)
 ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)
☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian)
 ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

10. Bạn khó khăn như thế nào để duy trì sự bơi trơn (“độ ẩm”) cho đến khi hoàn thành hoạt động tình dục hoặc quan hệ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Cực kì khó hoặc không thể được |
| ☐ Rất khó | ☐ Khó |
| ☐ Hơi khó | ☐ Không khó |

11. Khi có kích thích tình dục hoặc quan hệ, bao lâu thì bạn đạt được khoái cảm (lên đỉnh)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn |
| ☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian) | ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) |
| ☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) | ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ |

12. Khi bạn bị kích thích tình dục hoặc quan hệ, bạn khó đạt được khoái cảm (lên đỉnh) như thế nào?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Cực kì khó hoặc không thể được |
| ☐ Rất khó | ☐ Khó |
| ☐ Hơi khó | ☐ Không khó |

13. Bạn hài lòng đến mức nào về khả năng đạt khoái cảm (lên đỉnh) trong khi sinh hoạt tình dục hoặc quan hệ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Rất hài lòng |
| ☐ Tương đối hài lòng | ☐ Nửa hài lòng nửa không |
| ☐ Hơi không hài lòng | ☐ Rất không hài lòng |

14. Bạn hài lòng đến mức nào về mức độ gần gũi về tình cảm trong hoạt động tình dục giữa bạn và bạn tình?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Rất hài lòng |
| ☐ Tương đối hài lòng | ☐ Nửa hài lòng nửa không |
| ☐ Hơi không hài lòng | ☐ Rất không hài lòng |

15. Bạn hài lòng đến mức độ nào với mối quan hệ tình dục của mình với bạn tình?

- | | |
|---|---|
| ☐ Rất hài lòng | ☐ Tương đối hài lòng |
| ☐ Nửa hài lòng nửa không | ☐ Hơi không hài lòng |
| ☐ Rất không hài lòng | |

16. Bạn hài lòng đến mức nào với đời sống tình dục tổng thể của mình?

- | | |
|---|---|
| ☐ Rất hài lòng | ☐ Tương đối hài lòng |
| ☐ Nửa hài lòng nửa không | ☐ Hơi không hài lòng |
| ☐ Rất không hài lòng | |

17. Bạn có thường xuyên cảm thấy khó chịu hoặc đau khi quan hệ không?

- | | |
|--|---|
| ☐ Không có hoạt động tình dục | ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn |
|--|---|

☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian) ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)

☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

18. Bạn có thường xuyên cảm thấy khó chịu hoặc đau sau khi quan hệ không?

☐ Không có hoạt động tình dục ☐ Hầu như luôn luôn hoặc luôn luôn

☐ Hầu hết các lần (hơn một nửa thời gian) ☐ Đôi khi (khoảng một nửa thời gian)

☐ Một vài lần (ít hơn một nửa thời gian) ☐ Hầu như không bao giờ hoặc không bao giờ

19. Bạn đánh giá mức độ khó chịu hoặc đau của mình như thế nào trong hoặc sau khi quan hệ?

☐ Không có hoạt động tình dục

☐ Rất cao

☐ Cao

☐ Bình thường

☐ Thấp

☐ Rất thấp hoặc không có

33. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG CƯƠNG DƯƠNG (IIEF) **(International Index of Erectile Function - IIEF)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá chức năng cương dương (IIEF) được tác giả Rosen RC. và cộng sự xây dựng năm 1997 dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. IIEF được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc đo lường chức năng cương dương trong môi trường đa văn hóa.

IIEF là một bảng câu hỏi tự đánh giá do người bệnh tự điền để giúp xác định vấn đề với cương dương trong quá trình hoạt động tình dục khác giới của nam giới. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với trải nghiệm của người bệnh thể hiện trong 4 tuần trong quá trình giao hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá chức năng cương dương ở nam giới.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá chức năng cương dương (IIEF)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Bảng này gồm 15 câu hỏi mô tả về khả năng cương cứng của dương vật. Anh hãy đọc các câu hỏi và trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà anh cảm thấy phù hợp nhất”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm đánh giá chức năng cương dương (IIEF) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** IIEF tính điểm dựa trên 5 chức năng tình dục của nam giới. Cách cho điểm và phân bố số câu ở mỗi chức năng được thể hiện bằng bảng sau:

Các mặt chức năng tình dục nam	Câu hỏi
Chức năng cương dương	1,2,3,4,5,6
Thỏa mãn khi giao hợp	7,8,9
Độ khoái cảm	10,11
Ham muốn tình dục	12,13
Thỏa mãn tình dục	14,15

- Cộng tổng số điểm ở mỗi mặt chức năng ứng với con số mà người bệnh đã khoanh.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ rối loạn cương dương

**Bảng tham chiếu mức độ rối loạn cương dương
và tham chiếu mức độ tăng mặt chức năng tình dục nam.**

Bảng tham chiếu chung về rối loạn cương dương

Mức độ	Điểm
Không có rối loạn cương dương	60 - 75
Mức độ nhẹ	31 - 59
Mức độ trung bình	21 - 30
Mức độ nặng	15 - 20

Bảng tham chiếu mức độ rối loạn chức năng cương dương

Mức độ	Điểm
Không có rối loạn cương dương	26 - 30
Mức độ nhẹ	17 - 25
Mức độ trung bình	11 - 16
Mức độ nặng	≤ 10

Bảng tham chiếu mức độ thỏa mãn giao hợp

Mức độ	Điểm
Rối loạn nghiêm trọng	3
Rối loạn vừa phải	4-6
Rối loạn nhẹ đến vừa	7-9
Rối loạn nhẹ	10-12
Không có rối loạn	13-15

Bảng tham chiếu mức độ đạt cực khoái

Mức độ	Điểm
Rối loạn nghiêm trọng	2
Rối loạn vừa phải	3-4
Rối loạn nhẹ đến vừa	5-6
Rối loạn nhẹ	7-8
Không có rối loạn	9-10

Bảng tham chiếu mức độ ham muốn tình dục

Mức độ	Điểm
Rối loạn nghiêm trọng	2
Rối loạn vừa phải	3-4
Rối loạn nhẹ đến vừa	5-6

Rối loạn nhẹ	7-8
Không có rối loạn	9-10

Bảng tham chiếu mức độ thỏa mãn toàn diện

Mức độ	Điểm
Rối loạn nghiêm trọng	2
Rối loạn vừa phải	3-4
Rối loạn nhẹ đến vừa	5-6
Rối loạn nhẹ	7-8
Không có rối loạn	9-10

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the science review*. Int J Impot Res. 2002 Aug;14(4):226-44.
2. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. Urology. 1999 Aug;54(2):346-51
3. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49:822-30.
4. Neijenhuijs KI, Holtmaat K, Aaronson NK, Holzner B, Terwee CB, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. *The International Index of Erectile Function (IIEF)-A Systematic Review of Measurement Properties*. J Sex Med. 2019 Jul;16(7):1078-1091.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG (IIEF)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Bảng này gồm 15 câu hỏi về khả năng cương cứng của dương vật. Hãy trả lời các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số phù hợp với mức độ mà bạn lựa chọn.

STT	Câu hỏi	Mức độ					
		<i>Không hoạt động tình dục/ không giao hợp</i>	<i>Gần như không bao giờ/ không bao giờ</i>	<i>Hiếm khi Dưới ½ số lần</i>	<i>Thỉnh thoảng (khoảng ½ số lần)</i>	<i>Hầu hết (hơn ½ số lần)</i>	<i>Luôn luôn</i>
1	Bạn có thường cương được dương vật trong lúc hoạt động tình dục không?	0	1	2	3	4	5
2	Khi bạn cương dương vật do kích thích tình dục, dương vật của bạn đủ cương cứng để đưa vào âm đạo không?	0	1	2	3	4	5
3	Khi đến bước giao hợp, bạn có đưa được dương vật vào âm đạo bạn tình hay không?	0	1	2	3	4	5
4	Trong quá trình giao hợp, bạn có duy trì được độ cương cứng sau khi đã đưa được dương vật vào âm đạo người phụ nữ hay không?	0	1	2	3	4	5
5	Trong quá trình giao hợp bạn có thấy khó khăn để duy trì tình trạng cương dương cho đến kết thúc màn giao hợp không?	<i>Không giao hợp</i>	<i>Cực kì khó khăn</i>	<i>Quá khó khăn</i>	<i>Khó khăn</i>	<i>Hơi khó khăn</i>	<i>Không khó khăn</i>
		0	1	2	3	4	5
6	Bạn đã giao hợp bao nhiêu lần	<i>Không lần nào</i>	<i>1-2 lần</i>	<i>3-4 lần</i>	<i>5-6 lần</i>	<i>7 – 10 lần</i>	<i>>10 lần</i>
		0	1	2	3	4	5
7	Bạn có thấy thỏa mãn khi giao hợp không?	0	1	2	3	4	5
8	Bạn có thích khi giao hợp không?	<i>Không giao hợp</i>	<i>Không thấy thích</i>	<i>Không thích lắm</i>	<i>Cũng tạm tạm</i>	<i>Rất thích</i>	<i>Cực kì thích</i>
		0	1	2	3	4	5
9	Khi được kích thích tình dục hay	0	1	2	3	4	5

STT	Câu hỏi	Mức độ					
		<i>Không hoạt động tình dục/ không giao hợp</i>	<i>Gần như không bao giờ/ không bao giờ</i>	<i>Hiếm khi Dưới ½ số lần</i>	<i>Thỉnh thoảng (khoảng ½ số lần)</i>	<i>Hầu hết (hơn ½ số lần)</i>	<i>Luôn luôn</i>
	giao hợp, bạn có xuất tinh hay không?						
10	Khi được kích thích tình dục hay giao hợp, bạn có đạt cực khoái hay không?	0	1	2	3	4	5
11	Bạn có cảm thấy ham muốn tình dục không?	0	1	2	3	4	5
12	Bạn đánh giá mức độ ham muốn tình dục của mình như thế nào?	<i>Không có</i>	<i>Rất ít</i>	<i>Ít</i>	<i>Vừa phải</i>	<i>Cao</i>	<i>Rất cao</i>
		0	1	2	3	4	5
13	Bạn có thấy hài lòng với cuộc sống tình dục của mình không?		<i>Không hài lòng</i>	<i>Hơi hài lòng</i>	<i>Tạm hài lòng</i>	<i>Khá hài lòng</i>	<i>Rất hài lòng</i>
			1	2	3	4	5
14	Trong quan hệ tình dục, bạn có làm cho người phụ nữ hài lòng không?	<i>không</i>	<i>Rất ít</i>	<i>Ít</i>	<i>Vừa phải</i>	<i>Cao</i>	<i>Rất cao</i>
		0	1	2	3	4	5
15	Bạn tự đánh giá khả năng duy trì việc cương dương vật như thế nào?	<i>Không chút nào</i>	<i>Rất ít</i>	<i>Ít</i>	<i>Vừa phải</i>	<i>Cao</i>	<i>Rất cao</i>
		0	1	2	3	4	5

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

34. TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ XUẤT TINH SỚM (PEDT) (Premature Ejaculation Diagnostic Tool - PEDT)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá xuất tinh sớm (PEDT) được tác giả References Symonds T. và cộng sự xây dựng năm 2007 dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán mà DSM đưa ra. PEDT được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc chẩn đoán ngắn gọn để đánh giá xuất tinh sớm.

PEDT là một bảng câu hỏi tự đánh giá do người bệnh tự điền để giúp xác định vấn đề với xuất tinh quá sớm trong quá trình hoạt động tình dục của nam giới. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với trải nghiệm của người bệnh trong quá trình giao hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá xuất tinh sớm ở nam giới.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm đánh giá xuất tinh sớm (PEDT)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Bảng này gồm 5 câu hỏi đánh giá về xuất tinh sớm. Ở mỗi câu, anh hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà anh cảm thấy phù hợp nhất”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm đánh giá xuất tinh sớm (PEDT) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện Trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Tính điểm theo bộ tài liệu hướng dẫn xử lý kết quả trắc nghiệm.
- Quy ước: Cộng điểm 5 câu trả lời theo số điểm người bệnh đã khoanh.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu mức độ đánh giá xuất tinh sớm.

Bảng tham chiếu mức độ đánh giá xuất tinh sớm

PEDT	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có rối loạn	0 – 8	
Nghi ngờ có rối loạn	9 - 10	
Có rối loạn	≥ 11	

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. References Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol.* 2007;52(2):565-573.
2. Symonds T, Perelman M, Althof S, Giuliano F, Martin M, Abraham L, et al. Further evidence of the *reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool*. *Int J Impot Res.* 2007;19(5):521-525.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ XUẤT TINH SỚM (PEDT)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Bảng này gồm 5 câu hỏi về tình trạng xuất tinh sớm. Trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ sát nhất với bản thân bạn.

STT	Câu hỏi	Mức độ				
1	Bạn quan tâm đến mức độ nào khi thời gian xuất tinh ngắn của bạn sẽ làm cho bạn tình không hài lòng?	<i>Không bao giờ quan tâm cả</i>	<i>Có một chút quan tâm</i>	<i>Tương đối quan tâm</i>	<i>Rất quan tâm</i>	<i>Cực kỳ quan tâm</i>
		0	1	2	3	4
2	Bạn có cảm thấy bị thất vọng khi bị xuất tinh trước khi bạn muốn hay không?	<i>Không bao giờ</i>	<i>Có một chút thất vọng</i>	<i>Tương đối thất vọng</i>	<i>Rất thất vọng</i>	<i>Cực kỳ thất vọng</i>
		0	1	2	3	4
3	Bạn có bị xuất tinh khi vừa mới kích thích hay không?	<i>Hầu như không hoặc không bao giờ (0%)</i>	<i>Dưới một nửa số lần (25%)</i>	<i>Khoảng một nửa số lần (50%)</i>	<i>Trên một nửa số lần (75%)</i>	<i>Hầu như tất cả số lần (100%)</i>
		0	1	2	3	4
4	Bạn có xuất tinh trước khi bạn muốn hay không?	<i>Không khó khăn chút nào</i>	<i>Hơi khó khăn</i>	<i>Có khó khăn</i>	<i>Rất khó khăn</i>	<i>Cực kỳ khó khăn</i>
		0	1	2	3	4
5	Bạn cảm thấy khó khăn như nào trong việc tìm hãm xuất tinh	<i>Không khó khăn chút nào</i>	<i>Hơi khó khăn</i>	<i>Có khó khăn</i>	<i>Rất khó khăn</i>	<i>Cực kỳ khó khăn</i>
		0	1	2	3	4

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

35. TRẮC NGHIỆM SỨC KHỎE TÌNH DỤC NAM GIỚI (SHIM) (Sexual Health Inventory for Men -SHIM)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới (đánh giá rối loạn cương dương) được tác giả Rosen RC. và cộng sự xây dựng năm 1999 dựa trên 15 mục Chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF). Trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới SHIM được sử dụng rộng rãi và hiệu quả trong việc chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của rối loạn cương dương.

Trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới SHIM là một bảng câu hỏi tự đánh giá, giúp xác định vấn đề với cương dương trong quá trình hoạt động tình dục của nam giới. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một phương án phù hợp nhất với trải nghiệm của người bệnh thể hiện trong 6 tháng gần nhất trong quá trình giao hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá sức khỏe tình dục ở nam giới.
- Đánh giá trong tiến triển điều trị.
- Sử dụng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với người bệnh có tình trạng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng một cách có chủ đích.
- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần cấp...), trì hoãn thời gian, tiến hành trắc nghiệm khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới (SHIM)
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trắc nghiệm giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-35 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Làm quen, giải thích

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh: Làm quen với người bệnh để tạo không khí thoải mái, tránh tâm lý căng thẳng.
- Giải thích lý do, mục đích và sự cần thiết phải thực hiện trắc nghiệm để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- Câu hướng dẫn: “Bảng này gồm 5 câu hỏi đánh giá về sức khỏe tình dục nam giới. Ở mỗi câu, anh hãy trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ mà anh cảm thấy phù hợp nhất với bản thân mình trong sáu tháng qua”.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành thực hiện Trắc nghiệm theo bộ câu hỏi **trắc nghiệm sức khỏe tình dục nam giới (SHIM) - phần Phụ lục**.
- Trong quá trình người bệnh thực hiện trắc nghiệm, cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện và cách làm để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hoàn thành trắc nghiệm một cách tốt nhất.

***Lưu ý:** Trường hợp người bệnh không tự làm được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Tính điểm** theo kết quả đánh giá của người được đánh giá.
- **Quy ước:** Cộng điểm 5 câu trả lời theo số điểm người bệnh đã khoanh.
- Đối chiếu điểm số của người bệnh với bảng tham chiếu sức khỏe tình dục nam giới.

Bảng tham chiếu mức độ tình dục nam giới

SHIM	Điểm đánh giá	Kết quả
Không bị rối loạn cương dương	22 – 25	
Rối loạn nhẹ	17 - 21	
Rối loạn nhẹ đến trung bình	12 - 16	
Rối loạn trung bình	8 - 11	
Rối loạn nặng	5 - 7	

6.4. Kết thúc quy trình

- Ghi kết quả của trắc nghiệm vào phiếu chỉ định hoặc in kết quả ra giấy.
- Trả kết quả.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh từ chối thực hiện (không hợp tác...) hoặc không thể tiếp tục thực hiện trắc nghiệm (quá mệt mỏi hoặc mất kiểm soát cảm xúc, kích động...), ngừng thực hiện trắc nghiệm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có**7.3. Biến chứng muộn: không có****TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Cappelleri, J. C., & Rosen, R. C. (2005). The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): a 5-year review of research and clinical experience. *International Journal of Impotence Research*, 17(4), 307–319.
2. Ramanathan, R., Mulhall, J., Rao, S., Leung, R., Martinez Salamanca, J. I., Mandhani, A., & Tewari, A. (2007). Predictive Correlation Between the International Index of Erectile Function (IIEF) and Sexual Health Inventory for Men (SHIM): Implications for Calculating a Derived SHIM for Clinical Use. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1336–1344

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SỨC KHỎE TÌNH DỤC NAM GIỚI (SHIM)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Bảng này gồm 5 câu hỏi về sức khỏe tình dục nam giới. Trả lời bằng cách khoanh tròn vào con số tương ứng với mức độ đúng nhất với bản thân bạn trong 6 tháng qua.

STT	Câu hỏi	Mức độ				
1	Mức độ tự tin của bạn về khả năng giữ dương vật cương cứng?	<i>Rất thấp</i>	<i>Thấp</i>	<i>Vừa phải</i>	<i>Cao</i>	<i>Rất cao</i>
		1	2	3	4	5
2	Khi dương vật cương lên với kích thích tình dục, số lần dương vật cương đủ cứng để quan hệ được?	<i>Không bao giờ hoặc hầu như không bao giờ</i>	<i>Một vài lần (ít hơn rất nhiều với nửa số lần)</i>	<i>Đôi khi (khoảng một nửa số lần)</i>	<i>Đa số (nhiều hơn một nửa số lần)</i>	<i>Luôn luôn hay hầu như luôn luôn đạt</i>
		1	2	3	4	5
3	Trong lúc đang quan hệ tình dục, số lần bạn giữ được dương vật cương được như thế nào?	<i>Không bao giờ hoặc hầu như không bao giờ</i>	<i>Một vài lần (ít hơn rất nhiều với nửa số lần)</i>	<i>Đôi khi (khoảng một nửa số lần)</i>	<i>Đa số (nhiều hơn một nửa số lần)</i>	<i>Luôn luôn hay hầu như luôn luôn đạt</i>
		1	2	3	4	5
4	Khi quan hệ tình dục, bạn có thường thỏa mãn không?	<i>Không bao giờ hoặc hầu như không bao giờ</i>	<i>Một vài lần (ít hơn rất nhiều với nửa số lần)</i>	<i>Đôi khi (khoảng một nửa số lần)</i>	<i>Đa số (nhiều hơn một nửa số lần)</i>	<i>Luôn luôn hay hầu như luôn luôn đạt</i>
		1	2	3	4	5
5	Khi quan hệ tình dục, mức độ khó khăn để giữ dương vật cương cho tới khi quan hệ xong?	<i>Vô cùng khó</i>	<i>Rất khó</i>	<i>Khó</i>	<i>Hơi khó</i>	<i>Không có</i>
		1	2	3	4	5

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

36. TRỊ LIỆU CAM KẾT CHẤP NHẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu cam kết và chấp nhận (Treatment Commitment Acceptance-ACT) là một phương pháp điều trị tập trung vào ý tưởng rằng mọi người có thể học cách chấp nhận những suy nghĩ và cảm xúc của mình thậm chí cả những suy nghĩ và cảm xúc thách thức trong khi cam kết thực hiện những hành động phục vụ giá trị của họ. Mục tiêu của ACT là giúp mọi người có cuộc sống trọn vẹn hơn.

Trị liệu cam kết và chấp nhận thúc đẩy ý tưởng rằng những suy nghĩ, cảm xúc hoặc hoàn cảnh gây ra cảm giác khó chịu chẳng hạn như: đau đớn, đau buồn, thất vọng hoặc lo lắng là không thể tránh khỏi và có những cách hiệu quả để thích ứng với thử thách thay vì kìm nén những cảm giác khó chịu đi kèm với nó. Chấp nhận thay vì trốn tránh hoặc cố gắng kiểm soát những cảm xúc hoặc cảm giác không mong muốn, các kỹ thuật chấp nhận đều là việc sẵn sàng thừa nhận những cảm xúc này với sự tò mò và không phòng thủ.

Trị liệu này nhấn mạnh sự quan sát các suy nghĩ, cảm xúc khi nó xuất hiện mà không cố làm thay đổi các suy nghĩ, cảm xúc đó. Trị liệu cam kết và chấp nhận hướng dẫn người bệnh ghi nhận và chấp nhận các vấn đề khó khăn thứ mà trước đây họ không mong muốn. Trị liệu giúp người bệnh thấy được giá trị của bản thân và hành động hướng tới giá trị đó. Giúp họ làm các việc thực tế và có ý nghĩa trong cuộc sống; đồng thời làm tăng tính linh hoạt trong đời sống tâm lý của mình. Việc tăng cường chấp nhận có thể dẫn đến tăng tính linh hoạt về tâm lý hoặc khả năng nhận biết và đón nhận những cảm giác và suy nghĩ ở thời điểm hiện tại ngay cả khi họ cảm thấy không thoải mái. Cách tiếp cận này giúp các người bệnh ngừng trốn tránh những suy nghĩ hoặc trải nghiệm cảm xúc nhất định.

Mục đích của trị liệu cam kết và chấp nhận là động viên người bệnh đáp ứng với các tình huống theo một cấu trúc, cùng lúc thương thảo và chấp nhận các sự kiện, nhận thức được rằng các sự kiện là thách thức và chấp nhận nó bằng các cảm xúc đáp ứng, không cố tìm cách thay thế các cảm xúc và suy nghĩ đó. ACT tập trung vào việc chấp nhận hoặc hiện diện trước những trải nghiệm khi chúng đến mà không cố gắng thay đổi chúng.

Ý nghĩa của ACT: A – Chấp nhận suy nghĩ và cảm xúc của bạn ở hiện tại; C – Chọn hướng có giá trị; T – Hãy hành động.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng, stress liên quan mắc bệnh cơ thể (bệnh ung thư giai đoạn cuối...)
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục

- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (nghiện chất, game, cờ bạc,...)
- Có ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn liên quan sự phát triển: Rối loạn về kiểm soát xung động, tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi, tự kỷ, rối loạn tâm thần liên quan thời kỳ sinh đẻ...
- Một số chỉ định khác: rối loạn nhân cách,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Mất trí
- Chậm phát triển tâm thần
- Tâm thần phân liệt, hoang tưởng, ảo giác, kích động...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Quá trình trị liệu can kết chấp nhận có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

- **Buổi 1:** Giới thiệu về liệu pháp, làm sao để người bệnh hiểu liệu pháp có ý nghĩa với tình trạng sức khỏe của mình. Đồng thời tạo cho người bệnh cảm giác liệu pháp cam kết và chấp nhận là những công cụ thân thuộc và có khả năng thực hiện được. Cuối buổi điều trị nhà trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành tại nhà, từ đó đưa ra các bài tập để người bệnh thực hiện.
- **Buổi 2:** Cán bộ thực hiện trị liệu giúp người bệnh hiểu được các chiến lược “chánh niệm” để giúp họ cư xử theo những cách phù hợp với giá trị cá nhân của họ. Hướng dẫn người bệnh “chấp nhận” cảm xúc, suy nghĩ, hành động từ các sự kiện của môi trường tác động đến họ. Sự chấp nhận bao gồm sự thừa nhận và nhận thức đầy đủ về cảm xúc của mình mà không cố gắng thay đổi hoặc phớt lờ chúng
- **Buổi 3:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn kỹ thuật “giải mã nhận thức” bằng các phương pháp xoa dịu, chẳng hạn như lặp lại tên của một đối tượng khiến chúng ta sợ hãi cho đến khi nó không còn đáng sợ nữa, liên quan đến việc thay đổi cách người bệnh tương tác hoặc liên quan đến những suy nghĩ nhất định. Điều này cho phép họ nhìn nhận những suy nghĩ đơn giản chỉ là những suy nghĩ, loại bỏ tầm quan trọng mà tâm trí họ thêm vào chúng thông qua những đánh giá, nhận thức, phán xét hoặc chỉ trích.
- **Buổi 4:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn kỹ thuật “chấp nhận sự có mặt”. Quá trình cốt lõi này tập trung vào việc tự nguyện chào đón các yếu tố bên trong (chẳng hạn như cảm xúc và suy nghĩ) cũng như các yếu tố bên ngoài (chẳng hạn như những gì đang diễn ra xung quanh người bệnh về cuộc sống gia đình, đời sống xã hội và tài chính). Điều này, giúp người bệnh cảnh giác hơn với những gì đang xảy ra ở thời điểm hiện tại.
- **Buổi 5:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn kỹ thuật (1) “Tự làm bối cảnh” nhằm mục đích giúp người bệnh nói lỏng sự gắn bó với niềm tin mà họ có về bản thân, từ đó giúp họ phát triển cái nhìn linh hoạt hơn về con người mình. Điều này giúp họ học cách xem những suy nghĩ của người bệnh về bản thân tách biệt với hành

động của họ. (2) “Giá trị” là những nguyên tắc hoặc niềm tin mà người bệnh thấy có ý nghĩa và có mục đích trong cuộc sống của họ. Việc thực hành cho phép người bệnh hiểu được các hệ thống giá trị cơ bản hướng dẫn và thúc đẩy các lựa chọn cũng như hành vi của họ. (3) “Hành động đã cam kết” là quá trình cuối cùng đề cập đến những thay đổi hành vi với sự trợ giúp của việc thiết lập mục tiêu và xây dựng khuôn mẫu hỗ trợ các giá trị đã chọn của người bệnh.

- **Buổi 6:** Sau khi thực hiện tốt các kế hoạch hoạt động để thay đổi suy nghĩ, cảm xúc, hành vi của mình, người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân trong quá trình điều trị để từ đó tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống trong cuộc sống người bệnh nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó. Kết thúc và hẹn tái khám theo nhu cầu của người bệnh.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh

Hoạt động của một phiên trị liệu là 50-60 phút:

- **Bước 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu & đồng thuận mục tiêu (10 phút)**

Mục tiêu: Củng cố cảm giác được lắng nghe – không bị kiểm soát – xác định mục tiêu điều trị thực chất

+ Câu hỏi gợi mở:

“Bạn mong muốn điều gì sẽ thay đổi trong cuộc sống, chứ không chỉ là 'giảm triệu chứng'?”

“Việc tham gia trị liệu hôm nay xuất phát từ đâu – mong muốn cá nhân hay kỳ vọng của người khác?”

“Nếu trị liệu thực sự hiệu quả, bạn hy vọng điều gì sẽ khác trong 1–2 tháng nữa?”

+ Chuyển từ “trị liệu để hết bệnh” sang “trị liệu để sống theo giá trị”

- **Bước 2: Khám phá những khó khăn trong việc cam kết trị liệu (10–15 phút)**

Mục tiêu: Làm sáng tỏ những niềm tin, lo lắng, hoặc cảm xúc đang cản trở sự hợp tác trị liệu

+ Gợi ý câu hỏi:

“Có phần nào trong bạn đang không tin rằng trị liệu có thể giúp?”

“Bạn từng có trải nghiệm nào không dễ chịu với việc nhờ giúp đỡ chưa?”

“Khi nghĩ đến việc thay đổi, điều gì làm bạn thấy lo lắng hoặc hoài nghi?”

Đặt mình vào vị trí người đồng hành, không “bác sĩ chữa bệnh” → nhấn mạnh: “Bạn không cần phải tin hoàn toàn – chỉ cần đủ cởi mở để thử.”

- **Bước 3: Khái niệm hóa vòng luẩn quẩn – tránh nỗi đau gây thêm đau (10–15 phút)**

Mục tiêu: Giúp người bệnh nhận ra hệ quả của việc né tránh cảm xúc – đối diện khó chịu – trì hoãn thay đổi

- + Công cụ gợi ý: Vẽ sơ đồ vòng luân quần

Ví dụ:

Cảm xúc đau → Né tránh → Hành vi tự hủy → Hối hận → Lặp lại

- + Hỏi người bệnh:

“Bạn đã làm gì để thoát khỏi nỗi đau này trong thời gian qua?”

“Những cách đó có giúp bạn đến gần điều bạn muốn sống không?”

“Nếu bạn tiếp tục làm những điều đó – cuộc sống của bạn sẽ như thế nào 6 tháng nữa?”

- + Đây là một khoảnh khắc then chốt giúp người bệnh nhận ra: “Không cam kết cũng là một lựa chọn – và nó cũng có hậu quả.”

- Bước 4: Giới thiệu khung “Chấp nhận & Cam kết” (15 phút)

Mục tiêu: Mời người bệnh tham gia trị liệu như một hành trình lựa chọn – không phải nghĩa vụ

- + Công cụ: Lưới 4 lựa chọn – ma trận ACT đơn giản

Tôi muốn tránh điều gì?	Tôi thực sự quan tâm điều gì?
Tôi đã làm gì để tránh?	Tôi có thể làm gì để tiến gần hơn?

“Bạn sẵn sàng cảm thấy điều gì (khó chịu, lo, thất vọng...) nếu điều đó giúp bạn sống theo điều bạn coi trọng?”

“Trị liệu có thể không dễ chịu – nhưng nó có thể là cầu nối đến điều có ý nghĩa.”

- + Đề cập đến "đau là một phần không thể tách rời của thay đổi".

“Chúng ta sẽ không xóa đau – mà học cách mang nó theo mà vẫn bước về phía trước.”

- Bước 5: Kết thúc & củng cố cam kết (5–10 phút)

Mục tiêu: Người bệnh đưa ra một cam kết nhỏ và cụ thể cho tuần tiếp theo

- + Gợi ý:

“Bạn sẵn sàng làm gì dù hơi khó chịu – nhưng là bước đầu để sống đúng với giá trị của mình?”

“Nếu có một phần trong bạn muốn từ bỏ – bạn muốn nói gì với phần đó?”

- + Khuyến khích:

- Viết cam kết ra giấy (hoặc nói lớn ra)
- Đặt lời nhắc (điện thoại...)

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn: Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACT Therapy: What It Is and How It Can Benefit Your Mental Health (webmd.com)
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (verywellhealth.com)
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT). EFPT Psychotherapy Guidebook (pubpub.org)
4. 20 Pros and Cons of Acceptance and Commitment Therapy 2023 | Ablison
5. Nguyễn Công Khanh (2017), Liệu pháp tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
6. Phạm Toàn (2020), Tâm bệnh học (tái bản lần 2), NXB Trẻ.

37. TRỊ LIỆU CẢM XÚC HÀNH VI HỢP LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu cảm xúc hành vi hợp lý (Rational emotive behavior therapy - REBT) là liệu pháp dựa trên khái niệm cảm xúc và hành vi xuất phát từ quá trình nhận thức. Người bệnh có thể thay đổi quá trình nhận thức để thay đổi cảm xúc và hành vi theo cách khác. REBT được phát triển bởi nhà tâm lý học Albert Ellis vào năm 1955 cho rằng bệnh tâm thần có nguyên nhân từ quan điểm của cá nhân người bệnh về các sự kiện, chứ không phải chính các sự kiện. Cách người bệnh cảm nhận là kết quả của cách họ nghĩ. Người bệnh thường giữ niềm tin phi lý về bản thân, người khác và thế giới có thể dẫn đến các vấn đề tâm lý/ tâm thần. REBT giúp người bệnh thay đổi những niềm tin và quá trình suy nghĩ phi lý đó.

Mục tiêu của trị liệu REBT là cải thiện sức khỏe tinh thần của người bệnh bằng cách thay thế những suy nghĩ phi lý bằng những niềm tin lành mạnh, hợp lý hơn.

Mô hình ABCDE là nền tảng của REBT trong đó: A - Kích hoạt sự kiện. Một sự kiện bất lợi hoặc không mong muốn được trải nghiệm bởi một cá nhân. B - Niềm tin - Những niềm tin phi lý xuất hiện vì sự kiện kích hoạt. C - Hậu quả - Hậu quả về cảm xúc, hành vi và nhận thức của niềm tin của một người. D - Thách thức - nhằm hướng dẫn người bệnh để họ chủ động thách thức niềm tin phi lý của họ để họ có thể tái cấu trúc chúng thành niềm tin lành mạnh hơn. E - Hệ quả - Hệ quả của việc thay đổi niềm tin của một người về một tình huống trở nên thích nghi và hợp lý hơn, từ đó cải thiện cảm xúc, hành vi và nhận thức của người bệnh. A là một sự kiện kích hoạt dẫn đến B, một niềm tin về sự kiện này. Những niềm tin đó dẫn đến C, hậu quả về cảm xúc, hành vi và nhận thức của niềm tin của một người về sự kiện này. REBT tìm đến D, thách thức niềm tin phi lý của người bệnh để dẫn đến E, các hệ quả cảm xúc, hành vi và nhận thức đi kèm với việc thay đổi niềm tin của người bệnh để họ khỏe mạnh và lý trí hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cảm xúc
- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế
- Rối loạn lo âu lan tỏa
- Rối loạn lo âu xã hội
- Rối loạn stress sau sang chấn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Chậm phát triển tâm thần
- Tự kỷ
- Tâm thần phân liệt
- Người bệnh mất trí, mất nhớ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

5.9 Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu cảm xúc hợp lý có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên

- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Giai đoạn 1: Điều chỉnh niềm tin cảm xúc của Ellis

- Nhận diện những ý nghĩ dựa trên những niềm tin không phù hợp
- Tìm bằng chứng phản bác những niềm tin phi lý này
- Nảy sinh ý nghĩ mới dựa trên niềm tin hợp lý, những mong muốn thực tế

Giai đoạn 2: Điều chỉnh nhận thức của Beck từ 6 lỗi chính trong quá trình xử lý nhận thức thông tin

- Suy luận tùy tiện
- Khái quát hóa thái quá
- Chú ý vào chi tiết
- Tự vận vào mình
- Suy nghĩ tuyệt đối hóa
- Quan trọng hóa hoặc coi thường

Giai đoạn 3: Đánh giá lại sự kiện, phân tích lại tình huống để tìm những ý nghĩ tự động và phát hiện những lỗi hoặc tính vô lý của những ý nghĩ này.

- Thách thức những giả thuyết cơ bản của người bệnh
- Nhìn sự vật từ quan điểm của người khác
- Thúc tỉnh những ý nghĩ lạc quan tích cực và thực tế hơn

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu là 50-60 phút:

- **Bước 1:** Khởi động & xác lập khung trị liệu (5–10 phút)

Mục tiêu: Tạo kết nối, thiết lập chủ đề, mối quan tâm chính

- + Đánh giá cảm xúc – suy nghĩ – tình huống hiện tại: “Tuần qua có tình huống nào khiến bạn căng thẳng, giận dữ, hoặc mất tự tin không?”, “Hôm nay bạn muốn tập trung vào điều gì trong phiên này?”
- + Xác định cảm xúc chính đang cần xử lý: “Khi điều đó xảy ra, bạn cảm thấy gì rõ ràng nhất trong lòng?”

- **Bước 2:** Phân tích mô hình ABC (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh nhận diện niềm tin phi lý gây ra phản ứng cảm xúc cực đoan

- + Mô hình ABC trong REBT:

Thành phần	Diễn giải
A (Activating event)	Tình huống kích hoạt
B (Beliefs)	Niềm tin – diễn giải – suy nghĩ về A
C (Consequences)	Cảm xúc, hành vi phát sinh từ B

+ Gọi ý câu hỏi khám phá từng bước:

A: “Chuyện gì đã xảy ra?”

C: “Bạn đã cảm thấy và hành động như thế nào?”

B: “Bạn đã nói gì với chính mình lúc đó?”, “Bạn tin rằng...?”, “Bạn nghĩ điều đó phải thế nào?”

- Bước 3: Thách thức niềm tin phi lý (10–20 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh xem xét – phản biện – làm mềm hóa niềm tin cứng nhắc

+ Đặt câu hỏi phản biện

Hợp lý không?	“Liệu điều bạn tin có logic không?”
Có bằng chứng không?	“Điều đó có đúng với mọi người trong tình huống này không?”
Giúp ích không?	“Khi bạn nghĩ như vậy, nó giúp bạn cảm thấy tốt hơn hay tệ hơn?”
Thay thế bằng gì?	“Nếu bạn nghĩ theo cách linh hoạt hơn, điều gì sẽ thay đổi?”

+ Chuyển hóa niềm tin ví dụ: từ: “Tôi phải được mọi người chấp nhận, nếu không thì tôi vô giá trị.” → sang: “Tôi muốn được chấp nhận – nhưng nếu không được, tôi vẫn có giá trị như một con người.”

- Bước 4: Tái cấu trúc và củng cố (10–15 phút)

Mục tiêu: Hình thành niềm tin mới hợp lý – linh hoạt – nhân ái hơn

+ Cùng người bệnh xây dựng câu thay thế:

“Tôi mong muốn điều đó – nhưng tôi có thể chịu đựng nếu không đạt được.”

“Tôi chấp nhận bản thân cả khi tôi chưa hoàn hảo.”

“Tôi có thể học hỏi từ sai lầm mà không tự trừng phạt mình.”

+ Tập luyện suy nghĩ mới thông qua:

Ghi lại câu nhắc nhở.

Hình dung tình huống tương tự trong tương lai → thực hành tư duy mới.

Viết thư gửi cho chính mình với giọng điệu chấp nhận không phán xét.

- Bước 5: Giao nhiệm vụ về nhà & tổng kết (5 phút)

Mục tiêu: Duy trì tư duy hợp lý giữa các phiên – chuyển đổi ra đời sống thực

+ Bài tập mẫu:

Ghi lại 3 tình huống cảm xúc trong tuần theo mô hình ABC.

Thách thức 1 niềm tin phi lý mỗi ngày bằng câu hỏi “Có đúng 100% không?”.

Đọc hoặc lặp lại câu “khẳng định hợp lý” mỗi sáng.

+ Tổng kết phiên:

“Hôm nay bạn nhận ra điều gì về cách bạn nói chuyện với chính mình?”
 “Nếu bạn áp dụng tư duy mới này, bạn hy vọng điều gì sẽ thay đổi?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ellis, A. Những phản ánh về liệu pháp cảm xúc hành vi hợp lý. Tạp chí tư vấn và Tâm lý học lâm sàng, 61, 199 – 201; 1993
2. Ellis, A & Dryden, W. Thực hành của liệu pháp hành vi cảm xúc hợp lý. New York: Springer Publishing, Company, Inc; 1997
3. David, Daniel, Aurora Szentagotai, Kallay Eva và Bianca Macavei. “Bản tóm tắt của Liệu pháp hành vi cảm xúc hợp lý (REBT); Nghiên cứu cơ bản và ứng dụng.” Tạp chí trị liệu bằng cảm xúc và nhận thức-hành vi, tập 23, 2005, trang 175-221.
4. Dryden, Windy, Daniel David và Albert Ellis. “Liệu pháp hành vi cảm xúc hợp lý.” Cẩm nang trị liệu nhận thức – hành vi. Tái bản lần thứ 3, do Keith S. Dobson biên tập. Báo chí Guilford, 2010, trang 226-276.
5. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý (cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh), NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

38. TRỊ LIỆU ĐỊNH TÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu định tâm (Mindfulness) hay còn gọi là Chánh niệm là trạng thái nhận thức không phán xét về những gì đang xảy ra trong thời điểm hiện tại, bao gồm nhận thức về suy nghĩ, cảm xúc và giác quan của chính mình. Trạng thái mà người bệnh nhận thức rõ hơn về tình trạng thể chất, tinh thần và cảm xúc của mình trong giây phút hiện tại mà không trở nên phán xét.

Phương pháp điều trị dựa trên định tâm, thúc đẩy việc luyện tập như một phần quan trọng của sức khỏe thể chất và tinh thần tốt, làm giảm căng thẳng. Định tâm được thiết kế để tập trung sự chú ý của một người vào trải nghiệm hiện tại theo cách không phán xét. Các cá nhân có thể chú ý đến nhiều trải nghiệm khác nhau, chẳng hạn như cảm giác cơ thể, nhận thức, cảm giác và chấp nhận chúng mà không bị ảnh hưởng bởi chúng.

Thực hành định tâm có thể giúp người bệnh kiểm soát suy nghĩ của mình tốt hơn thay vì bị kiểm soát bởi chúng. Định tâm giúp người bệnh trở nên tốt hơn, có thể tách mình khỏi những suy nghĩ, cảm xúc tiêu cực và cảm giác cơ thể có thể có. Thực hành định tâm thường xuyên sẽ giúp người bệnh hiểu sâu hơn về tâm trí của bản thân và chữa lành cảm xúc theo thời gian. Đồng thời làm giảm các triệu chứng trầm cảm và lo âu, hài lòng hơn trong các mối quan hệ, cải thiện trí nhớ, sự tập trung và tốc độ xử lý tinh thần, giảm suy ngẫm (lặp đi lặp lại về một suy nghĩ hoặc vấn đề, cải thiện khả năng thích ứng với những tình huống căng thẳng, cải thiện khả năng quản lý cảm xúc.

2. CHỈ ĐỊNH

Trị liệu định tâm được chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, phản ứng với Stress trầm trọng và rối loạn sự thích ứng, rối loạn dạng cơ thể
- Các trường hợp có căng thẳng tâm lý, cảm thấy không hạnh phúc, khó kiểm soát cảm xúc, mắc bệnh cơ thể
- Rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Chỉ định khác: Rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc, rối loạn tâm thần liên quan thời kỳ sinh đẻ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh, Usb và đầu đĩa, loa

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Quá trình trị liệu định tâm có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

- **Buổi 1:** Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa nhà trị liệu và người bệnh, giới thiệu về liệu pháp (tên liệu pháp, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của liệu pháp với tình trạng sức khỏe của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành.
- **Buổi 2:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh kỹ thuật “thiền chánh niệm”: *Ngồi ở một nơi thoải mái và bắt đầu chú ý đến hơi thở của mình. Chú ý cảm giác vật lý của không khí tràn vào phổi của mình và sau đó từ từ rời đi. Khi tâm trí bạn lang thang – điều đó sẽ xảy ra chỉ cần chú ý đến suy nghĩ của bạn và chuyển sự chú ý của bạn trở lại hơi thở.* Yêu cầu người bệnh thực hiện tại nhà.
- **Buổi 3:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh kỹ thuật “đi bộ chánh niệm”: *Trong khi đi bộ, hãy chú ý thực hành sự quan tâm. Bắt đầu bằng cách chú ý cơ thể bạn như thế nào di chuyển và cảm nhận theo từng bước đi. Sau đó, mở rộng nhận thức của bạn với môi trường xung quanh làm gì? Nghe thấy gì? Mùi gì? Cảm thấy gì? Thực hành bằng cách hoạt động khác tại nhà*
- **Buổi 4:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh kỹ thuật “quét cơ thể”: *Hãy chú ý đến những cảm giác thể chất khắp cơ thể bạn. Bắt đầu từ bàn chân và di chuyển dần lên chân, hông, bụng, ngực, lưng, vai, cánh tay, cổ và mặt. Dành từ 15 giây đến 1 phút cho mỗi bộ phận cơ thể.* Thực hành bằng cách hoạt động khác tại nhà
- **Buổi 5:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh kỹ thuật “năm giác quan”: *Hãy nỗ lực có ý thức để nhận biết khoảnh khắc hiện tại thông qua từng giác quan của bạn: 5 điều bạn nhìn thấy, 4 điều bạn cảm thấy, 3 điều bạn nghe thấy, 2 thứ bạn ngửi thấy và 1 thứ bạn thích.* Ôn tập các kỹ thuật đã học và yêu cầu người bệnh thực hành tại nhà. Người bệnh phản hồi quá trình trị liệu những kỹ thuật đã học và vận dụng vào đời sống. Hẹn gặp lại theo nhu cầu người bệnh.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu

- Bước 1: Gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính
- Bước 2: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn đánh giá kết quả buổi trị liệu hôm trước/ giải đáp thắc mắc phát sinh và phân tích bài tập áp dụng.
- Bước 3: Cán bộ thực hiện trị liệu gợi mở nội dung mới, các thành viên trong nhóm thảo luận, phân tích, đưa ra phương án giải quyết

- Bước 4: Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh thực hành đóng vai, nhận xét và đánh giá.
- Bước 5: Cán bộ thực hiện trị liệu phản hồi thông tin từ người bệnh và ôn lại
- Bước 6: Kết thúc buổi trị liệu: Cán bộ thực hiện trị liệu tổng kết buổi trị liệu, dặn dò, giao bài tập về nhà cho người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
2. Burke, C.A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 133-144. DOI 10.1007/s10826-009-9282-x. Retrieved from <http://www.mindfulschools.org/pdf/burke-child-adol.pdf>
3. Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404-424. Doi: 10.1002/jclp.20776. Retrieved from <http://www.pmalinowski.de/downloads/chiesa%26malinowski2011.pdf>
4. Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491-516.
5. Hougaard, R., Carter, J., & Mohan, M. (2020). Build your resilience in the face of a crisis. *Coronavirus and Business: The Insights You Need from Harvard Business Review*, 70-73.
6. Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

39. TRỊ LIỆU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu Giải quyết vấn đề (Solution Focused Therapy-SFT) một mô hình dựa trên năng lực, không nhấn mạnh vào những thất bại và vấn đề trong quá khứ, thay vào đó tập trung vào những điểm mạnh và thành công trước đây của người bệnh. Trị liệu giải quyết vấn đề tập trung vào hiểu biết của người bệnh về mối quan tâm/tình huống khó khăn của họ và những gì người bệnh có thể muốn khác đi.

Các nguyên lý cơ bản:

- Dựa trên việc xây dựng giải pháp hơn là giải quyết vấn đề.
- Trọng tâm điều trị hướng đến tương lai mong muốn của người bệnh không tập trung vào các vấn đề trong quá khứ hoặc xung đột hiện tại.
- Người bệnh được khuyến khích tăng tần suất các hành vi có ích ở hiện tại
- Nhận diện các tình huống bất lợi (trường hợp ngoại lệ) - người bệnh và nhà trị liệu cùng xây dựng các giải pháp.
- Các nhà trị liệu giúp người bệnh tìm ra các giải pháp thay thế cho các kiểu hành vi, nhận thức và tương tác không mong muốn ở hiện tại.
- Trị liệu giải quyết vấn đề giả định rằng các hành vi và giải pháp đã tồn tại ở người bệnh từ trước.
- Phương thức trị liệu tập trung xây dựng các bước thay đổi nhỏ sẽ dẫn đến các bước thay đổi lớn.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong hầu hết trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: Rối loạn về kiểm soát xung động, rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, rối loạn giao tiếp, khó khăn trong mối quan hệ ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Tâm thần phân liệt
- Chậm phát triển tâm thần
- Sa sút trí tuệ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ trị liệu
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu giải quyết vấn đề có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Phần 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Phần 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Phần 3: Trị liệu

Gồm các giai đoạn sau:

1. Xác định vấn đề
2. Nảy sinh các giải pháp
3. Cân nhắc lựa chọn các giải pháp tối ưu
4. Thực hiện giải pháp đã chọn và đánh giá tính hiệu quả của nó
5. Vấn đề đã được giải quyết
6. Kết thúc quá trình

Lặp lại quá trình cho các vấn đề khác của người bệnh

6.4. Phần 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu 45-60 phút:

- Bước 1: Xây dựng mối quan hệ trị liệu (5–10 phút)

Mục tiêu: Tạo cảm giác hợp tác, an toàn và tôn trọng

- + Đặt câu hỏi mở đầu: “Có điều gì tốt đẹp hoặc dễ chịu đã xảy ra gần đây mà bạn muốn chia sẻ không?”, “Hôm nay bạn mong đợi điều gì từ buổi gặp của chúng ta?”
- + Tôn trọng chuyên môn của người bệnh về chính cuộc sống của họ: “Bạn biết rõ mình hơn bất cứ ai – tôi ở đây để đồng hành khám phá những điều hiệu quả.”

- Bước 2: Xác định mục tiêu trị liệu (5–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh mô tả mong muốn tích cực và cụ thể thay vì tập trung vào vấn đề

- + Đặt câu hỏi định hướng tương lai: “Giả sử buổi trị liệu này hữu ích – bạn hy vọng điều gì sẽ thay đổi trong cuộc sống mình?”, “Nếu một phép màu xảy ra trong đêm và vấn đề biến mất – sáng hôm sau bạn sẽ nhận ra điều gì đầu tiên?”
- + Tái cấu trúc mục tiêu: từ: “Tôi không muốn thấy mình lo âu nữa” → thành: “Tôi muốn có thể đi làm mà không phải đấu tranh với cảm giác hoảng sợ”

- Bước 3: Đặt các câu hỏi khám phá (10–20 phút)

Mục tiêu: Tìm ra những thời điểm vấn đề không xuất hiện, hoặc ít nghiêm trọng hơn

- + “Gần đây có lúc nào bạn cảm thấy mọi việc đỡ hơn một chút không?”, “Đã có khi nào bạn đối mặt với vấn đề này tốt hơn không? Bạn đã làm gì lúc đó?”, “Ai đã ở đó giúp bạn? Bạn nghĩ điều gì đã làm nên sự khác biệt?”
- + Khai thác chi tiết các ngoại lệ: thời điểm, cảm giác, hành vi, hoàn cảnh → để xây dựng "mô hình thành công" cá nhân.

- Bước 4: Sử dụng câu hỏi thang điểm (5–10 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh đánh giá vị trí hiện tại và nhận diện bước tiến nhỏ

- + “Trên thang điểm từ 0 đến 10, với 10 là bạn đã hoàn toàn đạt được điều mình mong muốn – hiện tại bạn đang ở mức bao nhiêu?”, “Bạn đã làm gì để đạt được điểm đó thay vì ở mức 0?”, “Bạn nghĩ điều gì cần xảy ra để bạn tiến thêm 0.5 hoặc 1 điểm?”
- + Câu hỏi phụ trợ: “Người thân bạn có thể thấy bạn đã ở mức 5 bằng cách nào?”, “Bạn có thể làm điều gì nhỏ ngay trong tuần này để tiến thêm một chút?”

- Bước 5: củng cố điểm mạnh & năng lực (5–10 phút)

Mục tiêu: Nhấn mạnh những gì người bệnh đã làm đúng và những phẩm chất tích cực họ có

- + “Bạn đã từng vượt qua điều gì tương tự chưa? Bằng cách nào?”, “Bạn nghĩ điểm mạnh nào đã giúp bạn giữ vững cho đến bây giờ?”, “Bạn muốn mang theo điều gì từ hôm nay ra ngoài đời thực?”
- + Phản hồi theo hướng tôn trọng & khuyến khích: “Tôi ấn tượng với việc bạn đã nhận ra thời điểm mình xử lý được – điều đó cho thấy bạn rất quan sát và có năng lực phục hồi.”

- Bước 6: Tổng kết & đề xuất hành động nhỏ (5 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh rời phiên trị liệu với cảm giác định hướng và chủ động

- + “Từ những gì chúng ta nói hôm nay, bạn muốn thử hành động nhỏ nào?”, “Nếu bạn làm [hành vi cụ thể] trong tuần này, điều gì có thể thay đổi?”, “Bạn muốn chú ý quan sát điều gì từ chính mình?”
- + Không ép bài tập – nhưng khuyến khích thử nghiệm: “Bạn có thể thử – nếu thấy không hợp, chúng ta sẽ điều chỉnh lần tới.”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories. New York: Norton.
2. De Jong, P., & Berg, I. K. (2008). Interviewing for solutions (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
3. Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1994). Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (NIH Publication No. 94-3723). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

40. TRỊ LIỆU GIÁO DỤC TÂM LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu giáo dục tâm lý (Psychoeducation) được Anderson và cộng sự sử dụng lần đầu tiên vào năm 1980 để điều trị cho gia đình của người bệnh tâm thần phân liệt. Các yếu tố cơ bản của giáo dục là nhà trị liệu giải thích về bệnh lý tâm thần như: giáo dục cho người bệnh về bệnh tình của họ, huấn luyện giải quyết vấn đề, đào tạo giao tiếp, rèn luyện tính quyết đoán của bản thân.

Trị liệu giáo dục tâm lý là quá trình cung cấp cho người bệnh và các thành viên trong gia đình của họ về bản chất của bệnh, bao gồm căn nguyên, tiến triển, hậu quả, tiên lượng, cách điều trị và các lựa chọn thay thế.

* Cơ chế:

Mục đích cơ bản là cung cấp cho người bệnh và gia đình kiến thức về các khía cạnh khác nhau của bệnh và cách điều trị từ đó phối hợp cùng với các chuyên gia sức khỏe tâm thần trong điều trị nhằm mục tiêu có kết quả tốt hơn.

Giáo dục tâm thần thường bao gồm một số thành phần cơ bản của thông tin, những thông tin này sẽ được truyền đạt cho người bệnh và các thành viên trong gia đình của họ về một rối loạn tâm thần cụ thể. Các phiên trị liệu có thể được sửa đổi để phù hợp với nhu cầu của người bệnh, thành viên gia đình. Do đó, số lượng và thời gian của các phiên có thể thay đổi cùng với những thay đổi trong nội dung tổng thể.

Các vấn đề được đề cập như: Các yếu tố căn nguyên; Các dấu hiệu và triệu chứng chung; Nhận thức về các dấu hiệu ban đầu của tái phát; Làm thế nào để đối phó với tình huống; Có nhiều lựa chọn điều trị khác nhau; Khi nào và làm thế nào để tìm kiếm điều trị; Cần tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của nhóm điều trị; Liệu trình điều trị dài hạn và kết quả; Những điều nên làm và không nên làm đối với các thành viên trong gia đình khi tiếp xúc với người bệnh; Xóa bỏ những lầm tưởng và quan niệm sai lầm về căn bệnh này và xóa bỏ sự kỳ thị.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong hầu hết trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng,...
- Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi,...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất

- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần thực tổn, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Tự kỷ, chậm phát triển tâm thần nặng
- Sa sút trí tuệ nặng
- Hoang tưởng, ảo giác, chống đối

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Phần 1: Thiết lập mối quan hệ trị liệu & mục tiêu giáo dục. Mục tiêu: Tạo cảm giác an toàn, tin tưởng cho thân chủ và/hoặc gia đình. Xác định rõ nhu cầu hiểu biết của người bệnh. Định vị vai trò của giáo dục tâm lý trong quá trình trị liệu.

6.2. Phần 2: Đánh giá mức độ hiểu biết và niềm tin hiện tại. Mục tiêu: Xác định những hiểu lầm, niềm tin méo mó, hoặc thiếu thông tin. Đo lường khả năng tiếp nhận kiến thức của người bệnh (trình độ, ngôn ngữ, trạng thái cảm xúc).

6.3. Phần 3: Cung cấp thông tin tâm lý – y khoa chính xác, dễ hiểu. Mục tiêu: Trình bày kiến thức khoa học ngắn gọn, gắn với trải nghiệm người bệnh. Dùng ngôn ngữ phổ thông, hình ảnh minh họa nếu cần.

6.4. Phần 4: Gắn thông tin vào trải nghiệm cá nhân của người bệnh. Mục tiêu: Tạo sự liên hệ nội tại giúp người bệnh nhận ra tính đúng đắn và gắn gũi của thông tin.

6.5. Phần 5: Trao công cụ và chiến lược ứng dụng thực tế. Mục tiêu: Chuyển hóa kiến thức thành hành động cụ thể. Tăng cảm giác có năng lực và kiểm soát của người bệnh.

6.6. Phần 6: Tổng kết – củng cố – Giao nhiệm vụ. Mục tiêu: Đảm bảo người bệnh hiểu đúng và nắm được điều cốt lõi. Khuyến khích áp dụng và quan sát bản thân giữa các phiên.

Hoạt động của mỗi phiên trị liệu kéo dài 45-60 phút

- Bước 1: Mở đầu – kết nối & định khung (5–10 phút)

Mục tiêu: Tạo không khí an toàn, minh bạch hóa mục tiêu buổi trị liệu

- + Check-in cảm xúc nhẹ nhàng: “Hôm nay bạn đang cảm thấy thế nào trong lòng?”, “Có điều gì bạn đang suy nghĩ nhiều gần đây?”
- + Giới thiệu mục tiêu buổi trị liệu: “Hôm nay chúng ta sẽ cùng tìm hiểu kỹ hơn về [ví dụ: lo âu/trầm cảm/hệ thần kinh/giao tiếp cảm xúc...] để hiểu điều gì đang diễn ra trong não bộ và cơ thể của mình.”
- + Tạo không gian không phán xét: “Không có câu hỏi nào là ngớ ngẩn cả. Bạn có thể dừng tôi bất cứ lúc nào nếu có thắc mắc.”

- Bước 2: Trình bày nội dung tâm lý cốt lõi (20–25 phút)

Mục tiêu: Cung cấp kiến thức bằng ngôn ngữ dễ hiểu, có hình ảnh minh họa (nếu có), gắn với trải nghiệm người bệnh

- + Ví dụ 1: Lo âu. Vai trò của não bộ (amygdala, vỏ não trước trán) khi phát hiện mối đe dọa. Chu kỳ lo âu – tránh né – kéo dài lo âu. Mối liên hệ giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi.
- + Ví dụ 2: Trầm cảm. Cơ chế của mất động lực – tránh giao tiếp – cảm giác vô nghĩa. Sự ảnh hưởng của chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, dopamine). Mối liên quan giữa giấc ngủ, vận động, chế độ ăn và tâm trạng.

- Bước 3: Liên hệ với trải nghiệm cá nhân (10–15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh gắn lý thuyết vào trải nghiệm thực tế – tăng tính “ngộ ra” (insight).

- + “Bạn có thấy điều gì hôm nay nói lên điều đã và đang xảy ra trong bạn?”
- + “Có khi nào bạn từng trải nghiệm cảm giác như mô hình lo âu/trầm cảm kia mô tả không?”
- + “Bạn có thấy hành vi né tránh giúp gì trong ngắn hạn? Và có làm bạn cảm thấy tệ hơn về lâu dài không?”

- + Dùng bản đồ, biểu đồ, sơ đồ chuỗi sự kiện nếu có thể để giúp người bệnh nhìn rõ mối liên kết.

- Bước 4: Công cụ thực hành – kỹ năng cơ bản (10–15 phút)

Mục tiêu: Cung cấp chiến lược ban đầu để thân chủ có thể áp dụng, dù đơn giản.

Kỹ năng	Ứng dụng
Thở bụng/chánh niệm	Giảm kích hoạt lo âu
Viết nhật ký suy nghĩ	Nhận diện suy nghĩ méo mó
Thang đo cảm xúc 0–10	Tăng năng lực định danh cảm xúc
Ghi lại chuỗi sự kiện (A-B-C)	Hiểu rõ điều gì dẫn đến cảm xúc/hành vi

- Bước 5: Tổng kết – giao nhiệm vụ (5 phút)

Mục tiêu: Củng cố hiểu biết, tạo bước chuyển cho buổi sau

- + “Hôm nay bạn ấn tượng nhất điều gì?”, “Có điều gì bạn muốn thử áp dụng tuần này?”, “Chúng ta có thể ghi lại điều vừa học dưới dạng sơ đồ hoặc hình ảnh – bạn muốn giữ bản này chứ?”
- + Gợi ý bài tập về nhà: Ghi lại 3 lần mình cảm thấy lo âu – với thời điểm, tình huống và phản ứng. Quan sát mối liên hệ giữa suy nghĩ – cảm xúc – hành vi trong ngày. Thực hành kỹ năng thở mỗi ngày 2 phút trước giờ ngủ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barker RL (2003). The Social Work Dictionary. Washington DC: NASW Press.
2. Sujit Sarkhel, O. P. Singh, and Manu Arora. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. Doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19.
3. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* ;9:CD010823.

41. TRỊ LIỆU LIÊN CÁ NHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu liên cá nhân (Interpersonal Therapy - ITP) là một liệu pháp tâm lý ngắn gọn, tập trung vào xử lý các mối quan hệ sự gắn bó, vào việc giải quyết các vấn đề giữa các cá nhân và cải thiện triệu chứng.

IPT dựa trên nguyên tắc rằng các mối quan hệ và các sự kiện trong cuộc sống tác động đến tâm trạng của cá nhân và ngược lại, các sự kiện trong cuộc sống ảnh hưởng đến các mối quan hệ xã hội của cá nhân đó. Vì vậy, việc giúp người bệnh cải thiện các mối quan hệ giữa các cá nhân có vấn đề hoặc các tình huống có liên quan trực tiếp đến tâm trạng hiện tại sẽ làm giảm triệu chứng trầm cảm ở người bệnh.

Mục tiêu của trị liệu IPT là giúp người bệnh tâm thần giải quyết khủng hoảng giữa các cá nhân, vừa cải thiện cuộc sống vừa làm giảm các triệu chứng của họ. IPT giúp người bệnh hiểu được cảm xúc của họ là tín hiệu xã hội, họ sử dụng hiểu biết này để cải thiện các tình huống giữa các cá nhân và huy động sự hỗ trợ xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong hầu hết trường hợp người bệnh mắc rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng
- Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần thực tồn, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng trong các trường hợp:

- Loạn thần cấp, có hoang tưởng/ ảo giác
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần nặng
- Nhân cách Paranoia
- Người bệnh có khó khăn về diễn đạt

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Giấy, bút
- Máy ghi âm
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 40-70 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Trị liệu liên cá nhân là phương pháp điều trị có 3 giai đoạn:

6.1. Giai đoạn ban đầu: Xây dựng mối quan hệ giữa nhà trị liệu và người bệnh; tìm hiểu các nguyên nhân gây ra cho người bệnh; giải thích cho người bệnh về "nguyên nhân gây bệnh", giúp họ nhận ra rằng bệnh trầm cảm khiến họ không có năng lượng để hoạt động và thường khó đạt được các tiêu chí điều trị như kỳ vọng.

6.2. Giai đoạn giữa: Nhà trị liệu xác định giải quyết vấn đề ưu tiên nào ở người bệnh. Điều này liên quan đến việc nhà trị liệu cần tiếp cận xem xét các tổn thương mà người bệnh đang có. Ví dụ: những mất mát, mâu thuẫn liên quan giữa các cá nhân nhà trị liệu cần giúp người bệnh điều chỉnh vai trò của bản thân từ cũ thành mới, để thích nghi, thích ứng với môi trường xã hội.

6.3. Giai đoạn cuối: Nhà trị liệu giúp người bệnh cảm thấy có khả năng và độc lập hơn bằng cách xem lại những thành tích đạt được của người bệnh trong quá trình điều trị. Nhà trị liệu đánh giá những mục tiêu đã đạt được và củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát. Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài 45-60 phút:

- Bước 1: Mở đầu buổi trị liệu (5–10 phút)

Mục tiêu: Thiết lập kết nối, cập nhật tình hình từ buổi trước.

- + Chào hỏi, tạo không khí an toàn.
- + Nhắc lại nội dung chính của buổi trước (nếu cần).
- + Hỏi mở: “Từ buổi trước đến nay, có điều gì đáng chú ý xảy ra không?”
“Tuần vừa rồi mối quan hệ của anh/chị với [người liên quan] diễn ra như thế nào?”

- Bước 2: Tập trung vào nội dung chính (30–40 phút)

Mục tiêu: Khai thác, xử lý và can thiệp vào vấn đề liên cá nhân cốt lõi. Tuỳ theo mục tiêu trị liệu, nhà trị liệu có thể sử dụng các kỹ thuật như:

Tình huống	Can thiệp gợi ý
Mất mát	Khuyến khích diễn đạt cảm xúc buồn đau; so sánh mối quan hệ đã mất với các mối quan hệ khác; thảo luận việc tái kết nối xã hội.
Mâu thuẫn vai trò	Làm rõ kỳ vọng giữa các bên; sử dụng vai trò hóa (role-play); khuyến khích giao tiếp thẳng thắn, ghi nhận ký đối thoại.
Thay đổi vai trò	Giúp người bệnh nhận diện tổn thất đi kèm sự thay đổi; xác định kỹ năng mới cần thích nghi; lập kế hoạch bước nhỏ để thích nghi.
Thiếu kỹ năng xã hội	Hướng dẫn kỹ năng xây dựng và duy trì mối quan hệ; thực hành phản hồi, biểu lộ cảm xúc; đánh giá các thất bại xã hội theo hướng xây dựng.

Một số kỹ thuật trị liệu liên cá nhân sử dụng:

- + Lắng nghe phản hồi (reflective listening)
 - + Diễn giải trung lập (neutral interpretation)
 - + Vai trò hóa (role playing)
 - + Gợi ý hành vi (behavioral suggestions)
 - + Tái cấu trúc mối quan hệ
- Bước 3: Tổng kết và kết thúc (5–10 phút)**

Mục tiêu: củng cố tiến bộ, lên kế hoạch cho tuần tiếp theo.

Tóm tắt	“Hôm nay chúng ta đã tập trung vào... Anh/chị thấy điều gì là quan trọng nhất?”
Thảo luận chiến lược hoặc hành vi thử nghiệm cho tuần tới	“Lần tới, anh/chị thử trao đổi điều này với [người liên quan] xem phản ứng thế nào nhé.”
Đặt mục tiêu cụ thể	“Chúng ta cùng quan sát xem tuần tới mối quan hệ với mẹ chị có thay đổi gì không nhé.”
Dặn dò & cảm ơn	“Cảm ơn anh/chị đã chia sẻ rất chân thành hôm nay.”

Lưu ý:

- Thời lượng IPT: Thường 12–16 buổi, mỗi buổi 45–60 phút, theo tuần.
- Ghi biên bản buổi trị liệu sau buổi gặp (nội dung chính, cảm xúc, tiến triển, kế hoạch).
- IPT là trị liệu có cấu trúc nhưng linh hoạt, tập trung vào “ở đây và bây giờ” (here and now), không quá đi sâu vào quá khứ xa.
- Luôn theo sát vấn đề IPT trung tâm đã xác định, tránh lan man sang chủ đề phụ.
- Theo dõi liên tục triệu chứng và khả năng hoạt động xã hội của thân chủ để đánh giá hiệu quả trị liệu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Markowitz, John C., and Myrna M. Weissman. “Interpersonal Psychotherapy: Principles and Applications.” *World Psychiatry* 3, no. 3 (October 2004): 136.
- 2 “(PDF) Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy.” ResearchGate. Accessed February 7, 2022.

42. TRỊ LIỆU PHÒNG VẤN TẠO ĐỘNG LỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phòng vấn tạo động lực (Motivational Interviewing) là một cách trao đổi tự nhiên và hữu hiệu giữa nhà trị liệu và người bệnh về vấn đề người bệnh muốn thay đổi. Phòng vấn tạo động lực tập trung hỗ trợ người bệnh tăng cường động lực và cam kết thay đổi.

Trị liệu phòng vấn tạo động lực được công bố đầu tiên năm 1991 bởi William Miller và Stephen Rollnick với mục đích giúp người bệnh hiểu được mô hình các giai đoạn thay đổi hành vi và các giai đoạn này phù hợp như thế nào với những nguyên lý cơ bản trong phòng vấn tạo động lực

Trong trị liệu phòng vấn tạo động lực, nhà trị liệu khơi gợi để người bệnh nói lên vấn đề ưu tiên mà bản thân họ muốn giải quyết là gì. Quá trình tham gia trị liệu người bệnh được tạo điều kiện tự đánh giá vấn đề của mình và hiểu được lý do hoặc nhu cầu của chính họ cần thay đổi hành vi để có thể giải quyết được những vấn đề mình đang gặp phải. Từ đó giúp người bệnh khơi gợi động cơ hay mong muốn ẩn sâu bên trong của mình và thực hiện cam kết để thay đổi.

Phòng vấn tạo động lực nhằm mục đích hỗ trợ các quyết định của người bệnh trong quá trình thay đổi các hành vi có hại, có thể dễ dàng thực hiện trong quá trình trị liệu, thực hiện hiệu quả đối với người bệnh có ‘dự định’ thay đổi hành vi nhưng vẫn có thể còn mâu thuẫn trong tư tưởng.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (game, cờ bạc,...)
- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng, rối loạn stress sau sang chấn...
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ, tâm thần phân liệt, rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Tâm thần phân liệt giai đoạn cấp tính
- Chậm phát triển tâm thần
- Sa sút trí tuệ nặng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Giấy, bút
- Máy ghi âm
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu phỏng vấn tạo động lực có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

- Một liệu trình trị liệu phỏng vấn tạo động lực kéo dài 5 phiên. Tuy nhiên, số phiên trong một liệu trình có thể tăng lên hay giảm đi phụ thuộc vào hiệu quả điều trị/sự hợp tác/nhu cầu của người bệnh.
- **Buổi 1:** Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa nhà trị liệu và người bệnh, giới thiệu về liệu pháp (tên liệu pháp, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của liệu pháp với các vấn đề khó khăn của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành.
- **Buổi 2:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được các khái niệm cơ bản của phỏng vấn tạo động lực, hiểu biết về cơ sở khoa học của can thiệp phỏng vấn tạo động lực, khơi gợi và lập kế hoạch xây dựng bước đi phù hợp cho người bệnh. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh cách tập trung vào giải pháp, trao đổi vấn đề trọng tâm và củng cố động lực thay đổi của người bệnh, nói về cách thay đổi đó có thể xảy ra. Sau đó, người bệnh và nhà trị liệu sẽ hợp tác để lập một kế hoạch dựa trên ý tưởng và điểm mạnh của người bệnh.
- **Buổi 3:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu rõ về mô hình các giai đoạn thay đổi hành vi (Tiền dự định – thay đổi kiến thức - dự định - thay đổi thái độ - chuẩn bị - thay đổi hành vi - hành động và duy trì);
- **Buổi 4:** Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh biết các giả định bất lợi ngăn cản người bệnh thay đổi hành vi, nhận biết sự tương tác giữa mô hình các giai đoạn thay đổi hành vi vào phỏng vấn tạo động lực
- **Buổi 5:** Cán bộ thực hiện trị liệu củng cố các kỹ thuật đã hướng dẫn cho người bệnh. Người bệnh phản hồi quá trình trị liệu những kỹ thuật đã học và vận dụng vào đời sống. Sau thời gian trị liệu người bệnh sẽ tự nhận thức được vai trò của bản thân và tự tin vượt qua các khó khăn trong tương lai. Dựa trên các tình huống gây ra hành vi sai lệch người bệnh nhận diện các nguy cơ tái phát trong tương lai và tự đánh giá khả năng vượt qua các khó khăn đó.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên trị liệu 45-60 phút:

- **Bước 1: Thiết lập mối quan hệ & Xác định mục tiêu (5 – 10 phút)**
 - + Chào hỏi, tạo cảm giác an toàn, thân thiện
 - + Thiết lập mục tiêu của buổi làm việc (gợi mở bằng câu hỏi mở): “Hôm nay bạn muốn tập trung nói về điều gì?”
 - + Thăm dò mối quan tâm hoặc hành vi đang do dự/thay đổi: “Bạn có từng suy nghĩ về việc thay đổi điều gì gần đây không?”
- **Bước 2: Gợi mở động lực thay đổi (10 – 30 phút)**
 - + Khám phá những mâu thuẫn bên trong: “Điều gì khiến bạn muốn thay đổi?”, “Điều gì khiến bạn chưa sẵn sàng?”

- + Tìm kiếm và khuếch đại ngôn ngữ thay đổi: mong muốn: “Tôi muốn...”; khả năng: “Tôi nghĩ mình có thể...”; lý do: “Bởi vì...”; cần thiết: “Tôi cần...”
- + Phản chiếu sâu để khuyến khích thân chủ tự nói ra động lực nội tại
- **Bước 3: Lập kế hoạch thay đổi (30 – 45 phút)**
- + Khi thân chủ thể hiện cam kết rõ ràng, chuyển sang hỗ trợ lập kế hoạch: “Bạn nghĩ bước đầu tiên mình có thể làm là gì?”, “Điều gì có thể cản trở bạn? Làm sao để vượt qua?”
- + Giúp thân chủ xây dựng một kế hoạch thay đổi cụ thể, khả thi, có thể đo lường
- + Xác nhận cam kết: “Trên thang điểm 0–10, bạn sẵn sàng hành động đến mức nào?”, “Làm thế nào để tăng con số đó lên thêm 1 hoặc 2 điểm?”
- **Bước 4: Kết thúc buổi trị liệu (45 – 60 phút)**
- + Tóm tắt toàn bộ nội dung thân chủ đã chia sẻ
- + Nhấn mạnh những điểm tích cực, động lực, thế mạnh mà thân chủ đã thể hiện
- + Hỏi về cảm nhận sau buổi làm việc: “Bạn rút ra điều gì từ buổi hôm nay?”, “Bạn muốn làm gì tiếp theo?”

Lưu ý:

- Buổi trị liệu có thể được điều chỉnh linh hoạt tùy theo giai đoạn thay đổi của thân chủ.
- Nếu thân chủ chưa sẵn sàng thay đổi, không ép buộc, mà tiếp tục ở giai đoạn “Gợi mở”.
- Có thể sử dụng các bài tập giữa buổi (homework), ví dụ: nhật ký hành vi, tự đánh giá động lực, liệt kê lợi – hại của hành vi cũ/mới.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35.) Chapter 3—Motivational Interviewing as a Counseling Style.
2. Miller, W.R. & T.B. Moyers (2017) Motivational Interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757-766.

3. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3rd Edition). *Guilford Press*.
4. Moyers, T.B., Martin T., Christopher P.J., Houck J.M., Tonigan J.S., Amrhein P.C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3).

43. TRỊ LIỆU TĂNG NHẬN THỨC

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tăng nhận thức (Cognitive Enhancement Therapy - CET) là một phương pháp tiếp cận toàn diện để cải thiện tình trạng suy giảm nhận thức xã hội và phục hồi các khiếm khuyết về nhận thức. Trị liệu tăng nhận thức được thiết kế như một biện pháp can thiệp trong giai đoạn phục hồi cho người bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc có triệu chứng ổn định nhưng vẫn bị khuyết tật về mặt xã hội và nghề nghiệp. Trị liệu tăng nhận thức tập trung vào việc nâng cao khả năng nhìn nhận quan điểm, đánh giá bối cảnh xã hội và các thành phần khác của nhận thức xã hội.

Trị liệu tăng nhận thức sử dụng Phương pháp điều trị nhận thức dựa trên hành động (Action-Based Cognitive Remediation - ABCR) được phát triển như một hình thức điều trị nhận thức nhằm tối ưu hóa việc chuyển đổi lợi ích nhận thức sang cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm thiểu tình trạng khuyết tật, cải thiện chức năng cộng đồng, hoạt động hàng ngày, giảm căng thẳng trong công việc, tăng việc làm và tăng khả năng nhận thức.

Mục tiêu của trị liệu tăng nhận thức là:

- Tăng cường sức chịu đựng về tinh thần, xử lý thông tin tích cực và tự đối thoại trước những thách thức xã hội mà người bệnh chưa từng trải nghiệm.
- Tạo điều kiện để đạt được các yêu cầu về nhận thức xã hội
- Khuyến khích hành vi phù hợp với các tình huống bất ngờ, bao gồm cả nhận thức về phản ứng và tác động của nó đối với một người khác.
- Tăng sự hiểu biết cá nhân về bệnh tâm thần phân liệt
- Cố gắng giải quyết tâm lý thiếu sót về hành vi ảnh hưởng tới nhận thức

2. CHỈ ĐỊNH

- Tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan (rối loạn loại phân liệt, phân liệt cảm xúc,...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay

- Vật dụng, tài liệu được sử dụng tùy từng giai đoạn, tùy thuộc từng người bệnh.

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 4 đến 6 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60-120 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Trị liệu tăng nhận thức tác động tới năm yếu tố (Nhận thức thần kinh, Tốc độ xử lý, Phong cách nhận thức, Nhận thức xã hội và Điều chỉnh xã hội) ở người bệnh. Trị liệu tăng nhận thức có thể được thực hiện trong 45 buổi trị liệu. Trong đó, nhận thức thần kinh bao gồm trí nhớ kém và khả năng giải quyết vấn đề; Tốc độ xử lý vấn đề; Phong cách nhận thức bao gồm cách nhận thức không có động lực, vô tổ chức hoặc không linh hoạt; Nhận thức xã hội bao gồm thiếu quan điểm, tầm nhìn xa và đánh giá bối cảnh xã hội; Điều chỉnh xã hội

6.1. Đánh giá ban đầu & xác định khả năng tham gia. Mục tiêu: Xác định thân chủ phù hợp với CET, xây dựng mối quan hệ trị liệu

- Đánh giá các chức năng nhận thức
- Đánh giá mức độ ổn định của triệu chứng tâm thần
- Phỏng vấn về động lực, khả năng hợp tác, môi trường sống

6.2. Huấn luyện nhận thức cơ bản bằng máy tính. Các nhiệm vụ tập trung vào:

- Chú ý duy trì
- Tốc độ xử lý thông tin
- Trí nhớ ngắn hạn và làm việc
- Khả năng lên kế hoạch, giải quyết vấn đề

6.3. Huấn luyện nhóm về nhận thức xã hội. Các chủ đề nhóm gồm:

- Hiểu suy nghĩ và cảm xúc của người khác (theory of mind)
- Ứng phó với hiểu nhầm trong giao tiếp
- Diễn giải tín hiệu phi ngôn ngữ

- Phản hồi mang tính xã hội

6.4. Theo dõi tiến triển & hỗ trợ cá nhân hóa. Cán bộ trị liệu đóng vai trò cố vấn cá nhân, hỗ trợ động lực và điều chỉnh tiến trình phù hợp

- Ghi chép tiến độ huấn luyện cá nhân (chấm điểm, nhận xét hàng tuần)
- Gặp riêng thân chủ định kỳ để thảo luận tiến triển, xử lý khó khăn
- Cập nhật mục tiêu từng giai đoạn dựa trên hiệu suất và nhu cầu thân chủ

6.5. Kết thúc trị liệu & củng cố kỹ năng.

- Tổng kết tiến trình: thành quả nhận thức và xã hội
- Đánh giá lại chức năng nhận thức, xã hội và khả năng nghề nghiệp
- Thiết lập mục tiêu duy trì sau can thiệp:
 - + Tìm việc
 - + Học nghề
 - + Hòa nhập xã hội

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 60-120 phút, gồm các bước sau:

- Bước 1: Khởi động & kết nối nhóm (10 phút)

Mục tiêu:

- + Kết nối cảm xúc giữa các thành viên
- + Khởi động nhận thức xã hội nhẹ nhàng

Nội dung:

- + Chào hỏi và điểm danh nhanh
- + Kiểm tra cảm xúc theo thang số: “Hôm nay bạn cảm thấy thế nào từ 1 đến 10? Vì sao?”
- + Trò chơi ngắn mang tính nhận thức xã hội (gợi ý): “Nhìn nét mặt – đoán cảm xúc” qua thẻ hình; “Kể tên cảm xúc” – mỗi người nói tiếp một cảm xúc khác nhau

- Bước 2: Giới thiệu chủ đề & tình huống (10 phút)

Mục tiêu:

- + Giới thiệu nội dung trị liệu hôm nay
- + Khơi gợi kinh nghiệm cá nhân

Ví dụ chủ đề: “Hiểu sai ý người khác trong giao tiếp”

- + Cán bộ trị liệu kể một tình huống xã hội ngắn (hoặc chiếu video): “Một người bạn không trả lời tin nhắn – bạn sẽ nghĩ gì?”
- + Mời nhóm chia sẻ cách lý giải: “Bạn từng hiểu lầm ai đó chưa?”

- Bước 3: Phân tích tình huống xã hội (20 phút)

Mục tiêu:

- + Nhận diện các yếu tố xã hội: cảm xúc, ý định, ngữ cảnh
- + Thảo luận các cách lý giải khác nhau

Cách triển khai: Chia nhỏ tình huống thành 3 câu hỏi

- + Nhân vật cảm thấy gì?
- + Họ đang nghĩ gì?
- + Họ đang cố gắng làm gì?

- Bước 4: Đóng vai & luyện tập (25 phút)

Mục tiêu:

- + Thực hành diễn giải tình huống
- + Rèn phản ứng xã hội phù hợp

Cách triển khai:

- + Chia nhóm 2 người
- + Phân vai và diễn lại tình huống
- + Yêu cầu mỗi nhóm thực hiện hai lần: diễn theo cách lý giải sai lệch (hiểu nhầm); diễn lại với góc nhìn thông cảm/ly giải linh hoạt hơn
- + Sau mỗi lượt: cả nhóm phản hồi, “Bạn thấy sự khác biệt ở đâu?”, “Người nghe cảm thấy gì?”

- Bước 5: Tóm tắt kỹ năng & ứng dụng (15 phút)

Mục tiêu:

- + Hệ thống hóa bài học chính
- + Gắn kết kỹ năng với đời sống thực

Nội dung: Cán bộ thực hiện trị liệu dẫn nhóm tóm lược bài học

- + Luôn có nhiều cách lý giải cho một tình huống xã hội
- + Cảm xúc người khác không luôn phản ánh điều ta nghĩ
- + Phản ứng mang tính hỗ trợ sẽ hiệu quả hơn phản ứng phòng thủ
- + Mỗi người chia sẻ: “Tôi học được gì hôm nay?”, “Tôi sẽ thử điều gì trong tuần này?”

- Bước 6: Kết thúc & phản hồi (10 phút)

Mục tiêu:

- + Khép lại buổi trị liệu nhẹ nhàng
- + Ghi nhận nỗ lực và đóng góp của nhóm

Nội dung:

- + Đánh giá nhanh buổi trị liệu (mỗi người chọn 1 từ mô tả buổi hôm nay)
- + Cán bộ trị liệu khích lệ từng thành viên: “Tôi đánh giá cao cách bạn lắng nghe...”, “Bạn rất dũng cảm khi chia sẻ về trải nghiệm đó...”

Lưu ý:

- CET không tập trung vào “sửa lỗi hành vi” mà vào rèn luyện nhận thức và khả năng diễn giải xã hội một cách có tổ chức và hỗ trợ.
- Thành công nằm ở quá trình tích lũy, chứ không đòi hỏi tiến bộ tức thì.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Training Manual, Cognitive Enhancement Therapy. Accessed February 6, 2022. <https://www.cognitiveenhancementtherapy.com/manual/>
2. Hogarty GE, Flesher S. Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. Schizophr Bull. 1999;25(4):693-708. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033411
3. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter R, et (2004), Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Arch Gen Psychiatry, 2004 Sep;61(9):866-76. doi: 10.1001/archpsyc.61.9.866.

44. TRỊ LIỆU HÀNH VI BIỆN CHỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu hành vi biện chứng (Dialectical behavior therapy - DBT) là một loại liệu pháp tâm lý dựa trên trị liệu nhận thức hành vi (CBT), nhưng được điều chỉnh đặc biệt cho những người có rối loạn cảm xúc. Mục đích của DBT giúp người bệnh (1) hiểu và chấp nhận những cảm xúc khó khăn của họ, (2) học các kỹ năng để quản lý chúng, (3) tạo ra những thay đổi tích cực trong cuộc sống của họ và dạy người bệnh cách sống trong thời điểm hiện tại, phát triển những cách lành mạnh để đối phó với căng thẳng, điều chỉnh cảm xúc và cải thiện mối quan hệ của họ với những người khác.

DBT cũng giúp người bệnh chấp nhận bản thân và hoàn cảnh hiện tại. Hiệu quả trong tương tác giữa các cá nhân giúp người bệnh trở nên quyết đoán hơn trong một mối quan hệ (ví dụ: bày tỏ nhu cầu của mình và có thể nói "không") trong khi vẫn giữ mối quan hệ tích cực và lành mạnh. Người bệnh sẽ học cách lắng nghe và giao tiếp hiệu quả hơn, đối phó với những người khó tính và tôn trọng bản thân và những người khác. Các kỹ thuật được sử dụng trong DBT bao gồm: chánh niệm, khả năng dung nạp sang chấn, điều chỉnh cảm xúc và tương tác hiệu quả giữa các cá nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Rối loạn nhân cách: Rối loạn nhân cách ranh giới...
- Rối loạn kiểm soát xung động
- Rối loạn cảm xúc: Rối loạn trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Có ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn liên quan stress: lo âu, stress sau sang chấn
- Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây nghiện
- Hành vi nghiện (game, cờ bạc...)
- Một số rối loạn khác: Rối loạn ăn uống, tăng động giảm chú ý, rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Loạn thần
- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần
- Các bệnh thực tổn nặng
- Người bệnh mất trí, mất nhớ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Giấy, bút
- Máy ghi âm
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 40-70 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị liệu DBT có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Trị liệu DBT được chia làm 4 giai đoạn như sau:

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

1) Ở giai đoạn 1, người bệnh có hành vi mất kiểm soát và thường cảm thấy đau khổ. Hành vi của họ thể hiện sự đau khổ về tình cảm của họ. Họ có thể đang tự làm hại bản thân, cố gắng tự sát, sử dụng ma túy hoặc rượu hoặc tham gia vào các hành vi tự hủy hoại bản thân khác. Mục tiêu của DBT trong giai đoạn 1 là giúp người bệnh vượt lên bằng cách kiểm soát hành vi.

2) Trong giai đoạn 2, người bệnh có thể kiểm soát được hành vi của mình nhưng vẫn tiếp tục chịu đựng trong im lặng. Họ thường bị tổn thương do chấn thương và các vấn đề trong quá khứ. Trong khi hành vi của họ đang được cải thiện, trạng thái cảm xúc và tinh thần của họ vẫn bị ức chế. Mục tiêu của DBT trong giai đoạn 2 là đưa người bệnh thoát khỏi sự tuyệt vọng yên lặng và đến một không gian lành mạnh về mặt cảm xúc. Trong giai đoạn này, các chấn thương trong quá khứ và bất kỳ PTSD nào sẽ được điều trị.

3) Giai đoạn 3, người bệnh đã kiểm soát được hành vi của mình và ở trong tình trạng lành mạnh về mặt cảm xúc. Người bệnh có thể học cách sống một cuộc sống đúng chức năng, họ xác định mục tiêu, xây dựng lòng tự tôn và tìm thấy hạnh phúc. Mục tiêu chính của DBT trong giai đoạn 3 là để người bệnh có một cuộc sống bình thường và có thể đối phó với những biến động trong cuộc sống của họ.

4) Giai đoạn 4: Cần thiết cho người bệnh, người bệnh có được cảm giác kết nối từ việc tách rời khỏi một tổng thể lớn hơn và có được khả năng trải nghiệm niềm vui và tự do.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 40-70 phút:

- Bước 1: Mở đầu & điểm lại tuần trước (10–15 phút)

Mục tiêu:

- + Thiết lập sự kết nối, cập nhật tiến trình
- + Xác định vấn đề nổi bật trong tuần

Nội dung:

- + Chào hỏi và kiểm tra nhanh cảm xúc
- + Gợi ý câu hỏi: “Tuần rồi bạn đã sử dụng những kỹ năng nào?”, “Bạn gặp khó khăn nhất ở điểm nào?”
- + Xác định hành vi rủi ro, cảm xúc vượt mức, hoặc xung đột nổi bật

- Bước 2: Phân tích hành vi & xử lý chuỗi hành vi (10–20 phút)

Mục tiêu:

- + Phân tích chi tiết hành vi có vấn đề
- + Xác định điểm “chen vào” có thể thay đổi

Cách làm:

- + Sử dụng mô hình **Phân tích chuỗi hành vi**: tình huống kích hoạt; suy nghĩ – cảm xúc – hành vi; kết quả.
- + Tìm **điểm chen vào** để sử dụng kỹ năng DBT hiệu quả hơn

- Bước 3: Dạy kỹ năng DBT mới (25–30 phút)

Mục tiêu:

- + Truyền đạt một kỹ năng DBT cụ thể
- + Giải thích mục đích, cách dùng, thời điểm áp dụng

Nội dung:

- + Giới thiệu kỹ năng: chánh niệm; điều tiết cảm xúc; chịu đựng khổ đau; giao tiếp hiệu quả.
- + Trình bày kỹ năng qua ví dụ thực tế, hình ảnh minh họa

- Bước 4: Thực hành kỹ năng (15–20 phút)

Mục tiêu:

- + Ứng dụng ngay kỹ năng mới vào tình huống cụ thể

Cách triển khai:

- + Làm bài tập thực hành cá nhân
- + Thảo luận nhóm nhỏ: “Bạn sẽ áp dụng kỹ năng này trong tình huống nào?”
- + Đóng vai hoặc mô phỏng tình huống đời thật

- Bước 5: Thiết lập kế hoạch ứng dụng & kết thúc (10 phút)

Mục tiêu:

- + củng cố việc áp dụng kỹ năng vào đời sống thật
- + Tạo động lực cá nhân cho tuần tới

Nội dung:

- + Thân chủ viết kế hoạch: “Tôi sẽ sử dụng kỹ năng ____ trong tình huống ____”
- + Giao bài tập: Hoàn thành “Bảng chấm kỹ năng DBT” tuần tới
- + Tóm tắt: hỏi cảm nhận về buổi hôm nay

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chapman A.L.(2018). Dialectical Behavior Therapy. Psychiatry Edgmont, 3(9), 62–68.
2. The Linehan Institute Behavioral Tech. What is dialectical behavior therapy (DBT) .
3. May J, Richardi T, Barth K. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*. 2016;6(2):62-67. doi:10.9740/mhc.2016.03.62
4. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013;145(3):386-393. doi:10.1016/j.jad.2012.05.054

45. TRỊ LIỆU GIẢI MÃN CẢM CHUYỂN ĐỘNG MẮT VÀ TÁI XỬ LÝ THÔNG TIN

(Eye movement desensitization and reprocessing - EMDR)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu giải mãn cảm chuyển động mắt và tái xử lý thông tin (Eye movement desensitization and reprocessing - EMDR) là một phương pháp trị liệu tâm lý đặc biệt được phát triển vào những năm 80 bởi Francine Shapiro nhằm mục đích điều trị những ký ức đau thương và các triệu chứng căng thẳng liên quan đến chúng. Trị liệu EMDR sử dụng chuyển động của mắt hoặc các hình thức kích thích khác để kích hoạt quá trình chữa lành tự nhiên của não và giảm tác động cảm xúc của những ký ức tiêu cực. Trị liệu này là một quy trình tiêu chuẩn bao gồm tám giai đoạn để làm giảm sự khó chịu do ký ức đau thương gây ra và mục đích của trị liệu là đạt được quá trình tái xử lý và tích hợp chúng trong ký ức của người bệnh để giúp họ xử lý và vượt qua các trải nghiệm sang chấn.

***Cơ chế:**

Bộ não của chúng ta có cách tự nhiên để phục hồi sau những ký ức và sự kiện đau thương. Quá trình này bao gồm sự giao tiếp giữa hạch hạnh nhân (tín hiệu báo động cho các sự kiện căng thẳng), vùng hải mã (hỗ trợ việc học tập, bao gồm ký ức về sự an toàn và nguy hiểm) và vỏ não trước trán (phân tích và kiểm soát hành vi và cảm xúc). Mặc dù nhiều khi những trải nghiệm đau thương có thể được quản lý và giải quyết một cách tự nhiên, nhưng chúng có thể không được xử lý nếu không có sự trợ giúp.

Phản ứng căng thẳng là một phần của bản năng chiến đấu, bỏ chạy hoặc đóng băng tự nhiên của chúng ta. Khi nỗi đau buồn vì một sự kiện đáng lo ngại vẫn còn, những hình ảnh, suy nghĩ và cảm xúc khó chịu có thể tạo ra cảm giác choáng ngợp khi quay lại khoảnh khắc đó hoặc bị “đóng băng trong thời gian”. Liệu pháp EMDR giúp não xử lý những ký ức này và cho phép quá trình chữa lành bình thường được tiếp tục. Trải nghiệm vẫn được ghi nhớ, nhưng phản ứng chiến đấu, bỏ chạy hoặc đóng băng từ sự kiện ban đầu đã được giải quyết.

Mục tiêu của trị liệu EMDR là mang lại cho bạn những cảm xúc, sự hiểu biết và quan điểm sẽ dẫn đến những hành vi và tương tác lành mạnh và hữu ích.

EMDR là trị liệu có cấu trúc nhằm khuyến khích người bệnh tập trung nhanh vào ký ức chấn thương đồng thời trải qua sự kích thích hai bên (thường là chuyển động của mắt), điều này có liên quan đến việc giảm độ sống động và cảm xúc liên quan đến ký ức chấn thương nhằm đạt được hiệu quả trong điều trị.

EMDR là phương pháp tối ưu trong điều trị các vấn đề sang chấn ở người bệnh có rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm, OCD, đau mãn tính, nghiện và các trải nghiệm đau khổ khác trong cuộc sống. EMDR đã được nghiên cứu rộng rãi và đã được chứng minh là hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Các rối loạn liên quan stress: rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng, ...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (game, cờ bạc,...)
- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ, tâm thần phân liệt, rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Máy vi tính
- Tai nghe stereo
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Đồ chơi (nếu là bệnh nhi gồm thẻ hình, bút vẽ, bút màu...)

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60-90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện.
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh.
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh.
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên. Sự cam kết trong quá trình trị liệu.
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.
- Xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa nhà trị liệu và người bệnh, giới thiệu về kỹ thuật (tên kỹ thuật, cơ chế, cách thức thực hiện), giúp người bệnh hiểu được vai trò và ý nghĩa của EMDR với tình trạng sức khỏe của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc thực hành.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Với mỗi sang chấn đơn của người bệnh cần thực hiện trong khoảng 10 buổi. Quá trình trị liệu và các bước thực hiện có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng và mức độ nghiêm trọng của các từng sang chấn của người bệnh.

- **Buổi 1.** Xây dựng mối quan hệ trị liệu, xác định các nguyên nhân, triệu chứng, biểu hiện của người bệnh và các vấn đề tâm lý của người bệnh
- **Buổi 2.** Cán bộ thực hiện trị liệu đánh giá lịch sử vấn đề của người bệnh, xây dựng và lập kế hoạch trị liệu có chú ý đến các sự kiện đau buồn để tái xử lý. Đánh giá các nguồn lực bên trong và bên ngoài của người bệnh. Chuẩn bị thiết lập một liên minh trị liệu. Giải thích quá trình trị liệu EMDR và đặt kỳ vọng. Giải quyết những mối quan tâm và thắc mắc của người bệnh. Chuẩn bị cho họ những kỹ thuật cụ thể để đối phó với những rối loạn cảm xúc có thể phát sinh.
- **Buổi 3.** Đánh giá xác định sự kiện cần xử lý lại bao gồm hình ảnh, niềm tin, cảm nhận và cảm giác. Thiết lập các biện pháp dự phòng ban đầu trước khi tái xử lý: Mức độ đau khổ chủ quan và năng lực nhận thức của người bệnh. Hỏi người bệnh về cảm xúc, suy nghĩ và các hoạt động trong buổi trước. Khi sẵn sàng cho các giai đoạn tiếp theo của liệu pháp EMDR, người bệnh sẽ được yêu cầu tập trung vào một sự kiện cụ thể. Sự chú ý sẽ được dành cho hình ảnh tiêu cực, niềm tin, cảm xúc và cảm giác cơ thể liên quan đến sự kiện này và sau đó là niềm tin tích cực cho thấy vấn đề đã được giải quyết.
- **Buổi 4.** Thực hiện trị liệu EMDR bằng cách thực hành với giải mã cảm. Bắt đầu cử động mắt, gõ nhẹ hoặc kích thích khác để gây sự “chú ý kép” khác cho người bệnh. Trong khi người bệnh nghĩ về sự kiện đau buồn. Cán bộ thực hiện trị liệu

giúp họ tập trung vào việc giảm cảm giác đau khổ của mình cho đến khi nó giảm xuống 0 (hoặc 1 nếu phù hợp) cho phép những suy nghĩ, hình ảnh, cảm xúc và cảm giác mới xuất hiện. Trong khi người bệnh tập trung vào sự kiện khó chịu, nhà trị liệu sẽ bắt đầu thực hiện các chuỗi chuyển động, âm thanh hoặc động tác chạm từ bên này sang bên kia. Người bệnh sẽ được hướng dẫn để nhận ra điều gì xuất hiện trong đầu sau mỗi lần tập. Họ có thể trải qua những thay đổi trong nhận thức sâu sắc hoặc những thay đổi về hình ảnh, cảm xúc hoặc niềm tin liên quan đến sự kiện.

- **Buổi 5.** Đánh giá và thiết lập các mục tiêu đã đạt được: Đo lường 07 yếu tố cốt lõi của sang chấn: Hình ảnh, nhận thức tiêu cực, nhận thức tích cực, độ hiệu lực của nhận thức tích cực, cảm xúc, thang đo chủ quan về mức độ xáo trộn, vùng cơ thể. Xác định các thành phần hiện tại, quá khứ của sang chấn và xây dựng mục tiêu, cái nhìn tích cực về tương lai. Tiếp tục củng cố niềm tin tích cực rằng người bệnh muốn liên kết với sự kiện mục tiêu cho đến khi cảm thấy điều đó hoàn toàn đúng.
- **Buổi 6.** Giải mã cảm của xáo trộn: Tái xử lý mục tiêu, tái xử lý các kênh liên tưởng, thực hiện các kỹ thuật giảm rối loạn cảm xúc.
- **Buổi 7.** Quét cơ thể. Hoàn thiện việc tái xử lý tất cả các dữ liệu sang chấn/ đau đớn liên quan đến tình huống đang tập trung vào; Chắc chắn rằng các phản ứng thể chất phù hợp với ký ức (dường như đã được trung hoà) và nhận thức tích cực. Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn người bệnh được yêu cầu giữ lại hãy chú ý đến cả sự kiện mục tiêu và niềm tin tích cực trong khi rà soát cơ thể từ đầu đến chân. Xử lý mọi xáo trộn kéo dài từ cơ thể bằng kích thích gây sự chú ý kép.
- **Buổi 8.** Thiết lập. Kiểm tra nhận thức tích cực, đánh giá hiệu lực của nhận thức tích cực, củng cố nhận thức tích cực. Cán bộ thực hiện trị liệu hỗ trợ người bệnh quay trở lại trạng thái bình tĩnh trong thời điểm hiện tại cho dù quá trình tái xử lý đã hoàn tất hay chưa. Quá trình xử lý lại một sự kiện hoàn tất khi người bệnh cảm thấy trung lập về nó (mức độ sang chấn = 0), niềm tin tích cực cảm thấy hoàn toàn đúng (về nhận thức) và cơ thể hoàn toàn không bị xáo trộn.
- **Buổi 9.** Đánh giá lại. Đánh giá những thay đổi ở người bệnh và hiệu quả trị liệu sau 8 buổi trị liệu, nhà trị liệu và người bệnh thảo luận về những ký ức được xử lý gần đây để đảm bảo rằng sự đau khổ vẫn ở mức độ thấp và nhận thức tích cực vẫn mạnh mẽ. Dự phòng các yếu tố rủi ro trong tương lai.
- **Buổi 10.** Ôn tập lại các nội dung đã học, củng cố các kỹ thuật người bệnh đã học được trong suốt quá trình trị liệu. Đặt ra định hướng, hoạt động dự phòng tái phát và khuyến khích người bệnh thực hiện các kỹ năng đã học. Thông tin cần liên hệ khi có phát sinh vấn đề mới và hẹn tái khám (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- Củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một buổi trị liệu:

- **Bước 1: Khởi động – Kiểm tra trạng thái và mục tiêu buổi trị liệu (10–15 phút)**

Mục tiêu:

- + Đảm bảo thân chủ đang ở trạng thái đủ ổn định để làm việc với chấn thương.
- + Kiểm tra kết quả buổi trị liệu trước, các cảm xúc còn sót lại.

Nội dung:

- + “Tuần qua bạn cảm thấy thế nào?”
- + “Bạn có nhận thấy suy nghĩ, cảm xúc hay giấc mơ nào liên quan đến buổi trị liệu trước không?”
- + “Bạn cảm thấy sẵn sàng để tiếp tục làm việc với ký ức hôm nay chứ?”
- + Hướng dẫn kỹ thuật ổn định nếu cần (hít thở, nơi an toàn...)

- Bước 2: Xác định ký ức và các thành phần liên quan (5–10 phút)

Mục tiêu: Thiết lập mục tiêu can thiệp trong buổi trị liệu hôm nay.

Các yếu tố cần xác định:

- + Hình ảnh gây khó chịu nhất
- + Niềm tin tiêu cực gắn với hình ảnh đó
- + Niềm tin tích cực mong muốn thay thế
- + Cường độ tin vào niềm tin tích cực (từ 1 đến 7): Đánh giá mức độ bạn tin vào một niềm tin tích cực gắn với ký ức đó. **Câu hỏi đi kèm cho người bệnh:** “Khi bạn nghĩ đến ký ức đó và câu ‘Tôi đã vượt qua’, mức độ bạn tin vào câu này là bao nhiêu – từ 1 (không tin chút nào) đến 7 (tin hoàn toàn)?”

VOC (1–7)	Ý nghĩa
1	Hoàn toàn không tin điều này là đúng với mình
2–3	Có phần tin, nhưng còn nghi ngờ
4–5	Tin tương đối
6	Tin nhiều
7	Hoàn toàn tin tưởng điều này là đúng với mình

- + Cảm xúc gắn với ký ức + mức độ đau khổ (từ 0 đến 10): Đánh giá mức độ khó chịu/đau khổ hiện tại khi nhớ lại một ký ức cụ thể. **Câu hỏi đi kèm cho người bệnh:** “Khi bạn nghĩ đến ký ức đó, mức độ khó chịu bạn cảm nhận được trong thời điểm hiện tại là bao nhiêu, theo thang điểm từ 0 đến 10?”

SUD (0–10)	Ý nghĩa
0	Không còn cảm giác khó chịu
1–3	Cảm giác nhẹ, không gây khó chịu
4–6	Mức trung bình, cảm thấy khó chịu
7–9	Rất khó chịu, đau đớn nhiều
10	Cực kỳ đau đớn, không thể chịu nổi

- + Vị trí cảm xúc trong cơ thể

- Bước 3: Giải tỏa cảm – Desensitization (25–40 phút)

Mục tiêu: Làm giảm cường độ đau khổ cảm xúc liên quan đến ký ức mục tiêu.

Quy trình:

- + Yêu cầu người bệnh tập trung vào hình ảnh + niềm tin tiêu cực + cảm xúc + vị trí trong cơ thể.
- + Bắt đầu kích thích song phương: Chuyển động mắt (thường dùng nhất), hoặc gõ tay trái – phải, âm thanh stereo
- + Sau mỗi chu kỳ (từ 20–30 giây), dừng lại và hỏi: “Điều gì xuất hiện với bạn bây giờ?”, ghi nhận phản hồi.
- + Tiếp tục cho đến khi Cảm xúc gắn với ký ức + mức độ đau khổ = 0 (hoặc mức chấp nhận được như 1–2).
- + Nếu xuất hiện “chướng ngại trị liệu”: Có thể quay lại ổn định, hoặc tạm dừng kích thích song phương, đánh giá và xử lý bằng kỹ thuật hỗ trợ.

- Bước 4: Cài đặt niềm tin tích cực (10–15 phút)

Mục tiêu: Tăng mức độ đồng thuận với niềm tin tích cực.

Cách thực hiện:

- + Yêu cầu người bệnh tập trung vào hình ảnh gốc + niềm tin tích cực.
- + Áp dụng kích thích song phương để “gắn kết” niềm tin tích cực với hệ thống thần kinh.
- + Đo lại cường độ tin vào niềm tin tích cực, tiếp tục kích thích song phương cho đến khi cường độ tin vào niềm tin tích cực đạt tối đa (7/7 hoặc mức cao nhất người bệnh có thể).

- Bước 5: Quét cơ thể (5–10 phút)

Mục tiêu: Đảm bảo không còn phản ứng cơ thể tiêu cực gắn với ký ức.

Thực hiện:

- + Yêu cầu người bệnh tập trung vào hình ảnh + niềm tin tích cực → “quét toàn bộ cơ thể”.
- + Nếu có cảm giác khó chịu → tiếp tục kích thích song phương cho đến khi thân thể yên ổn.
- + Nếu không → kết thúc bước này.

- Bước 6: Kết thúc buổi trị liệu (5-10 phút)

Mục tiêu: Đảm bảo người bệnh ổn định trước khi rời buổi trị liệu.

Thực hiện:

- + Hướng dẫn kỹ thuật tự ổn định (nơi an toàn, hộp ký ức... nếu còn cảm xúc sót lại).
- + Giải thích rằng tiến trình não vẫn tiếp tục sau buổi trị liệu → có thể xuất hiện giấc mơ, suy nghĩ, cảm xúc.
- + Gọi ý ghi lại nhật ký sau buổi trị liệu.
- + Hẹn buổi tiếp theo + thống nhất mục tiêu sắp tới.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Treen D, Cedrón C, Colom F, Pérez V, et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front Psychol.* 2017;8:1668.
2. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol.* 2002 Jan;58(1):1–22.
3. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). THE GUILFORD PRESS New York London; 2001.
4. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. *Front Psychol.* 2018;9:923.
5. GIMENEZ G. EMDR - Phác đồ 8 giai đoạn (Cấp độ 1). Tài liệu lưu hành nội bộ; 2024.
6. Maxfield, L. (2019). A clinician's guide to the efficacy of EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research [Editorial]*, 13(4), 239-246. Open access: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.239>
7. Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma. Hachette UK
8. Van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D. L., & Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
9. [Experiencing EMDR Therapy - EMDR International Association \(emdria.org\)](http://emdria.org)

46. TRỊ LIỆU HỖ TRỢ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu hỗ trợ (Supportive Therapy) chủ yếu tập trung vào việc cung cấp sự hỗ trợ, khuyến khích và xác nhận về mặt cảm xúc trong những hoàn cảnh khó khăn trong cuộc sống hoặc những thử thách tâm lý của người bệnh. Trị liệu hỗ trợ chủ yếu tập trung vào việc giúp bạn giải quyết những mối lo ngại hiện tại và trước mắt, bao gồm các vấn đề về mối quan hệ, xung đột gia đình hoặc căng thẳng liên quan đến công việc. Đây là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp trực tiếp để cải thiện các triệu chứng và duy trì, phục hồi hoặc cải thiện lòng tự trọng, chức năng bản ngã và các kỹ năng thích ứng. Giúp bệnh nhân giải quyết những căng thẳng về cảm xúc và các vấn đề trong cuộc sống.

Mục tiêu của liệu pháp hỗ trợ là giúp bệnh nhân đối phó với tình trạng của họ và cải thiện sức khỏe, tập trung vào một số vấn đề như:

Hỗ trợ cảm xúc: Liệu pháp hỗ trợ cung cấp một không gian an toàn để người bệnh bày tỏ cảm xúc và cảm xúc của mình. Nhà trị liệu lắng nghe một cách đồng cảm, mang đến sự an ủi và thấu hiểu.

Giảm căng thẳng: Bằng cách thảo luận về mối quan tâm của họ, người bệnh có thể giảm căng thẳng và lo lắng. Bản thân mối quan hệ trị liệu có thể mang lại cảm giác êm dịu và yên tâm.

Chiến lược đối phó: Các nhà trị liệu giúp người bệnh phát triển các chiến lược đối phó hiệu quả để quản lý những thách thức trong cuộc sống. Những chiến lược này có thể bao gồm các kỹ thuật giải quyết vấn đề, các bài tập thư giãn và tự nói chuyện tích cực.

Xác nhận: Người bệnh thường cảm thấy được xác nhận trong quá trình điều trị hỗ trợ. Trải nghiệm và cảm xúc của họ được thừa nhận, điều này có thể nâng cao lòng tự trọng và giá trị bản thân.

Cải thiện mối quan hệ: Khám phá động lực giữa các cá nhân và mô hình giao tiếp có thể dẫn đến các mối quan hệ lành mạnh hơn. Người bệnh học cách thể hiện bản thân một cách quyết đoán và đặt ra ranh giới.

Giảm triệu chứng: Mặc dù không phải là mục tiêu chính nhưng liệu pháp hỗ trợ có thể làm giảm các triệu chứng liên quan đến căng thẳng, đau buồn hoặc khó điều chỉnh. Nó có thể bổ sung cho các phương pháp điều trị khác.

Lưu ý: Liệu pháp hỗ trợ không nhằm mục đích khám phá sâu sắc hoặc thay đổi lâu dài mà tập trung vào việc giải tỏa cảm xúc ngay lập tức và các giải pháp thiết thực cho người bệnh. Trị liệu hỗ trợ, ít tập trung vào việc thay đổi những suy nghĩ và hành vi không thích hợp (như trong CBT) hoặc đi sâu vào thời thơ ấu của bạn hoặc các vấn đề tâm lý tiềm ẩn (như trong phân tâm học hoặc liệu pháp tâm động học).

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng,...

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (nghiện chất, game, cờ bạc,...)
- Tâm phần phân liệt và rối loạn liên quan
- Một số chỉ định khác: Rối loạn ăn uống, Rối loạn giấc ngủ, rối loạn nhân cách, có vấn đề trong các mối quan hệ,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động, loạn thần...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Hoạt động trị liệu hỗ trợ thường trải qua 2 giai đoạn chính:

- Giai đoạn 1: Thiết lập mối quan hệ thông qua giao tiếp để tìm hiểu triệu chứng, sang chấn tâm lý, diễn biến triệu chứng, đặc điểm nhân cách người bệnh.
- Giai đoạn 2: Giải thích cho người bệnh hiểu được những nội dung như: (1) Tập trung vào các vấn đề có ý thức, triệu chứng, suy nghĩ, cảm giác và ký ức, (2) Ảnh

hưởng từ sự kiện quá khứ người bệnh trải qua cần được thể hiện và xử lý, (3) Tiết lộ quá trình chuyển đổi tiêu cực sớm nhất để nó có thể được giải quyết càng nhanh càng tốt, (4) Các xung đột và mối quan hệ giữa các cá nhân đã được người bệnh ý thức và thừa nhận được giải quyết theo cách tích cực và liên tục, nhà trị liệu thường lấy chính họ làm hình mẫu để đối phó với vấn đề đó, (5) Tăng cường và thừa nhận cơ chế phòng thủ/ khả năng đối phó hữu ích và được chấp nhận. Đề xuất cơ chế phòng thủ/ đối phó mới, nếu cơ chế hiện có không thích hợp, (6) Mối quan hệ giữa người bệnh và nhà trị liệu được duy trì vô thời hạn ngay cả khi họ có thể không còn gặp nhau, mục đích là để thúc đẩy cảm giác liên tục hơn là chấm dứt.

Lưu ý: Các kỹ thuật cụ thể được sử dụng trong liệu pháp tâm lý hỗ trợ có thể khác nhau tùy thuộc vào nhu cầu của khách hàng, nhưng một số kỹ thuật phổ biến bao gồm:

- Lắng nghe tích cực: Nhà trị liệu lắng nghe cẩn thận những mối quan tâm của bạn và xác nhận cảm xúc của bạn.
- Đồng cảm: Nhà trị liệu thể hiện sự đồng cảm và thấu hiểu với hoàn cảnh của bạn, giúp bạn cảm thấy được hỗ trợ.
- Sự khuyến khích: Nhà trị liệu đưa ra những lời động viên và phản hồi tích cực, giúp bạn xây dựng sự tự tin và cảm giác thành tựu.
- Giáo dục tâm lý: Nhà trị liệu cung cấp thông tin về các vấn đề sức khỏe tâm thần và chiến lược đối phó, giúp bạn phát triển cái nhìn sâu sắc và hiểu biết hơn.
- Giải quyết vấn đề: Nhà trị liệu giúp bạn xác định và giải quyết các vấn đề hoặc thách thức cụ thể.
- Tái cấu trúc nhận thức: Nhà trị liệu giúp bạn nhìn nhận tình huống của mình từ một góc nhìn khác, điều chỉnh lại những suy nghĩ và cảm xúc tiêu cực theo hướng tích cực hơn.
- Thư giãn...

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 45-60 phút, gồm các bước sau:

- Bước 1: Chào hỏi và thiết lập không gian trị liệu (3–5 phút)

Mục tiêu: Tạo cảm giác an toàn và tin cậy.

Hành vi của cán bộ trị liệu:

- + Giao tiếp bằng mắt nhẹ nhàng, ngôn ngữ cơ thể cởi mở.
- + Hỏi thăm người bệnh ngắn gọn theo cách không xâm lấn: "Tuần này của bạn thế nào?"
"Có điều gì bạn muốn ưu tiên nói đến hôm nay không?"

- Bước 2: Xác định chủ đề hoặc mối quan tâm chính (5–10 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh tập trung vào vấn đề họ cần được hỗ trợ.

Kỹ thuật hỗ trợ:

- + Phản hồi cảm xúc (empathic reflection): "Tôi nghe bạn nói rằng bạn cảm thấy rất kiệt sức..."

- + Tóm tắt để làm rõ vấn đề: “Vậy hôm nay bạn muốn tập trung vào cách bạn đang đối mặt với áp lực công việc?”

- Bước 3: Thảo luận và xử lý vấn đề hiện tại (20–30 phút)

Mục tiêu:

- + Giảm nhẹ lo âu, củng cố lòng tự trọng, tăng tính thích nghi.
- + Không đi sâu vào phân tích vô thức hay xung đột nhân cách.

Chiến lược trị liệu:

- + Khuyến khích cảm xúc hợp lý: “Cảm giác buồn khi không được công nhận là rất bình thường.”
- + Củng cố điểm mạnh và khả năng đối phó: “Tôi thấy anh/chị đã rất nỗ lực khi vẫn duy trì công việc giữa áp lực đó.”
- + Tái cấu trúc nhận thức nhẹ nhàng: “Anh/chị nghĩ có cách nào khác để hiểu phản ứng của đồng nghiệp hôm đó không?”
- + Giáo dục tâm lý (psychoeducation) khi cần: Giải thích phản ứng lo âu, rối loạn giấc ngủ, hoặc phản ứng stress.

- Bước 4: Làm rõ cảm xúc – củng cố liên kết trị liệu (5–10 phút)

Mục tiêu:

- + Làm rõ trải nghiệm cảm xúc hiện tại của thân chủ.
- + Củng cố mối liên kết trị liệu tích cực.

Câu hỏi gợi mở: “Lúc này, khi chúng ta nói về điều đó, bạn cảm thấy thế nào?”, “Bạn có thấy việc chia sẻ ở đây giúp ích gì không?”

- Bước 5: Kết thúc buổi trị liệu – tổng kết và lên kế hoạch (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Tóm tắt nội dung chính và cảm xúc.
- + Khuyến khích thân chủ giữ được sự ổn định ngoài buổi trị liệu.

Kỹ thuật kết thúc:

- + Tóm tắt ngắn gọn: “Hôm nay, chúng ta đã nói về áp lực của bạn khi bị đánh giá và việc bạn đã đối phó như thế nào.”
- + Đặt mục tiêu nhỏ (nếu phù hợp): “Tuần này, bạn có thể thử ghi lại những suy nghĩ tích cực về bản thân mỗi ngày?”
- + Thông báo trước thời điểm kết thúc để tránh ngắt quãng cảm xúc đột ngột.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wallace ER. Philadelphia: Lea and Febiger; 1983. Supportive psychotherapy, in Dynamic Psychiatry in Theory and Practice. [Google Scholar]
2. Werman DS. The Practice of Supportive Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel; 1984. [Google Scholar]
3. Dewald PA. Principles of supportive psychotherapy. Am J Psychother. 1994;48:505–18. [PubMed] [Google Scholar]
4. Winston A, Rosenthal RN, Pinsky H. *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004. [Google Scholar]

47. TRỊ LIỆU TĂNG CƯỜNG ĐỘNG LỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tăng cường động lực (Motivation Engineering Therapy – MET) là một loại trị liệu ngắn hạn tập trung vào quá trình thay đổi tự nhiên của chính người bệnh, là liệu pháp nhằm thúc đẩy người bệnh đối mặt với những hành vi gây hại của họ và thay đổi những hành vi đó. Đây là một phương pháp điều trị thủ công, có giới hạn thời gian, sử dụng nguyên tắc phỏng vấn tạo động lực (Motivational Interviewing - MI) với phản hồi đánh giá để khuyến khích huy động nguồn lực riêng của người bệnh để khơi gợi sự thay đổi hành vi. Lý thuyết về trị liệu tăng cường động lực cho rằng những người bệnh gặp các vấn đề về hành vi xấu mặc dù biết những hành vi đó tác động tiêu cực đến cuộc sống của họ và những người xung quanh nhưng họ không thể hoặc không muốn thay đổi. Trong trị liệu tăng cường động lực nhà trị liệu sẽ tập trung vào việc tăng cường sự nhiệt tình của người bệnh để thay đổi các hành vi gây hại cho họ, không bao gồm đào tạo kỹ năng như trong trị liệu nhận thức hành vi mà thay vào đó tập trung vào về quá trình thay đổi tự nhiên của người bệnh và về các nguồn lực thường bao gồm vợ/chồng của người bệnh hoặc quan trọng khác. Trị liệu tăng cường động lực là phương pháp điều trị lấy người bệnh làm trung tâm và mang tính định hướng nhằm tìm cách tăng động lực nội tại để thay đổi thông qua việc thể hiện sự đồng cảm, phát triển sự khác biệt, tránh tranh luận, chống lại sự phản kháng và ủng hộ năng lực bản thân.

Trị liệu tăng cường động lực tập trung vào việc người bệnh chịu trách nhiệm về những hành động cần thiết để tạo ra sự thay đổi trong cuộc sống của họ. Thông qua liệu pháp này, người bệnh tìm hiểu các lộ trình thay thế để đối phó với sự thay đổi lớn trong lối sống của họ.

Mục tiêu của nhà trị liệu là khơi gợi từ người bệnh những nhận định về nhận thức vấn đề và một nhu cầu thay đổi. Trị liệu tăng cường động lực là sự trợ giúp để người bệnh có thể cảm thấy mâu thuẫn về sự thay đổi ở bản thân, từ đó trị liệu tăng cường động lực cung cấp để giải quyết mâu thuẫn và tạo điều kiện thuận lợi cho việc di chuyển từ các giai đoạn thay đổi trước đó (ví dụ: tiền dự tính và suy ngẫm) đến các giai đoạn thay đổi sau này (ví dụ: chuẩn bị, hành động và duy trì). Trị liệu tăng cường động lực giúp người bệnh hiểu được tác động của hành vi của họ và cảm thấy có khả năng phục hồi sau cơn nghiện tốt hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (game, cờ bạc,...)
- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm,...
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, ám ảnh, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng, rối loạn stress sau sang chấn...

- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần và hành vi liên quan thời kỳ sinh đẻ, tâm thần phân liệt, rối loạn hỗn hợp của hành vi và cảm xúc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Một liệu trình trị liệu tăng cường động lực kéo dài khoảng 5 buổi

- **Buổi 1:** Xây dựng mối quan hệ trị liệu, tìm hiểu và đánh giá các vấn đề mà người bệnh đang gặp phải, xác định vấn đề ưu tiên hay hành vi ưu tiên mà người bệnh biết đó là hành vi không tốt, ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh, nhưng lại chưa thể thay đổi được trong thời điểm hiện tại.
- **Buổi 2:** Sau khi xác nhận được vấn đề hay hành vi ưu tiên cần thay đổi, nhà trị liệu hỗ trợ người bệnh nhận diện vấn đề một cách rõ ràng nhất. Cán bộ thực hiện trị liệu hỗ trợ người bệnh xác định được mục đích giúp thay đổi hành vi của người

bệnh là gì và khẳng định những điểm mạnh lẫn tiềm năng sẵn có nhằm tăng cao tính khả thi của việc thay đổi hành vi cũng như thiết lập các mục tiêu trong tương lai. Người bệnh cần chỉ rõ ra lý do để thay đổi là gì, kết quả nếu thay đổi hoặc không thay đổi hành vi. Sử dụng chiến lược phỏng vấn tạo động lực để giúp người bệnh nâng cao nhận thức, xây dựng động lực và phát triển kế hoạch thay đổi. Nhà trị liệu giúp người bệnh giải quyết mâu thuẫn và nâng cao động lực thay đổi. Nó tập trung vào việc giúp mọi người trở nên sẵn lòng, tự tin và sẵn sàng thay đổi hơn. Nhà trị liệu cũng giúp người bệnh khám phá các chiến lược đối phó và khuyến khích cam kết thực hiện thay đổi.

- **Buổi 3:** Cán bộ thực hiện trị liệu hỗ trợ người bệnh tự xây dựng kế hoạch chi tiết cho việc thay đổi hành vi bao gồm các hoạt động cụ thể, phương thức thực hiện và cách xử lý rủi ro nếu có bao gồm cả niềm tin và sự lạc quan về việc thay đổi được bằng những động cơ bên trong bền vững. Thiết lập cam kết của người bệnh.
- **Buổi 4:** Cán bộ thực hiện trị liệu tiếp tục củng cố mục đích thay đổi của người bệnh. Củng cố thêm nếu người bệnh gặp khó khăn trong việc tự thực hiện các nhiệm vụ theo kế hoạch đã định sẵn cũng như củng cố sự cam kết của người bệnh.
- **Buổi 5:** Cán bộ thực hiện trị liệu hỏi bài tập về nhà, tăng cường sự cam kết cũng như theo dõi, đồng hành cùng người bệnh trong quá trình thực hiện kế hoạch thay đổi. kết thúc trị liệu khi người bệnh tự tin và sẵn sàng thay đổi hành vi theo kế hoạch người bệnh tự xây dựng.

Lưu ý: Số phiên trong một liệu trình có thể tăng lên hay giảm đi phụ thuộc vào hiệu quả điều trị/sự hợp tác/nhu cầu của người bệnh.

Trong quá trình điều trị, các nhà trị liệu MET có thể:

- **Thể hiện sự đồng cảm:** Chiến lược này liên quan đến việc giúp người bệnh phát triển và thể hiện sự đồng cảm với người khác. Mục đích là giúp họ hiểu hành vi của chính họ ảnh hưởng đến người khác như thế nào. Bằng cách đạt được sự hiểu biết này, người bệnh có thể cảm thấy có động lực hơn để thay đổi.
- **Thừa nhận sự khác biệt:** Một khía cạnh quan trọng khác của liệu pháp nâng cao động lực là nhận ra rằng thường có sự khác biệt giữa vị trí mong muốn của một người và vị trí thực tế của họ. Có thể thừa nhận sự khác biệt giữa mong muốn và thực tế này có thể truyền cảm hứng cho người bệnh thực hiện các bước để thu hẹp khoảng cách.
- **Tránh tranh luận:** Các nhà trị liệu MET không tranh luận với một người bệnh về hành vi hoặc việc sử dụng chất gây nghiện của họ. Tranh luận thường gây ra sự phòng thủ và chống lại sự thay đổi, vì vậy việc giúp đỡ người bệnh trở nên nhận thức rõ ràng hơn một cách nhẹ nhàng và lạc quan có thể khiến động lực thay đổi đến từ bên trong họ chứ không phải từ người khác.
- **Chấp nhận sự đề kháng:** Trị liệu tăng cường động lực thừa nhận rằng sự đề kháng là phổ biến. Thay vì đấu tranh với nó, các nhà trị liệu tìm cách xoa dịu cuộc đấu tranh. Mục tiêu là giảm thiểu sự phản kháng và cho phép người bệnh tiếp tục điều trị và nỗ lực xây dựng động lực nội tại để thay đổi.
- **Hỗ trợ năng lực bản thân:** Để tạo ra sự thay đổi, người bệnh cần tin rằng họ có khả năng đạt được mục tiêu của mình. Trị liệu này nâng cao động lực giúp người

bệnh nâng cao năng lực bản thân để họ có thể nhận ra điểm mạnh của mình và có được niềm tin lớn hơn vào khả năng của chính mình.

Trị liệu tăng cường động lực tập trung vào việc vượt qua sự phản kháng của người bệnh trong việc thay đổi hành vi phá hoại của họ. Cần có cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm để khuyến khích họ phát triển động lực nội tại để tham gia vào quá trình phục hồi.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 50-60 phút, gồm các phần sau:

- Bước 1: Khởi động và kết nối động lực cảm xúc (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Tái kết nối với cảm xúc thật của người bệnh.
- + Khơi gợi sự tồn tại của mong muốn thay đổi.

Kỹ thuật:

- + Câu hỏi mở định hướng nội tâm: “Dạo gần đây, điều gì khiến bạn thấy muốn buông xuôi nhất?”, “Nếu có điều gì trong bạn vẫn muốn thay đổi, thì đó là điều gì?”
- + Tạm dừng để người bệnh cảm nhận và phản hồi từ bên trong.
- + Ghi nhận cảm xúc thật: không phân tích, không sửa chữa.

- Bước 2: Xác định nguồn năng lượng tiềm ẩn & lực cản (10–15 phút)

Mục tiêu:

- + Khai thác những yếu tố tạo động lực cá nhân hóa (giá trị – ước mơ – điều sợ mất).
- + Phân tích các lực cản hành vi (trì hoãn, niềm tin giới hạn, nỗi sợ...).

Kỹ thuật:

- + Khám phá 3 miền động lực: Điều người bệnh muốn TRÁNH (lo sợ): “Nếu mọi thứ không thay đổi, bạn sợ điều gì nhất?”. Điều người bệnh muốn CÓ (mục tiêu/khát vọng): “Trong một phiên bản tốt hơn của mình, bạn đang làm gì?”. Điều khiến họ HÀNH ĐỘNG được (kích hoạt): “Trong quá khứ, có lần nào bạn từng vượt qua được điều khó khăn không?”
- + Ghi lại bằng sơ đồ nhỏ nếu thân chủ dễ tiếp nhận trực quan.

- Bước 3: Kích hoạt hệ thống niềm tin thúc đẩy (15–20 phút)

Mục tiêu:

- + Xây dựng hoặc làm rõ cốt lõi thúc đẩy cá nhân: "Tôi xứng đáng", "Tôi đủ năng lực", "Tôi có giá trị".
- + Định hình lại niềm tin làm nền cho hành vi thay đổi.

Kỹ thuật:

- + Gương phản chiếu tâm lý tích cực: “Bạn đã sống sót qua giai đoạn đó – điều đó nói gì về con người bạn?”

- + Gỡ bỏ niềm tin cản trở: “Bạn nghĩ điều gì khiến bạn tin rằng mình không đủ khả năng làm điều đó?”
- + Gắn động lực với bản sắc cá nhân: “Người mà bạn muốn trở thành sẽ lựa chọn điều gì hôm nay?”

- Bước 4: Tái cấu trúc mục tiêu thành hành vi vi mô (10–12 phút)

Mục tiêu:

- + Dịch chuyển từ "ý định thay đổi" sang "hành động cụ thể có thể thực hiện ngay".
- + Tránh mục tiêu mơ hồ – thiết lập lộ trình đơn giản, dễ chạm.

Kỹ thuật:

- + Chuyển từ mục tiêu lớn → bước đi nhỏ, cụ thể: “Nếu bạn chỉ làm một điều duy nhất nhỏ nhất để tiến về phía trước, đó là gì?”
- + Thiết lập hành vi lặp lại trong thời gian ngắn: “Bạn có thể cam kết điều này trong 5 ngày tới không? Bạn cần gì để làm được điều đó?”
- + Tái cam kết với chính mình bằng câu chốt: “Tôi làm điều này vì...”

- Bước 5: Kết nối cảm xúc sau lập kế hoạch và củng cố động lực (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Liên kết cảm xúc tích cực với hành động được chọn.
- + Củng cố hình ảnh bản thân mới – đang hành động, không bị mắc kẹt.

Kỹ thuật:

- + Hình dung ngắn: “Hãy nhắm mắt và tưởng tượng khoảnh khắc bạn thực hiện xong điều bạn vừa chọn. Cảm giác đó như thế nào?”
- + Củng cố sự tự hào, hy vọng, kết nối lại với lý do cốt lõi.
- + Nếu người bệnh sẵn sàng: Viết 1 câu cam kết lên giấy hoặc điện thoại.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35.) Chapter 3—Motivational Interviewing as a Counseling Style.

2. Huang, Y., Tang, T., Lin, C., & Yen, C. (2011). Effects of motivational enhancement therapy on readiness to change MDMA and methamphetamine use behaviors in Taiwanese adolescents. *Substance Use & Misuse*, 46, 411–416.
3. Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2013). Motivational enhancement therapy reduces anxiety sensitivity. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1140-1150.
4. Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
5. Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P. & Murphy, D. (2006). Healthy choices: Motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18(1), 1–11.
6. Rollnick, S. & Miller, W. R. (n.d.). What is MI? Retrieved from <http://www.motivationalinterview.net/clinical/whatismi.html>

48. TRỊ LIỆU TIẾP XÚC GIẢI MÃN CẢM

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tiếp xúc giải mãn cảm (Contact Desensitization Therapy-CDT) là một kỹ thuật của liệu pháp nhận thức hành vi, tương tự như can thiệp dựa trên tiếp xúc và sử dụng biện pháp củng cố tích cực để tăng dần tiếp xúc, giảm phản ứng sợ hãi và lo âu của người bệnh.

Trị liệu tiếp xúc giải mãn cảm là một phần của liệu pháp giải mãn cảm có hệ thống. Trị liệu tiếp xúc giải mãn cảm tạo điều kiện cho người bệnh tự tiếp xúc với tác nhân gây lo âu/ sợ hãi ở các mức độ tăng dần với sự hướng dẫn và định hướng của nhà trị liệu. Và cuối cùng người bệnh có thói quen mới không còn lo âu/ sợ hãi. Trị liệu còn làm giảm các phản ứng lo âu và sợ hãi (cảm xúc, suy nghĩ và cảm giác cơ thể) bằng cách tiếp xúc lặp đi lặp lại các tình huống tạo ra lo âu. Từ đó người bệnh có thói quen giảm phản ứng lo âu khi tiếp xúc với các tình huống đó. Trị liệu còn nhằm loại bỏ các phản ứng lo âu hoặc sợ hãi, do đó người bệnh có thể đối mặt với các tình huống gây sợ hãi.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều rối loạn liên quan stress:

- Rối loạn lo âu
- Rối loạn hoảng sợ
- Rối loạn ám ảnh sợ
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức
- Rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn thích ứng,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Loạn thần cấp và mạn
- Tự kỷ
- Chậm phát triển tâm thần nặng
- Sa sút trí tuệ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp

- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Quá trình trị tiếp xúc giải mã cảm có thể dài hơn hoặc ngắn hơn tùy thuộc vào tình trạng rối loạn và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

- **Phần 1:** Đánh giá những lo lắng, sợ hãi của người bệnh và tần suất, mức độ của chúng
- **Phần 2:** Hướng dẫn người bệnh tưởng tượng ra một loạt các kích thích gây stress xung quanh, một sự kiện gây sợ nào đó và sắp xếp các kích thích gây sợ theo một trật tự, từ yếu đến mạnh có thể dùng thang đo lo sợ từ 1-10 điểm)
- **Phần 3:** Hướng dẫn người bệnh đưa cơ thể vào trạng thái thư giãn toàn thân

- **Phần 4:** Trong trạng thái thư giãn, người bệnh tưởng tượng một cách sinh động, lần lượt các kích thích gây lo sợ đã liệt kê từ mức yếu nhất để cơ thể quen dần, nếu kích thích được quen dần không gây cảm giác khó chịu thì chuyển lên một kích thích mạnh hơn. Nếu có cảm giác lo âu, sợ hãi thì dừng lại.
- **Phần 5:** Tập trung tư tưởng để cơ thể tiếp tục thích ứng, cứ như vậy tiến đến nấc thang gây sợ cao nhất.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên của trị liệu 45-60 phút:

- Bước 1: Mở đầu – Thiết lập an toàn và củng cố mối quan hệ trị liệu (5–10 phút)

Mục tiêu:

- + Tái xác lập mối quan hệ trị liệu tin cậy, đảm bảo người bệnh cảm thấy được kiểm soát và không bị ép buộc.
- + Tạo nền an toàn tâm lý trước tiếp xúc.

Kỹ thuật:

- + Thăm dò cảm xúc trước trị liệu: “Hiện giờ bạn cảm thấy như thế nào khi nghĩ đến việc tiếp xúc hôm nay?”
- + Cam kết tự nguyện và quyền kiểm soát: “Bạn có thể dừng lại bất kỳ lúc nào. Tôi sẽ không làm điều gì bạn chưa sẵn sàng.”
- + Thống nhất mục tiêu nhỏ trong buổi: “Hôm nay, mục tiêu của chúng ta chỉ là ngồi gần hơn một chút với đối tượng đó, không cần chạm.”

- Bước 2: Tái kiểm tra hệ thống phân cấp sợ hãi (5–8 phút)

Mục tiêu:

- + Kiểm tra vị trí hiện tại của người bệnh trong thang sợ hãi đã được thiết lập từ trước.
- + Đảm bảo tiến trình tiếp xúc phù hợp với mức độ sẵn sàng.

Kỹ thuật:

- + Sử dụng thang mức độ lo âu từ thấp đến cao.
- + Hỏi: “Trong thang điểm từ 0–10, nếu 0 là không sợ và 10 là mức sợ tột cùng, bạn đang ở mức mấy khi nghĩ đến bước hôm nay?”
- + Cân nhắc lùi một bước nếu người bệnh vượt ngưỡng lo âu cho phép (mức >7/10 là cần điều chỉnh lại).

- Bước 3: Tiếp xúc dần có kiểm soát (20–30 phút)

Mục tiêu:

- + Cho phép người bệnh đối diện trực tiếp với kích thích gây sợ, theo trình tự tăng dần, trong trạng thái được hỗ trợ về cảm xúc.
- + Ghi nhận và điều chỉnh phản ứng cảm xúc – hành vi.

Kỹ thuật:

- + Tiếp xúc theo từng mức độ: Bắt đầu từ bước đã thống nhất (ví dụ: nhìn hình con chó từ xa nếu sợ chó). Khi mức sợ giảm còn <3, mới tiến lên bước tiếp theo.
- + Hỗ trợ bằng hiện diện và lời nhắc nhẹ nhàng: “Bạn đang làm rất tốt. Cứ hít thở sâu và cảm nhận mặt đất dưới chân.”, “Cảm xúc lên đến 5/10 rồi, bạn muốn tiếp tục hay nghỉ 1 phút?”
- + Ghi nhận các phản ứng sinh lý: run, né tránh, khó thở → can thiệp thư giãn nếu cần.

- Bước 4: củng cố nhận thức kiểm soát – tái định khung sợ hãi (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Củng cố niềm tin “Tôi có thể kiểm soát sợ hãi.”
- + Thay đổi nhận thức méo mó về đối tượng kích thích.

Kỹ thuật:

- + Đặt câu hỏi mở: “Bạn nhận ra điều gì sau khi tiếp xúc hôm nay?”, “Mức sợ của bạn thực tế có giống như bạn tưởng tượng ban đầu không?”
- + Khuyến khích sự tự nhận thức về tiến bộ: “So với buổi đầu tiên, bạn thấy mình khác thế nào?”

- Bước 5: Kết thúc – Tái lập cảm giác an toàn và kế hoạch tiếp theo (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Đưa người bệnh trở về trạng thái cân bằng cảm xúc.
- + Ghi nhận thành công và lên kế hoạch cho bước kế tiếp.

Kỹ thuật:

- + Tập kỹ thuật thư giãn nhanh: thở bụng, hình dung an toàn.
- + Tổng kết tiến bộ: “Hôm nay, bạn đã dám tiến sát hơn 2 bước trong thang sợ. Đó là một bước tiến lớn.”
- + Thiết lập bài tập tiếp xúc tại nhà nếu người bệnh sẵn sàng: “Bạn có thể thử lặp lại tiếp xúc này ở nhà, mỗi lần 5 phút?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn: Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (lý thuyết và thực hành), NXB Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
- 2 Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý (cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh), NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- 3 Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
- 4 Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình tham vấn tâm lý, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- 5 Tyner S, Brewer, Helmen M & cs (2016), Nice Doggie! Contact Desensitization Plus Reinforcement Decreases *Dog Phobias for Children with Autism*, Behav Anal Pract. 2016 Mar; 9(1): 54–57. Published online 2016 Feb 9. doi: 10.1007/s40617-016-0113-4

49. TRỊ LIỆU TUÂN THỦ

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tuân thủ (Compliance Therapy-CT) dựa trên phỏng vấn động lực và các phương pháp tiếp cận nhận thức để xây dựng tuân thủ cho người bệnh. Phỏng vấn tạo động lực là một kỹ thuật nhận thức hành vi để giúp mọi người làm việc thông qua môi trường xung quanh để thay đổi hành vi.

Uống thuốc theo chỉ định hoặc tuân thủ điều trị là điều quan trọng để kiểm soát các tình trạng mạn tính, điều trị các tình trạng tạm thời cũng như sức khỏe tổng thể và hạnh phúc lâu dài. Liệu pháp này nhằm xây dựng và tăng cường sự hợp tác, tuân thủ và làm theo hướng dẫn của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm
- Các rối loạn liên quan stress: lo âu, phân ly, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn thích ứng
- Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Rối loạn ăn uống
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn tình dục
- Rối loạn liên quan sự phát triển: tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn học tập, chậm phát triển tâm thần
- Rối loạn liên quan sử dụng chất
- Vấn đề nghiện (chất, game, cờ bạc,...)
- Một số rối loạn khác: rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần thực tồn...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh/người nhà chưa hợp tác thực hiện trị liệu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút

- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh
- Usb
- Đầu đĩa
- Loa

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 4 đến 8 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60-75 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định vấn đề và chẩn đoán

- Cán bộ thực hiện trị liệu cần xác định được vấn đề chính của người bệnh thông qua tiếp xúc, trao đổi, trò chuyện
- Đánh giá những khó khăn tâm lý ở người bệnh
- Chẩn đoán/đánh giá tâm lý để xác định vấn đề của người bệnh.

6.2. Bước 2: Xây dựng kế hoạch trị liệu

- Cán bộ thực hiện trị liệu nhắc lại những vấn đề của người bệnh sau buổi tiếp xúc đầu tiên, thống nhất kế hoạch trị liệu với người bệnh
- Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên
- Xây dựng kế hoạch điều trị tâm lý, xác định mục tiêu cần phải đạt được qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình (mục tiêu ngắn hạn và mục tiêu dài hạn) và xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị.

6.3. Bước 3: Trị liệu

Trị liệu trải qua 03 giai đoạn:

6.1. Giai đoạn một: Khơi dậy niềm tin về vấn đề và cách điều trị: Phiên 1-2. Xem xét tình trạng sức khỏe hiện tại của người bệnh. Hình thành mô hình quan điểm của người bệnh về vấn đề và cách xử lý.

6.2. Giai đoạn hai: Khám phá môi trường xung quanh để điều trị: Phiên 3-4. Dự đoán những niềm tin chung. Hướng dẫn xem xét các lợi ích và làm nổi bật các lợi ích gián tiếp.

6.3. Giai đoạn ba: Làm nổi bật nhu cầu duy trì điều trị: Phần 5-6. Sử dụng chiến lược bình thường hóa và khuyến khích hiệu quả của người bệnh. Dự đoán hậu quả của việc không dùng thuốc. Nhấn mạnh giá trị của sống tốt và giải thích các hỗ trợ khác để giúp tuân thủ.

6.4. Bước 4: Kết thúc

- Đánh giá những mục tiêu đã đạt được.
- củng cố kết quả đạt được và dự phòng, ngăn ngừa tái phát.
- Lên kế hoạch cho tái khám theo định kỳ hoặc theo nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của một phiên của liệu pháp 60-75 phút:

- **Bước 1: Khởi động – Thiết lập không khí nhóm và mối quan hệ nhóm (10 phút)**

Mục tiêu:

- + Tạo sự kết nối và cảm giác an toàn giữa các thành viên.
- + Làm rõ rằng trị liệu không nhằm ép buộc mà là nơi để hiểu và tự lựa chọn.

Kỹ thuật:

- + Giới thiệu mục tiêu buổi hôm nay: “Hôm nay, chúng ta sẽ cùng nhìn lại cách mỗi người hiểu về bệnh của mình, và chuyện điều trị đã ảnh hưởng thế nào đến cuộc sống.”
- + Câu hỏi khởi động nhẹ nhàng: “Bạn có thể chia sẻ điều gì khiến bạn có mặt ở đây hôm nay?”, “Một từ mô tả cảm xúc của bạn khi nghĩ đến việc điều trị bệnh?”

- **Bước 2: Khám phá niềm tin về bệnh và điều trị (15–20 phút)**

Mục tiêu:

- + Bộc lộ và tôn trọng sự khác biệt trong cách hiểu bệnh.
- + Tạo không gian cho người bệnh nói về mâu thuẫn, nghi ngờ, lo âu liên quan đến điều trị.

Kỹ thuật:

- + Câu hỏi gợi mở: “Bạn nghĩ điều gì đang xảy ra với mình?”, “Theo bạn, tại sao bác sĩ nói bạn cần điều trị/thuốc?”, “Bạn cảm thấy gì khi phải dùng thuốc hàng ngày?”
- + Ghi lại trên bảng nhóm: các quan điểm khác nhau (không phán xét).
- + Cán bộ trị liệu phản chiếu nhẹ nhàng và bình thường hóa cảm xúc: “Không ít người từng cảm thấy như bạn, nhất là khi chưa thấy tác dụng rõ ràng của thuốc.”

- **Bước 3: Làm rõ mâu thuẫn nội tâm (10–15 phút)**

Mục tiêu:

- + Giúp người bệnh nhận ra những xung đột trong tâm trí về việc tuân thủ điều trị (muốn khỏi bệnh nhưng lại lo sợ thuốc, muốn được tự do nhưng sợ tái phát...).

Kỹ thuật:

- + Sử dụng thang giá trị đôi: “Một phần trong tôi muốn khỏe lại → nhưng một phần khác sợ phụ thuộc vào thuốc.”
- + Mời các thành viên chia sẻ ví dụ cá nhân.
- + Khuyến khích sự lắng nghe không phán xét từ nhóm.

- Bước 4: Kết nối niềm tin – khung trị liệu tích cực (15–20 phút)**Mục tiêu:**

- + Tái cấu trúc nhận thức sai lệch về điều trị.
- + Giúp người bệnh liên kết việc điều trị với mục tiêu cuộc sống của họ.

Kỹ thuật:

- + Câu hỏi định hướng tương lai: “Nếu bạn cảm thấy ổn định hơn, điều đầu tiên bạn muốn làm là gì?”, “Bạn nghĩ điều gì có thể giúp bạn tiến gần hơn đến mục tiêu đó?”
- + Nhà trị liệu gắn điều trị như một công cụ – không phải sự kiểm soát: “Thuốc không phải để thay đổi con người bạn. Nó giúp bạn có thêm cơ hội để sống theo cách bạn muốn.”

- Bước 5: Tổng kết và định hướng (5–10 phút)**Mục tiêu:**

- + củng cố điểm sáng của buổi trị liệu.
- + Tạo cảm giác kiểm soát và hy vọng cho người bệnh.

Kỹ thuật:

- + Tóm tắt các nội dung chính được nêu ra.
- + Gợi ý tự ghi chú hoặc vẽ lại "một niềm tin mới tôi muốn giữ lại".
- + Câu hỏi kết thúc: “Bạn rút ra điều gì có ích nhất hôm nay?”, “Bạn muốn thử suy nghĩ khác đi về điều gì trước buổi sau?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muện

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guildford Press.
2. M. Teesson, C. Sannibale, S. Reid, H. Proudfoot, K. Gournay & P. Haber. (2003). *Manual for Compliance Therapy in Alcohol Pharmacotherapy*. NDARC Technical Report No.157.

3. Samet, J. H., & et al. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type I: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92, 495-502.
4. Volpicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., Volpicelli, L. A., Alterman, A. I., & O' Brien, C. P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance [see comments]. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 737-42.

50. TRỊ LIỆU TƯƠNG TÁC CÁ NHÂN VÀ NHỊP ĐIỆU XÃ HỘI

1. ĐẠI CƯƠNG

Trị liệu tương tác cá nhân và nhịp điệu xã hội (Interpersonal and Social Rhythm Therapy - IPSRT) là liệu pháp tâm lý được thiết kế cải thiện cảm xúc và giảm số giai đoạn tái phát của các rối loạn tâm thần bằng cách hiệu quả là làm chủ nhịp điệu sinh học và xã hội của họ.

IPSRT dựa trên nền tảng những vấn đề cơ bản với các mối quan hệ có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ của rối loạn trầm cảm cũng có thể đặt ra những thách thức đối với người bệnh rối loạn lưỡng cực.

Để giải quyết thách thức này, nhà trị liệu sử dụng các kỹ thuật từ liệu pháp nhịp điệu xã hội và liệu pháp hành vi nhận thức (CBT) để giúp người bệnh giảm tần suất các giai đoạn rối loạn cảm xúc cũng như kéo dài thời gian ổn định giữa các giai đoạn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn cảm xúc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Cán bộ thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh

- Người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 45-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

IPSRT được thực hiện trong một loạt bốn giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:**

- + Buổi 1: Xem xét bệnh sử của người bệnh, xác lập chẩn đoán và đánh giá mối liên hệ giữa các đợt bệnh cấp tính với các vấn đề cá nhân cũng như các thói quen xã hội trong tiền sử của người bệnh.
- + Buổi 2: Người bệnh được hướng dẫn cách sử dụng thời gian biểu đánh giá
- + Buổi 3: Nhà tâm lý cùng người bệnh xem xét thời gian biểu và lựa chọn ra các vấn đề chưa giải quyết được của người bệnh.

- **Giai đoạn 2:** Trọng tâm của giai đoạn can thiệp này liên quan đến việc giúp người bệnh thiết lập các thói quen xã hội hàng ngày đều đặn hơn và giải quyết vấn đề giữa các cá nhân. Trong giai đoạn này của IPSRT, thông thường nhất là thực hiện các phiên họp hàng tuần. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng của người bệnh, các phiên khám thường xuyên hơn hoặc ít hơn có thể phù hợp hơn. Trong hai thử nghiệm lớn về IPSRT được tiến hành cho đến nay, giai đoạn này thường yêu cầu 10 đến 12 buổi, có thể kéo dài hơn tùy tình trạng người bệnh (các nghiên cứu về rối loạn lưỡng cực có kết hợp với rối loạn nhân cách ranh giới, giai đoạn này cần dài hơn nhiều — theo thứ tự từ 9 đến 10 tháng — để đạt được sự ổn định cảm xúc).

- **Giai đoạn 3:** Tập trung vào việc xây dựng niềm tin của người bệnh vào khả năng sử dụng các kỹ năng đã học được trong giai đoạn điều trị cấp tính để duy trì cảm xúc, mức độ hoạt động và nhịp điệu xã hội hiện tại của họ. Mục đích là để người bệnh có thể duy trì nhịp điệu xã hội đều đặn bất chấp sự xuất hiện có thể xảy ra của các yếu tố gây căng thẳng như thay đổi công việc, nghỉ phép và các sự kiện bất ngờ khác trong cuộc sống. Ngoài ra, người bệnh được khuyến khích tiếp tục cải thiện chất lượng của các mối quan hệ giữa các cá nhân của họ và giữ mức độ đau buồn, mâu thuẫn giữa các cá nhân ở mức tối thiểu. xác định các vấn đề trong giao tiếp để giúp người bệnh tương tác hiệu quả hơn với những người quan trọng; cho phép người bệnh một môi trường an toàn để thực hành thể hiện cảm xúc và tự khẳng định mình; và phân tích quyết định, giúp người bệnh phản ánh những rủi ro và lợi ích tiềm ẩn của các lựa chọn và lựa chọn thay thế liên quan đến một vấn đề cụ thể. Tần suất điều trị thường giảm từ hàng tuần, hai tuần một lần và cuối cùng là các phiên hàng tháng khi người bệnh chuyển từ điều trị cấp tính sang điều trị duy trì

Trị liệu kéo dài khoảng 40-70 phút, trong khi các phiên ICM, tập trung chủ yếu vào giáo dục tâm lý về rối loạn lưỡng cực và giải quyết bất kỳ vấn đề nào với tác dụng phụ của thuốc, kéo dài khoảng 25 phút. Giai đoạn bảo trì kéo dài trong 2 năm.

- **Giai đoạn 4: Chuẩn bị kết thúc**

Thực hiện trong vòng từ ba đến năm các phiên hàng tháng. IPSRT cũng có thể được thực hiện thành công chỉ đơn giản là một phương pháp điều trị ngắn hạn, trong trường hợp đó, giai đoạn ban đầu cô đọng hơn và công việc về các vấn đề giữa các cá nhân phải tập trung hơn. Mặc dù thời gian điều trị tổng thể được rút ngắn trong trường hợp này, vẫn nên giảm tần suất điều trị khi gần kết thúc, để vẫn cho phép ít nhất ba đến bốn lần điều trị hai tháng một lần để hoàn thành các bước chấm dứt cần thiết.

Hoạt động của một phiên của trị liệu 45-60 phút:

- Bước 1: Kiểm tra biểu đồ nhịp sinh học và tâm trạng (10–12 phút)

Mục tiêu:

- + Theo dõi mức độ ổn định của thói quen hàng ngày (giờ ngủ, ăn, dậy, tương tác...).
- + Ghi nhận dấu hiệu xáo trộn liên quan đến thay đổi tâm trạng.

Kỹ thuật:

- + Biểu đồ nhịp sinh học người bệnh ghi hằng ngày.
- + Cán bộ trị liệu cùng người bệnh đánh giá số “điểm giao động” trong tuần (biến đổi giờ >90 phút).
- + Câu hỏi gợi mở: “Bạn có thấy ngày nào mình mất nhịp sinh học?”, “Việc thức khuya hôm đó có liên quan gì đến cảm xúc khó chịu sau đó không?”

- Bước 2: Đánh giá tâm trạng và các dấu hiệu cảnh báo (5–7 phút)

Mục tiêu:

- + Xác định thay đổi cảm xúc dù nhỏ, kịp thời phát hiện nguy cơ chuyển pha.

Kỹ thuật:

- + Dùng thang điểm tự đánh giá tâm trạng (1–10).
- + Liên hệ tâm trạng với sự kiện hoặc rối loạn nhịp sinh học.: “Bạn đánh giá mức năng lượng/lo âu trong tuần này là bao nhiêu?”, “Có sự kiện nào ảnh hưởng rõ đến tâm trạng đó không?”

- Bước 3: Khám phá và can thiệp sự kiện liên cá nhân (20–25 phút)

Mục tiêu:

- + Làm rõ và điều chỉnh những xung đột, mất mát, thay đổi vai trò... làm ảnh hưởng tới nhịp sống và cảm xúc.

Kỹ thuật:

- + Phân tích sự kiện theo mô hình: loại sự kiện (Mất mát, xung đột, chuyển vai, cô lập...); tác động cảm xúc; ảnh hưởng tới nhịp sinh học. Ví dụ: “Cuộc tranh cãi hôm thứ Tư có khiến bạn thay đổi giờ ngủ/ăn không?”, “Bạn thấy mối quan hệ đó ảnh hưởng tới ổn định cảm xúc của bạn thế nào?”
- + Hướng dẫn giải quyết vấn đề cụ thể.
- + Cải thiện kỹ năng giao tiếp: nói nhu cầu, đặt giới hạn, xin hỗ trợ.

- Bước 4: Thiết lập chiến lược ổn định và điều chỉnh thói quen (10–12 phút)

Mục tiêu:

- + Cùng cố hoặc điều chỉnh các mốc sinh hoạt cụ thể cho tuần tới.
- + Dự phòng những sự kiện có thể phá vỡ nhịp độ.

Kỹ thuật:

- + Lên kế hoạch 3–4 “mỏ neo” cố định mỗi ngày (giờ thức, ăn sáng, đi làm, giao tiếp...): “Bạn có thể duy trì việc ngủ trước 1h trong 4 ngày tới không?”.
- + Đề ra kế hoạch đối phó khi xảy ra sự kiện bất thường (ca đêm, du lịch, buồn bực...): “Nếu bạn thấy lo âu, bạn sẽ làm gì để giữ giờ giấc ổn định hơn?”

- Bước 5: Tổng kết và củng cố cam kết (3–5 phút)

Mục tiêu:

- + Kết thúc phiên bằng cảm giác làm chủ và cam kết nhỏ.

- + Câu hỏi chốt phiên: “Bạn sẽ thử thay đổi điều gì cụ thể trong tuần tới?”, “Bạn mong điều gì sẽ khác khi bạn duy trì thói quen đó?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Interpersonal and Social Rhythm Therapy | Background. Accessed February 19, 2022. <https://www.ipsrt.org/background>
2. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2007;9(3):325-332. doi:10.31887/DCNS.2007.9.3/efrank
3. Bouwkamp CG, de Kruiff ME, van Troost TM, et al. Interpersonal and Social Rhythm Group Therapy for Patients with Bipolar Disorder. *Int J Group Psychother.* 2013;63(1):97-115. doi:10.1521/ijgp.2013.63.1.97

51. TRỊ LIỆU ĐỊNH HƯỚNG THẤU CẢM CÁ NHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thấu cảm là khả năng nhận biết, cảm nhận, hiểu cảm xúc của người bệnh thông qua cử chỉ, lời nói, hành vi của người đó và là khả năng giao tiếp đúng mực của cán bộ thực hiện trị liệu để hiểu người đó.

Trị liệu định hướng thấu cảm cá nhân (Individual Empathy - Oriented Therapy) là việc cán bộ thực hiện trị liệu cảm nhận trải nghiệm của người bệnh một cách chân thực và tôn trọng, giúp Cán bộ thực hiện trị liệu hiểu rõ hơn quan điểm của người bệnh và khiến cán bộ thực hiện trị liệu có thể giao tiếp tốt hơn với người bệnh.

Thấu cảm không chỉ là một kỹ năng mà là một tổ hợp các kỹ năng (kỹ năng lắng nghe, im lặng, các kỹ năng phản hồi tốt). Kỹ năng thấu cảm cho phép cán bộ thực hiện trị liệu lắng nghe sâu sắc hơn ý nghĩ và cảm giác của người bệnh. Qua đó, cán bộ thực hiện trị liệu lắng nghe những quan điểm của người bệnh, chấp nhận những giá trị của họ một cách vô điều kiện. Cán bộ thực hiện trị liệu hòa nhập với cách nhìn nhận của người bệnh để giúp họ đi theo hướng phù hợp nhất với tính cách và cuộc sống của họ, giúp họ hiểu và cảm thông với chính mình, chấp nhận những ưu và nhược điểm của bản thân, chấp nhận mình không hoàn thiện để có thể là chính mình. Từ đó, họ hiểu và chấp nhận bản thân tốt hơn, giúp họ tìm kiếm những phản ứng và giải pháp thích hợp trong cuộc sống mỗi ngày. Người bệnh có thể đương đầu với nhiều vấn đề khác trong tương lai mà không cần đến sự giúp đỡ của cán bộ thực hiện trị liệu

Trị liệu định hướng thấu cảm cá nhân thể hiện sự đồng cảm giữa cán bộ thực hiện trị liệu với người bệnh được coi là điều cần thiết đối với trị liệu để có hiệu quả. Cán bộ thực hiện trị liệu phải làm cho người bệnh cảm thấy được thấu hiểu. Để làm được cán bộ thực hiện trị liệu cần cảm nhận được cảm xúc của người bệnh thông qua sự tập trung và lắng nghe tích cực, nhưng quá trình này đòi hỏi sự tham gia liên tục.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn trầm cảm
- Rối loạn lo âu
- Rối loạn stress
- Rối loạn stress sau sang chấn
- Rối loạn phân ly
- Rối loạn dạng cơ thể
- Sử dụng chất
- Điều trị cặp đôi bất hòa trong hôn nhân, gia đình

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Loạn thần cấp, có hoang tưởng/ ảo giác

- Sa sút trí tuệ hoặc chậm phát triển tâm thần nặng
- Hoang tưởng, ảo giác, chống đối

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn, dung dịch rửa tay
- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện trị liệu.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Thực hiện kỹ thuật

** Các bước tiến hành*

- Bước 1: Mở đầu (5-10 phút)

- + Thiết lập không gian an toàn: Giao tiếp bằng ánh mắt, giọng nói nhẹ nhàng, ngôn ngữ cơ thể mở. Nhấn mạnh sự hiện diện đầy đủ, không đánh giá, không can thiệp quá sớm.
- + Kiểm tra cảm xúc hiện tại: Đặt câu hỏi mở: "Hôm nay bạn đến với tâm trạng như thế nào?" hoặc "Điều gì đang chiếm nhiều tâm trí bạn lúc này?"
- + Ôn lại nội dung phiên trước (nếu có): "Bạn có suy nghĩ gì sau phiên trị liệu trước không?"

- Bước 2: Khám phá & lắng nghe cảm thông (20-25 phút)

Mục tiêu: Hiểu sâu sắc trải nghiệm nội tâm thông qua cảm thông thay vì phân tích

- + Lắng nghe phản chiếu cảm xúc: "Tôi nghe thấy trong lời bạn có một nỗi buồn rất nhẹ nhàng nhưng kéo dài."

- + Sử dụng kỹ thuật xác nhận cảm xúc: “Điều bạn cảm thấy hoàn toàn hợp lý với hoàn cảnh bạn trải qua.”
- + Đặt câu hỏi mở, không mang tính chất chẩn đoán: “Khoảnh khắc đó bạn thấy mình như thế nào?”, “Nếu cảm xúc đó có hình dạng, nó sẽ trông như thế nào?”
- + Quan sát và gương phản chiếu: Gương nét mặt, cách diễn đạt, ngôn từ cảm xúc để tạo sự đồng điệu không lời.

- Bước 3: Kết nối với nhu cầu & nhận diện mẫu hình (10-15 phút)

Mục tiêu: Giúp người bệnh nhận diện nhu cầu chưa được đáp ứng và các mô thức cảm xúc lặp đi lặp lại

- + Xác định nhu cầu gốc: “Bạn nghĩ cảm xúc đó đang cố gắng bảo vệ nhu cầu nào của bạn?”
- + Làm rõ các mô hình phản ứng tự động: “Tình huống này có nhắc bạn nhớ đến điều gì trong quá khứ không?”
- + Đồng hành trong việc tạo sự nhận biết mà không ép thay đổi: “Mình có thể cùng bạn ngồi lại với cảm giác này thêm một chút được không?”

- Bước 4: Tổng kết & kết thúc (5-10 phút)

- + Phản chiếu tích cực: “Hôm nay bạn đã chạm đến một phần rất trung thực và can đảm trong mình.”
- + Mời người bệnh tổng kết: “Bạn rời khỏi phiên hôm nay với điều gì đọng lại?”
- + Hỏi về mong muốn tiếp theo: “Có điều gì bạn muốn tiếp tục khám phá trong phiên tới không?”
- + Thiết lập nhịp thở & grounding để rời khỏi trạng thái cảm xúc sâu (nếu cần): “Hãy cùng nhau hít một hơi sâu và quay về với căn phòng này...”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Trần Thị Minh Đức (2009), Giáo trình tham vấn tâm lý, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- 2 Trần Thị Minh Đức (2010), Kỹ năng tham vấn cho người chưa thành niên vi phạm pháp luật, Tổ chức Plan Việt Nam.

52. LIỆU PHÁP TRÒ CHƠI (DIXIT)

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp trò chơi - trò chơi Dixit được phát triển bởi Jean-Louis Roubira năm 2008, là một hoạt động trị liệu giúp người bệnh phát triển khả năng tư duy, trí tưởng tượng và năng lực phán đoán. Bên cạnh đó, khi tham gia trò chơi người bệnh sẽ hình thành được khuôn khổ, tính tuân thủ và cải thiện cảm xúc, cụ thể như sau:

Về mặt hành vi:

- Biết tôn trọng khuôn khổ, nội quy của hoạt động.
- Ổn định hơn, chú ý đến người khác, lắng nghe lẫn nhau.
- Có khả năng nói chuyện trong không khí thoải mái và thân thiện.
- Về mặt ngôn ngữ:
- Ngôn ngữ nói: Bệnh nhân có sự tự tin vào bản thân.
- Có khả năng hiểu và sử dụng sự tưởng tượng của mình, kết nối tự do các ý tưởng và nhất là khả năng biểu tượng hóa.
- Có ý thức về tính đa nghĩa về ngôn ngữ, nói ra những câu từ được kết hợp với hình ảnh.

Về mối quan hệ:

- Chịu trách nhiệm nhiều hơn cho một số hành vi nhất định
- Phát triển các chiến lược đối phó và kỹ năng giải quyết vấn đề sáng tạo
- Tự trọng
- Sự đồng cảm và tôn trọng người khác
- Giảm bớt lo lắng
- Học cách trải nghiệm đầy đủ và bày tỏ cảm xúc
- Kỹ năng xã hội mạnh mẽ hơn
- Mối quan hệ gia đình bền chặt hơn

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong nhiều rối loạn ở trẻ em và thanh thiếu niên, cũng được áp dụng ở người trưởng thành:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, lo âu, ám ảnh
- Rối loạn hành vi
- Rối loạn tăng động giảm chú ý
- Rối loạn đặc hiệu về phát triển lời nói, ngôn ngữ
- Rối loạn về phát triển các kỹ năng ở trường
- Hội chứng Asperger

- Rối loạn hoạt động xã hội với sự khởi phát đặc biệt ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Chậm phát triển tâm thần nặng
- Rối loạn hành vi trầm trọng
- Khiếm thính, khiếm thị
- Mất nhớ, mất trí

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh
- Usb
- Đầu đĩa
- Loa

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh: 5 - 10 người được chỉ định tham gia trò chơi Dixit.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 40-70 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 40-70 phút:

6.1. Bước 1: Gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính

6.2. Bước 2: Cán bộ thực hiện trị liệu tạo không khí, trò chuyện vui vẻ và giúp người bệnh thoải mái tinh thần. Giới thiệu mục đích của hoạt động và cho người bệnh thực hiện bảng gọi tên cảm xúc và giới thiệu về cách chơi, luật chơi.

6.3. Bước 3: Cán bộ trị liệu tiến hành cho người bệnh thực hiện theo luật chơi đã định:

- Mỗi người chơi sẽ lần lượt là người kể chuyện trong mỗi vòng chơi.
- Người kể chuyện sẽ xem xét 6 lá bài trên tay và chọn 1 lá.
- Người kể chuyện sẽ suy nghĩ về điều mình sắp nói, và sau đó nói to cho mọi người cùng nghe.
- Lời của người kể chuyện có thể là một hoặc vài từ gợi ý, hay chỉ đơn giản là một từ tượng thanh. Đó cũng có thể là trích dẫn 1 hay 2 câu của một bài thơ hoặc một bài hát, tựa đề một bộ phim hoặc một câu tục ngữ...
- Người kể chuyện phải đưa ra lý giải của mình về câu chuyện và lá bài đưa ra khi được hỏi.
- Những người chơi khác chọn từ 6 lá bài trên tay mình 1 lá bài mà họ cảm thấy nó giống nhất với những gì người kể chuyện đã nói.
- Sau đó mỗi người đưa lá bài của mình cho người kể chuyện mà không để những người chơi khác nhìn thấy bài của mình.
- Người kể chuyện sẽ xào những lá bài của người chơi khác vừa đưa chung với lá bài của mình, sau đó đặt từng lá bài một cách ngẫu nhiên vào các vị trí được đánh số từ 1 tới 6 trên bảng tính điểm.
- Người chơi phải lý giải vì sao mình chọn lá bài đó với câu chuyện của người kể chuyện khi được hỏi.
- Mục tiêu của những người chơi là tìm ra lá bài nào của người kể chuyện trong số những lá bài vừa được mở ra.
- Mỗi người chơi bí mật chọn lá bài mà họ nghĩ rằng của người kể chuyện bằng cách sử dụng bảng bình chọn của mình (người kể chuyện sẽ không tham gia vào phần này).
- Khi tất cả người chơi đã bình chọn, mọi người đồng loạt đưa ra bảng chọn của mình, và người kể chuyện sẽ nói ra đâu là lá bài của mình.
- Những người chơi không được chọn lá bài của chính mình.
- Người chơi phải lý giải vì sao nghĩ đây là lá bài của người kể chuyện.
- Mỗi người chơi được rút thêm 1 lá bài để số lá bài sau mỗi lượt kể chuyện vẫn là 6 lá bài.

- Nếu không còn đủ bài để rút thêm thì những lá bài bị bỏ sẽ được xáo lại để tạo nên một chồng bài rút mới.

6.4. Bước 4: Cán bộ trị liệu hướng dẫn người bệnh tiếp tục bằng người kể chuyện tiếp theo sẽ là người ở bên trái người kể chuyện trước và cứ tiếp tục theo chiều kim đồng hồ

6.5. Bước 5: Cho người bệnh thực hiện bảng gọi tên cảm xúc

Căn cứ vào bảng gọi tên cảm xúc phân loại mức độ cảm xúc của người bệnh trước và sau khi tham gia trò chơi đánh giá được mức độ cải thiện cảm xúc của người bệnh sau khi tham gia hoạt động.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bực tức	Đau khổ	Lo lắng	Mệt mỏi	Buồn chán	Bình thường	Vui vẻ	Hứng thú	Hạnh phúc	Hung phấn

Cảm xúc người bệnh không thay đổi tích cực/tiêu cực/không thay đổi đều phải tìm hiểu lý do vì sao để hiểu được cảm nhận của người bệnh đối với hoạt động từ đó ghi chép và trao đổi với các cán bộ trị liệu.

Cách tính điểm:

- Nếu tất cả người chơi hoặc không có ai tìm được đúng lá bài của người kể chuyện, người kể chuyện sẽ không ghi được điểm nào và mỗi người chơi còn lại sẽ được cộng 2 điểm.
- Trong những trường hợp khác, những người chơi tìm đúng lá bài của người kể chuyện thì người kể chuyện và người chọn đúng sẽ ghi được 3 điểm.
- Những người chơi khác (ngoại trừ người kể chuyện) sẽ ghi được 1 điểm cho mỗi người bình chọn cho lá bài của mình (tối đa được 3 điểm cộng).

Người chơi di chuyển con thỏ của mình trên bảng điểm dựa theo số điểm cộng mà mỗi người có.

6.6. Bước 6: Trò chơi kết thúc khi có người cán mốc 30 điểm hoặc khi tất cả mọi người đã được làm người kể chuyện 1 lượt. Cán bộ trị liệu tổng kết buổi trị liệu, dặn dò, giao bài tập về nhà cho người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Nếu người bệnh gây rối, thiếu hợp tác cán bộ thực hiện trị liệu tìm hiểu lý do và trấn an người bệnh. Có thể cho người bệnh rời khỏi nhóm hoặc đưa về khoa tùy theo mức độ, giải thích lý do vì sao người bệnh rời khỏi nhóm và hẹn người bệnh tiếp tục tham gia vào buổi tiếp theo.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muện

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A.O., Peter W.H. (2009). Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience, Trends in cognitive sciences, 13(6):264-270.
2. Konstantinos Koukourikos, 1 Areti Tsaloglidou, 1 Laila Tzeha, 2 Christos Iliadis, 3 Aikaterini Frantzana, 4 Aristi Katsimbeli, 5 and Lambrini Kourkouta , 2021, An Oveerview of Play Therapy, Mater Sociomed. 2021 Dec; 33(4): 293-297. DOI:10.5455/msm.2021.33.293-297. Received: Now 15 2021; Accepted: Dec 22,2021.
3. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
4. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý (Cơ sở lý luận và thực hành điều trị). NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. Three ways to use Dixit in the classroom – TeachingGamesEFL.com – by Mike Astbury

53. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG GIAO TIẾP VÀ TƯƠNG TÁC Ở TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Giao tiếp và tương tác là mối quan hệ giữa con người với con người, thể hiện sự tiếp xúc tâm lý giữa người và người, thông qua đó con người trao đổi với nhau về thông tin về cảm xúc, tri giác lẫn nhau, ảnh hưởng tác động qua lại với nhau. Trẻ mắc các rối loạn phát triển thần kinh (tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn giao tiếp, khuyết tật trí tuệ...) có thể có suy giảm các kỹ năng tương tác và giao tiếp. Suy giảm tương tác và giao tiếp xã hội khiến trẻ gặp nhiều khó khăn trong tiếp thu kiến thức, vui chơi và tạo các mối quan hệ, hòa nhập với cộng đồng, hạn chế các hoạt động chức năng. Vì vậy đây là những lĩnh vực cần được can thiệp sớm và tích cực.

Can thiệp giúp phát triển về giao tiếp và tương tác là giúp trẻ học được các kỹ năng như chú ý chung, bắt chước hành vi xã hội, chia sẻ cảm xúc – tình cảm, sử dụng các cử chỉ giao tiếp và điều bộ phù hợp, biết cách tiếp cận xã hội và thiết lập mối quan hệ với người khác, nâng cao kỹ năng sử dụng lời nói trong giao tiếp, hội thoại... Quá trình can thiệp có thể kéo dài, gồm nhiều phiên khác nhau, mục đích và nội dung can thiệp của mỗi phiên được xác định tùy theo đặc điểm và nhu cầu của trẻ.

Mục đích kỹ thuật nhằm nhất triển các kỹ năng giao tiếp và tương tác cho trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em mắc các rối loạn phát triển (tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn giao tiếp, khuyết tật trí tuệ nhẹ, vừa...) có khó khăn về giao tiếp và tương tác.
- Trẻ thiếu kỹ năng giao tiếp xã hội (ám sợ xã hội, trầm cảm nhẹ và vừa, PTSD...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ chậm phát triển tâm thần nặng/ trầm trọng, có vấn đề có khó khăn về phát âm/ thính giác/thị giác (ví dụ: trẻ câm, điếc bẩm sinh)

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Trẻ có bệnh cơ thể nặng
- Trẻ có rối loạn hành vi thách thức mức nặng: tự làm đau hoặc làm đau người khác, kích động quá mức.
- Trẻ không hợp tác trong quá trình điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ đồ dùng thực hiện kỹ thuật:
 - + Các bộ tranh về con người, đồ vật, hoạt động, con vật, phương tiện giao thông, màu sắc, hình dạng...

- + Sách phát triển tư duy theo từng độ tuổi (5 quyển)
- + Bộ dụng cụ thổi: kèn, còi, bong bóng, nến
- + Bộ đồ chơi thông dụng: xếp hình, bóng, ô tô trượt, đập chuột, đất nặn, bảng tự xóa, bút màu, giấy màu.
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện giải thích cho cha mẹ / người chăm sóc nội dung và mục đích của kỹ thuật. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Kiểm tra lại bài tập can thiệp của phiên trước nếu có.
- Dựa vào đánh giá và chương trình can thiệp đã được xác định trước đó, cán bộ thực hiện lựa chọn mục tiêu và bài tập can thiệp cụ thể phù hợp trong từng lĩnh vực tương tác và giao tiếp.

6.2. Bước 2: Tiến hành can thiệp

Phương pháp can thiệp dựa vào tiếp cận Phân tích hành vi ứng dụng (ABA): can thiệp có cấu trúc, giảng dạy 1:1. Một lượt dạy bao gồm: (A) một yêu cầu thực hiện một hành động cụ thể, (B) phản hồi từ trẻ, và (C) phản hồi từ phía người dạy. Nhiệm vụ được chia nhỏ thành nhiều phần hoặc nhiều lần, sử dụng đa dạng các đồ chơi tạo vui thích, động lực cho trẻ... Mỗi khi một nhiệm vụ được hoàn thành tốt, một phần thưởng được đưa ra để củng cố hành vi hoặc nhiệm vụ đó.

Nội dung những kỹ năng dạy trẻ:

1. Giao tiếp không lời: Tiếp xúc mắt và cử chỉ phi ngôn ngữ
 - Tiếp xúc mắt: ngồi đối diện, đưa đồ chơi ngang tầm mắt trẻ để thu hút ánh mắt trẻ. Gọi tên trẻ và yêu cầu trẻ nhìn vào mắt. Cán bộ thực hiện trị liệu
 - Các cử chỉ phi ngôn ngữ: ngồi đối diện, tạo nhu cầu giao tiếp cho trẻ thông qua đồ chơi/đồ ăn trẻ yêu thích, dạy trẻ làm những cử chỉ giao tiếp không lời: chỉ tay bằng ngón trỏ, lấy hoặc đưa đồ vật, cử chỉ ra dấu như: “xin, ạ, đập yeah, gật đầu, lắc

đầu...”, các biểu cảm cảm xúc: cười, khóc, đau, khó chịu... dạy trẻ chỉ ngón vào đồ chơi/vật mình muốn. Dạy trẻ khoe, mách điều vừa xảy ra.

2. Giao tiếp có lời

- Kỹ thuật phát âm: dạy trẻ thổi, liếm môi, tắc lưỡi... giúp trẻ biết cách sử dụng linh hoạt hơn với cơ miệng, vận động lưỡi và cách lấy hơi. Ví dụ: dạy trẻ bắt chước phát âm theo tiếng kêu con vật, đồ vật; phát âm từ đơn, từ ghép đúng ngữ cảnh.
- Yêu cầu trẻ gọi tên các đồ vật, đồ dùng, tên người, hình dạng, màu sắc, kích thước... các yêu cầu/ mong muốn của trẻ “bằng lời”. Bằng việc cung cấp vốn từ thông qua thẻ tranh, sách, truyện...
- Yêu cầu trẻ sử dụng được các câu hỏi để khám phá thế giới xung quanh

3. Giao tiếp trực quan:

- Việc cán bộ thực hiện trị liệu chỉ ra việc sử dụng các ký hiệu, hình ảnh và biểu cảm, rất quan trọng trong lập trình. Nó hỗ trợ trẻ em hình dung chức năng và cấu trúc của mã, do đó củng cố sự hiểu biết của trẻ. Hơn nữa, nó nâng cao kỹ năng giao tiếp phi ngôn ngữ của trẻ bằng cách cho phép trẻ thể hiện ý tưởng của mình một cách trực quan. VD: Hội thoại: dạy trẻ trả lời câu hỏi và đặt câu hỏi khác nhau trong các tình huống khác nhau để hiểu biết về sự việc xung quanh. Mặt khác sử dụng ngôn ngữ nói và phi ngôn ngữ trong việc mô tả hình ảnh, sự vật, sự việc xảy ra xung quanh

4. Giao tiếp văn bản:

- Dạy trẻ trình bày được điều mình muốn thông qua việc mô tả bằng văn bản, bằng cách viết ra. Viết nhật ký, viết truyện, mô tả sự vật, sự việc bằng ngôn ngữ viết.

6.3. Bước 3: Dựa vào biểu hiện của trẻ trong quá trình thực hiện kỹ thuật, cán bộ thực hiện trị liệu xác định khả năng tương tác và giao tiếp của trẻ, những khó khăn và điểm mạnh, từ đó đưa ra bài tập can thiệp về nhà cho cha mẹ/người chăm sóc và lên kế hoạch phiên tiếp theo.

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Ghi chép sổ y bạ hoặc hồ sơ bệnh án, trong đó mô tả trong hồ sơ các biểu hiện của trẻ về tương tác và giao tiếp (tiếp xúc mắt, chú ý chung, chia sẻ, cử chỉ, phát âm, hội thoại...)
- Giải thích kết quả thực hiện kỹ thuật cho gia đình.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Quá trình thực hiện kỹ thuật thường không xảy ra tai biến.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Quan sát các biểu hiện của trẻ khi thực hiện kỹ thuật, bao gồm cả những vấn đề khác đi kèm. Có thể có một số sự cố như trẻ tăng hoạt động bị ngã, va đập, cho đồ chơi vào miệng... Cần quan sát cẩn thận đảm bảo sự an toàn của trẻ, nếu xảy ra sự cố cần liên hệ nhân viên y tế xử trí kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Academy of Medicine Singapore (2010). Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children: AMS-MOH Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore.
2. Australian Government, Department of Health (2015), Early Intervention Services for Children with Disability.
3. Brignell A, Chenausky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT (2018). Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. Cochrane Database Syst Rev, 5 (11).
4. Gunilla Thunberg (2012). Early Communication Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume I.
5. Missouri Autism Guidelines Initiative (2012). Autism Spectrum Disorder: Guide to Evidence-based Intervention.

54. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG CHƠI VÀ BẮT CHƯỚC Ở TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ năng chơi rất cần thiết cho sự phát triển toàn diện của trẻ, giúp trẻ tham gia vào nhiều hoạt động khác nhau, cả độc lập và với bạn bè. Thông qua trò chơi, trẻ em không chỉ tìm hiểu về thế giới xung quanh mà còn phát triển các kỹ năng xã hội, nhận thức và vận động quan trọng đồng thời xây dựng nền tảng cho việc học tập và phát triển suốt đời.

Tầm quan trọng của Kỹ năng chơi trong sự phát triển của trẻ

Chơi không chỉ là một hoạt động vui vẻ; đó là một yếu tố quan trọng trong sự phát triển và trưởng thành của trẻ. Bằng cách nuôi dưỡng các kỹ năng chơi, chúng ta đặt nền tảng cho sự phát triển toàn diện và thành công trong tương lai.

Trẻ em mắc các bệnh lý về sức khỏe tâm thần, các rối loạn phát triển như: tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn giao tiếp, khuyết tật trí tuệ... gặp khó khăn trong việc tham gia các hoạt động chơi: Ví dụ: chơi đúng cách, chơi đúng chức năng, phân chia vai trò, phối hợp các cơ quan, bộ phận cơ thể, phối hợp với người khác.... Chơi và bắt chước cách chơi là một phương tiện trung gian nhằm giúp trẻ phát triển kỹ năng nhận thức, giải quyết vấn đề, sắp xếp thứ tự và phát triển các kỹ năng (xã hội, nhận thức, vận động, điều hòa cảm xúc...) tốt hơn. Vì vậy, phát triển các kỹ năng chơi và bắt chước là điều quan trọng trong can thiệp giáo dục – tâm lý sớm cho trẻ em.

Quá trình can thiệp phát triển kỹ năng chơi và bắt chước có thể kéo dài, gồm nhiều phiên khác nhau, mục đích và nội dung can thiệp của mỗi phiên được xác định tùy theo đặc điểm và nhu cầu của trẻ.

Mục đích của kỹ thuật nhằm phát triển các kỹ năng chơi, bắt chước cho trẻ em.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ gặp khó khăn ở lĩnh vực chơi và bắt chước.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những trẻ có khuyết tật về cơ thể (câm, điếc, mù...)

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Trẻ có bệnh cơ thể nặng.
- Trẻ có rối loạn hành vi chống đối/ không có mong muốn, nhu cầu tham gia trị liệu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ đồ dùng thực hiện kỹ thuật:

- + Bộ đồ chơi khám phá: xúc xắc, bóng gai, con chút chít, con quay phát sáng, thú bông.
- + Bộ đồ chơi chức năng: ô tô, điện thoại, đập bóng.
- + Bộ đồ chơi xây dựng/cấu trúc: đồ chơi lego, xé dán, tranh ghép cặp.
- + Bộ đồ chơi giả vờ: búp bê và các bộ đồ chơi nấu ăn, bộ khám bệnh, bộ sinh nhật, nghề nghiệp
- + Bộ phát triển nhận thức: thẻ tranh, sách, truyện, sách về phát triển tư duy....
- + Bộ phát triển kỹ năng vận động: xâu dây, xâu hạt, lego, ghép hình, đất nặn
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện giải thích cho cha mẹ/người chăm sóc mục đích của kỹ thuật. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Kiểm tra lại bài tập can thiệp của phiên trước nếu có.
- Xây dựng mối quan hệ với trẻ, tạo cảm giác an toàn và thoải mái cho trẻ
- Dựa vào đánh giá và chương trình can thiệp đã được xác định trước đó, cán bộ thực hiện lựa chọn hoạt động chơi, lựa chọn đồ chơi cụ thể cần dạy.

6.2. Bước 2:

Cán bộ thực hiện trị liệu chơi cùng với trẻ và dạy trẻ bắt chước cách chơi. Những cách thức chơi bao gồm:

Tổ chức trò chơi

- Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn trẻ cách chơi (vị trí chỗ ngồi, quy định trong thời gian trị liệu, những việc được làm và không được làm)
- Cán bộ thực hiện trị liệu chơi mẫu cho trẻ quan sát.
- Chơi cùng trẻ, hỗ trợ trẻ bắt chước cách chơi.
- Hỗ trợ theo các mức độ: cầm tay chỉ việc hoàn toàn, trợ giúp một phần, gợi ý bằng cử chỉ, ký hiệu, gợi ý bằng lời.

- Tăng dần độ khó của hoạt động chơi một cách phù hợp với khả năng của trẻ.
- Phản hồi tích cực với những gì trẻ làm được. Luôn động viên khen ngợi mọi cố gắng của trẻ.

Các hoạt động chơi

- Tham gia chơi giúp trẻ phát triển các kỹ năng thiết yếu, bao gồm:
 - + Kỹ năng xã hội: Thông qua chơi, trẻ học cách chia sẻ, thay phiên nhau và tương tác tích cực với bạn bè, xây dựng các mối quan hệ quan trọng.
 - + Kỹ năng nhận thức: Chơi thúc đẩy khả năng giải quyết vấn đề, sáng tạo và tư duy phản biện, khuyến khích trẻ khám phá và hiểu môi trường của mình.
 - + Kỹ năng vận động: Cả kỹ năng vận động tinh và thô đều được phát triển và cải thiện khi trẻ tương tác với đồ chơi và tham gia vào nhiều hoạt động khác nhau.
 - + Điều hòa cảm xúc: Chơi cung cấp một không gian an toàn để trẻ thể hiện và quản lý cảm xúc của mình, giúp trẻ điều hướng cảm xúc và xây dựng khả năng phục hồi.
- Chơi khám phá, tạo cảm giác: khuyến khích trẻ khám phá môi trường chơi: cảm và quan sát đồ chơi, rồi thực hiện một số thao tác đơn giản.
- Chơi chức năng: dạy trẻ sử dụng một đồ vật theo chức năng, công năng và thực hiện được ở thực tế
- Chơi tưởng tượng: Kích thích sự sáng tạo và chơi giả vờ thông qua nhập vai, kể chuyện và sử dụng đạo cụ, khuyến khích trẻ em thể hiện bản thân và khám phá trí tưởng tượng của mình. Cán bộ thực hiện trị liệu dạy trẻ dùng một đồ vật tượng trưng cho một vật khác để trẻ phát triển trí tưởng tượng. dụ: Thực hiện gọi điện thoại cho người thân bằng cách sử dụng chiếc bút để tưởng tượng là điện thoại và thao tác bấm số, gọi cho người thân và đàm thoại...
- Chơi có quy tắc: dạy trẻ cách thức tổ chức trò chơi, phân vai người chơi, luật chơi. Ví dụ: chơi trốn tìm, đuổi bắt, các trò chơi thắng – thua.
- Chơi nhận thức: Dạy trẻ cách gọi tên các sự vật, hiện tượng, vận dụng chúng trong quá trình chơi, tương tác cùng bạn bè và người khác. Xây dựng các trò chơi và câu đố giải quyết vấn đề đầy thử thách thúc đẩy tư duy phản biện và phát triển nhận thức trong một môi trường vui tươi.

Lưu ý: Trong quá trình thực hiện kỹ thuật Cán bộ thực hiện trị liệu cần lôi kéo sự chú ý, hứng thú của trẻ.

6.3. Bước 3: Dựa vào biểu hiện của trẻ trong khi chơi, cán bộ thực hiện xác định khả năng bắt chước, khả năng chơi của trẻ, những khó khăn và điểm mạnh, từ đó đưa ra bài tập can thiệp về nhà cho cha mẹ/người chăm sóc và lên kế hoạch phiên tiếp theo.

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Ghi chép sổ y bạ hoặc hồ sơ bệnh án, trong đó mô tả trong hồ sơ các biểu hiện của trẻ và sự bắt chước của trẻ trong khi chơi (sự tập trung, mức độ hoạt động, các kỹ năng vận động tinh, vận động thô, nhận thức, cách giải quyết vấn đề...).
- Giải thích kết quả thực hiện kỹ thuật cho gia đình.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Dừng thực hiện kỹ thuật nếu trẻ có biểu hiện mệt mỏi, không tập trung, chống đối chơi

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Quan sát các biểu hiện của trẻ khi thực hiện kỹ thuật, bao gồm cả những vấn đề khác đi kèm. Có thể có một số sự cố như trẻ tăng hoạt động bị ngã, va đập, cho đồ chơi vào miệng... Cần quan sát cẩn thận đảm bảo sự an toàn của trẻ, nếu xảy ra sự cố cần liên hệ nhân viên y tế xử trí kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Academy of Medicine Singapore (2010). Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children: AMS-MOH Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore.
2. Australian Government, Department of Health (2015). Early Intervention Services for Children with Disability.
3. Bratton, Sue & Ray, Dee & Rhine, Tammy & Jones, Leslie. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. Professional Psychology: Research and Practice, 36, 376-390.
4. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzaha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, Kourkouta L (2021). An Overview of Play Therapy. Mater Sociomed, 33(4), 293-297.
5. Nicky Phillips, Liz Beavan (2012). Teaching Play to Children with Autism: Practical Interventions using Identiplay.

55. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC Ở TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Vận động là kỹ năng phát triển rất quan trọng của trẻ em, đặc biệt trẻ dưới 6 tuổi. Vận động và cảm giác là những yếu tố nền tảng giúp trẻ tri giác thế giới, tạo điều kiện cho việc học tập các kỹ năng khác. Nâng cao kỹ năng vận động: Các hoạt động vui chơi hấp dẫn được thiết kế để tăng cường cả kỹ năng vận động tinh và thô, chẳng hạn như xây dựng bằng các khối, chơi bắt bóng và vượt chướng ngại vật. Vận động được chia thành vận động thô và vận động tinh. Vận động thô là kỹ năng sử dụng các cơ lớn trên cơ thể người như nâng đầu dậy, lẫy, ngồi, bò, đứng, đi. Vận động tinh là kỹ năng sử dụng sử dụng chính xác những cử động của các nhóm cơ nhỏ của bàn tay và ngón tay để đạt được những nhiệm vụ tinh tế.

Cảm giác là là một quá trình tâm lý phản ánh những thuộc tính riêng lẻ của các sự vật hiện tượng khi chúng trực tiếp tác động vào giác quan. Các giác quan tiếp nhận các thông tin từ bên ngoài và bên trong cơ thể con người, sau đó hệ thần kinh trung ương sẽ xác định vị trí, sắp xếp phân loại và tổ chức các cảm giác này.

Kỹ năng vận động và cảm giác liên quan đến quá trình tiếp nhận thông điệp cảm giác (đầu vào cảm giác) và tạo ra phản ứng (đầu ra vận động). Chúng ta tiếp nhận thông tin cảm giác từ cơ thể và môi trường thông qua các hệ thống cảm giác (thị giác, thính giác, khứu giác, vị giác, xúc giác, tiền đình và cảm giác bản thể). Sau đó, thông tin cảm giác này cần được sắp xếp và xử lý để có thể tạo ra phản ứng vận động hoặc chuyển động phù hợp để thành công trong các công việc hàng ngày ở nhà hoặc ở trường.

Trẻ mắc các bệnh lý tâm thần: chậm phát triển, tự kỷ, bại não..., trẻ gặp khó khăn trong việc lập kế hoạch vận động cho các nhiệm vụ vận động tinh và các nhiệm vụ vận động thô (ví dụ như buộc dây giày, nhảy lò cò, đạp xe). Trẻ gặp khó khăn khi tiếp nhận các thông tin cảm giác từ môi trường bên ngoài và bên trong cơ thể, ảnh hưởng đến các kỹ năng về vận động thô và vận động tinh như phối hợp các vận động của cơ thể, không biết lập kế hoạch vận động, khó giữ thăng bằng cơ thể, hoặc các hoạt động phối hợp tay mắt đòi hỏi sự tinh tế khéo léo. Việc can thiệp về kỹ năng vận động và cảm giác là cần thiết, quan trọng trong sự phát triển của trẻ gặp khó khăn trong việc vận động. Quá trình can thiệp có thể kéo dài, gồm nhiều phiên khác nhau, mục đích và nội dung can thiệp của mỗi phiên được xác định tùy theo đặc điểm và nhu cầu của trẻ.

Mục đích kỹ thuật nhằm phát triển các kỹ năng vận động và các hoạt động điều hòa cảm giác cho trẻ em.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có khó khăn ở lĩnh vực vận động và cảm giác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Trẻ có bệnh cơ thể nặng
- Trẻ có rối loạn hành vi thách thức mức nặng: tự làm đau hoặc làm đau người khác, kích động quá mức.
- Trẻ có các khuyết tật về vận động và cảm giác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ đồ dùng thực hiện kỹ thuật:
 - + 01 bộ đồ dùng vận động thô: bóng đá, bóng ném, vòng nhảy, ống chui, cầu trượt, cầu thăng bằng, xe đạp.
 - + 01 bộ đồ dùng vận động tinh: ghép hình các loại, bút màu và giấy vẽ, kéo, đất nặn, bộ cắt quả, bộ xâu hình, bộ xé dán.
 - + 01 bộ đồ dùng điều hòa cảm giác: bóng trị liệu, bóng cầu gai, thảm gai, dụng cụ massage các vị trí cơ thể, dây chun cao su, dụng cụ nhai, đèn led, loa phát nhạc, chăn cuộn, đệm ngồi, các loại tinh dầu.
- Bút viết...

5.4. Người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho cha mẹ / người chăm sóc mục đích của kỹ thuật. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Kiểm tra lại bài tập can thiệp của phiên trước nếu có.
- Dựa vào đánh giá và chương trình can thiệp đã được xác định trước đó, cán bộ thực hiện xác định mục tiêu và lựa chọn các bài tập vận động và điều hòa cảm giác cụ thể phù hợp với trẻ.

6.2. Bước 2:

Tổ chức hoạt động vận động, cảm giác

- Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn trẻ cách tổ chức hoạt động (vị trí chỗ ngồi, quy định trong thời gian trị liệu, những việc được làm và không được làm)
- Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu hoạt động, làm mẫu cho trẻ quan sát.
- Cán bộ thực hiện trị liệu tham gia hoạt động cùng trẻ, hỗ trợ trẻ thực hiện các hoạt động vận động, cảm giác.
- Hỗ trợ theo các mức độ: cầm tay chỉ việc hoàn toàn, trợ giúp một phần, gợi ý bằng cử chỉ, ký hiệu, gợi ý bằng lời, chỉnh sửa các vận động chưa đúng
- Tăng dần độ khó của hoạt động cảm giác, vận động một cách phù hợp với khả năng của trẻ.
- Phản hồi tích cực với những gì trẻ làm được. Luôn động viên khen ngợi mọi cố gắng của trẻ.

Các hoạt động vận động, cảm giác

- Việc tổ chức các hoạt động vận động, cảm giác giúp trẻ tham gia vào các trải nghiệm cảm giác có tổ chức (ví dụ như nhảy, leo trèo, đẩy và kéo) và giải quyết các kỹ năng như phối hợp hai bên, vượt qua đường giữa và kiểm soát thân mình để giúp tăng cường khả năng tham gia vào các hoạt động cảm giác vận động của trẻ. Giúp trẻ gặp khó khăn trong việc lập kế hoạch vận động cho các kỹ năng vận động miệng và kỹ năng ăn uống để giúp phát triển các cơ được sử dụng để nhai, nuốt và nếm.
- Cán bộ thực hiện trị liệu dạy kỹ năng vận động, cảm giác bằng cách sử dụng phương pháp tiếp cận đa giác quan để cung cấp cho trẻ những trải nghiệm giúp cải thiện khả năng lập kế hoạch vận động cho các kỹ năng vận động tinh và thô, kỹ năng vận động miệng, hành vi, kỹ năng xử lý cảm giác, kỹ năng ăn uống, sự chú ý và bất kỳ khó khăn nào khác đang cản trở khả năng thành công về mặt xã hội, học tập và cá nhân của trẻ.
- Tham gia hoạt động vận động, cảm giác giúp trẻ phát triển các kỹ năng thiết yếu, bao gồm:
 - Vận động thô: Bò/trườn qua chướng ngại vật; leo trèo; nhảy-bật; đá bóng, bắt, ném bóng cao tay; đi thăng bằng; chạy; đi xe đạp.
 - Vận động tinh: vo/véo/ấn/kéo/bóp; xâu và tháo hạt; xé-dán giấy; vặn/xoay nắp hộp; kéo khóa; lắp ghép; cắt bằng dao/kéo; cầm bút.
 - Điều hòa cảm giác: cầm/sờ vào các vật liệu khác nhau; các hoạt động thăng bằng với bóng; các hoạt động xúc giác với các dụng cụ mát xa; các hoạt động với các vật liệu cảm giác khác...

Lưu ý:

- Tạo sự tập trung chú ý của trẻ
- Đưa ra phản hồi bằng những củng cố tích cực: khen ngợi, động viên, thưởng.

6.3. Bước 3: Dựa vào biểu hiện của trẻ trong khi thực hiện các kỹ thuật vận động và điều hòa cảm giác, cán bộ thực hiện trị liệu xác định khả năng vận động của trẻ, những

khó khăn và điểm mạnh, những bất thường về cảm giác, từ đó đưa ra bài tập can thiệp về nhà cho cha mẹ/người chăm sóc và lên kế hoạch phiên tiếp theo.

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Ghi chép sổ y bạ hoặc hồ sơ bệnh án, trong đó mô tả trong hồ sơ các biểu hiện của trẻ và sự bất chước của trẻ trong khi chơi (sự tập trung, mức độ hoạt động, các kỹ năng vận động tinh, vận động thô, nhận thức, cách giải quyết vấn đề...).
- Giải thích kết quả thực hiện kỹ thuật cho gia đình.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Dừng thực hiện kỹ thuật nếu trẻ có biểu hiện mệt mỏi, không tập trung, chống đối và không thực hiện hoạt động trị liệu

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Quan sát các biểu hiện của trẻ khi thực hiện kỹ thuật, bao gồm cả những vấn đề khác đi kèm. Có thể có một số sự cố như trẻ tăng hoạt động bị ngã, va đập, cho đồ chơi vào miệng... Cần quan sát cẩn thận đảm bảo sự an toàn của trẻ, nếu xảy ra sự cố cần liên hệ nhân viên y tế xử trí kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Academy of Medicine Singapore (2010) Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children: AMS-MOH Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore.
2. Australian Government, Department of Health (2015). Early Intervention Services for Children with Disability.
3. Caroline Whyatt, Cathy Craig (2013). Sensory-motor problems in Autism. Front Integr Neurosci. 7: 51.
4. Missouri Autism Guidelines Initiative (2012). Autism Spectrum Disorder: Guide to Evidence-based Intervention.
5. Randell E, Wright M, Milosevic S, et al. (2022). Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research. (Health Technology Assessment, No. 26.29.)

56. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG ĐIỀU CHỈNH HÀNH VI Ở TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi trẻ em bộc lộ việc mất kiểm soát về hành vi của mình, điều đó có thể ảnh hưởng tiêu cực đến mọi người trong gia đình, lớp học và môi trường xung quanh... Khi trẻ em thường xuyên bộc phát cảm xúc, đó có thể là dấu hiệu cho thấy trẻ chưa phát triển các kỹ năng cần thiết để đối phó với những cảm xúc như thất vọng, lo lắng và tức giận. Xử lý những cảm xúc theo cách lành mạnh và trưởng thành đòi hỏi nhiều kỹ năng, bao gồm:

- Kiểm soát xung động
- Tự điều chỉnh cảm xúc
- Giải quyết vấn đề
- Trì hoãn sự thỏa mãn
- Thương lượng
- Trao đổi mong muốn và nhu cầu với người lớn
- Biết điều gì là phù hợp hoặc mong đợi trong một tình huống nhất định

Một số trẻ gặp khó khăn hơn với ranh giới và việc tuân theo các quy tắc. Trẻ có thể bất chấp, hoặc bỏ qua hướng dẫn hoặc cố gắng nói để thoát khỏi những điều chúng không muốn. Các kiểu hành vi dường như xuất hiện vào một số thời điểm nhất định trong ngày (như giờ đi ngủ) trong một số nhiệm vụ nhất định (như khi làm bài tập về nhà) hoặc với một số người nhất định.

Những khi trẻ xuất hiện các hành vi quá mức, điều đó có thể gây căng thẳng cho mối quan hệ cha mẹ - con cái, tạo ra sự thất vọng và mệt mỏi thường xuyên, tạo ra sự căng thẳng trong gia đình. Khi trẻ thể hiện các hành vi bất thường, cha mẹ thường cảm thấy bất lực. Họ có thể đã thử nhiều kỹ thuật khác nhau để kỷ luật nhưng không mấy thành công. Trẻ không thể kiểm soát cảm xúc, hành vi của mình có thể do trẻ chưa học được cách tốt hơn để giải quyết vấn đề hoặc truyền đạt nhu cầu của mình. Những bậc cha mẹ thường phản ứng với con giận dữ bằng cách cố gắng sửa chữa bất cứ điều gì gây ra vấn đề ở trẻ— bằng cách an ủi trẻ hoặc cho trẻ bất cứ thứ gì trẻ yêu cầu. Việc làm này vô tình củng cố các hành vi bất thường hơn nữa, vì trẻ học được cách phản ứng tốt hơn trong việc vượt qua các ranh giới kỷ luật mà cha mẹ tạo ra. Trẻ ít có khả năng phát triển những kỹ năng giải quyết vấn đề để kiểm soát cảm xúc của mình.

Việc giúp cha mẹ/ người giám hộ/ người chăm sóc hiểu về cách thức quản lý hành vi ở trẻ bao gồm những gì có thể gây ra hành vi có vấn đề, cách cải thiện mối quan hệ cha mẹ - con cái khi mối quan hệ trở nên căng thẳng, phải làm gì nếu trẻ đang gặp khó khăn với các hành vi ở trường và cách nhận trợ giúp chuyên nghiệp nếu cần.

Mục đích của kỹ thuật nhằm hướng dẫn cha mẹ / người chăm sóc các kỹ năng điều chỉnh những hành vi thách thức ở trẻ, giúp trẻ giảm bớt những hành vi này và học các hành vi thay thế phù hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cha mẹ/ người giám hộ/ người chăm sóc có trẻ bị rối loạn hành vi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cha mẹ/ người giám hộ/ người chăm sóc có khiếm khuyết cơ thể (câm, mù, điếc, không có khả năng hiểu ngôn ngữ)
- Người có bệnh thực thể nặng

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc thiếu thông tin về trẻ.
- Cha mẹ hoặc người chăm sóc có những vấn đề sức khỏe tâm thần, chưa sẵn sàng để thực hiện các hoạt động quản lý hành vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ đồ dùng thực hiện kỹ thuật:
 - + 01 phiếu đánh giá hành vi
 - + 01 bộ tranh lịch trình hoạt động
 - + 01 bộ giỏ kết thúc hoạt động
 - + 03 hộp nhựa trong đựng đồ chơi
 - + 01 bộ sticker dán nhãn
- Bút viết

5.4. Người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện tri liệu giải thích cho cha/mẹ/người chăm sóc nội dung mục đích của kỹ thuật. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Kiểm tra lại bài tập can thiệp của phiên trước nếu có.
- Dựa vào đánh giá và chương trình can thiệp đã được xác định trước đó, cán bộ thực hiện lựa chọn mục tiêu và bài tập can thiệp cụ thể phù hợp đối với các hành vi của trẻ.

6.2. Bước 2:

Tổ chức hoạt động

- Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn cha/mẹ cách tổ chức hoạt động (vị trí chỗ ngồi, quy định trong thời gian trị liệu, những việc được làm và không được làm)
- Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu hoạt động, làm mẫu cho cha/mẹ quan sát.
- Cán bộ thực hiện trị liệu phân tích về hành vi, phân loại các hành vi (thời gian xuất hiện, biểu hiện hành vi, những người có liên quan đến hành vi, các yếu tố củng cố, yếu tố gây nhiễu....)
- Xây dựng những hành vi muốn thay đổi
- Cách thức thực hiện, trong quá trình sử dụng các bộ công cụ, là tranh lịch trình, các hộp đựng, nhãn dán, sticker, giỏ kết thúc để hướng dẫn cha mẹ cách tổ chức và sắp xếp các hoạt động tại gia đình phù hợp, giúp làm giảm thiểu sự xao lãng, các kích thích giác quan và giúp cho trẻ hiểu được trình tự các hoạt động.
- Phản hồi tích cực với những gì trẻ làm được. Luôn động viên khen ngợi mọi cố gắng của trẻ.

Các hoạt động vận động, cảm giác

- Hướng dẫn điều chỉnh hành vi qua các bước:
 - + Xác định chức năng của hành vi;
 - + Xác định điều gây khởi phát và điều củng cố hành vi;
 - + Thực hiện các biện pháp phù hợp nhằm thay đổi tiền đề và thay đổi những điều làm củng cố hành vi;
 - + Dạy trẻ các hành vi tích cực thay thế.

Ngoài ra, cha/mẹ được hướng dẫn thực hiện các kỹ thuật kìm giữ và xử lý cơn giận dữ bột phát.

- Hướng dẫn cha mẹ cách thức giao tiếp phù hợp với đặc điểm của trẻ.

6.3. Bước 3: Dựa vào biểu hiện của trẻ và năng lực của cha/mẹ/người chăm sóc trong quá trình thực hiện kỹ thuật, cán bộ thực hiện trị liệu xác định những khó khăn và điểm mạnh về hành vi của trẻ, từ đó đưa ra bài tập can thiệp về nhà cho cha mẹ/người chăm sóc và lên kế hoạch phiên tiếp theo.

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Ghi chép sổ y bạ hoặc hồ sơ bệnh án, trong đó mô tả trong hồ sơ các biểu hiện của trẻ, thái độ, nhận thức của cha mẹ, điều kiện can thiệp hành vi của gia đình.
- Giải thích kết quả thực hiện kỹ thuật cho gia đình.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Cha/mẹ/ người chăm sóc không phối hợp và có hành vi tổn thương con hoặc hành vi không phù hợp với nhà trị liệu thì dừng điều trị

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Autism Speak (2018). Challenging Behaviors Tool Kit
2. Australian Government, Department of Health (2015). Early Intervention Services for Children with Disability.
3. Missouri Autism Guidelines Initiative (2012). Autism Spectrum Disorder: Guide to Evidence-based Intervention.
4. Newcomer, L. L., Lewis, T. J. (2004). Functional Behavioral Assessment: An Investigation of Assessment Reliability and Effectiveness of Function-Based Interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(3), 168–181.
5. Yeong, Y., Copeland, S.R. (2020). Comparing Functional Behavior Assessment-Based Interventions and Non-functional Behavior Assessment-Based Interventions: A Systematic Review of Outcomes and Methodological Quality of Studies. *J Behav Educ*, 29, 1–41.

57. PHÁT TRIỂN KỸ NĂNG SỐNG Ở TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ năng sống là thuật ngữ dùng để mô tả một tập hợp các kỹ năng cơ bản có được thông qua học tập và/hoặc trải nghiệm sống trực tiếp giúp cá nhân và nhóm có thể xử lý hiệu quả các vấn đề và khó khăn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.

Kỹ năng sống là những khả năng thực hiện các hành vi có tính thích nghi và tích cực, nó giúp cá nhân ứng phó một cách hiệu quả với những đòi hỏi và thách thức của cuộc sống hàng ngày (World Health Organisation, 1993, p1)

Kỹ năng sống là khả năng tâm lý giúp thực hiện các hành vi thích ứng và tích cực, những hành vi này sẽ giúp cá nhân đối phó một cách hiệu quả với những yêu cầu và thách thức trong cuộc sống (UNICEF, 2015, p3)

Các kỹ năng sống tập trung vào việc dạy cho cá nhân nhận thức được quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là công dân như:

- Hiểu biết về các vấn đề xã hội và chính trị
- Quan tâm đến phúc lợi của người khác
- Có khả năng diễn đạt rõ ràng ý kiến và lập luận của mình
- Có khả năng ảnh hưởng đến thế giới
- Hoạt động trong cộng đồng
- Có trách nhiệm trong cách trẻ hành động.

Những năng lực này không phát triển nếu không có sự hỗ trợ; chúng phải được học.

Mục đích của kỹ năng sống:

- Giúp trẻ phát triển sự tự tin và ứng phó thành công với những thay đổi và thách thức quan trọng trong cuộc sống, chẳng hạn như việc ứng phó khi bị bắt nạt, tự chăm sóc bản thân, bảo vệ bản thân trước những tình huống nguy hiểm, có kỹ năng giải quyết vấn đề
- Giúp trẻ có tiếng nói ở trường, trong cộng đồng và trong xã hội nói chung.
- Cho phép trẻ đóng góp tích cực bằng cách phát triển chuyên môn và kinh nghiệm cần thiết để khẳng định quyền lợi và hiểu trách nhiệm của mình, đồng thời chuẩn bị cho trẻ những thách thức và cơ hội của cuộc sống trưởng thành và cuộc sống làm việc sau này.

Các loại kỹ năng: kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng ra quyết định; kỹ năng suy nghĩ biện chứng, kỹ năng sáng tạo; kỹ năng giao tiếp, kỹ năng liên cá nhân, kỹ năng tự nhận thức, kỹ năng thấu cảm; kỹ năng ứng phó với cảm xúc và căng thẳng; kỹ năng quyết định có trách nhiệm; kỹ năng ý thức và điều chỉnh bản thân; kỹ năng thương lượng, hợp tác và làm việc nhóm, ...

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em thiếu hoặc gặp khó khăn về kỹ năng sống

3. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

- Những người có khuyết tật cơ thể (điếc, câm, mù)
- Người bệnh hoặc các thành viên trong gia đình từ chối tiếp nhận trị liệu.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ liệu pháp, giấy, bút...
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh, loa bluetooth, bảng flipchart, mic, thú bông chơi đóng vai và các trò chơi giả tưởng, bộ công cụ nghề nghiệp...

5.4. Người bệnh:

- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Tổ chức hoạt động

- Cán bộ thực hiện trị liệu hướng dẫn trẻ cách tổ chức hoạt động (vị trí chỗ ngồi, quy định trong thời gian trị liệu, những việc được làm và không được làm)
- Cán bộ thực hiện trị liệu giới thiệu hoạt động, làm mẫu cho trẻ quan sát.
- Xây dựng những kỹ năng cần thực hiện với trẻ
- Phản hồi tích cực với những gì trẻ làm được. Luôn động viên khen ngợi mọi cố gắng của trẻ.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 30-45 phút, gồm các phần sau:

- 6.1. Bước 1: Điều dưỡng gọi tên, mời người bệnh vào phòng thực hiện trị liệu, hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục hành chính
- 6.2. Bước 2: Tiến hành đánh giá, phân tích để biết rõ về những kỹ năng của người bệnh. Nhà trị liệu cần xác định cụ thể về những kỹ năng mà người bệnh hiện đang có cũng như các kỹ năng đang còn bị khiếm khuyết.
- 6.3. Bước 3: Dựa trên kết quả đánh giá ban đầu, nhà trị liệu sẽ cân nhắc đến việc lựa chọn các mục tiêu và liệu pháp trị liệu phù hợp nhất cho từng đối tượng khác nhau. Mỗi người bệnh sẽ có mức độ đáp ứng tốt với từng loại kỹ năng nên không thể áp dụng chung hết cho tất cả các người bệnh.
- 6.4. Bước 4: Lên kế hoạch cụ thể về nội dung rèn luyện, can thiệp chung và riêng lẻ cho từng cá nhân. Trong đó cần phải liệt kê chi tiết về từng kỹ năng trong từng lĩnh vực khác nhau.
- 6.5. Bước 5: Cần thường xuyên xem xét tiến độ của người bệnh, quyết định xem có cần bổ sung hoặc thay thế kỹ năng mới hay không. Khoảng thời gian dành cho người bệnh tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của vấn đề và tốc độ cải thiện của từng cá nhân.
- 6.6. Bước 6: Kết thúc buổi trị liệu: Cán bộ tâm lý/ bác sĩ ôn lại và điều dưỡng tổng kết buổi trị liệu, dặn dò, giao bài tập về nhà cho người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biện chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Minh, Nguyễn Cao Minh (chủ biên), Nguyễn Thị Thu Hiền, Đoàn Thị Hương (2018), "Giáo dục kỹ năng sống và các vấn đề xã hội", NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội
2. Vũ Văn Thuấn, Trần Văn Công (đồng chủ biên), 2020, "Đào tạo kỹ năng xã hội cho trẻ rối loạn phát triển", NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội
3. <https://www.britishcouncil.gr/en/life-skills/about/what-are-life-skills>
4. https://media.wcupds.wisc.edu/related-training/independent_living/m3/story_content/external_files/Ideas-for-Teaching-Life-Skills.pdf

58. ĐÁNH GIÁ VÀ XÂY DỰNG KẾ HOẠCH CAN THIỆP CHO TRẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Đánh giá có thể được định nghĩa như một quá trình thu thập thông tin để nhằm mục đích đưa ra một quyết định về kế hoạch can thiệp cụ thể cho vấn đề của trẻ. Đánh giá và xây dựng kế hoạch can thiệp tập trung vào một số vấn đề như:

- Tổ chức và lập kế hoạch
- Thu hút sự tham gia của trẻ
- Xây dựng mục tiêu can thiệp
- Tiến hành đánh giá sự tham gia của trẻ
- Xây dựng kế hoạch cải thiện sức khỏe trẻ em
- Triển khai và giám sát kế hoạch cải thiện vấn đề của trẻ
- Đánh giá quy trình và kết quả

Mục đích

Đánh giá và lập kế hoạch can thiệp có thể góp phần vào việc chăm sóc trẻ em/ người bệnh nói chung bằng cách hỗ trợ chẩn đoán phân biệt; mô tả điểm mạnh/điểm yếu để đưa ra liệu pháp phục hồi chức năng và lập kế hoạch xử trí; theo dõi chức năng nhận thức, cảm xúc và hành vi theo từng giai đoạn; và xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng xấu đến sự tham gia. Các can thiệp tâm lý tiếp tục đóng góp vào quá trình phục hồi chức năng thông qua việc cung cấp giáo dục quan trọng cho trẻ và gia đình; khắc phục các khiếm khuyết về hành vi hoặc các hành vi có vấn đề khác; khắc phục nhận thức/đào tạo chiến lược bù trừ; hỗ trợ trẻ thích nghi với khuyết tật; và điều trị tâm lý trị liệu cho các rối loạn tâm thần đi kèm (ví dụ: trầm cảm; lo âu). Cuối cùng, cả đánh giá và can thiệp tâm lý đều là các dịch vụ lâm sàng linh hoạt có thể (và nên) được điều chỉnh theo nhu cầu phục hồi chức năng riêng biệt của từng trẻ để tối đa hóa kết quả chung của trẻ và chất lượng cuộc sống.

Đánh giá trước can thiệp và xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân là hoạt động cần thiết trước khi tiến hành can thiệp cho trẻ. Kế hoạch can thiệp là một chương trình dựa trên những nguyên tắc giống nhau, nhưng mục tiêu, nội dung và các biện pháp tác động được thiết kế dựa trên đặc điểm của mỗi cá nhân, và vận dụng một cách linh hoạt cùng với sự phát triển của trẻ trong quá trình can thiệp. Quá trình đánh giá và lập kế hoạch can thiệp nhằm thống nhất trình tự, nội dung và các công cụ và biện pháp có thể sử dụng trong quá trình thực hiện các hoạt động can thiệp đối với trẻ. Kế hoạch can thiệp có thể được điều chỉnh định kỳ mỗi 3-6 tháng.

Mục đích của kỹ thuật nhằm lập kế hoạch can thiệp phù hợp với đặc điểm của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn hành vi ở trẻ;
- Rối loạn sự phát triển ở trẻ.

3. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ/gia đình không hợp tác điều trị tâm lý

4. THẬN TRỌNG

Tạm thời trì hoãn hoặc thận trọng nếu:

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc thiếu thông tin về trẻ
- Cha mẹ hoặc người chăm sóc có những vấn đề cảm xúc hành vi, chưa sẵn sàng để đánh giá và lập kế hoạch.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ liệu pháp
- Giấy, bút
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu

5.4. Người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho cha, mẹ/người chăm sóc mục đích của kỹ thuật. Giải thích thông tin của người bệnh được bảo đảm bí mật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-45 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Phỏng vấn cha mẹ và quan sát trực tiếp trẻ nhằm đánh giá mức độ phát triển các kỹ năng, những khó khăn, điểm mạnh của trẻ theo các lĩnh vực, bao gồm:

- Giao tiếp và tương tác xã hội.
- Chơi.
- Các hoạt động vận động và xử lý các vấn đề cảm giác, giác quan.
- Các kỹ năng sống: kỹ năng ứng xử, tự phục vụ.
- Các hành vi thách thức.

6.2. Bước 2: Dựa vào kết quả của đánh giá, cán bộ thực hiện trị liệu các mục tiêu can thiệp ở mỗi lĩnh vực. Các mục tiêu này cần đạt được 5 tiêu chí: cụ thể, đo lường được, khả thi, quan trọng và giới hạn thời gian hoàn thành.

6.3. Bước 3: Dựa trên mục tiêu can thiệp, cán bộ trị liệu lập kế hoạch can thiệp, đồng thời thảo luận với cha mẹ về kế hoạch can thiệp của trẻ dựa trên mục tiêu, điều kiện gia đình xã hội của trẻ nhằm đảm bảo tính khả thi của kế hoạch. Trong kế hoạch bao gồm những nội dung: hoạt động/bài tập cụ thể nhằm đạt được mục tiêu tại mỗi lĩnh vực, cán bộ thực hiện, nơi thực hiện, những lưu ý...

6.4. Bước 4. Kết thúc quy trình

- Ghi chép sổ y bạ hoặc hồ sơ bệnh án, trong đó mô tả trong hồ sơ các biểu hiện của trẻ trong khi làm đánh giá, thái độ, nhận thức của cha mẹ, điều kiện can thiệp của gia đình.
- Giải thích kết quả đánh giá cho gia đình. Xác định thời gian đánh giá định kỳ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Quá trình thực hiện kỹ thuật thường không xảy ra tai biến.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Quan sát các biểu hiện của bệnh nhân khi thực hiện kỹ thuật, bao gồm cả những vấn đề khác đi kèm. Có thể có một số sự cố như trẻ tăng hoạt động bị ngã, va đập, cho đồ chơi vào miệng... Cần quan sát cẩn thận đảm bảo sự an toàn của trẻ, nếu xảy ra sự cố cần liên hệ nhân viên y tế xử trí kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: không có

7.3. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Academy of Medicine Singapore (2010). Autism Spectrum Disorders in Pre-School Children: AMS-MOH Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore.
2. Australian Government, Department of Health (2015). Early Intervention Services for Children with Disability.
3. Bates, Michael. (2001). The Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS): Review and Current Status. Clinical child and family psychology review. 4. 63-84. 10.1023/A:1009528727345.
4. Cassidy EL, Sheikh JI. (2020). Pre-intervention assessment for disruptive behavior problems: a focus on staff needs. Aging Ment Health, 6(2), 166-171.
5. Ontario. Ministry of Education (2000). Individual Education Plans : Standards for Development, Program Planning, and Implementation. Ontario, Ministry of Education.

59. LIỆU PHÁP PHỤC HỒI KIẾN THỨC XÃ HỘI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi kiến thức xã hội (Recover Social Knowledge - RCK) là quá trình để người bệnh tâm thần đạt được mức tối đa các chức năng về sinh hoạt, giao tiếp, tâm lý xã hội, lao động nghề nghiệp để có thể sống hoà nhập cùng cộng đồng. Thông qua việc cải thiện các chức năng đó, người bệnh tâm thần có thể quay trở lại nhịp sống, sinh hoạt và làm việc. Phục hồi xã hội được coi là hành trình của những người mắc bệnh tâm thần hướng tới việc lấy lại sự công nhận và chấp nhận của xã hội, dưới hình thức bản sắc và sự hiện diện xã hội của họ.

Phục hồi kiến thức xã hội giúp người bệnh cách quản lý cảm xúc tốt hơn, đào tạo kỹ năng xã hội cũng có giá trị vì nó có thể dạy họ cách từ chối đồ uống hoặc lời đề nghị sử dụng ma túy. Đào tạo kỹ năng xã hội cũng rất hiệu quả trong việc giảm căng thẳng, thất vọng, lo lắng, bối rối và cô đơn chống lại cảm giác lo lắng và trầm cảm, đồng thời cải thiện mối quan hệ với người khác, tất cả đều là những yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ tái nghiện. Kỹ năng xã hội tốt sẽ khuyến khích sự củng cố tích cực từ người khác và góp phần mang lại cảm giác hạnh phúc và khỏe mạnh hơn.

Phục hồi kiến thức xã hội người giúp người bệnh học các kỹ năng xã hội cơ bản giúp họ quản lý cảm xúc tốt hơn, đối phó với những cảm giác khó khăn, khuyến khích các mối quan hệ lành mạnh với mọi người trong cuộc sống và hoạt động tốt hơn trong cuộc sống của họ. Đây là một trị liệu có hiệu quả cao trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh đang trong quá trình hồi phục, cũng như khuyến khích quá trình phục hồi suốt đời và giảm nguy cơ tái phát.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cảm xúc: Rối loạn trầm cảm, rối loạn lưỡng cực
- Rối loạn liên quan stress: rối loạn lo âu, ám ảnh,
- Rối loạn phát triển: tự kỷ, asperger
- Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất gây nghiện
- Tâm thần phân liệt và các rối loạn liên quan
- Những người mắc bệnh tâm thần bị thiếu hụt các kỹ năng xã hội

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bút viết
- Vật dụng, dụng cụ phù hợp với nội dung từng phiên trị liệu
- Tivi thông minh, Usb và đầu đĩa, loa bluetooth, mic, bảng flipchart

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán
- Cán bộ thực hiện trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị nhóm người bệnh (từ 5 đến 10 người) trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 40-70 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Các giai đoạn của trị liệu:

Giai đoạn 1: Xác định và chẩn đoán. Cán bộ trị liệu xác định vấn đề của người bệnh và gia đình. Đánh giá khó khăn tâm lý, trở ngại về hoạt động chức năng.

Giai đoạn 2: Lên kế hoạch trị liệu. Xác định trách nhiệm, nghĩa vụ cũng như quyền lợi của các bên. Xác định mục tiêu cần đạt qua từng thời điểm và toàn bộ quá trình. Xác định khoảng thời gian thực hiện điều trị

Giai đoạn 3: Phục hồi chức năng tâm lý xã hội – kiến thức xã hội cho người bệnh là quá trình hỗ trợ người bệnh có thể sinh hoạt, làm việc và nâng cao chất lượng cuộc sống. Trình tự thực hiện sẽ được thực hiện theo các vấn đề như sau: (1) Thông thạo ngôn ngữ, (2) Giao tiếp giữa các cá nhân, (3) Sở thích cá nhân và sự tham gia vào cộng đồng, (4) Sự thích nghi, (5) Hiệu suất công việc/ học tập.

Một số phương pháp mà cán bộ trị liệu sẽ sử dụng trong quá trình trị liệu bao gồm:

- Hướng dẫn người bệnh về các loại tương tác xã hội khác nhau, các tình huống phổ biến và hành vi xã hội.
- Làm mẫu hành vi theo cá nhân khác.
- Nhập vai để thực hành các kỹ năng xã hội mới trong một môi trường an toàn, không phán xét.
- Nhận phản hồi mang tính xây dựng từ nhà trị liệu về hiệu suất và các lĩnh vực có thể được cải thiện, cũng như điểm mạnh của người bệnh.

Các kỹ năng xã hội bao gồm:

- Bảng lời nói – chẳng hạn như hình thức, cấu trúc, nội dung, bối cảnh và số lượng lời nói
- Phi ngôn ngữ – Giao tiếp bằng mắt, nét mặt, tư thế và khoảng cách cá nhân
- Ngôn ngữ học – Âm lượng, tốc độ, âm điệu và cao độ
- Nhận thức xã hội – xử lý thông tin xã hội để đưa ra quyết định và phản hồi phù hợp
- Sự quyết đoán
- Kỹ năng đàm thoại – chẳng hạn như bắt đầu và duy trì một cuộc trò chuyện
- Thể hiện sự đồng cảm, tình cảm, nỗi buồn và những cảm xúc tương tự phù hợp với bối cảnh và kỳ vọng của xã hội
- Các kỹ năng khác liên quan đến quản lý và ổn định bệnh tật

Lưu ý: Tùy thuộc vào nhu cầu và yêu cầu của cá nhân hoặc gia đình, mức độ hoạt động, thiếu hụt kỹ năng, tính cách trước khi bị bệnh của từng người bệnh, các cá nhân được đào tạo về các kỹ năng xã hội là khác nhau.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 40 -70 phút, gồm các phần sau:

- **Bước 1: Giao tiếp mở đầu & tái tạo cảm giác an toàn (10 phút)**
 - + Đánh giá xã hội: “Đạo gần đây, bạn có tương tác nào đáng chú ý với người khác không?”, “Bạn cảm thấy như thế nào khi ở gần người khác những ngày này?”
 - + Thiết lập mục tiêu xã hội của phiên (nếu có): “Có điều gì về cách bạn tương tác với người khác mà bạn muốn hiểu rõ hơn hôm nay không?”

- **Bước 2: Khám phá các tri thức xã hội đã bị "lệch" hoặc bị "đóng băng" (15-20 phút)**

Mục tiêu: nhận diện các mô hình nhận thức – cảm xúc xã hội đang bị tổn thương hoặc sai lệch

- + Gọi mở ký ức xã hội tiêu biểu: “Bạn có nhớ lần gần nhất bạn cảm thấy bị hiểu lầm không?”, “Bạn đã từng có trải nghiệm nào khiến bạn không muốn tin người khác nữa?”
 - + Làm rõ niềm tin xã hội sâu hơn: “Nếu phải mô tả thế giới xã hội bằng một câu, bạn sẽ nói gì?”, (Ví dụ: “*Không ai thật lòng cả*” / “*Nếu mình yếu đuối, người khác sẽ lợi dụng mình*”...)
 - + Làm rõ hành vi xã hội tương ứng: “Bạn thường làm gì để tự bảo vệ mình trong môi trường xã hội?”
- **Bước 3: Phân tích và làm mềm các mô thức xã hội (15 phút)**

Mục tiêu: giải cấu trúc các mô hình xã hội hóa tiêu cực

- + Phản chiếu và xác nhận trải nghiệm: “Tôi thấy có thể ngày đó, bạn không có lựa chọn nào tốt hơn ngoài việc tránh người khác.”, “Niềm tin đó có thể từng giúp bạn sinh tồn, nhưng bây giờ nó có đang ngăn bạn sống không?”

- + Sử dụng kỹ thuật “vai diễn xã hội nội tại”: “Bạn có thấy trong mình có phần nào luôn cảnh giác, và phần nào lại khao khát gần gũi không?”
- **Bước 4: Tái xây dựng nhận thức & thực hành kết nối xã hội (10-15 phút)**
Mục tiêu: hỗ trợ người bệnh cập nhật lại nhận thức xã hội và thử nghiệm trải nghiệm mới
 - + Mời người bệnh tưởng tượng các kịch bản xã hội khác biệt: “Nếu bạn có thể thử một cách mới để phản hồi, bạn sẽ chọn gì?”, “Nếu người kia không từ chối bạn, mà đang lúng túng, điều đó thay đổi điều gì?”
 - + Thực hành vi mô phỏng xã hội: Dùng kỹ thuật nhập vai nhẹ (roleplay) để thử nghiệm cách phản ứng khác.
- **Bước 5: Kết thúc – tổng kết tri thức xã hội mới (5-10 phút)**
 - + **Câu hỏi tổng kết:** “Hôm nay bạn nhận ra điều gì mới về cách bạn nhìn xã hội hay người khác?”, “Có điều gì bạn muốn thử áp dụng ngoài đời không?”
 - + **Làm tròn phiên bằng một mô hình mới:** “Nếu bạn muốn xây lại bản đồ xã hội của mình, bạn sẽ bắt đầu từ đâu?”

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

- Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NXB Y học (2008). Tài liệu số 16 Phục hồi chức năng người có bệnh tâm thần.
2. Phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho người bệnh tâm thần tại cộng đồng, Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương (<https://www.maihuong.gov.vn/vi/chuong-trinh-phcn/phcn-tam-ly-xa-hoi-cho-nguoi-benh-tam-than-tai-cong-dong.html>)
3. Armijo J, Mendez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, Rojas G (2013). Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Frontiers in Psychiatry*.4:116. doi:10.3389/fpsy.2013.00116. REASON FOR EXCLUSION: Studies are not pooled.
4. Bourdieu P. The Forms of Capital. In: Richardson J., editor. *Handbook of Theory and Research to the Sociology of Education*. Greenwood Press; New York, NY, USA: 1986. [Google Scholar]
5. Chien WT, Leung SF, Yeung FKK, Wong WK (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disorders Treatment*.2013(9):1463-1481.

doi:<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S49263>. REASON FOR EXCLUSION: Studies on social skills training are not pooled.

6. Fowler D, Hodgekins J, French P, et al. Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. January 2018;5(1):41-50
7. Rapp C.A., Goscha R.J. *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach*. Oxford University Press; New York, NY, USA: 2012. [[Google Scholar](#)]
8. Wilson, J. (2013). Exploring the past, present and future of cultural competency research: The revision and expansion of the sociocultural adaptation construct. (Unpublished doctoral dissertation). Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.

60. LIỆU PHÁP QUẢN LÝ DỰA TRÊN GIA ĐÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệu pháp quản lý dựa trên gia đình (Family Based Treatment – FBT) là một loại hình trị liệu thuộc phương pháp trị liệu hệ thống gia đình có thể giúp các thành viên trong gia đình quản lý tốt các vấn đề mà một thành viên của gia đình là người bệnh đang gặp khó khăn về tâm lý.

Liệu pháp quản lý dựa trên gia đình được xây dựng dựa trên tầm ảnh hưởng của cha mẹ đối với con cái trong bối cảnh gia đình và vô cùng quan trọng. Gia đình là môi trường nuôi dưỡng, giáo dục, uốn nắn, tập luyện... cho mọi đứa trẻ từ lúc sinh ra cho đến khi bước vào đời. Các cách giáo dục khác nhau của cha mẹ cũng như các kiểu tương tác trong gia đình có thể gây ra các vấn đề rối nhiễu cho các thành viên trong gia đình đặc biệt là với con cái và còn có thể ảnh hưởng sâu rộng đến những mối quan hệ khác của đứa trẻ về sau này khi lớn lên trong xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

Được chỉ định trong các rối loạn tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên:

- Các rối loạn ăn uống
- Rối loạn phát triển: tự kỷ, tăng động giảm chú ý
- Có vấn đề về cảm xúc
- Có vấn đề về hành vi
- Các chỉ định khác như: rối loạn học tập, sử dụng chất tác động tâm thần, các rối loạn liên quan stress, ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (kích động...) trì hoãn thời gian, tiến hành trị liệu khi người bệnh ổn định hơn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Bút viết
- Vật dụng, tài liệu được sử dụng tùy từng giai đoạn, tùy thuộc từng người bệnh.

5.4. Người bệnh:

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

- Cán bộ trị liệu giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60-90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Liệu pháp quản lý dựa trên gia đình trung bình gồm 5 buổi:

- **Buổi 1:** Xây dựng mối quan hệ trị liệu thông qua các kỹ năng lắng nghe, đặt câu hỏi, thấu cảm... để hiểu các vấn đề liên quan đến cha mẹ và trẻ, tìm hiểu những vấn đề về tâm lý mà trẻ đang gặp phải trong gia đình, đánh giá vấn đề của cha mẹ và trẻ bằng trắc nghiệm tâm lý (nếu cần).
- **Buổi 2:** Giới thiệu về liệu pháp quản lý dựa trên gia đình, giáo dục tâm lý cho cha mẹ về mục tiêu trị liệu, vai trò của cán bộ trị liệu, vai trò của cha mẹ trong phối hợp điều trị. Cung cấp những quy tắc cũng như cách thức thực hiện của liệu pháp. Đưa ra cam kết trị liệu giữa nhà trị liệu và cha mẹ của trẻ.
- **Buổi 3:** Cán bộ trị liệu sử dụng kỹ thuật về tâm lý (lắng nghe, phản hồi tích cực, đặt câu hỏi...), để cung cấp các kỹ năng mới trong việc sử dụng hợp lý tầm ảnh hưởng của cha mẹ trong việc quản lý các vấn đề khó khăn của con cái. Thực hành kỹ năng có đóng vai giữa cán bộ trị liệu với trẻ, giữa cha mẹ với trẻ. Giao bài tập về nhà.
- **Buổi 4:** Hỏi về quá trình thực hành tại nhà, khó khăn và thuận lợi. Cùng cố lại kiến thức, hỗ trợ cha mẹ giải quyết các vấn đề khó khăn. Thực hành kỹ năng có đóng vai giữa cán bộ trị liệu với trẻ, giữa cha mẹ và trẻ. Giao bài tập về nhà.
- **Buổi 5:** Hỏi về quá trình thực hành tại nhà, khó khăn và thuận lợi. Cùng cố lại kiến thức, hỗ trợ cha mẹ giải quyết các vấn đề khó khăn. Đánh giá lại mục tiêu ngắn hạn, dài hạn đã đạt được. Cam kết sau trị liệu, kết thúc trị liệu.

Số buổi trị liệu trong một liệu trình có thể tăng lên hoặc giảm đi dựa trên hiệu quả điều trị hoặc sự hợp tác/nhu cầu của người bệnh.

Hoạt động của mỗi phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 60-90 phút, gồm các phần sau:

- Bước 1: Khởi động & xây dựng mối quan hệ (10–15 phút)

Mục tiêu: Thiết lập không khí an toàn, không phán xét

- + Chào đón & giới thiệu mục tiêu buổi đầu: “Phiên đầu tiên hôm nay giúp tôi hiểu rõ hơn về hoàn cảnh của gia đình mình, cũng như để chia sẻ về cách chúng ta sẽ cùng làm việc trong thời gian tới.”

- + Mời từng người giới thiệu ngắn và nêu kỳ vọng (nếu phù hợp): “Bạn mong chờ điều gì khi tham gia trị liệu cùng gia đình?”

- Bước 2: Phỏng vấn ban đầu (30–35 phút)

Mục tiêu: Xây dựng bức tranh toàn cảnh về vấn đề – từ góc nhìn đa chiều

- + Với cha mẹ/người chăm sóc: “Bạn bắt đầu nhận thấy điều gì khiến bạn lo lắng về con mình?”, “Bạn đã thử những cách gì? Có điều gì hiệu quả hoặc chưa hiệu quả?”, “Tình hình ăn uống, giấc ngủ, học tập, giao tiếp xã hội của con hiện tại thế nào?”
- + Với trẻ (nếu đủ an toàn): “Điều gì khiến bạn cảm thấy khó khăn gần đây?”, “Bạn nghĩ người khác đang hiểu sai điều gì về bạn?”, “Bạn cảm thấy mình cần được hỗ trợ gì nhất?”
- + Quan sát động lực – mối liên kết trong gia đình: (Ánh mắt, cách trao đổi, giọng điệu khi nói về nhau...)

- Bước 3: Giáo dục tâm lý về rối loạn & mô hình FBT (20–25 phút)

Mục tiêu: Thay đổi nhận thức – từ “đổ lỗi” sang “hành động”

- + “Trước tiên, tôi muốn chia sẻ với cả nhà một chút về cách chúng tôi nhìn nhận vấn đề này từ góc độ tâm lý học lâm sàng.”
- + Giải thích về rối loạn (ví dụ: rối loạn ăn uống): Đây là một căn bệnh thực sự, không phải là sự lựa chọn hay bướng bỉnh. Có yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội, và ảnh hưởng đến não bộ – đặc biệt là khả năng tự điều tiết.
- + Trình bày 3 giai đoạn của FBT (ngắn gọn):

Giai đoạn	Nội dung
P1: Phục hồi thể chất & kiểm soát hành vi	Cha mẹ giữ quyền chủ động trong việc hỗ trợ phục hồi.
P2: Trả dần quyền tự chủ cho con	Khi thân chủ có đủ năng lượng & ổn định.
P3: Khôi phục phát triển cá nhân & vai trò xã hội	Tăng cường bản sắc, lòng tin, độc lập.

- Bước 4: Chuyển giao niềm tin & trao quyền cho cha mẹ (15–20 phút)

Mục tiêu: Giúp cha mẹ lấy lại vai trò lãnh đạo, giảm né tránh.

- + “Cha mẹ là người biết con mình nhất – và các bạn sẽ được hướng dẫn để dùng tình thương và sự kiên định làm công cụ điều trị.”
- + “Con của bạn hiện không đủ khả năng lựa chọn lành mạnh – nhiệm vụ của bạn là làm thay con những điều con chưa thể làm được.”
- + Tái khẳng định rằng: đây không phải cuộc chiến giữa “cha mẹ – con cái”, mà là “cả nhà cùng đối mặt với căn bệnh”.

- Bước 5: Kết thúc & giao nhiệm vụ nhẹ (5–10 phút)

- + Tổng kết: “Hôm nay chúng ta đã cùng nhau hiểu rõ hơn về điều đang xảy ra và làm rõ vai trò của gia đình trong điều trị.”
- + Giao nhiệm vụ nhẹ (nếu phù hợp): Quan sát hành vi ăn uống trong tuần, ghi chép (nhưng không can thiệp ngay nếu chưa đến P1). Mỗi người ghi lại một điều tích cực mà họ quan sát ở người còn lại trong gia đình tuần qua.

- + Thiết lập phiên tiếp theo: Phiên tới sẽ bắt đầu chính thức P1 (nếu thân chủ đang có rối loạn rõ rệt). Bố mẹ sẽ được hướng dẫn chi tiết cách can thiệp hành vi trong bữa ăn đầu tiên (bữa gia đình được lên kế hoạch).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Theo dõi đánh giá người bệnh trong quá trình trị liệu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Theo dõi đánh giá tiến triển sau mỗi buổi trị liệu

7.3. Biến chứng muộn

Chưa có báo cáo tai biến trong y văn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2017), Trị liệu tâm lý – Cơ sở lý luận và thực hành điều trị tâm bệnh, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Phạm Toàn (2018), Tâm lý trị liệu (Lý thuyết và thực hành). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
3. Raymond J.Corsini, Danny Wedding (2016). Tâm lý trị liệu đương đại, Tái bản lần thứ 8, dịch từ nguyên bản tiếng Anh.
4. Trần Đình Tuấn, (2013), Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. Võ Văn Bản (2002), Thực hành điều trị tâm lý, NXB Y học.
6. Le Grange, D., Binford, R., and K.L. Loeb. 2005. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 41-46.;
7. Varghese M, Kirpekar V, Loganathan S. Family interventions: basic principles and techniques. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 2):S192-S200. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_770_19
8. Reiter MD. *Family Therapy: An Introduction to Process, Practice and Theory*.

61. ĐIỆN NÃO ĐỒ ĐỊNH LƯỢNG

Quantitative Electroencephalogram- QEEG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930, đến nay có nhiều kỹ thuật mới và hiện đại như ghi điện não video, đo điện não não - cộng hưởng từ... Ghi điện não định lượng (Quantitative Electroencephalogram- QEEG) là kỹ thuật đo điện não cùng với sự phân tích sử dụng các thuật toán trong tính toán các bước sóng, số lượng các sóng và so sánh các sử liệu của cá nhân cụ thể với cơ sở dữ liệu của quần thể để xác định một rối loạn cụ thể. Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện.

Cùng với sự hiểu biết ngày càng rõ ràng hơn về các vùng chức năng trong não bộ, các quá trình hoạt động tâm thần, hành vi được cho là gây ra các biến đổi sinh hoá, hình ảnh trên điện não đồ đáng tin cậy và lặp lại giống nhau khi các hoạt động đó diễn ra. Việc chạy trên máy chạy bộ giúp bác sĩ tìm mạch xác định hoạt động của tim người bệnh, giống như vậy, việc kiểm tra các hoạt động tâm thần như đọc, tính toán, giải quyết vấn đề... thay đổi trên điện não đồ giúp bác sĩ tâm thần biết hoạt động của não bộ người bệnh xử lý như thế nào.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Trong chẩn đoán:

- Trong các bệnh lý tâm thần: các rối loạn loạn thần, rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu, rối loạn nhân cách, rối loạn sử dụng chất, tự kỷ, tăng động giảm chú ý...
- Xác định động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.
- Các nghi ngờ tổn thương não

2.2. Trong điều trị và theo dõi điều trị:

- Sử dụng trong kỹ thuật phản hồi thần kinh (neurofeedback)
- Theo dõi sự thay đổi trong việc sử dụng thuốc trong các bệnh lý tâm thần

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.
- Bệnh nhân co giật, không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

- Điện não đồ định lượng tương đối an toàn, gần như không có tai biến

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ đa khoa và 01 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc: Thuốc an thần kinh đường uống hoặc đường tiêm dùng trong trường hợp bệnh nhân kích động, rối loạn hành vi không hợp tác phối hợp làm điện não.

5.3. Thiết bị y tế

- Gạc
- Băng cuộn
- Gel tẩy da chết
- Gel dẫn truyền
- Băng keo y tế
- Găng tay y tế dùng 01 lần
- Khẩu trang y tế
- Hệ thống máy ghi điện não định lượng hoàn chỉnh: máy ghi điện não và bộ phân tích kết quả
- Các dụng cụ và thiết bị trong phòng điều cách điện
- Hệ thống oxy

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi điện não
- Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
- Da đầu sạch
- Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
- Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính): 30-60 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- a. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tư thế: ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn

6.2. Bước 2: Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20

6.3. Bước 3: Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số

6.4. Bước 4: Tiến hành ghi điện não: trong ít nhất 20 phút thực hiện các bước ghi như trong quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mắt

mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở, khi nhắm mắt) với các tần số khác nhau. Thời gian bộ phân tích xử lý kết quả trong ít nhất 20 phút.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình ghi điện não: Lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích bao gồm tần số các loại sóng, mức độ xuất hiện so với quần thể chung, dựng hình bản đồ điện não đồ.

6.6. Bước 6: Đọc và phân tích kết quả, tư vấn cho người bệnh.

6.7. Bước 7: Kết thúc quá trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

Hoàn thiện kết quả và trả cho người bệnh

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Trong quá trình ghi, người bệnh có thể xuất hiện mệt mỏi, mất kiểm soát cảm xúc hành vi, kích động. Cần tạm ngừng thực hiện.
- Trong quá trình ghi, theo dõi tình trạng bệnh nhân, chú ý bệnh nhân có cơn động kinh, rối loạn ý thức
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi xuất hiện những biểu hiện trên.
- Xử trí: cấp cứu và điều trị như phác đồ kích động, trạng thái động kinh

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, PJ. điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học.
2. Lee HS, Kim JS. Implication of Electrophysiological Biomarkers in Psychosis: Focusing on Diagnosis and Treatment Response. *J Pers Med.* 2022;12(1):31. doi:10.3390/jpm12010031
3. Tong S, ed. Quantitative EEG Analysis Methods and Clinical Applications. Artech House; 2009.
4. Kopriner V, Pfurtscheller G, Auer LM. Quantitative EEG in Normals and in Patients with Cerebral Ischemia. *Progress in Brain Research.* 1984;62:29–50. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

62. ĐO TỪ NÃO ĐỒ

(Magnetoencephalography-MEG)

1. ĐẠI CƯƠNG

Từ não đồ (Magnetoencephalography-MEG) là một kỹ thuật không xâm lấn để đo từ trường được tạo ra bởi các dòng điện trong não. Từ não đồ là thước đo trực tiếp chức năng não và nó có độ phân giải theo thời gian và không gian rất cao. Từ não đồ thường được kết hợp với chụp cộng hưởng từ (MRI) não để có được một viễn cảnh cấu trúc rõ ràng. Sự kết hợp giữa MEG và MRI này được gọi là hình ảnh nguồn từ tính (MSI).

Từ não đồ ghi lại các từ trường trong khoảng từ 10^{-15} T- 10^{-12} T. Dòng điện luôn gắn với từ trường vuông góc với phương của nó theo quy tắc bàn tay phải. Biên độ thông thường của từ trường do tế bào não tạo ra không vượt quá vài trăm femto tesla (10^{-15} T).

Giống như điện não đồ (EEG), nguồn từ trường bắt đầu từ nhánh của các tế bào thần kinh hình chóp hoạt động đồng bộ và song song. Hướng sợi trục và synap và từ trường của chúng triệt tiêu lẫn nhau. Khi các tế bào não hoạt động đồng bộ, chúng tạo ra các dòng điện và do đó từ trường, sau đó được từ não đồ ghi lại bên ngoài đầu. Từ tính của các mô sinh học gần giống như tính từ của không gian trống và do đó từ trường không bị biến đổi bởi màng não, xương và da đầu. Tuy nhiên, các từ trường giảm dần là $1/r^3$ với r là khoảng cách từ tế bào não đến thiết bị đo.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chẩn đoán

- Xác định các tín hiệu bất thường nhiều bệnh lý tâm thần: Rối loạn phổ tự kỉ, tâm thần phân liệt, Alzheimer, rối loạn cảm xúc, các rối loạn liên quan stress,...
- Kết hợp với điện não đồ xác định chính xác vị trí gây ra cơn động kinh.

2.2. Điều trị

- Xác định vị trí tác động trong kích thích dòng điện một chiều xuyên sọ (Transcranial Direct Current Stimulation-tDCS).
- Xác định vị trí tác động trong kích thích dòng điện xoay chiều xuyên sọ (Transcranial Alternating Current Stimulation-tACS).

2.3. Chỉ định khác

- Trong phẫu thuật thần kinh để tránh cắt bỏ những vùng chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người có thiết bị kim loại trong người: cấy ghép ốc tai, máy tạo nhịp, máy khử rung, clip kẹp phình mạch, stent mạch vành/não/cảnh, răng giả có vật liệu kim loại, cấy ghép Implant
- Chi giả hay khớp giả không tháo rời được
- Thiết bị cấy ghép thần kinh: Kích thích não sâu (DBS)

- Các dụng cụ kim loại còn sót lại trong cơ thể: đinh ghim, ốc vít, mảnh đạn, kim bấm phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Từ não đồ là kỹ thuật không xâm lấn, cần lưu ý thực hiện sàng lọc các chống chỉ định trước khi thực hiện

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và 01 điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc: Không sử dụng

5.3. Thiết bị y tế

- Hệ thống máy đo từ não đồ
- Hệ thống máy tính in màu, in kết quả
- Màn hình theo dõi người bệnh

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cách tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh được khám lâm sàng, loại trừ các chống chỉ định theo bảng kiểm diện quang và có chỉ định
- Người bệnh và gia đình hiểu về phương pháp để có sự hợp tác tốt.
- Người bệnh loại bỏ các vật dụng, thiết bị kim loại ra khỏi cơ thể như răng giả, đồ trang sức, đồng hồ, thẻ tín dụng, thiết bị trợ thính, bút, dao, kính mắt, áo lót có gọng,...
- Một số người bệnh có hình xăm trong đó mực xăm có chứa kim loại có thể bong rớt da trong quá trình thực hiện kỹ thuật
- Người bệnh có những bệnh lý tâm thần như sợ không gian hẹp (Claustrophobia) cần điều trị ổn định, làm tâm lý cho bệnh nhân trước khi tiến hành kỹ thuật hoặc gây mê nếu cần.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính): 90 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Cài đặt các thông số và kết nối với máy tính

Các thông số về nhân khẩu học, thời gian bắt đầu, thời gian kết thúc, các thông số cần đo và những ghi chú về lâm sàng của người bệnh

6.2. Bước 2: Cài đặt máy và đặt vào các vị trí tương ứng. Có thể tác động vào một số hệ thống cơ quan trong quá trình đo tùy thuộc vào mục đích.

6.3. Bước 3: Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình đo. Thời gian trung bình 90 phút (dao động 60–420 phút)

6.4 Bước 4: Tháo máy

6.5 Bước 5: Đọc và phân tích kết quả.

In sao kết quả của máy vào đĩa/phim có thông tin tên tuổi người bệnh, ngày thực hiện. Đọc kết quả và trả lời kết quả/bàn giao kết quả để bác sĩ lâm sàng tư vấn cho người bệnh.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hoàn thiện kết quả và trả cho người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Trong quá trình đo, cán bộ thực hiện kỹ thuật sẽ theo dõi người bệnh trong phòng đo liên tục qua tâm kính. Nếu có bất thường, người bệnh ra tín hiệu, lập tức dừng quá trình đo từ não đồ.
- Đo từ não đồ là kỹ thuật không xâm lấn, không gây tác hại cho người bệnh. Tuy nhiên tai biến có thể xảy ra khi bệnh nhân không tuân thủ các chống chỉ định. Tai biến có thể bỏng rát, nóng, đau tại những nơi có vật liệu kim loại di chuyển do từ tính gây các vấn đề tại chỗ và nặng hơn khi các vật liệu đó gây ảnh hưởng đến hệ thống hô hấp, tuần hoàn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh S. (2012), *Magnetoencephalography*, Prog Clin Neurosciences.
2. Hämäläinen M.S. (1991). Basic principles of magnetoencephalography. *Acta Radiol Suppl*, **377**, 58–62.
3. Koster I., Ossenblok P., Brekelmans G.J. và cộng sự. (2020). Sensitivity of magnetoencephalography as a diagnostic tool for epilepsy: a prospective study. *Epileptic Disord Int Epilepsy J Videotape*, **22(3)**, 264–272.

4. Roberts T.P.L., Kushner E.S., và Edgar J.C. (2021). Biomarkers for autism spectrum disorder: opportunities for magnetoencephalography (MEG). *J Neurodev Disord*, **13**(1), 34.
5. Uhlhaas P.J., Liddle P., Linden D.E.J. và cộng sự. (2017). Magnetoencephalography as a Tool in Psychiatric Research: Current Status and Perspective. *Biol Psychiatry*, **2**(3), 235–244.

63. PHẢN HỒI SINH HỌC (Neurofeedback)

1. ĐẠI CƯƠNG

Phản hồi sinh học- Neurofeedback là một phương pháp hỗ trợ các đối tượng kiểm soát các sóng não của họ một cách có ý thức bằng cách đo sóng não được ghi lại bởi các công nghệ đo lường hoạt động não như điện não đồ (EEG), hình ảnh cộng hưởng từ chức năng phụ thuộc vào mức oxy trong máu (BOLD fMRI), từ não đồ (MEG) hoặc quang phổ cận hồng ngoại (NIRS) và cung cấp tín hiệu phản hồi. Phản hồi thường cung cấp là phản hồi âm thanh và hình ảnh. Phản hồi tích cực hoặc tiêu cực được tạo ra cho các hoạt động não mong muốn hoặc không mong muốn tương ứng. Mục đích của phản hồi sinh học là điều trị hoặc chữa khỏi các rối loạn tâm thần kinh với khả năng tự điều chỉnh đã học được của các vùng não bị rối loạn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn học tập, rối loạn hành vi, rối loạn lan toả sự phát triển, ...
- Rối loạn liên quan stress: Các rối loạn lo âu, hoảng sợ, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn stress sau sang chấn, mệt mỏi mãn tính, ...
- Rối loạn trầm cảm
- Rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần
- Một số chỉ định khác: Rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tình dục, đau mãn tính, động kinh, ù tai, ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

Phản hồi sinh học không được khuyến khích cho một số trường hợp:

- Đang có các triệu chứng tâm thần nặng, đặc biệt là các rối loạn hành vi nghiêm trọng.
- Chậm phát triển tâm thần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sỹ tâm thần và 01 điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc:

5.3. Thiết bị y tế

- Găng khám
- Khẩu trang
- Băng tiêm

- Băng cuộn
- Mũ giấy
- Hệ thống máy ghi điện não định lượng hoàn chỉnh: máy ghi điện não và bộ phân tích kết quả, hệ thống giao diện não- máy tính

5.4. Người bệnh

- Cán bộ thực hiện kỹ thuật giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Hợp tác thực hiện các nghiệm pháp
 - + Da đầu sạch
 - + Khuyến cáo ngừng hoặc không dùng các thuốc hướng thần. Tuy nhiên, đối với thuốc kháng động kinh không nhất thiết phải ngừng.
 - + Không sử dụng các thiết bị điện tử có thể gây nhiễu điện

5.5. Hồ sơ bệnh án.

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-70 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Hướng dẫn người bệnh ngồi hoặc nằm thoải mái, thư giãn
- Xác định và mắc các vị trí điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10-20
- Test chuẩn bị máy, cài đặt các thông số

6.2. Bước 2

- Tiến hành ghi điện não: trong 30 phút thực hiện các bước ghi như trong quy trình ghi điện não thường quy, làm các nghiệm pháp hoạt hoá: nhắm mở mắt, tăng thông khí, kích thích ánh sáng ngắt quãng (khi mở, khi nhắm mắt) với các tần số khác nhau.
- Kết thúc quy trình ghi điện não: lưu lại bản ghi, tháo điện cực, vệ sinh da đầu, vệ sinh điện cực. Lấy kết quả trên máy phân tích

6.3. Bước 3

- Đọc kết quả các tín hiệu được phân tích và trích xuất những tham số quan tâm. Các giao thức được chỉ định khác nhau theo các rối loạn tâm thần thường gặp: Giao thức alpha, Giao thức alpha/theta, Giao thức delta, Giao thức gamma, Giao thức theta

6.4. Bước 4

- Hoạt động của một tham số đã chọn được trình bày trở lại đối tượng dưới dạng một kích thích thị giác, thính giác hoặc xúc giác, hoặc sự kết hợp của chúng bằng hệ thống giao diện não - máy tính (BCI). Hỗ trợ người bệnh kiểm soát các tham số

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Không có tai biến do kỹ thuật ghi điện não và phản hồi sinh học
- Trong quá trình ghi, theo dõi tình trạng bệnh nhân, chú ý bệnh nhân có cơn động kinh, rối loạn ý thức.
- Xử trí: Bất động bệnh nhân, chuyển khoa để cấp cứu và điều trị.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Trong khi đa số bệnh nhân không gặp tác dụng phụ. Các phản ứng hiếm gặp có thể bao gồm:

- Tăng cảm giác lo lắng hoặc trầm cảm
- Nhức đầu hoặc chóng mặt
- Suy giảm nhận thức
- Rung động bên trong
- Căng cơ
- Lo lắng xã hội
- Giảm năng lượng hoặc mệt mỏi
- Thay đổi giọng nói
- Làm trầm trọng thêm các triệu chứng bệnh.

Lưu ý: Nhiều người báo cáo các triệu chứng xuất phát từ phản hồi sinh học mà họ chưa từng trải qua trước khi tập huấn. Nói cách khác, một người có thể xuất hiện lo lắng mặc dù chưa bao giờ trải qua cảm giác lo lắng trước khi được đào tạo.

7.3. Biến chứng muộn

- Phản hồi sinh học thường không có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enriquez-Geppert S., Huster R.J., and Herrmann C.S. (2017). EEG-Neurofeedback as a Tool to Modulate Cognition and Behavior: A Review Tutorial. Front Hum Neurosci, 11, 51.

2. Hammond D.C. (2007). What Is Neurofeedback?. *Journal of Neurotherapy*, 10(4), 25–36.
3. Mano M., Lécuyer A., Bannier E., et al. (2017). How to Build a Hybrid Neurofeedback Platform Combining EEG and fMRI. *Frontiers in Neuroscience*, 11.
4. Marzbani H., Marateb H.R., and Mansourian M. (2016). Neurofeedback: A Comprehensive Review on System Design, Methodology and Clinical Applications. *Basic Clin Neurosci*, 7(2), 143–158.
5. EEG-Neurofeedback as a Tool to Modulate Cognition and Behavior: A Review Tutorial - PMC. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319996/>>, accessed: 04/15/2022.

64. KÍCH THÍCH DÒNG ĐIỆN MỘT CHIỀU XUYÊN SỌ (Transcranial direct current stimulation – tDCS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Kích thích dòng điện một chiều xuyên sọ (transcranial direct current stimulation - tDCS) là một kỹ thuật kích thích và điều biến thần kinh không xâm lấn. Kỹ thuật này sử dụng dòng điện một chiều với cường độ yếu, thông qua hai điện cực gắn vào đầu của bệnh nhân. Trong quá trình kích thích, dòng điện chạy qua vùng não giữa hai điện cực. Cơ chế tác động này liên quan đến điện thế khi nghỉ của màng tế bào thần kinh. Kích thích tại cực dương gây khử cực tế bào do đó làm tăng hoạt động tế bào tại đây, trong khi kích thích tại cực âm gây ưu phân cực tế bào do đó làm giảm hoạt động tế bào. Các tác động này đều thể hiện ngay tức thì trong quá trình kích thích và cả sau khi kết thúc kích thích.

Các tác động của tDCS ở người khỏe mạnh giúp điều biến tạm thời hành vi, tăng cường học tập và hiệu quả trong thực hiện công việc. Kích thích tại cực dương giúp tăng cường nhận biết các thể hiện trên khuôn mặt và ức chế các đáp ứng mang tính kích động, trong khi kích thích tại cực âm giúp tăng cường sự học tập vận động.

Trong thực hành, các dụng cụ sử dụng cho tDCS có giá thành rẻ, có khả năng tái sử dụng và dễ dàng thay thế. tDCS có thể áp dụng dễ dàng trong nhiều điều kiện, kể cả áp dụng tại nhà cho bệnh nhân. Do đó đây có thể là một liệu pháp điều trị áp dụng được rộng rãi, kể cho các trường hợp điều trị nội trú và ngoại trú.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Điều trị các rối loạn tâm thần:

- Các rối loạn cảm xúc: trầm cảm, hưng cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...
- Tâm thần phân liệt và rối loạn liên quan: rối loạn loại phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc, hoang tưởng, ảo giác dai dẳng, các triệu chứng âm tính,...
- Rối loạn liên quan stress: Các rối loạn lo âu, hoảng sợ, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn sự thích ứng...
- Rối loạn Tics
- Ý tưởng, hành vi tự sát, tự huỷ hoại
- Rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần
- Chỉ định khác: Rối loạn giấc ngủ, rối loạn tình dục, rối loạn nhân cách, sa sút trí tuệ, bệnh Parkinson, run, máy giật cơ, ù tai, phục hồi chức năng, đau dai dẳng, ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có dị vật kim loại nội sọ, hoặc cấy ghép thiết bị chứa kim loại, điện cực nội sọ, như kẹp phẫu thuật, mảnh đạn hoặc máy tạo nhịp tim.

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử migraine, động kinh, co giật
- Cấy kim loại trong tai

- Bệnh lý ngoài da vùng đầu (vảy nến hoặc eczema)
- Bệnh mạch não, chấn thương đầu, phẫu thuật não, u, viêm, RLCH não

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa
- 01 điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

- Thuốc để xử lý cơn co giật nếu xuất hiện (Tiêm bắp/tĩnh mạch chậm midazolam 5-15mg hoặc diazepam 10mg)

5.3. Thiết bị y tế

- Găng khám
- Khẩu trang
- Mũ giấy
- Bông tiêm
- Cồn sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn
- Dung dịch rửa tay
- Dụng cụ cần cho cấp cứu: thiết bị cung cấp oxy, máy hút đờm, ống nội khí quản, mặt nạ, ambu bóp bóng
- Dụng cụ để đặt đường truyền
- 01 máy tDCS
- Ghế người bệnh có tựa lưng và tựa đầu hoặc giường bệnh.

5.4. Người bệnh

- Giải thích về lợi ích và nguy cơ của phương pháp điều trị, chấp nhận điều trị bằng kỹ thuật tDCS
- Tháo bỏ các đồ kim loại ở đầu và cổ (kẹp tóc, khuyên tai, vòng...) nếu có.
- Sàng lọc các yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh phù hợp với chống chỉ định. Đánh giá nguy cơ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20-40 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra phiếu chỉ định kỹ thuật đúng tên, tuổi, chẩn đoán... của người bệnh.

b. Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: chuẩn bị máy, người bệnh

- Kiểm tra hệ thống máy. Khởi động máy.
- Để người bệnh ngồi/nằm trong tư thế thoải mái và thư giãn.
- Xác định vùng đặt điện cực và đánh dấu vùng điều trị, chắc chắn không có tổn thương trên da
- Gắn điện cực vào cổng anod/cathod

6.2. Bước 2: Tiến hành kỹ thuật

- Cài đặt máy cho buổi điều trị: thời gian trị liệu; cường độ dòng điện: 0,5mA, 1mA, 2mA; Thời gian ramp up/ramp down
- Ấn nút “Start” trên máy để thực hiện quy trình

6.3. Bước 3: Kết thúc kỹ thuật

- Sau khi kết thúc thời gian của buổi điều trị đã được cài đặt sẵn, tháo điện cực khỏi vị trí đầu của người bệnh
- Để người bệnh từ từ đứng dậy và đánh giá của người bệnh về buổi điều trị
- Thông báo cho người bệnh buổi điều trị tiếp theo và ghi chép hồ sơ.
- Các chú ý trong buổi điều trị:
- Đảm bảo người bệnh thức trong buổi điều trị.
- Khi cần có thể dừng máy ngay lập tức bằng cách ấn nút “Stop” trên máy.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Biến chứng tuy hiếm gặp nhưng nguy hiểm nhất là co giật. Khi bệnh nhân xuất hiện biến chứng co giật thì phải ngay lập tức cấp cứu bệnh nhân theo các bước:

- Bảo vệ đầu người bệnh, cho nằm đầu bằng, tránh vật sắc nhọn, khai thông đường thở,
- Oxy liệu pháp
- Sau 3 phút không hết
- Tiếp tục cho người bệnh thở oxy
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Tiêm bắp/tĩnh mạch chậm midazolam 5-15mg hoặc diazepam 10mg
- Gọi trợ giúp
- Sau khi co giật:
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, tìm nguyên nhân cơn co giật, ghi bệnh án

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sau khi thực hiện kỹ thuật phải đo chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp
- Theo dõi đánh giá tác dụng phụ nhất thời nhẹ có thể xảy ra như đau đầu, cảm giác khó chịu vùng da đặt điện cực, mệt mỏi, khó tập trung, thay đổi cảm xúc tức thời và buồn nôn.

7.3. Biện chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Helena Knotkova, Michael A. Nitsche, Marom Bikson, Adam J. Woods (2019). Practical Guide to Transcranial Direct Current Stimulation. Springer International Publishing AG.
2. Hayley Thair, Amy L. Holloway, Roger Newport, and Alastair D. Smith (2017). Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): A Beginner's Guide for Design and Implementation. *Front. Neurosci.* 11:641. doi: 10.3389/fnins.2017.00641