

SỞ Y TẾ TỈNH CÀ MAU
BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA TÂM THẦN



HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ TÂM THẦN

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 49/QĐ-BV ngày 23 /03/2026
của Bệnh viện chuyên khoa Tâm thần)*

Lần ban hành: 01

Ngày ban hành: 23/03/ 2026

Cà Mau, năm 2026

LỜI NÓI ĐẦU

Chăm sóc bệnh nhân tâm thần là một công việc đặc thù, đòi hỏi không chỉ kiến thức chuyên môn vững vàng mà còn cần sự kiên nhẫn, thấu cảm và những kỹ năng kỹ thuật chuẩn xác. Mỗi quy trình, mỗi thao tác đúng đều góp phần xoa dịu nỗi đau và mở ra cơ hội tái hòa nhập cộng đồng cho người bệnh.

Với mong muốn đồng hành cùng đội ngũ nhân viên y tế trong công tác điều trị hàng ngày, chúng tôi biên soạn cuốn **"Hướng dẫn Quy trình Kỹ thuật về Tâm thần"**. Tài liệu này được đúc kết từ thực tiễn lâm sàng và các nguồn tài liệu khoa học uy tín, giúp hệ thống hóa các kỹ thuật can thiệp một cách khoa học, dễ hiểu và dễ áp dụng.

Chúng tôi tin rằng, khi mọi quy trình được thực hiện bài bản và chuyên nghiệp, chúng ta sẽ tạo nên một môi trường điều trị an toàn, nhân văn và hiệu quả. Xin chân thành cảm ơn Hội đồng chuyên môn và quý đồng nghiệp đã dành tâm huyết để hoàn thành tài liệu này.

Xin trân trọng cảm ơn!

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	2
MỤC LỤC	3
DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT.....	4
1. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (BDI)	5
2. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM HAMILTON (HDRS).....	11
3. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở CỘNG ĐỒNG (PHQ - 9).....	19
4. TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI (GDS).....	23
5. TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM - STRESS (DASS).....	28
6. TRẮC NGHIỆM LO ÂU ZUNG (ZAI)	33
7. TRẮC NGHIỆM LO ÂU HAMILTON (HARS)	38
8. TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẦM CẢM (HADS).....	42
9. TRẮC NGHIỆM SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II)	48
10. TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS).....	55
11. TRẮC NGHIỆM KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN	64
12. TRẮC NGHIỆM TRÍ TUỆ TRẺ EM WECHSLER (WISC)	68
13. TƯ VẤN TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH HOẶC NGƯỜI NHÀ.....	115
14. ĐO ĐIỆN NÃO VI TÍNH	119
15. ĐO LƯU HUYẾT NÃO	122
16. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT KÍCH ĐỘNG.....	125
17. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TỰ SÁT.....	130
18. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TÌNH TRẠNG KHÔNG ĂN	135

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng việt
BDI	Beck Depression Inventory	Trắc nghiệm trầm cảm beck
CARS	Childhood Autism Rating Scale	Trắc nghiệm mức độ tự kỷ
DASS	Depression - Anxiety - Stress Scale - DASS	Trắc nghiệm lo âu - trầm cảm - stress
DENVER-II	Denver Developmental Screening Test	Trắc nghiệm sự phát triển ở trẻ em
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7 items	Trắc nghiệm rối loạn lo âu lan tỏa
GDS	Geriatric Depression Scale	Trắc nghiệm trầm cảm người cao tuổi
HADS	Hospital Anxiety Depression Scale	Trắc nghiệm lo âu trầm cảm
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale	Trắc nghiệm lo âu hamilton
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale	Trắc nghiệm trầm cảm hamilton
MMSE	Mini-Mental State Exam	Trắc nghiệm trạng thái tâm thần tối thiểu
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9	Trắc nghiệm trầm cảm ở cộng đồng
PHQ-15	Patient Health Questionnaire Physical Symptoms -	Trắc nghiệm rối loạn dạng cơ thể
SCAS	Spence Children's Anxiety Scale	Trắc nghiệm lo âu trẻ em spence

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (BDI) **(Beck Depression Inventory - BDI)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory - BDI) là bảng câu hỏi tự đánh giá được tác giả Aaron T. Beck (Mỹ) xây dựng lần đầu tiên năm 1961, sau đó được chuẩn hóa năm 1969. BDI là bộ câu hỏi đánh giá cường độ, mức độ và sự tự nhận thức về trầm cảm ở người trưởng thành và trẻ vị thành niên từ 13 tuổi trở lên.

Phiên bản gốc của BDI gồm 21 câu hỏi, trong đó mỗi câu hỏi sẽ đưa ra bốn mức độ của triệu chứng. Mỗi triệu chứng được ấn định một điểm số từ “0” đến “3”, chỉ báo mức độ tăng dần của mỗi triệu chứng. Mỗi câu hỏi tương ứng với một triệu chứng của rối loạn trầm cảm nói riêng và cảm xúc nói chung thông qua sự tự đánh giá của người bệnh. Các câu hỏi từ 1 đến 14 đánh giá các triệu chứng về nhận thức - xúc cảm, trong khi các câu hỏi từ 15 đến 21 đánh giá các triệu chứng cơ thể. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ một đến hai tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn trầm cảm.
- 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 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 Beck (BDI)
- 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: 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.
- 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 21 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 1 tuần trở lại đây và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn. Anh/chị cũng có thể đánh dấu các câu khác trong mục, nếu như những câu đó cũng phù hợp với mình”.
- 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 BECK**” (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 một cách tốt nhất.
- **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:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu (mỗi mục chỉ lựa chọn phương án cao nhất)
- Luôn lưu ý câu số 9: đánh giá nguy cơ tự sát, nếu số điểm lựa chọn từ 2 trở lên, ghi lưu ý ở phần trả kết quả.
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

BDI	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 – 13
Trầm cảm nhẹ	14 – 19
Trầm cảm vừa	20 – 29
Trầm cảm nặng	≥ 30

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. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn, (2010), Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. Aalto A.M., Elovainio M., Kivimaki M., Uutela A., Pirkola S. (2012). The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Research*.197:163–171.
4. P.Richter, J.Werner, A.Heerlein, A.Kraus, H.Sauer. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review.*Psychopathology*. 31(3):160-168

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM BECK (BDI)

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 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21, 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 anh/chị cảm thấy trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà anh/chị đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | 0 | Tôi không cảm thấy buồn. |
| | 1 | Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn. |
| | 2 | Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn. |
| | 3 | Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được |
| 2. | 0 | Tôi không nản lòng về tương lai. |
| | 1 | Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước. |
| | 2 | Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả. |
| | 3 | Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi. |
| 3. | 0 | Tôi không cảm thấy như bị thất bại. |
| | 1 | Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác. |
| | 2 | Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại. |
| | 3 | Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại. |
| 4. | 0 | Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích. |
| | 1 | Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích. |
| | 2 | Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích. |
| | 3 | Tôi không còn chút thích thú nào nữa. |
| 5. | 0 | Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả. |
| | 1 | Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội. |
| | 2 | Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội. |
| | 3 | Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội. |
| 6. | 0 | Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt. |
| | 1 | Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt. |
| | 2 | Tôi mong chờ bị trừng phạt. |
| | 3 | Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt. |

- | | | |
|-----|---|--|
| 7. | 0 | Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia. |
| | 1 | Tôi không còn tin tưởng vào bản thân. |
| | 2 | Tôi thất vọng với bản thân. |
| | 3 | Tôi ghét bản thân mình. |
| 8. | 0 | Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia. |
| | 1 | Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia. |
| | 2 | Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình. |
| | 3 | Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra. |
| 9. | 0 | Tôi không có ý nghĩ tự sát. |
| | 1 | Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện. |
| | 2 | Tôi muốn tự sát. |
| | 3 | Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát. |
| 10. | 0 | Tôi không khóc nhiều hơn trước kia. |
| | 1 | Tôi hay khóc nhiều hơn trước. |
| | 2 | Tôi thường hay khóc vì những điều nhỏ nhặt. |
| | 3 | Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được. |
| 11. | 0 | Tôi không dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ. |
| | 1 | Tôi cảm thấy dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ. |
| | 2 | Tôi cảm thấy bòn chòn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được. |
| | 3 | Tôi thấy rất bòn chòn và kích động đến mức liên tục phải đi lại hoặc làm việc gì đó. |
| 12. | 0 | Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác. |
| | 1 | Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước. |
| | 2 | Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh. |
| | 3 | Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa. |
| 13. | 0 | Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước. |
| | 1 | Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước. |
| | 2 | Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều. |
| | 3 | Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì cả. |
| 14. | 0 | Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng. |
| | 1 | Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia. |
| | 2 | Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh. |
| | 3 | Tôi cảm thấy mình là người hoàn toàn vô dụng. |

15. 0 Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
 1 Sức lực của tôi kém hơn trước.
 2 Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
 3 Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.
16. 0 Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.
 1a Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.
 1b Tôi ngủ hơi ít hơn trước.
 2a Tôi ngủ nhiều hơn trước.
 2b Tôi ngủ ít hơn trước.
 3a Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.
 3b Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.
17. 0 Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
 1 Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
 2 Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.
 3 Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.
18. 0 Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.
 1a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.
 1b Tôi ăn ngon miệng hơn trước.
 2a Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 2b Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 3a Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.
 3b Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.
19. 0 Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.
 1 Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.
 2 Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.
 3 Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.
20. 0 Tôi không mệt mỏi hơn trước.
 1 Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
 2 Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.
 3 Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.
21. 0 Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
 1 Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
 2 Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
 3 Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM HAMILTON (HDRS) **(Hamilton Depression Rating Scale - HDRS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS) là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M. Hamilton xây dựng vào năm 1960 tại Mỹ, sửa đổi vào năm 1967, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm. HDRS thường được sử dụng cho những bệnh nhân đã được chẩn đoán là mắc bệnh trầm cảm.

HDRS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 21 câu hỏi, tuy nhiên khi đánh giá để phân loại mức độ của trầm cảm, chỉ tính điểm 17 câu hỏi đầu. Các câu hỏi của HDRS bao gồm các vấn đề chủ yếu của rối loạn trầm cảm gồm các triệu chứng cảm xúc, các triệu chứng cơ thể, vấn đề nhận thức và các ý tưởng bị hại. Cán bộ thực hiện trắc nghiệm sẽ phỏng vấn người bệnh theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng trầm cảm trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá mức độ của rối loạn trầm cảm.
- 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 có tình trạng 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 Hamilton (HDRS)
- 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: 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.
- 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 một số câu về trạng thái cảm xúc cũng như các triệu chứng cơ thể trong vòng 1 tuần trở lại đây”.
- Trong quá trình phỏng vấn, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện của người bệnh; nhằm đánh giá người bệnh một cách tốt nhất, toàn diện và khách quan.
- Có thể phỏng vấn thêm người nhà người bệnh, cán bộ y tế chăm sóc (nếu có) để bổ sung thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục từ 1 đến 17.
- Luôn lưu ý mục số 3: đánh giá ý tưởng tự sát. Nếu câu trả lời có điểm từ 2 trở lên, ghi lưu ý vào phần trả kết quả.
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

HDRS	Điểm đánh giá
Không có trầm cảm	0 – 7
Trầm cảm nhẹ	8 – 13
Trầm cảm vừa	14 – 18
Trầm cảm nặng	19 – 22
Trầm cảm rất nặng	≥ 23

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. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Quản Trường Sơn (2010). Quy trình thực hiện một số trắc nghiệm Tâm lý. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.
3. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23(1): 56-62.
4. Hedlund J.L., Viewig B.W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*. 10:149-165.
5. Jose A. Lopez-Pina, Julio Sanchez-Meca, Ana I. Rosa-Alcazar (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 9(1):143-159.
6. Mark Zimmerman, Jennifer H. Martinez, Diane Young, Iwona Chelminski, Kristy Dalrymple (2013). Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*. 150(2):384-388.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM HAMILTON (HDRS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
1	Khí sắc trầm - Không có cảm giác khó chịu và dấu hiệu trầm cảm. 0 - Có cảm giác buồn hoặc lo lắng nhất thời, không có dấu hiệu trầm cảm rõ nét. 1 - Tỏ ra buồn, thấy đau khổ, bi quan, thỉnh thoảng khóc lóc, ý tưởng tự sát thoáng qua, hoạt động sút kém. 2 - Có dấu hiệu cơ thể của trầm cảm: chậm chạp hoặc có chút kích động, cảm giác tuyệt vọng; nội dung trầm cảm chiếm ưu thế, có ý tưởng tự sát. 3 - Trầm cảm nặng với các dấu hiệu cơ thể lan tỏa rõ rệt, hoang tưởng liên quan đến cái chết, tự sát. Bất động hoặc kích động, hành vi bị hủy hoại. 4	
2	Cảm giác tội lỗi - Không có cảm giác tội lỗi. 0 - Có một số hối hận nhỏ về hành vi đã qua. Có xu hướng tự buộc tội mình về những chuyện lật vặt. 1 - Cảm giác tội lỗi, nghiền ngẫm, tự quở trách mình vì những sai lầm hoặc hành vi tội lỗi. 2 - Tin rằng mình bị bệnh là do bị trừng phạt; hoang tưởng bị buộc tội. Chiếm ưu thế trong suy nghĩ và hành vi của người bệnh là mình bị buộc tội nặng, bị trừng phạt. 3 - Có ảo thanh buộc tội hoặc tố giác. Có ảo thị đe dọa. 4	
3	Tự sát - Không có. 0 - Chán sống, ý tưởng tự sát thoáng qua. 1 - Có ý tưởng tự sát. Coi tự sát cũng là một giải pháp tốt. 2 - Có ý tưởng tự sát rõ rệt. Đã có dự định tự sát. 3 - Có kế hoạch và tích cực chuẩn bị tự sát hoặc có mưu toan tự sát nghiêm trọng. 4	
4	Mất ngủ giấc ngủ đầu (khó đi vào giấc ngủ...)	

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
	- Không có vấn đề gì. - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. - Có rối loạn rõ rệt.	0 1 2
5	Mất ngủ giấc ngủ giữa (trằn trọc không ngủ được, hay thức dậy để đi vệ sinh...) - Không có vấn đề gì. - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. - Có rối loạn rõ rệt.	0 1 2
6	Mất ngủ giấc ngủ cuối (tỉnh dậy quá sớm vào buổi sáng, không ngủ lại được...) - Không có vấn đề gì. - Có rối loạn nhẹ, nhưng không thường xuyên. - Có rối loạn rõ rệt.	0 1 2
7	Công việc và hoạt động - Hoạt động bình thường. - Kém nhiệt tình, dè dặt, thụ động, dễ chán nản. Có ý nghĩ và cảm giác bất lực liên quan đến hoạt động. - Cảm thấy công việc là một gánh nặng. Lơ là trong việc chăm sóc bản thân. - Phải gắng sức trong mọi công việc. Phải hủy bỏ nhiều việc đã dự định. Chăm sóc bản thân rất kém. - Không có khả năng làm việc. Có thiếu sót, lú lẫn trong chăm sóc bản thân. Không tham gia các hoạt động khác ngoại trừ một vài công việc lặt vặt trong buồng bệnh.	0 1 2 3 4
8	Chậm chạp - Không có phàn nàn gì về sự tập trung chú ý và hiệu suất công việc. - Có sự giảm thiểu tâm lý - vận động. Đối tượng thừa nhận đôi lúc chậm chạp, không hoạt động, mất định hướng với xung quanh. - Giọng nói đều đều, trả lời câu hỏi chậm chạp, gần như ngồi im, song trả lời đúng câu hỏi. - Cuộc phỏng vấn bị kéo dài; thường bỏ sót câu trả lời hoặc trả lời những câu không phù hợp. - Không thể phỏng vấn được.	0 1 2 3 4
9	Kích động - Không có các dấu hiệu kích động. - Đứng, ngồi không yên và tăng động khi phỏng vấn. - Tăng động rõ rệt, luôn di chuyển chỗ ngồi, tay bấu vào tay, bấu	0 1 2

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
	vào quần áo hoặc vẩy vẹo tay. - Đứng bất dậy khi đang phỏng vấn. - Vừa đi đi, lại lại, vừa rút tóc, quần áo, nhặt đồ lặt vặt.	3 4
10	Lo âu - triệu chứng tâm lý - Không có phản nản gì - Chỉ kể ra khi được hỏi. Có cảm giác khó chịu, dễ kích thích hoặc căng thẳng, thể hiện ở mức độ nhẹ. Có xu hướng quá lo lắng vì những chuyện nhỏ hoặc có lo âu liên quan đến những tình huống đặc biệt. - Cảm thấy dễ bị kích thích, căng thẳng, không an tâm, dễ bị bối rối và các trạng thái này diễn ra trong một thời gian dài... - Luôn có cảm giác “bàng hoàng”, “kinh hãi” hoặc có cơn lo âu. - Có các triệu chứng trầm trọng: liên tục cảm thấy sợ hãi, hoảng sợ do chờ đợi sự mất mát, bị bỏ rơi, tàn phế...	0 1 2 3 4
11	Lo âu – triệu chứng cơ thể (Các rối loạn chức năng dạ dày, ruột, tim mạch, hô hấp, tiết niệu, bài tiết mồ hôi...) - Không có phản nản gì. - Triệu chứng nhẹ và ít gặp, không cản trở các hoạt động thường ngày. - Có cơn rối loạn về cơ thể mức độ vừa, thường xuyên hơn. - Liên tục cảm thấy ít nhiều bị ốm do những triệu chứng gây rối loạn giấc ngủ và công việc thường ngày. - Các triệu chứng gây bất lực.	0 1 2 3 4
12	Các triệu chứng cơ thể và dạ dày – ruột, sự ngon miệng - Không có phản nản gì. - Giảm ngon miệng. Số lần đại tiện có thay đổi. - Mất ngon miệng, táo bón nặng.	0 1 2
13	Triệu chứng cơ thể chung (Các cảm giác nặng nề, đau, mỏi...): - Không có triệu chứng. - Phản nản khi có các triệu chứng ở mức độ nhẹ và vừa nhưng không gây sự bất lực và rối loạn. - Phản nản khi có các triệu chứng ở mức độ nặng, cản trở hoạt động hoặc gây bất lực.	0 1 2
14	Triệu chứng sinh dục (Khả năng hoạt động sinh dục, điều hòa kinh nguyệt...) - Không có gì phản nản. - Giảm hứng thú, sự đáp ứng và tần số hoạt động tình dục giảm.	0 1

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
	- Hoàn toàn mất hứng thú, mất đáp ứng và thực sự chán ghét hoạt động tình dục. Mất kinh nguyệt không phải là do nguyên nhân nội tiết.	2
15	Nghi bệnh - Không có gì phàn nàn. - Phàn nàn về rối loạn ở mức độ nhẹ, quá lo lắng đến sức khỏe cơ thể của mình. - Bận tâm nhiều đến sức khỏe cơ thể, cho là mình có bệnh thực tổn. - Phàn nàn tập trung vào các triệu chứng cơ thể, đòi được giúp đỡ. Ám ảnh sợ bị bệnh ung thư, giang mai... Tin chắc là mình bị bệnh thực tổn. - Hoang tưởng có nội dung kì quái (cơ thể bị thối rữa, bị đè nén...), lo âu rõ rệt; sợ hãi, tuyệt vọng, chờ đợi cái chết hoặc bị tàn phế nghiêm trọng.	0 1 2 3 4
16	Sút cân - Không có phàn nàn về sút cân. - Sút cân nhẹ hoặc có nghi ngờ sút cân. - Sút cân rõ rệt/trầm trọng (được đánh giá một cách khách quan).	0 1 2
17	Nhận thức - Thừa nhận bị trầm cảm và bị “bệnh tâm thần” (suy sụp thần kinh...). - Thừa nhận bị bệnh về trạng thái thần kinh nhưng đổ lỗi cho tình trạng cơ thể. - Cho là mình không có gì “trục trặc” trong hoạt động thần kinh (tâm thần), mà chỉ bị bệnh cơ thể.	0 1 2
18	Thay đổi trong ngày đêm (Các triệu chứng xấu hơn về buổi sáng hoặc buổi tối). - Không có một mô hình dao động nhất định trong ngày và đêm. - Có sự thay đổi nhưng chưa rõ rệt. - Tự thấy có thay đổi rõ rệt.	0 1 2
19	Giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại - Không có các dấu hiệu này. - Cảm thấy một các mơ hồ về sự thay đổi trong cơ thể. - Cảm giác rõ nét và dai dẳng về sự thay đổi cơ thể hoặc có cảm giác không thực về cơ thể của mình.	0 1 2
20	Các triệu chứng paranoid, ý tưởng bị hại - Không có các dấu hiệu này. - Có ý thức về bản thân, song thiếu tin tưởng vào người khác. Có	0 1

MỤC	NỘI DUNG	ĐIỂM
	ý nghĩ liên hệ mơ hồ; có xu hướng nghi ngờ người khác cười nhạo, chống lại mình về những chuyện vặt vãnh. Vẫn đáp ứng được sự động viên, trấn an của người xung quanh. - Thái độ paranoid; ý tưởng liên hệ bị truy hại một cách mơ hồ. Khí sắc hoang tưởng nhẹ và không hệ thống hoặc có ý nghĩ cho là người khác muốn làm hại mình. 2 - Hoang tưởng paranoid thực sự, có hệ thống và đầy cảm xúc hoặc có khí sắc hoang tưởng. Người bệnh tin chắc là người khác muốn làm hại mình. 3 - Hệ thống hoang tưởng paranoid được người bệnh nhào nặn một cách phong phú; khí sắc hoang tưởng mãnh liệt, có ảo giác. 4	
21	Triệu chứng ám ảnh và cưỡng bức - Không có các triệu chứng này. 0 - Có nghi ngờ, lo âu nhưng không nặng. 1 - Triệu chứng lo âu rõ ràng. 2	

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở CỘNG ĐỒNG (PHQ - 9) **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm ở cộng đồng (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) là thang đo mức độ trầm cảm tự đánh giá được phát triển bởi Robert L.Spitzer, Janet B.W.Williams, Kurt Kroenke và các đồng nghiệp. Trong khuôn khổ dự án nghiên cứu và phát triển công cụ sàng lọc các rối loạn tâm thần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của Hoa Kỳ bao gồm một số bảng hỏi như PHQ-9, PHQ-15, GAD-7,... PHQ-9 là một công cụ đánh giá sức khỏe người bệnh, khảo sát nhiều triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán trầm cảm và theo dõi đáp ứng điều trị. Các câu hỏi của PHQ-9 được trực tiếp nêu ra trong các tiêu chuẩn chẩn đoán chính cho rối loạn trầm cảm chủ yếu trong DSM-IV.

PHQ-9 là một thang đo gồm 9 câu hỏi, yêu cầu cán bộ thực hiện trả lời về mức độ thường xuyên các triệu chứng của cơ thể, nhận thức và cảm xúc. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi đề mục một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các dấu hiệu rối loạn cảm xúc, trầm cảm: Thực hiện trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Sàng lọc người bệnh trầm cảm trong cộng đồng và cơ sở y tế.
- Dùng trong nghiên cứu khoa học.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái kích động, chống đối, không hợp tác, mất khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi.

4. THẬN TRỌNG

- Người có động cơ muốn tăng nặng hoặc giảm nhẹ các triệu chứng bệnh.

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 ở cộng đồng PHQ-9
- 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:** *Bây giờ, chúng tôi sẽ hỏi một số câu hỏi liên quan đến sức khỏe tâm thần của anh/chị trong một đến hai tuần qua*.
- Đối với từng câu, nếu anh/chị trả lời “Có” thì cần nhắc **MỨC ĐỘ** và lựa chọn “*Tình trạng này thường xuyên ở mức độ nào?*”. Trong cột “**ĐIỂM**”, viết số cao nhất mà anh/chị chọn trong nhóm đã cho.
- Sau khi người bệnh đã hiểu yêu cầu và cách làm thì bắt đầu tiến hành 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 của người bệnh để hỗ trợ kịp thời; đảm bảo người bệnh thực hiện đúng theo hướng dẫn, hợp tác hoàn thành trắc nghiệm.
- **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 tổng số điểm của 9 câu hỏi
 - + “Không ngày nào”: 0 điểm;
 - + “Vài ngày”: 1 điểm;
 - + “Hơn một nửa số ngày”: 2 điểm;
 - + “Gần như mọi ngày”: 3 điểm.
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm

PHQ-9	Điểm đánh giá
Trầm cảm rất nhẹ	1 – 4
Trầm cảm nhẹ	5 – 9
Trầm cảm vừa	10 – 14
Trầm cảm nặng	15 – 19
Trầm cảm rất nặng	20 – 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 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. Tài liệu hướng dẫn dành cho cán bộ y tế cộng đồng, Dự án phát triển mô hình chăm sóc kết hợp từng bước trong quản lý trầm cảm dựa vào cộng đồng tại Đà Nẵng và Khánh Hòa, Việt Nam, 2009 - 2012.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*, J Gen Intern Med. 2001 Sep 6 (9):606-13.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở CỘNG ĐỒNG (PHQ-9)

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 9 đề mục. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một mức độ mô tả gần giống nhất tình trạng mà anh/chị cảm thấy. Khoanh tròn vào con số ở các mức độ bên phải câu phát biểu. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

STT	Nội dung	Không ngày nào	Vài ngày (1-7 ngày)	Hơn một nửa số ngày (8-11 ngày)	Gần như mọi ngày (12-14 ngày)
1	Ít muốn làm điều gì hoặc ít có cảm giác thích thú khi làm bất cứ điều gì	0	1	2	3
2	Cảm thấy nản chí, trầm buồn hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
3	Khó đi vào giấc ngủ hoặc khó ngủ thẳng giấc hoặc ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4	Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít sinh lực	0	1	2	3
5	Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
6	Có suy nghĩ tiêu cực về bản thân mình hoặc cảm thấy mình là người thất bại hoặc cảm thấy mình đã làm cho gia đình và chính bản thân mình thất vọng	0	1	2	3
7	Khó tập trung vào công việc như đọc báo hoặc xem tivi	0	1	2	3
8	Vận động hoặc nói quá chậm đến mức người khác có thể nhận thấy được. Hoặc quá bồn chồn hoặc đứng ngồi không yên đến mức bạn đi đi lại lại nhiều hơn thông thường	0	1	2	3
9	Có các suy nghĩ cho rằng chết là điều tốt hơn hoặc tính đến chuyện tự gây tổn hại cho cơ thể theo cách nào đó	0	1	2	3

TRẮC NGHIỆM TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI (GDS) **(Geriatric Depression Scale - GDS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm trầm cảm người cao tuổi (Geriatric Depression Scale - GDS) là bảng câu hỏi tự đánh giá được nghiên cứu bởi Yesavage và cộng sự năm 1982 để nhận biết và lượng giá trầm cảm ở người cao tuổi.

GDS là một bảng tự đánh giá gồm 30 câu hỏi, trong đó người bệnh được yêu cầu trả lời “có” hoặc “không” liên quan đến cảm giác của họ trong tuần qua. GDS dạng rút gọn bao gồm 15 câu hỏi được phát triển vào năm 1986. GDS rút gọn dễ dàng thực hiện trên những người bệnh có bệnh lý nền, sa sút trí tuệ nhẹ và trung bình, những người bệnh mệt mỏi nhiều, giảm tập trung chú ý. Nó đã được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở chăm sóc cộng đồng, nơi điều trị cấp tính (nội trú) và điều trị ngoại trú.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.
- 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 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 trầm cảm người cao tuổi (GDS)
- 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, biên 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: 20-40 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:** “Dưới đây là 30 câu hỏi về tâm trạng và một số vấn đề ông/bà có thể gặp phải. Ở mỗi câu, ông/bà hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với “Đúng” và “Không đúng” ứng với tình trạng của ông/bà 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 **TRẦM CẢM NGƯỜI CAO TUỔI (GDS) - 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.
- **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:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu.
- Tiến hành đánh giá mức độ trầm cảm theo bảng tham chiếu mức độ trầm cảm người cao tuổi.

Bảng tham chiếu mức độ trầm cảm người cao tuổi

GDS	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có trầm cảm	0 – 9	
Trầm cảm nhẹ	10 – 19	
Trầm cảm nặng	≥ 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. Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O., Heersema P., Adey M.B., Rose T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*. 1: 37-44.
2. Lyness J.M., Noel T.K., Cox C., King D.A., Conwell Y., Caine E.D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Archives of internal medicine*. 157(4):449-454.
3. Parmelee, P., Lawton, M., & Katz, I. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. *Psychological Assessment*. 1(4):331-338.
4. Rafal A., Angelika K., Sylwia B. (2011). Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale-review. *Psychiatry Polska*. 45(4):555-562.
5. Wancata J., Alexandrowicz R., Marquart B., Weiss M., Friedrich F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(6):398-410.
6. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B., Leirer V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1): 37-49.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM TRÂM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI (GDS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Hãy khoanh tròn vào con số tương ứng với mục “Đúng” hoặc “Không đúng” tình trạng mà bác cảm thấy trong vòng một tuần trở lại đây.

Stt	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
1.	Về cơ bản tôi hài lòng với cuộc sống của mình	0	1
2.	Hiện tôi đã từ bỏ nhiều hoạt động và thú vui	1	0
3.	Tôi cảm thấy cuộc sống của mình thật là trống rỗng	1	0
4.	Tôi thường cảm thấy buồn chán	1	0
5.	Tôi cảm thấy tương lai đầy triển vọng	0	1
6.	Tôi thấy phiền muộn bởi có những ý nghĩ trong đầu không thể dứt ra được	1	0
7.	Hầu hết thời gian tôi thấy thoải mái	0	1
8.	Tôi sợ rằng có một điều tồi tệ sẽ xảy đến với mình	1	0
9.	Phần lớn thời gian tôi cảm thấy hạnh phúc	0	1
10.	Tôi thường cảm thấy không tự lo liệu được	1	0
11.	Tôi thường cảm thấy bồn chồn, bất an	1	0
12.	Tôi thích ở nhà hơn là đi ra ngoài và làm việc gì đó	1	0
13.	Tôi thường thấy lo lắng về tương lai	1	0
14.	Tôi cảm thấy mình có nhiều vấn đề về trí nhớ hơn hầu hết những người có cùng độ tuổi	1	0
15.	Tôi nghĩ cuộc sống hiện tại thật là tuyệt vời	0	1
16.	Tôi cảm thấy chán nản và thất vọng	1	0

Stt	Câu hỏi	Đúng	Không đúng
17.	Tôi cảm thấy khá vô dụng trong tình trạng hiện tại	1	0
18.	Tôi lo nghĩ nhiều về quá khứ	1	0
19.	Tôi nhận thấy cuộc sống rất thú vị	0	1
20.	Tôi thấy khó để bắt đầu những kế hoạch mới	1	0
21.	Tôi cảm thấy tràn đầy sinh lực	0	1
22.	Tôi cảm thấy tình trạng của mình là tuyệt vọng	1	0
23.	Tôi nghĩ hầu hết mọi người đều tốt hơn tôi	1	0
24.	Tôi thường thấy bối rối cả với những việc nhỏ nhất	1	0
25.	Tôi thường cảm thấy muốn khóc	1	0
26.	Tôi có vấn đề về tập trung chú ý	1	0
27.	Khi thức dậy vào buổi sáng tôi thấy sáng khoái	0	1
28.	Tôi không thích những chỗ hội họp đông người	1	0
29.	Tôi dễ dàng đưa ra các quyết định	0	1
30.	Trí óc tôi vẫn minh mẫn như trước kia	0	1

Hãy dừng bỏ sót đề mục nào!

TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM - STRESS (DASS) **(Depression - Anxiety - Stress Scale - DASS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá Lo âu – Trầm cảm - Stress là bảng hỏi tự đánh giá được tác giả P. Lovibond (người Úc) xây dựng năm 1995. DASS là một bộ gồm ba lĩnh vực tự đánh giá được thiết kế để đo các trạng thái cảm xúc tiêu cực của Trầm cảm, Lo âu và Stress. DASS đáp ứng được cả cho các nhà nghiên cứu và các nhà lâm sàng trong đánh giá tiến triển điều trị của bộ ba nói trên.

Phiên bản gốc của DASS gồm 42 câu hỏi, chia đều cho mỗi tiểu thang 14 câu. Tiểu thang Trầm cảm đánh giá ý nghĩ tự hạ thấp bản thân, bi quan về tương lai, tuyệt vọng, mất hứng thú/quan tâm, chậm chạp. Lo âu đánh giá biểu hiện hoảng sợ, run rẩy, khô miệng, khó thở, tim đập nhanh và ra mồ hôi tay. Stress đánh giá việc khó thư giãn, kích thích lo lắng, và dễ bị bối rối/lúng túng, kích động/phản ứng thái quá và sốt ruột, thiếu kiên nhẫn.

DASS đánh giá trạng thái cảm xúc của người bệnh trong một tuần ngay trước thời điểm thực hiện trắc nghiệm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá các rối loạn lo âu, trầm cảm, stress.
- 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 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 - trầm cảm – stress (DASS)
- 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: 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.
- 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 42 câu hỏi mà anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với các mức độ tương ứng với tình trạng của anh/chị trong vòng một tuần qua”. Trong đó “0” là “Không đúng với anh/chị chút nào; “1” là “Đúng một phần hoặc thỉnh thoảng đúng”; “2” là “Đúng phần nhiều hoặc thường xuyên đúng”; “3” là “Hoàn toàn đúng hoặc luôn luôn đúng”.
- 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 - TRẦM CẢM – STRESS (DASS) - 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 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:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đánh dấu theo từng tiểu thang lo âu - trầm cảm - stress theo Mã ở cột ngoài cùng bên phải; trong đó ký hiệu “A” là “Lo âu”; ký hiệu “D” là “Trầm cảm” và ký hiệu “S” là “Stress”.
- Tiến hành đối chiếu điểm số của mỗi tiểu thang lên bảng mức độ lo âu - trầm cảm - stress.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu – trầm cảm – stress

DASS	TRẦM CẢM		LO ÂU		STRESS	
<i>Mức độ</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>	<i>Điểm</i>	<i>Kết quả</i>
Không có	0 – 9		0 – 7		0 – 14	
Nhẹ	10 – 13		8 – 9		15 – 18	
Vừa	14 – 20		10 – 14		19 – 25	
Nặng	21 – 27		15 – 19		26 – 33	
Rất nặng	≥ 28		≥ 20		≥ 34	

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. Nguyễn Văn Nhân, Nguyễn Sinh Phúc (2004). Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.
2. Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 10:176-181.
3. Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W., and Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*. 35:79-89.
4. John R.C., Julie D.H. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*. 42(2):111-131.
5. Lovibond, P.F., and Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33:335-343.
6. Lovibond, S.H., Lovibond, P.F., (1995). Manual for the Depresssion Anxiety Stress Scale (2nd Edition). Sydney: Psychology Foundation.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ÂU - TRẦM CẢM - STRESS (DASS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong suốt một tuần qua. Không có câu trả lời đúng và sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

- 0 Không đúng với tôi chút nào cả
- 1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng
- 2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng
- 3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng.

STT	Câu hỏi	Mức độ				Mã
1.	Tôi thấy mình hay bối rối trước những việc chẳng đâu vào đâu	0	1	2	3	S
2.	Tôi hay bị khô miệng	0	1	2	3	A
3.	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0	1	2	3	D
4.	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0	1	2	3	A
5.	Tôi dường như không thể làm việc như trước được	0	1	2	3	D
6.	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	0	1	2	3	S
7.	Tôi có cảm giác bị run (tay, chân...)	0	1	2	3	A
8.	Tôi thấy khó thư giãn được	0	1	2	3	S
9.	Tôi đã rơi vào sự việc khiến tôi rất lo lắng và tôi chỉ dịu lại khi sự việc đó đã qua đi	0	1	2	3	A
10.	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0	1	2	3	D
11.	Tôi khá dễ bị bối rối	0	1	2	3	S
12.	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0	1	2	3	S
13.	Tôi cảm thấy buồn chán, trì trệ	0	1	2	3	D
14.	Tôi thấy mình không thể kiên nhẫn được khi phải chờ đợi	0	1	2	3	S

STT	Câu hỏi	Mức độ				Mã
15.	Tôi thấy mình gần như bị ngất	0	1	2	3	A
16.	Tôi mất hứng thú với mọi việc	0	1	2	3	D
17.	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	0	1	2	3	D
18.	Tôi khá dễ phật ý, tự ái	0	1	2	3	S
19.	Tôi bị đổ mồ hôi dù chẳng vì làm việc nặng hay do trời nóng	0	1	2	3	A
20.	Tôi hay sợ vô cớ	0	1	2	3	A
21.	Tôi thấy cuộc sống không có gì đáng giá cả	0	1	2	3	D
22.	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0	1	2	3	S
23.	Tôi thấy khó nuốt	0	1	2	3	A
24.	Tôi dường như chẳng thấy có chút hứng thú nào từ những việc mà tôi đã làm	0	1	2	3	D
25.	Tôi nhận thấy tim mình đập dù không làm việc gì nặng nhọc (nhịp tim tăng, tim mất nhịp)	0	1	2	3	A
26.	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0	1	2	3	D
27.	Tôi dễ cáu kỉnh, bực bội	0	1	2	3	S
28.	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0	1	2	3	A
29.	Sau khi bị bối rối tôi thấy khó mà trấn tĩnh lại được	0	1	2	3	S
30.	Tôi sợ phải làm những việc tuy bình thường nhưng trước đây tôi chưa từng làm	0	1	2	3	A
31.	Tôi không thấy hào hứng với bất kỳ việc gì nữa	0	1	2	3	D
32.	Tôi thấy khó chấp nhận việc đang làm bị gián đoạn	0	1	2	3	S
33.	Tôi sống trong tình trạng căng thẳng	0	1	2	3	S
34.	Tôi thấy mình khá là vô tích sự	0	1	2	3	D
35.	Tôi không chấp nhận được việc là có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3	S
36.	Tôi cảm thấy khiếp sợ	0	1	2	3	A
37.	Tôi chẳng thấy có hy vọng gì ở tương lai cả	0	1	2	3	D
38.	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0	1	2	3	D
39.	Tôi dễ bị kích động	0	1	2	3	S
40.	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0	1	2	3	A
41.	Tôi bị run	0	1	2	3	A
42.	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	0	1	2	3	D

TRẮC NGHIỆM LO ÂU ZUNG (ZAI) **(Zung Self - Rating Anxiety Inventory - ZAI)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá lo âu Zung (Zung Self-Rating Anxiety Inventory-ZAI) do tác giả Zung William W.K. (Giáo sư Tâm thần học của Đại học Duke, Mỹ) đề xuất và xây dựng năm 1971 để định lượng mức độ lo lắng của người bệnh và hiệu quả của các phương pháp điều trị lo âu dựa trên thông tin tự đánh giá do người bệnh cung cấp. ZAI là một trắc nghiệm khách quan, đã được chuẩn hoá, dễ hiểu và dễ thực hiện.

ZAI là phiên bản tự đánh giá gồm 20 câu hỏi, mô tả các triệu chứng lo lắng trong tâm thần, các triệu chứng cơ thể hay cảm giác của con người. Mỗi mục được chấm theo thang điểm từ 1 đến 4 điểm tương ứng với các mức độ tăng dần của tần suất xuất hiện các triệu chứng: “không xuất hiện”; “đôi khi xuất hiện”; “thường xuyên xuất hiện” và “luôn luôn xuất hiện”. Hầu hết các mục đều mô tả các triệu chứng tiêu cực, tuy nhiên, một số mục được sử dụng dưới dạng câu mô tả tích cực để tránh việc không cân trọng trong trả lời câu hỏi. Người bệnh được hướng dẫn lựa chọn ở mỗi câu hỏi một mức độ phù hợp nhất với trạng thái mà họ cảm thấy trong khoảng từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn lo âu
- Theo dõi 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 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

a. Người thực hiện

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

b. Thuốc

c. Thiết bị y tế

- Bộ công cụ trắc nghiệm lo âu ZUNG (ZAI)
- Bút viết

d. 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...

e. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

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

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

h. 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

a. 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.

b. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Dưới đây là 20 câu hỏi mô tả về một số triệu chứng anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số ứng với các mức độ tương ứng với tình trạng của anh/chị trong vòng một tuần qua”. Trong đó “1” là “Không có”; “2” là “Đôi khi”; “3” là “Thường xuyên”; “4” là “Luôn luôn”.
- 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 LO ÂU ZUNG (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 thực hiện được thì cán bộ thực hiện trắc nghiệm phải tiến hành phỏng vấn theo nội dung đã thiết kế.*

c. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn.
- Lưu ý: một số câu trong bài có cách tính điểm ngược gồm các câu: 5, 9, 13, 17 và 19.
- Tra tổng điểm thu được theo bảng điểm Zung để có điểm Zung

Bảng chuyển điểm Zung

Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung	Điểm thô	Điểm Zung
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

- Tiến hành đánh giá mức độ lo âu bằng cách đối chiếu điểm số ZUNG của người bệnh lên bảng phân loại mức độ lo âu.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu

ZUNG	Điểm đánh giá	Kết quả
Không có lo âu bệnh lý	≤ 44	
Lo âu mức độ nhẹ đến trung bình	45 – 59	
Lo âu mức độ nặng	60 – 74	
Lo âu mức độ rất nặng	≥ 75	

d. 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

a. 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.

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

c. Biến chứng muộn: không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zung William W.K., (1971), “A Rating Instrument for Anxiety Disorder”. 12 (6): Psychosomatics 371-379.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ÂU ZUNG (ZAI)

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 phát biểu mô tả một số triệu chứng của cơ thể. Ở mỗi câu, hãy chọn một mức độ “Không có”; “Đôi khi”; “Thường xuyên” và “Luôn luôn” phù hợp với tình trạng mà bạn cảm thấy trong vòng một tuần vừa qua. Khoanh tròn vào con số bên phải tương ứng với các mức độ mà bạn lựa chọn! Hãy đừng bỏ sót đề mục nào?

Stt	Nội dung	Không có	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn luôn
1	Tôi cảm thấy nóng nẩy và lo âu hơn thường lệ.	1	2	3	4
2	Tôi cảm thấy sợ vô cớ.	1	2	3	4
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ.	1	2	3	4
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh.	1	2	3	4
5	Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt và không có điều gì xấu sẽ xảy ra.	4	3	2	1
6	Tay và chân tôi lắc lư, run lên.	1	2	3	4
7	Tôi đang khó chịu vì đau đầu, đau cổ, đau lưng.	1	2	3	4
8	Tôi cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi.	1	2	3	4
9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên một cách dễ dàng.	4	3	2	1
10	Tôi cảm thấy tim mình đập nhanh.	1	2	3	4
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt.	1	2	3	4
12	Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế.	1	2	3	4
13	Tôi có thể thở ra, hít vào một cách dễ dàng.	4	3	2	1
14	Tôi cảm thấy tê buốt, như có kiến bò ở đầu ngón tay, ngón chân.	1	2	3	4
15	Tôi đang khó chịu vì đau dạ dày và đầy bụng.	1	2	3	4
16	Tôi luôn cần phải đi đại.	1	2	3	4
17	Bàn tay tôi thường khô và ẩm.	4	3	2	1
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ.	1	2	3	4
19	Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt.	4	3	2	1
20	Tôi thường có ác mộng.	1	2	3	4

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

TRẮC NGHIỆM LO ÂU HAMILTON (HARS) **(Hamilton Anxiety Rating Scale - HARS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá lo âu Hamilton là một thang phỏng vấn sâu được tác giả M. Hamilton xây dựng vào năm 1959 tại Mỹ, được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của các triệu chứng lo âu. Trắc nghiệm đánh giá lo âu Hamilton thường được sử dụng cho những bệnh nhân có biểu hiện rối loạn lo âu.

HARS là một bảng phỏng vấn sâu gồm 14 đề mục mô tả các triệu chứng của lo âu gồm: các trạng thái lo âu về tâm lý; các vấn đề về hệ thần kinh tự trị và cảm giác và thái độ lúc phỏng vấn. Người bệnh sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi của người Cán bộ thực hiện trắc nghiệm theo một bảng hỏi có sẵn nhằm định lượng mức độ trầm trọng của các triệu chứng lo âu trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần ngay trước thời điểm đánh giá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ của rối loạn lo âu.
- Theo dõi 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 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 lo âu Hamilton (HARS)
- 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 một số câu về suy nghĩ, tâm trạng, triệu chứng cơ thể và chức năng sinh hoạt hằng ngày của mình nhằm đánh giá tình trạng lo âu”.
- Trong quá trình phỏng vấn, Cán bộ thực hiện trắc nghiệm cần quan sát thái độ, biểu hiện nhằm trắc nghiệm một cách toàn diện và khách quan.
- Có thể phỏng vấn thêm người nhà, nhân viên chăm sóc y tế (nếu cần) để bổ sung thông tin.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục mà Cán bộ thực hiện trắc nghiệm đánh giá cho điểm.
- Tiến hành đánh giá lo âu theo bảng tham chiếu:

Bảng tham chiếu mức độ lo âu

HARS	Điểm đánh giá
Không có lo âu	0 – 13
Lo âu nhẹ	14 – 17
Lo âu vừa	18 – 24
Lo âu nặng	25 – 30
Lo âu mức độ rất nặng	≥ 31

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. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*; 32 (1):50–55.
2. W Maier, R Buller, M Philipp, & I Heuser (1988). The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, Validity and Sensitivity to Change in Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Affective Disorders*. 14(1): 61-68.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ÂU HAMILTON (HARS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

Mức độ: 0 = Không có; 1 = Nhẹ; 2 = Trung bình; 3 = Nặng; 4 = Rất nặng.

TRIỆU CHỨNG	BIỂU HIỆN	MỨC ĐỘ
Trạng thái lo âu	Lo lắng, tiên đoán biểu hiện xấu nhất, dự đoán một cách sợ hãi, bứt rứt.	
Căng thẳng	Cảm giác căng thẳng, mệt mỏi, hoảng hốt, xúc cảm dễ khóc, run sợ, cảm giác bất an, mất khả năng thư giãn.	
Sợ hãi	Sợ bóng tối, sợ người lạ, sợ cô đơn, sợ thú vật, sợ xe cộ, đám đông	
Mất ngủ	Khó ngủ, dễ thức giấc, ngủ không ngon giấc, mệt mỏi khi thức dậy, chiêm bao, ác mộng, kinh hãi bóng đêm.	
Trí tuệ	Khó tập trung, trí nhớ kém.	
Trạng thái trầm cảm	Mất hứng thú, không thích giải trí, trầm cảm, mất ngủ.	
Thực thể (cơ bắp)	Đau nhức, co rút, căng cứng, cơ co giật, nghiến răng, giọng không đều, tăng trương lực cơ.	
Thực thể (giác quan)	Ù tai, mắt mờ, các cơ bừng mặt nóng lạnh, cảm giác yếu mệt đau nhói.	
Triệu chứng tim mạch	Tim đập nhanh, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch máu nhảy mạnh, cảm giác ngất xỉu, mất nhịp.	
Triệu chứng hô hấp	Nặng ngực hoặc thắt ngực, cảm giác nghẹt thở, thở dài, khó thở.	
Triệu chứng tiêu hóa	Khó nuốt, đầy hơi, đau bụng, cảm giác ợ nóng, đầy bụng buồn nôn, nôn, sôi ruột, hay đi phân lỏng, sụt cân, táo bón.	
Triệu chứng tiết niệu – sinh dục	Tiểu nhiều lần, tiểu gấp, mất kinh, rong kinh, yếu khả năng sinh dục, xuất tinh sớm, mất khoái cảm, liệt dương.	
Triệu chứng hệ thần kinh tự động	Khô miệng, bừng mặt, xanh xao, hay đổ mồ hôi, choáng váng, đau căng đầu, rụng tóc.	
Thái độ lúc phỏng vấn	Bồn chồn, bất an, run tay, cau mày mặt căng thẳng, thở nhanh hoặc thở dài, mắt tái xanh, nuốt nước bọt, ợ hơi, máy cơ mặt, giãn đồng tử, lồi mắt.	

TRẮC NGHIỆM LO ÂU TRẦM CẢM (HADS) **(Hospital Anxiety Depression Scale- HADS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm lo âu trầm cảm HADS là bảng hỏi tự đánh giá lo âu trầm cảm được tác giả Zigmond và Snaith (Thụy Điển) thiết kế năm 1983. HADS là trắc nghiệm đánh giá lo âu và trầm cảm ở những bệnh nhân có rối loạn về cơ thể, và HADS cũng là một công cụ để phát hiện chứng lo âu và trầm cảm ở những người có vấn đề về sức khoẻ thể chất.

HADS gồm 14 câu hỏi trong đó 7 câu hỏi đánh giá lo âu và 7 câu hỏi đánh giá trầm cảm được đan xen nhau. Mỗi một câu hỏi có các lựa chọn được cho điểm từ 0 đến 3. Người bệnh được yêu cầu chọn một mức độ phù hợp với tình trạng mà họ cảm thấy trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần tính đến thời điểm đánh giá

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá rối loạn lo âu và trầm cảm.
- 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 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 lo âu trầm cảm HADS
- 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, biên 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:** “Dưới đây là 14 câu hỏi mô tả về một số triệu chứng anh/chị có thể gặp phải. Ở mỗi câu, anh/chị hãy trả lời câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu phù hợp nhất với anh/chị”.
- 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 TRẦM CẢM (HADS) - 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 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:** Các câu có ký hiệu A đánh giá lo âu; các câu có ký hiệu D đánh giá trầm cảm. Tính tổng số điểm của các mục mà người bệnh đã lựa chọn, không tách riêng điểm lo âu hoặc điểm trầm cảm.
- Tiến hành đánh giá mức độ lo âu trầm cảm bằng cách đối chiếu điểm số của người bệnh lên bảng tham chiếu mức độ lo âu trầm cảm.

Bảng tham chiếu mức độ lo âu trầm cảm

HADS	Điểm đánh giá	Kết quả
Trạng thái ổn định	0 – 7	
Trạng thái ranh giới	8 - 10	
Có trầm cảm - lo âu	≥ 11	

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. Andreas H., Elmar B. (2011). Normative values for the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*. 71(2):74-78.
2. Bjelland, I; et al. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 52 (2): 69–77.
3. Theodore D.C., Frank D., Mark W., Hannah McGee (2012). Latent Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *Journal Psychomatic Research*. 72(3):180-1

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM LO ẦU TRẦM CẢM (HADS)

Họ và tên: Năm sinh / / Giới tính:

Địa chỉ:

Chẩn đoán:

Ngày thực hiện: / /

Người thực hiện hoặc hỗ trợ đánh giá:

***Bạn hãy đọc một loạt câu hỏi và khoanh tròn vào con số bên trái câu trả lời
hiển thị đúng nhất cái mà bạn đã cảm thấy trong tuần vừa qua.***

A. Tôi cảm thấy căng thẳng hoặc bức dọc:

- 3 Phần lớn thời gian
- 2 Thường xuyên
- 1 thỉnh thoảng
- 0 Không bao giờ

D. Tôi hài lòng về mọi điều như trước kia:

- 0 Vâng, hoàn toàn như vậy
- 1 Không hoàn toàn
- 2 Chỉ một ít
- 3 Hầu như không nữa

A. Tôi có một cảm giác sợ giống như điều khủng khiếp đang xảy ra:

- 3 Vâng, rất rõ
- 2 Vâng, nhưng điều đó không đến nỗi vậy
- 1 Hơi một chút, nhưng điều đó không làm tôi lo lắng
- 0 Không một ít nào

D. Tôi cười dễ dàng và thấy khía cạnh tốt của mọi thứ:

- 0 Cũng như trước đây
- 1 Không được như trước đây
- 2 Hoàn toàn ít hơn trước
- 3 Không còn gì cả

A. Tôi lo lắng:

- 3 Rất thường xuyên

- 2 Khá thường xuyên
- 1 Tình cờ
- 0 Rất tình cờ

D. Tâm trạng tôi thoải mái:

- 3 Không bao giờ
- 2 Rất hiếm khi
- 1 Khá thường xuyên
- 0 Phần lớn thời gian

A. Tôi có thể ngồi yên lặng, không làm gì hết và cảm giác thoải mái:

- 0 Vâng, dù điều gì đó xảy ra
- 1 Vâng, nói chung là như vậy
- 2 Hiếm khi
- 3 Không bao giờ

D. Tôi có cảm giác hoạt động chậm lại:

- 3 Hầu như luôn luôn
- 2 Rất thường xuyên
- 1 Đôi khi
- 0 Không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác sợ và dạ dày tắc lại:

- 0 Không bao giờ
- 1 Đôi khi
- 2 Khá thường xuyên
- 3 Rất thường xuyên

D. Tôi không quan tâm nữa tới vẻ ngoài của tôi:

- 3 Không còn gì cả
- 2 Tôi không biết ăn mặc, trang điểm cho phù hợp với hoàn cảnh nữa
- 1 Có thể là tôi cũng không chú ý đến nó nữa
- 0 Tôi để ý đến nó như trước kia

A. Tôi cảm thấy bất ổn, đứng ngồi không yên:

- 3 Vâng, hoàn toàn đúng như vậy
- 2 Hơi một tí
- 1 Không hoàn toàn
- 0 Không một tí nào

D. Tôi mừng khi định làm một việc gì đó:

- 0 Cũng như trước
- 1 Hơi kém hơn trước
- 2 Kém rõ rệt hơn trước
- 3 Hầu như không bao giờ

A. Tôi cảm thấy những cảm giác đột nhiên hoảng sợ:

- 3 Hoàn toàn rất thường xuyên
- 2 Khá thường xuyên
- 1 thỉnh thoảng
- 0 Không bao giờ

D. Tôi có thể hài lòng về một cuốn sách hoặc một buổi phát hay trên đài hoặc ti vi:

- 0 Thường xuyên
- 1 Đôi khi
- 2 Hiếm khi
- 3 Rất hiếm khi

Hãy đừng bỏ sót đề mục nào

TRẮC NGHIỆM SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER-II) **(Denver Developmental Screening Test)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Thang đánh giá sự phát triển ở trẻ em Denver-II (Denver Developmental Screening Test) được xây dựng và áp dụng lần đầu tiên ở Mỹ năm 1967 do nhóm tác giả William, Josian và Alma nghiên cứu và áp dụng, đến nay đã được chuẩn hóa trên hơn 20 quốc gia. Tại Việt Nam, Denver được áp dụng lần đầu tiên tại khoa Tâm thần kinh – BV Bạch Mai từ năm 1977. Đến năm 2000, BV Nhi TW tiếp tục nghiên cứu và chuẩn hóa thành trắc nghiệm Denver-II, thay đổi và điều chỉnh một số mục cho phù hợp với môi trường và văn hóa Việt Nam.

Mục đích của Denver-II nhằm đánh giá mức độ phát triển tâm lý – vận động ở trẻ nhỏ từ sơ sinh đến 6 tuổi, giúp phát hiện sớm những trạng thái chậm phát triển trong giai đoạn những năm đầu đời của trẻ, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. Denver – II gồm 125 đề mục, đánh giá một cách toàn diện sự phát triển tâm lý – vận động của trẻ tập trung vào 4 lĩnh vực: Cá nhân – xã hội; Vận động tinh tế thích ứng; Ngôn ngữ và vận động thô.

Thang đánh giá kiểm tra một cách khá toàn diện sự phát triển của trẻ, tập trung vào 4 lĩnh vực:

- Khu vực cá nhân - xã hội: đánh giá khả năng nhận biết bản thân, chăm sóc bản thân và thiết lập quan hệ tương tác với người khác.
- Khu vực vận động tinh tế - thích ứng: đánh giá khả năng vận động khéo léo của đôi tay và khả năng quan sát tinh tế của đôi mắt.
- Khu vực ngôn ngữ: đánh giá khả năng lắng nghe và đáp ứng với âm thanh, khả năng phát âm, và sau cùng là khả năng phát triển ngôn ngữ (nghe hiểu và nói).
- Khu vực vận động thô: đánh giá khả năng phát triển các vận động toàn thân và khả năng giữ thăng bằng của cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ em.
- Đánh giá tiên 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 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 sự phát triển ở trẻ em Denver-II, bút viết...
- Dụng cụ chính:
 - + Phiếu làm test và hình vẽ
 - + Một quả bóng làm bằng len đỏ
 - + Mười quả nho khô
 - + Xúc sắc có cán
 - + 10 khối gỗ vuông (2,5 cm)
 - + 1 lọ nhỏ sạch có miệng (2cm)
 - + Một quả bóng tennis
 - + Một cây bút chì
 - + Một búp bê và bình sữa (muỗng)
 - + Một cốc nhựa có quai
 - + Giấy trắng
- Dụng cụ hỗ trợ:
 - + Bàn ghế làm test
 - + Khăn hay đệm để trên bàn để trẻ nằm
 - + Đồ chơi để làm quen với bé

5.5. 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, biên chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu chỉ định thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

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

5.9. 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 trẻ 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 trẻ: “Bây giờ cô/chú và cháu sẽ cùng chơi một số hoạt động rất thú vị, trong đó cũng có cả bố/mẹ cháu tham gia cùng chúng ta”.
- Câu hướng dẫn phụ huynh: “Bây giờ tôi sẽ hỏi cháu và hỏi anh/chị một số câu hỏi nhằm đánh giá mức độ phát triển của trẻ qua 4 lĩnh vực Cá nhân/xã hội, Ngôn ngữ, Vận động tinh tế, Vận động thô.
- Hỏi và ghi ngày, tháng, năm sinh của trẻ để tính chính xác lứa tuổi của trẻ: “Cháu sinh ngày tháng năm nào?”
- Vẽ đường tuổi đi qua 4 khu vực cần đánh giá.
- Xác định các mục cần thực hiện tùy theo lứa tuổi của trẻ.
- Tuân tự thực hiện các mục bằng cách vừa hỏi vừa chơi, tương tác với trẻ để trẻ bộc lộ khả năng cần đánh giá.
- Ghi kết quả từng mục (làm được: Đ, làm không được: K, không muốn làm hoặc không có cơ hội làm: R).
- Mỗi khu vực tiến hành đánh giá các mục từ trên xuống dưới, từ trái sang phải đến khi trẻ thực hiện được 3 mục liên tiếp tính từ mục cao nhất đường tuổi đi qua thì dừng.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Đọc kết quả: đường tuổi đi qua phần trắng của mỗi mục trẻ làm được: phát triển bình thường; đường tuổi đi qua phần màu xám của mỗi mục trẻ làm được: nghi ngờ chậm phát triển; đường tuổi nằm hoàn toàn bên phải mục trẻ làm được: chậm phát triển.
- Quy ước: Tổng hợp kết quả các mục đánh giá với 3 mức độ sau:
 - + Phát triển bình thường (không có mục chậm phát triển và tối đa một mục nghi ngờ)
 - + Nghi ngờ chậm phát triển (có hơn 2 mục nghi ngờ, hơn một mục chậm phát triển)
 - + Chậm phát triển (có ít nhất 2 mục chậm phát triển ở ít nhất 2 khu vực được kiểm tra)

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. Ngô Công Hoàn và các cộng sự (1997), Những trắc nghiệm tâm lý, Nhà Xuất Bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Bệnh viện nhi Trung ương (2004), Hướng dẫn thực hành Denver II, Hà Nội
3. Phòng trắc nghiệm tâm lý N-T, Trắc nghiệm đánh giá sự phát triển tâm lý vận động Denver.

PHỤ LỤC

TRẮC NGHIỆM SỰ PHÁT TRIỂN Ở TRẺ EM (DENVER II)

Hướng dẫn tiến hành DENVER

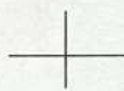
1. Cố gắng làm cho trẻ cười bằng cách mỉm cười, nói hay vẫy tay nhưng không được đụng vào trẻ.
2. Đưa trẻ cần nhìn chăm chú vào tay khoảng 10 giây
3. Bố mẹ có thể giúp hướng dẫn đánh răng và cho thuốc vào bàn chải
4. Đưa trẻ không cần phải buộc giày, cài cúc hay kéo phéc mô tuya ở phía sau lưng.
5. Đung đưa quả cầu bằng len đồ chạm theo hình vòng cung từ bên này sang bên kia, khoảng 8 giây trước mặt trẻ.
6. Nếu trẻ nắm cái xúc sắc khi chạm cái xúc sắc vào đầu ngón tay trẻ thì coi như trẻ đã vượt qua item này.
7. Nếu trẻ cố gắng nhìn quả cầu len đồ rơi đi đâu thì trẻ vượt qua item này (quả cầu bằng len đồ sẽ thả rơi tự do từ tay người làm test xuống mà tay vẫn giữ nguyên)/
8. Đưa trẻ phải chuyển khối gỗ từ tay này sang tay kia mà không cần dùng miệng, thân thể hay bàn tay trợ giúp.
9. Trẻ vượt qua item này nếu nhặt được các quả nhỏ khô (có thể dùng bất kỳ phần nào của ngón cái và các ngón tay)
10. Đường kẻ chỉ có thể nghiêng 30 độ so với đường kẻ dọc của người làm test
11. Nằm bàn tay lại trừ ngón cái thì giờ lên và xoay vòng ngón cái. Trẻ qua được item này nếu bắt chước làm mà không cử động các ngón tay khác.
12. Vẽ vòng tròn, qua nếu vẽ được vòng kín còn không qua nên tiếp tục vẽ vòng tròn hở hoặc chuyển động.
13. So sánh đường nào dài hơn (không phải to hơn). Lật ngược tờ giấy và hỏi lại (trẻ đúng được item này nếu trả lời đúng 3/3 hoặc 5/6)
14. Vẽ hình chữ thập, qua với mọi đường thẳng cắt nhau ở gần điểm giữa.
15. Vẽ hình vuông, trước hết xem trẻ bắt chước vẽ hình vuông như thế nào? Nếu trẻ không vẽ được cần kiểm tra lại.



12



13



14



15

16. Khi chấm điểm, mỗi cặp chân, hai tay đều tính là một phần
17. Đặt khối gỗ vào trong cốc và lắc nhẹ bên tai trẻ (nhưng không được để trẻ nhìn thấy). Làm lại với tai bên kia.
18. Chỉ các bức tranh để trẻ gọi tên. (Chỉ công nhận lời nói của trẻ). Nếu có ít hơn bốn bức tranh được gọi tên chính xác thì người làm test sẽ chỉ cho trẻ từng bức tranh và gọi tên.



19. Lấy con búp bê và yêu cầu trẻ chỉ mắt, mũi, tai, mồm, tay, chân, bụng hay tóc ... (Đúng item này khi chỉ đúng 6/8 bộ phận)
20. Đưa bức tranh cho trẻ và hỏi con vật nào biết bay, kêu meo meo, nói, sủa hay phi (Đúng item này nếu 2/5 hoặc 4/5)
21. Hỏi trẻ: Cháu sẽ làm gì khi lạnh, mệt, đói (qua nếu đúng 2/3 hoặc 3/30)
22. Hỏi trẻ: Cái cốc, cái ghế, cái bút chì dùng để làm gì (những từ chỉ hành động phải có trong câu trả lời. VD: uống nước, ngồi, viết...)
23. Trẻ qua item này nếu đọc và nói chính xác có bao nhiêu khối trên tờ giấy.
24. Nói với trẻ: Cháu hãy bỏ khối gỗ này lên bàn, dưới bàn, trước mặt tôi, sau lưng tôi (đúng nếu làm được 4/4). Không được giúp trẻ bằng cách chỉ, quay đầu hay dò mắt.
25. Quả bóng là gì? Hồ nước, cái bàn, cái nhà, quả chuối, cửa sổ, công hay trần nhà là gì? Trẻ coi như đạt nếu định nghĩa được công dụng của nó, hình dáng của nó, vật làm bằng gì hay nó thuộc loại gì ... (CD: chuối là hoa quả, không phải là vàng). Đạt nếu đúng 5/8 hoặc 7/8
26. Hỏi trẻ: Nếu con ngựa to, thì con chuột? Nếu lửa nóng, đá thì ---? Nếu mặt trời tỏa sáng ban ngày thì mặt trăng tỏa sáng? (Đạt nếu đúng 2/4)
27. Trẻ có thể bám tường hoặc tay vịn nhưng không phải tì người. Không được bò
28. Trẻ phải ném bóng xa quá ba bước ngoài tầm tay với của người làm test.
29. Trẻ phải đứng và nhảy qua được tờ giấy của người làm test có chiều rộng 21 cm.
30. Yêu cầu trẻ đi nổi gót tiến (gót chân chỉ cách ngón chân 2.5cm). Người làm test có thể giải thích. Trẻ phải đi được bốn bước liên tiếp mới đạt yêu cầu.
31. Trong năm thứ hai, một nửa số trẻ bình thường sẽ không dễ dãi phục tùng mệnh lệnh.

DA FORM 5694, MAY 1988

Denver II

Người kiểm tra:
Ngày:Họ tên:
Ngày sinh:
Mã:

THANG 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

PHẦN TRẮM TRỀ LAM ĐƯỢC

28 50 75 90

R 1 MỨC

CÁ NHÂN - XÃ HỘI

VẬN ĐỘNG TINH TẾ THÍCH LỨNG

NGÔN NGỮ

VẬN ĐỘNG THỂ THO

THANG 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

Người kiểm tra:
Ngày:

Họ tên:
Ngày sinh:
Mã:

1 MIM CƯỜI TỰ NHIÊN

2 CƯỜI ĐÁP

3 NHIN MẮT

4 NHIN BÀN TAY

5 NHIN QUẢ ĐƯƠNG GIỮA

6 NHIN TÔI ĐƯƠNG GIỮA

7 NHIN TUM LÊN RƠI

8 CHUYỀN TAY KHỎI GỖ

9 NHẬT BẢNG NGỒN CÀI

10 VÁCH ĐƯỜNG THẮNG

11 NGỒ NGUAY NGỒN CÀI

12 BẮT CHƯỚC VẾ HÌNH TRÒN

13 CHỈ ĐƯỜNG THẮNG DẠI KHON

14 BẮT CHƯỚC VẾ ĐẦU CỘNG

15 BẮT CHƯỚC VẾ HÌNH VUÔNG

16 VẾ NGƯỜI SÁU PHÂN

17 QUAY THEO TIẾNG LÚC LẮC

18 CHỈ 4 HÌNH

19 CHỈ 8 BỘ PHẬN CƠ THỂ

20 HIỂU 4 HOẠT ĐỘNG

21 HIỂU MỆT, LẠNH, ĐỎ (3 TÍNH TỬ)

22 BIẾT DÙNG 3 ĐỒ VẬT

23 ĐỀM 5 KHỎI

24 HIỂU 4 GIỚI TỬ

25 ĐINH NGHĨA 5 TỬ

26 HIỂU TỬ TRÁI NGHĨA

27 ĐỀM 5 KHỎI

28 HIỂU 2 TÍNH TỬ

29 NÉM BÓNG CAO TAY

30 ĐI NƠI GÓT

31 ĐỪNG MỘT CHÂN 3 GIẤY

32 ĐỪNG MỘT CHÂN 4 GIẤY

33 NHẢY XA

34 ĐỪNG MỘT CHÂN 1 GIẤY

35 NHẢY TAI CHỖ

36 ĐÁ BÓNG VẾ PHÍA TRƯỚC

37 BƯỚC LÊN BẮC

38 CHẠY

39 ĐI GIẬT LƯÌ

40 CÚI XUỐNG VÀ ĐỪNG LÊN

41 ĐỪNG VỮNG MỘT MÌNH

42 ĐỪNG ĐƯỢC 2 GIẤY

43 ĐỪNG VỮNG

44 NGỒI KHÔNG ĐỖ

45 KÉO NGỒI ĐẦU KHÔNG TRỀ

46 R LẶT (LẶT)

47 CHÔNG TAY NẮNG NGỰC

48 ĐỒ ĐÀNG HAI CHÂN

49 NGỒI GIỮ VỮNG ĐẦU

50 NẮNG ĐẦU 90°

51 NẮNG ĐẦU 45°

52 NẮNG ĐẦU

53 CỜ ĐỘNG ĐỀU

KIỂM TRA HÀNH VI

Kiểm tra lần 1,2,3

Điền hình

Có

Không

Hợp tác

Rất hợp tác

Có hợp tác

Ít hợp tác

Thích thú

Bình thường

Có giảm thích thú

Giảm thích thú nghiêm trọng

Sơ hãi

Không

Ít

Nhiều

Độ tập trung

Bình thường

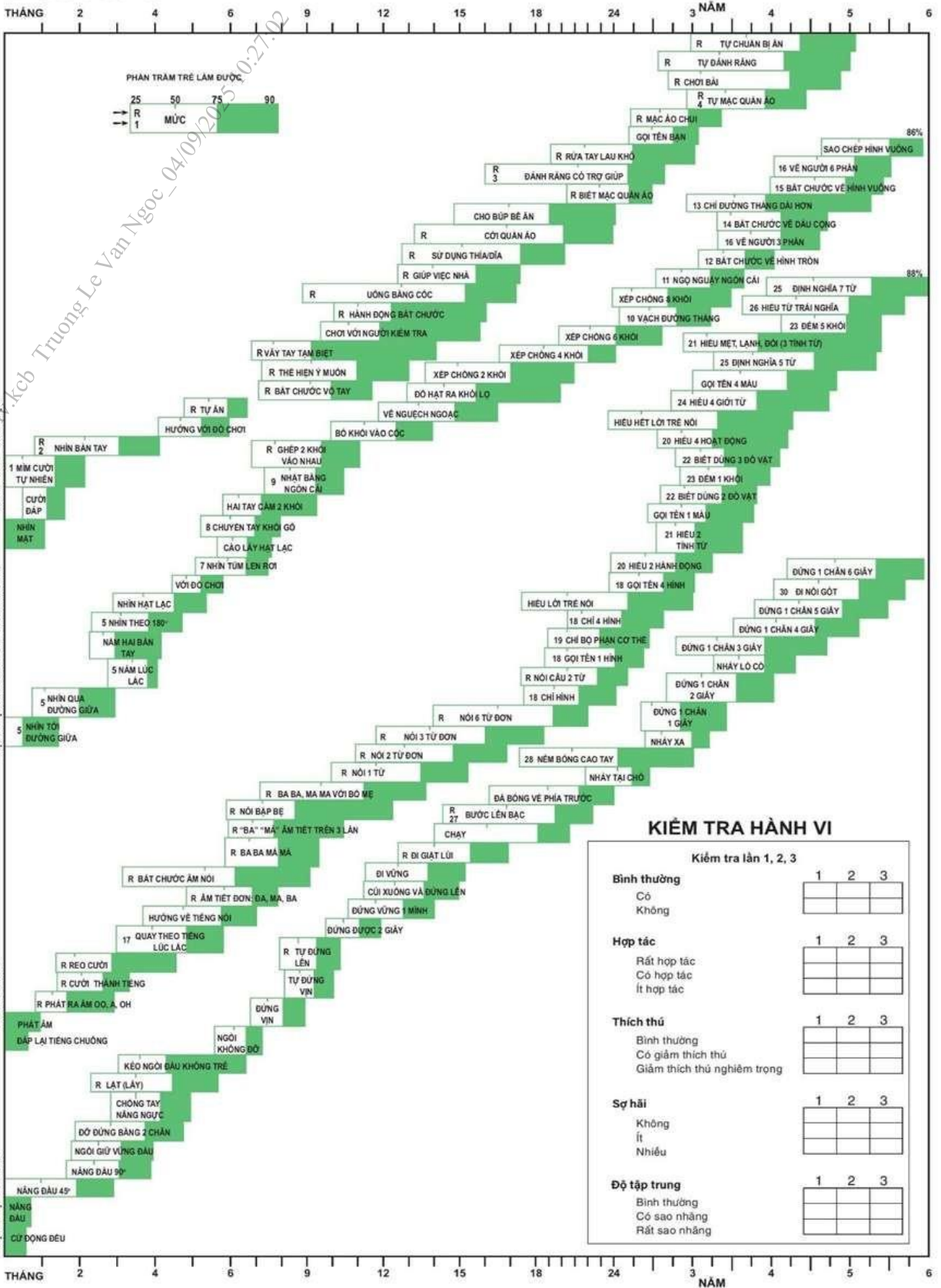
Có sao nhãng

Rất sao nhãng

Denver II

Người kiểm tra :
Ngày :

Họ tên :
Ngày sinh :
Mã :



TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS) **(Childhood Autism Rating Scale - CARS)**

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm đánh giá mức độ tự kỷ (Childhood Autism Rating Scale - CARS) được phát triển bởi chương trình chăm sóc và giáo dục trẻ tự kỷ và trẻ em cộng đồng và được công bố năm 1980. CARS là một bảng phỏng vấn nhằm đánh giá và tính điểm một số các nhân tố để xác định phân biệt trẻ có rối loạn phổ tự kỷ với những trẻ có những rối loạn phát triển khác. CARS cũng xác định mức độ ảnh hưởng của những cá nhân mắc tự kỷ ở trẻ em và cả trẻ vị thành niên.

CARS là bảng phỏng vấn được hoàn thành bởi các chuyên gia dựa trên những quan sát trực tiếp về hành vi cũng như từ thông tin từ cha mẹ, giáo viên hoặc người chăm sóc. CARS đánh giá 15 khía cạnh của hành vi, đặc điểm của hành vi, đặc điểm riêng về các khả năng và sự giao tiếp...CARS phù hợp để đánh giá cho trẻ từ 2 tuổi trở lên, phù hợp cả với lứa tuổi vị thành niên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em và 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 hoặc người nhà có tình trạng 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 mức độ tự kỷ CARS
- 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: 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.
- 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 bộ công cụ, bảng hỏi.
- Bộ tài liệu hướng dẫn phân tích kết quả.
- Gọi cha/mẹ/người chăm sóc vào phòng theo số thứ tự.
- Chuẩn bị tâm lý cho cha/mẹ/người chăm sóc: Làm quen với cha/mẹ/người chăm sóc 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 cha/mẹ/người chăm sóc.

6.2. Bước 2: Thực hiện

- **Câu hướng dẫn:** “Sau đây tôi sẽ hỏi anh/chị 15 mục đánh giá chuyên sâu và toàn diện về mức độ phát triển của con mình nhằm tìm hiểu đặc điểm của hành vi, đặc điểm riêng về các khả năng và sự giao tiếp. Đồng thời, tôi cũng sẽ quan sát và hỏi chuyện trẻ nhằm đánh giá một cách chính xác nhất”.
- Thực hiện phỏng vấn và kết hợp với quan sát trực tiếp hoặc hỏi chuyện trẻ.
- Trong quá trình phỏng vấn, cán bộ thực hiện cần quan sát thái độ, biểu hiện của cha/mẹ/người chăm sóc trẻ để hoàn thành trắc nghiệm toàn diện và khách quan.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- **Quy ước:** Tính tổng số điểm của các mục đã phỏng vấn.
- Tiến hành đánh giá mức độ tự kỷ theo bảng tham chiếu.

Bảng tham chiếu mức độ tự kỷ

CARS	Điểm đánh giá
Không có tự kỷ	15 – 29,5
Tự kỷ mức độ nhẹ và vừa	30 – 36,5
Tự kỷ 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.
- 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. Echo Armman. "Childhood Autism Rating Scale (CARS)". Autism-World. Retrieved 2007-03-28.
2. Ozonoff, S, Boodlin-Jones, B, & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of Autism Spectrum Disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 523-540.
3. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980). "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *Journal of Autism Development Disorder* 10 (1): 91–103.

PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

	I. Quan hệ với mọi người		III. Đáp ứng cảm xúc
1	Không có biểu hiện khó khăn khi quan hệ với mọi người. Hành vi của trẻ phù hợp với tuổi. Có thể quan sát thấy một số biểu hiện như bẽn lễn, ầm ĩ hoặc khó chịu khi bị yêu cầu làm việc gì, nhưng không ở mức độ điển hình.	1	Trẻ thể hiện đáp ứng cảm xúc phù hợp tình huống và tuổi. Trẻ thể hiện đúng kiểu và mức độ phản ứng cảm xúc qua nét mặt, cử chỉ, điệu bộ.
1.5		1.5	
2	Quan hệ bất bình thường ở mức độ nhẹ. Trẻ có thể né tránh tiếp xúc với người lớn bằng mắt, né tránh người lớn hoặc ầm ĩ nếu có sự tác động bất buộc, trẻ bẽn lễn quá mức, đáp ứng không bình thường với người lớn, bám chặt bố mẹ nhiều hơn trẻ cùng tuổi.	2	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện kiểu và phản ứng cảm xúc không phù hợp. Những phản ứng cảm xúc này không liên quan đến tình huống.
2.5		2.5	
3	Quan hệ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện sự khác biệt với người lớn (dường như không nhận thấy người lớn). Phải có sự nỗ lực và liên tục mới thu hút được sự chú ý của trẻ. Trẻ rất hiếm khi khởi đầu mối quan hệ.	3	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức trung bình. Trẻ có những dấu hiệu nhất định về kiểu và mức độ đáp ứng cảm xúc không phù hợp. Phản ứng của trẻ có thể quá mức hoặc không liên quan đến tình huống.
3.5		3.5	
4	Quan hệ bất thường ở mức độ nặng. Trẻ luôn tách biệt và không biết được điều người lớn đang làm. Trẻ hầu như không bao giờ đáp ứng hoặc khởi đầu mối quan hệ với người lớn.	4	Đáp ứng cảm xúc bất thường ở mức độ nặng. Đáp ứng cảm xúc của trẻ hiếm khi phù hợp với tình huống. Khi trẻ trong trạng thái khí sắc nhất định, rất khó thay đổi khí sắc. Ngược lại, trẻ lại thể hiện nhiều cảm xúc khác nhau khi không có sự thay đổi nào.
	II. Bắt chước		IV. Động tác cơ thể
1	Bắt chước phù hợp. Trẻ có thể bắt chước âm thanh, lời nói, động tác phù hợp với lứa tuổi của trẻ.	1	Động tác cơ thể phù hợp. Trẻ hoạt động thoải mái, nhanh nhẹn và phối hợp động tác như trẻ bình thường cùng tuổi.

1.5		1.5	
2	Bắt chước bắt thường ở mức độ nhẹ. Trẻ bắt chước các hành vi đơn giản như vỗ tay hoặc âm đơn, đôi khi trẻ chỉ bắt chước khi được khích lệ hoặc sau một lúc trì hoãn.	2	Động tác bắt thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ có động tác bắt thường nhỏ như vung vè, động tác lặp lại, phối hợp kém, ít xuất hiện các động tác bắt thường.
2.5		2.5	
3	Bắt chước bắt thường ở mức độ trung bình. Trẻ ít bắt chước và phải có sự yêu cầu rất kiên trì và sự giúp đỡ của người lớn. Trẻ thường chỉ bắt chước sau một lúc trì hoãn.	3	Động tác bắt thường ở mức trung bình. Những hành vi khác lạ rõ hoặc bắt thường ở trẻ là: các cử động khác lạ ở ngón tay, nhìn chăm chăm, hoặc bị kích động, đung đưa, vặn vẹo ngón tay, lắc lư, quay tròn người hoặc đi nhón gót ...
3.5		3.5	
4	Bắt chước bắt thường ở mức độ nặng. Trẻ rất hiếm khi hoặc không bao giờ bắt chước âm thanh, từ, động tác thậm chí ngay cả khi có sự khích lệ và giúp đỡ của người lớn.	4	Động tác bắt thường ở mức nặng. Các động tác bắt thường nêu trên luôn xuất hiện, mạnh mẽ. Các hành vi trên luôn duy trì mặc dù cố gắng trò chuyện hoặc lôi kéo trẻ vào việc khác.
	V. Sử dụng đồ vật		VII. Đáp ứng nhìn
1	Sử dụng phù hợp, quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật khác nhau. Trẻ thể hiện sự quan tâm tới các đồ chơi và đồ vật một cách bình thường và phù hợp với kỹ năng và sử dụng đồ chơi đúng cách.	1	Đáp ứng nhìn phù hợp với tuổi. Động tác nhìn bình thường và phù hợp lứa tuổi, nhìn kết hợp với các giác quan khác để thăm dò cái mới.
1.5		1.5	
2	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nhẹ. Trẻ thể hiện sự quan tâm không đúng kiểu đến đồ chơi hoặc cách chơi không phù hợp (VD: đập hoặc mút đồ chơi)	2	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức nhẹ. Trẻ đôi khi bị nhấc nhìn vào một vật, trẻ thích nhìn vào gương hoặc đèn sáng nhiều hơn bạn cùng tuổi, thỉnh thoảng nhìn chăm chăm vào khoảng trống hoặc tránh nhìn vào mắt người khác.
2.5		2.5	
3	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức trung bình. Trẻ ít thể hiện sự quan tâm đến các đồ chơi và đồ vật	3	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức trung bình. Trẻ thường bị nhấc nhỏ nhìn vào việc đang làm, trẻ nhìn chăm chăm vào khoảng trống, tránh nhìn

3.5	khác nhau hoặc sử dụng một cách khác thường. Trẻ có thể tập trung vào những bộ phận không đặc trưng của đồ chơi, cuốn hút vào chỗ không phản chiếu ánh sáng của đồ vật, liên tục cho chuyển động một phần hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.	3.5	vào mắt, nhìn đồ vật từ một góc bất thường, cầm đồ vật rất gần mắt.
4	Sự bất thường trong quan tâm và sử dụng đồ chơi hoặc đồ vật khác nhau ở mức nặng. Trẻ có những hành vi như trên ở mức độ thường xuyên và cường độ mạnh. Trẻ rất khó mất đi các hành động không phù hợp mặc dù có sự đánh lạc hướng.	4	Đáp ứng nhìn bất thường ở mức nặng. Trẻ luôn tránh nhìn vào mắt hoặc đồ vật nhất định nào đó, và thể hiện hình thức cực kỳ đặc biệt về cách nhìn nói trên.
VI. Thích nghi với sự thay đổi		VIII. Đáp ứng nghe	
1	Đáp ứng với sự thay đổi phù hợp với tuổi. Trẻ có thể chú ý hoặc có nhận xét về sự thay đổi thông thường, trẻ chấp nhận sự thay đổi này mà không khó chịu.	1	Đáp ứng nghe phù hợp với tuổi. Biểu hiện nghe của trẻ là bình thường và phù hợp với tuổi. Nghe được kết hợp với các giác quan khác.
1.5		1.5	
2	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nhẹ. Khi người lớn cố gắng thay đổi hoạt động trẻ vẫn tiếp tục hoạt động cũ hoặc sử dụng đồ vật trước đó	2	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thiếu đáp ứng hoặc nhạy cảm với một số loại âm thanh nhất định. Có thể đáp ứng chậm với một số âm thanh và để trẻ chú ý đến âm thanh đó cần phải lặp đi lặp lại. Trẻ có thể bị âm thanh bên ngoài làm phân tán chú ý.
2.5		2.5	
3	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức trung bình. Trẻ cố hành động chống lại hành động thông thường, cố tiếp tục với hoạt động cũ, rất khó bị đánh lạc hướng. Trẻ trở nên cáu giận hoặc khó chịu khi thói quen bị thay đổi.	3	Đáp ứng nghe bất thường ở mức trung bình. Đáp ứng của trẻ với âm thanh hay biến đổi; lờ đi âm thanh nghe thấy lần đầu tiên, có thể giật mình hoặc che tai khi nghe thấy những âm thanh thường ngày.
3.5		3.5	

4	Thích nghi với thay đổi bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện phản ứng mãnh liệt với sự thay đổi. Nếu sự thay đổi là bắt buộc trẻ sẽ rất cáu giận hoặc không hợp tác.	4	Đáp ứng nghe bất thường ở mức nặng. Trẻ đáp ứng nhạy cảm hoặc không đáp ứng với âm thanh ở mức độ cực kỳ khác thường.
	IX. Ném, ngửi và đáp ứng xúc giác		XI. Giao tiếp có lời
1	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ ở mức bình thường. Trẻ khám phá đồ vật mới bằng sờ và nhìn phù hợp. Ném và ngửi được khi cần thiết. Trẻ thể hiện sự khó chịu nhưng không quá mức với những lúc đau nhẹ hàng ngày.	1	Giao tiếp có lời ở mức bình thường phù hợp với tình huống và tuổi.
1.5		1.5	
2	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức nhẹ. Trẻ luôn cho đồ vật vào miệng, ngửi và ném thứ không ăn được. Lờ đi hoặc quá nhạy cảm với đau nhẹ mà trẻ thường thấy khó chịu.	2	Giao tiếp có lời bất thường ở mức nhẹ. Ngôn ngữ nói chậm toàn bộ, hầu hết lời nói là có nghĩa, tuy nhiên đôi khi có thể lặp lại âm thanh hoặc đảo ngược đại từ. Thỉnh thoảng trẻ có thể sử dụng một vài từ kỳ dị hoặc khó hiểu.
2.5		2.5	
3	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức trung bình. Trẻ biểu hiện ở mức trung bình khi sờ, ngửi, ném hoặc khi được người khác bế, ôm. Trẻ có thể phản ứng quá mức hoặc dưới mức.	3	Giao tiếp có lời bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không nói được. Khi trẻ nói được, có thể có lẫn những lời nói không nghĩa và những lời nói kỳ dị, khó hiểu và lặp lại hoặc đảo lộn đại từ. Sự kỳ dị trong lời nói có nghĩa là trẻ đặt quá nhiều câu hỏi hoặc dai dẳng với những chủ đề đặc biệt.
3.5		3.5	
4	Đáp ứng và sử dụng ném, ngửi và sờ bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện các giác quan bằng cách tạo ra cảm giác hơn là thăm dò, trẻ không có cảm giác đau hoặc quá nhạy cảm với khó chịu.	4	Giao tiếp có lời bất thường ở mức nặng. Không sử dụng từ có nghĩa, nhiều âm vô nghĩa: tiếng la hét, kỳ dị, hoặc giống như tiếng kêu của một số con vật, hoặc những âm vô nghĩa giống như tiếng nói hoặc có thể sử dụng một cách rất kỳ dị một vài từ hoặc cụm từ.
	X. Sự hãi và lo lắng		XII. Giao tiếp không lời

1	Sợ hãi và lo lắng ở mức bình thường. Hành vi của trẻ phù hợp với tình huống và tuổi.	1	Sử dụng giao tiếp không lời bình thường Lời nói phù hợp với tình huống và tuổi.
1.5		1.5	
2	Sợ hãi và lo lắng ở mức nhẹ. Đôi khi trẻ thể hiện sợ hãi và lo lắng hơn các bạn cùng tuổi trong cùng tình huống.	2	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nhẹ. Sử dụng không thuần thục giao tiếp không lời. Chỉ thể hiện hoặc thể hiện một cách mơ hồ điều trẻ muốn mà trong tình huống tương tự như vậy trẻ cùng tuổi có thể hiện một cách rõ ràng.
2.5		2.5	
3	Sợ hãi và lo lắng ở mức trung bình. Trẻ thể hiện khá nhiều sự sợ hãi và lo lắng so với những trẻ khác trong cùng tình huống.	3	Giao tiếp không lời bất thường ở mức trung bình. Nhìn chung trẻ không có khả năng thể hiện nhu cầu, mong muốn và hiểu người khác bằng giao tiếp không lời.
3.5		3.5	
4	Sợ hãi và lo lắng ở mức nặng. Sự sợ hãi kéo dài. Rất khó làm cho trẻ bình tĩnh lại hoặc trấn an trở lại. Ngược lại trẻ có thể mất đi cách thể hiện một cách phù hợp với những nguy hiểm mà trẻ cùng tuổi biết cách né tránh.	4	Sử dụng giao tiếp không lời bất thường ở mức nặng. Trẻ sử dụng những cử chỉ, điệu bộ một cách kỳ dị, vô nghĩa. Trẻ cũng không thể hiểu được những cử chỉ, điệu bộ, nét mặt của người khác.

	XIII. Mức độ hoạt động		XIV. Mức độ và sự ổn định của đáp ứng trí tuệ
1	Mức độ hoạt động phù hợp với tuổi và môi trường xung quanh. Trẻ thể hiện không nhiều hơn mà cũng không ít hơn các hoạt động so với các trẻ cùng tuổi trong cùng một tình huống.	1	Trí tuệ bình thường và đáp ứng ổn định ở mọi lĩnh vực khác nhau. Trẻ có trí tuệ giống như mọi trẻ khác cùng tuổi và không có bất kỳ một bất thường nào về kỹ năng hoặc vấn đề trí tuệ.
1.5		1.5	
2	Mức độ hoạt động bất thường ở mức nhẹ. Trẻ có thể bồn chồn ở mức nhẹ hoặc đôi khi lười biếng hoặc di chuyển chậm chạp. Mức độ hoạt động của trẻ cản trở nhẹ thành tích của trẻ.	2	Trí tuệ bất thường ở mức độ nhẹ. Trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi. Các kỹ năng khá chậm ở mọi lĩnh vực.
2.5		2.5	

3	Mức độ hoạt động bất thường ở mức trung bình. Trẻ có thể không thực sự hoạt động và khó kiểm chế. Trẻ có thể có nhiều hoạt động và khó ngủ vào ban đêm. Ngược lại trẻ có thể khá thờ ơ và cần có sự thúc giục rất nỗ lực để trẻ hoạt động.	3	Trí tuệ bất thường ở mức độ trung bình. Nhìn tổng thể trẻ không được thông minh như trẻ cùng tuổi. Trẻ có thể thực hiện chức năng gần như bình thường ở nhiều hơn một lĩnh vực.
3.5		3.5	
4	Mức độ hoạt động bất thường ở mức nặng. Trẻ thể hiện hoạt động trì trệ một cách quá mức và thậm chí ngay cả khi thay đổi từ cực thái này sang cực thái khác.	4	Trí tuệ bất thường ở mức nặng. Trong khi nhìn tổng thể trẻ không thông minh như trẻ cùng tuổi, nhưng trẻ có thể có chức năng bình thường thậm chí tốt hơn trẻ cùng tuổi ở một vài lĩnh vực.
	XV. ấn tượng chung		
1	Không tự kỷ. Trẻ không có các triệu chứng đặc trưng của trẻ tự kỷ.		Tổng điểm =
1.5			
2	Tự kỷ mức nhẹ. Trẻ thể hiện vài triệu chứng hoặc chỉ ở mức tự kỷ nhẹ.		Mức độ tự kỷ:
2.5			Ngày đánh giá:
3	Tự kỷ mức vừa. Trẻ thể hiện một vài triệu chứng ở mức tự kỷ vừa.		Người đánh giá:
3.5			
4	Tự kỷ nặng. Trẻ thể hiện tất cả các triệu chứng hoặc mức độ tự kỷ nặng.		

Hãy đừng bỏ sót đề mục này!

TRẮC NGHIỆM KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN (Raven's Progressive Matrices)

1. ĐẠI CƯƠNG

Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn Raven (Raven's Progressive Matrices) được J.C. Raven (Anh) xây dựng năm 1936, là trắc nghiệm phi ngôn ngữ đánh giá trí thông minh chủ yếu trên 3 quá trình: chú ý, tri giác và tư duy. Trắc nghiệm được xây dựng trên hai lý thuyết: lý thuyết về tri giác hình thể của Gestal và lý thuyết tân phái sinh của Spearman. Vì là trắc nghiệm phi ngôn ngữ nên Raven phù hợp để đánh giá Người có trình độ học vấn, kinh nghiệm sống và các độ tuổi khác nhau. Raven được dùng để phát hiện các năng lực hệ thống hoá nhất định trong tư duy, năng lực tư duy logic và năng lực vạch ra những mối liên hệ tồn tại giữa các sự vật và hiện tượng. Raven có hai phiên bản; phiên bản dành cho người lớn và phiên bản dành cho người già và trẻ em.

Raven bản đen trắng (dành cho 12 tuổi trở lên) gồm 60 hình chia thành 5 nhóm bài tập, mỗi nhóm bài tập gồm 12 câu hỏi bắt đầu từ dễ đến khó; nhóm sau khó hơn nhóm trước và bản có màu (dành cho trẻ 11 tuổi trở xuống) bao gồm 36 câu. Trong bản đen trắng có Loạt A tìm tính liên tục và trọn vẹn của cấu trúc; Loạt B tìm sự giống nhau giữa các cặp hình; Loạt C tìm những thay đổi tiếp diễn trong các cấu trúc; Loạt D tìm sự đổi chỗ của các hình và Loạt E tìm sự chia tách hình tổng thể thành các bộ phận. Người bệnh được hướng dẫn cách chọn đáp án đúng cho mỗi hình ở hai hình đầu tiên của loạt A đến khi hiểu cách làm và cấu trúc của hình. Từ hình thứ ba trở đi, người bệnh không được hướng dẫn thêm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sàng lọc và đánh giá chỉ số trí tuệ cho độ tuổi từ 4 tuổi trở lên.
- 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 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 RAVEN
- 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

- 45-65 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 với trẻ 12 tuổi trở lên:** “Đây là bản trắc nghiệm đánh giá trí tuệ bao gồm 60 câu bằng những hình đen trắng. Mỗi một câu hỏi có một hình, trong đó bị khuyết mất 1 ô trống. Anh/chị hãy chọn 1 ô trong 6 ô dưới đây để lấp vào chỗ trống đó sao cho đầy đủ và phù hợp với nền của hình làm đầy đủ và không bỏ sót bất kỳ câu nào”.
- **Câu hướng dẫn với trẻ từ 11 tuổi trở xuống:** “Đây là bản trắc nghiệm đánh giá trí tuệ bao gồm 36 câu bằng những hình có màu. Mỗi một câu hỏi có một hình, trong đó bị khuyết mất 1 ô trống. Cháu hãy chọn 1 ô trong 6 ô dưới đây để lấp vào chỗ trống đó sao cho đầy đủ và phù hợp với nền của hình làm đầy đủ và không bỏ sót bất kỳ câu nào”.
- 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 khuôn hình tiếp diễn RAVEN (**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:** Cần hướng dẫn và quan sát bệnh nhân làm đúng 2 câu đầu tiên, sau đó bệnh nhân tự làm các câu còn lại.

6.3. Bước 3: Xử lý kết quả

- Đối chiếu kết quả của người bệnh với đáp án. Mỗi bài tập giải đúng được tính 1 điểm.
- Tính tổng điểm của từng loạt bài và của cả trắc nghiệm. Lưu ý ở mỗi loạt bài, khi người bệnh trả lời sai 3 câu liên tiếp, dừng tính điểm cho các câu tiếp theo của loạt bài đó, chỉ tính những câu đúng phía trên, chuyển sang loạt bài khác.
- Đối chiếu với bảng điểm kỳ vọng. Kết quả được xem là đủ độ tin cậy nếu sự chênh lệch ở từng loạt bài không vượt quá 2 và tổng các chênh lệch không vượt quá 6. Tuy nhiên trong lâm sàng, nếu có sự chênh lệch quá lớn so với phân bố chuẩn thì nên có những khảo sát cần thiết khác để xác định nguyên nhân.
- Từ điểm tổng, tra bảng tham chiếu độ tuổi để xác định tỷ lệ phần trăm.
- Từ tỷ lệ phần trăm tra bảng tham chiếu để có chỉ số IQ.
- Tiến hành đối chiếu chỉ số IQ lên bảng tham chiếu mức độ IQ

Bảng tham chiếu mức độ IQ

RAVEN	Điểm đánh giá	Kết quả
Chỉ số rất xuất sắc	≥ 130	
Chỉ số xuất sắc	120 – 129	
Chỉ số thông minh	110 – 119	
Chỉ số trung bình	90 – 109	
Chỉ số dưới trung bình	80 – 89	
Trạng thái ranh giới	70 – 79	
Có khuyết tật trí tuệ	≤ 69	

- Đối với các trường hợp có khuyết tật trí tuệ, tiến hành phỏng vấn, đánh giá thêm để xác định mức độ khuyết tật trí tuệ. Đánh giá mức độ khuyết tật trí tuệ theo “**Bảng phân loại và đặc điểm của Người chậm phát triển tâm thần**” (Kisler, 1964) (Phụ lục).

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

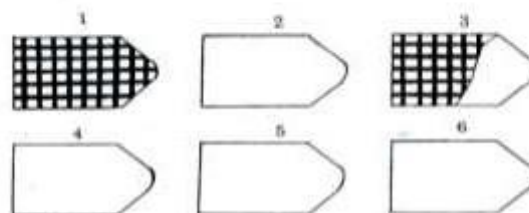
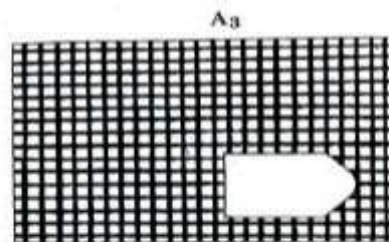
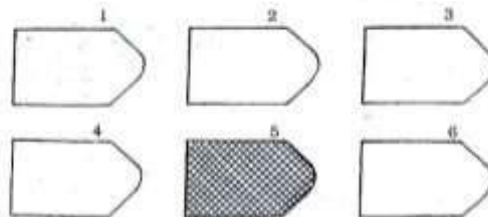
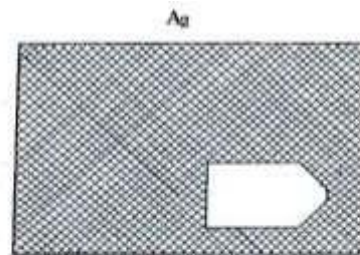
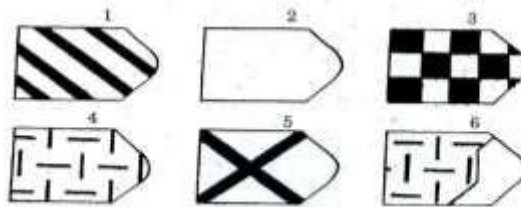
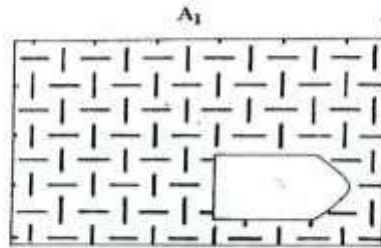
TÀI LIỆU THAM KHẢO

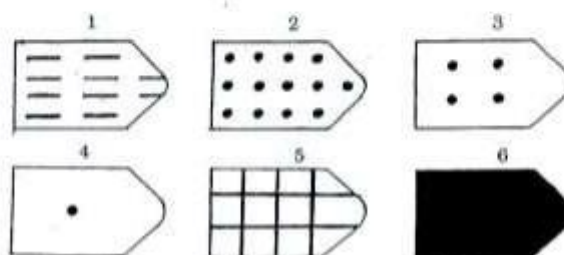
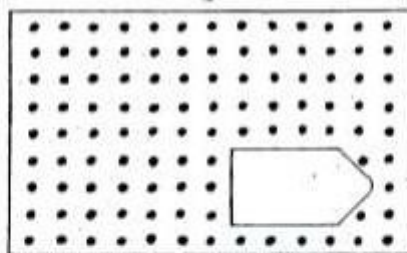
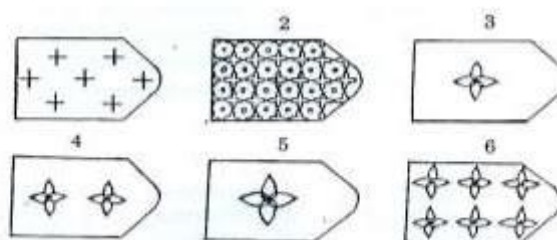
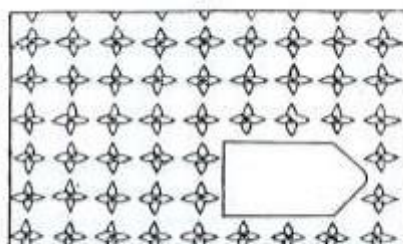
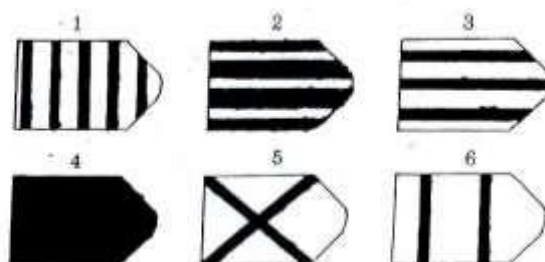
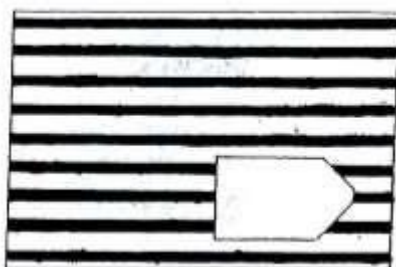
1. Raven, J. (1981). Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Research Supplement No.1: The 1979 British Standardization of the Standard Progressive Matrices and Mill Hill Vocabulary Scales, Together With Comparative Data From Earlier Studies in the UK, US, Canada, Germany and Ireland. San Antonio, Texas: Harcourt Assessment.
2. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc, (2004), Trắc nghiệm Tâm lý Lâm sàng, NXB Quân đội Nhân dân.

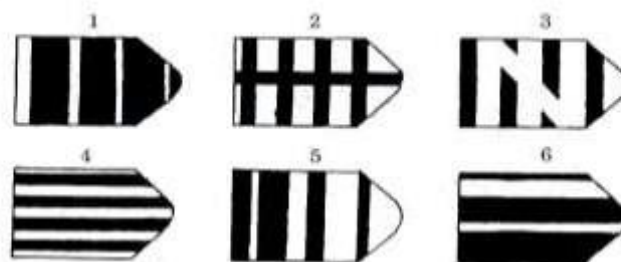
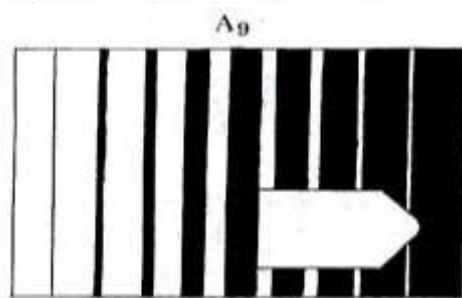
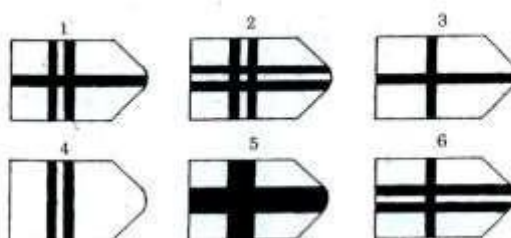
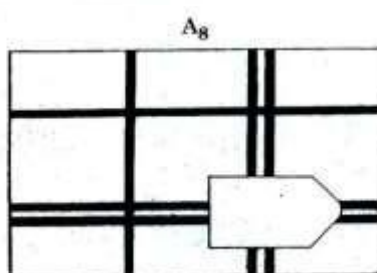
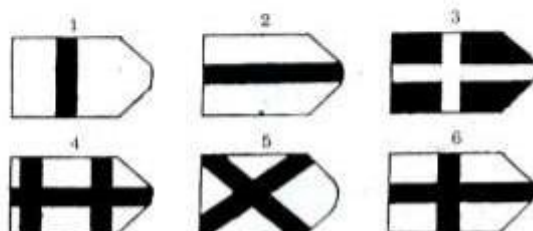
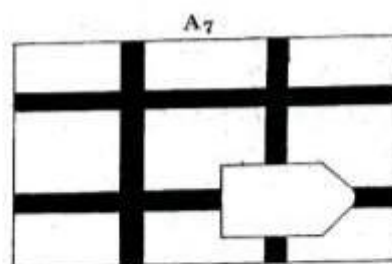
PHỤ LỤC
TRẮC NGHIỆM KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN

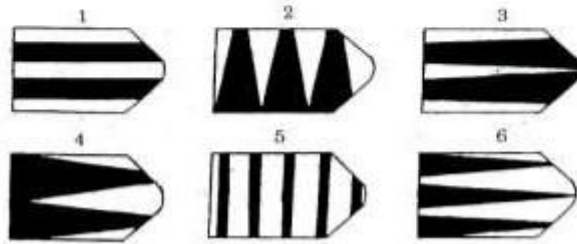
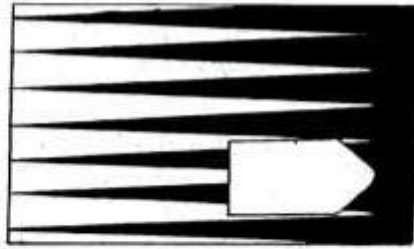
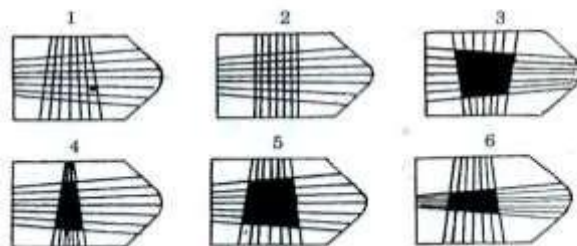
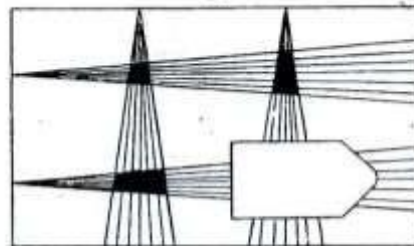
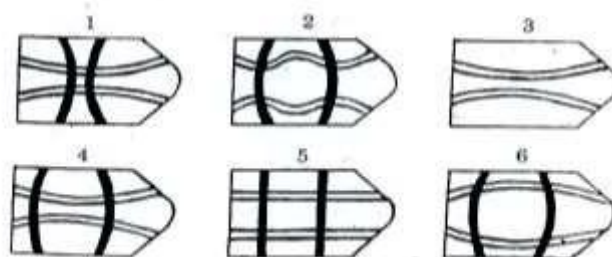
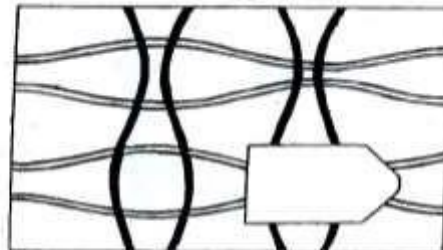
Bộ hình Raven Đen trắng

SET A

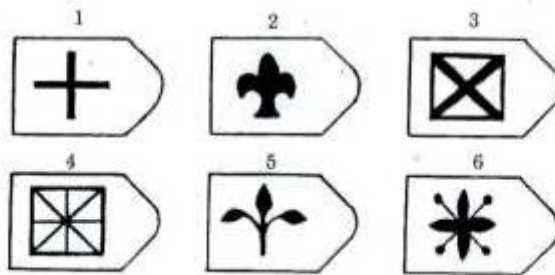
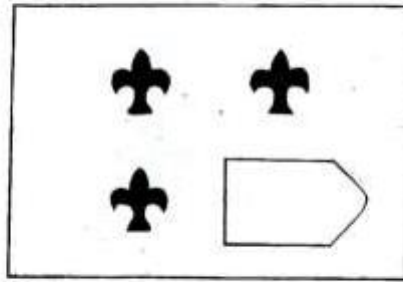
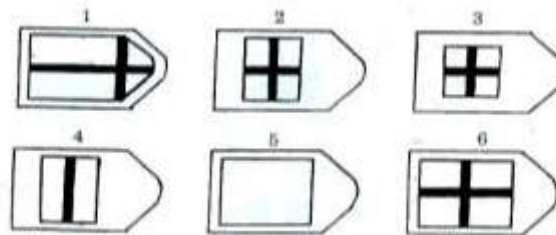
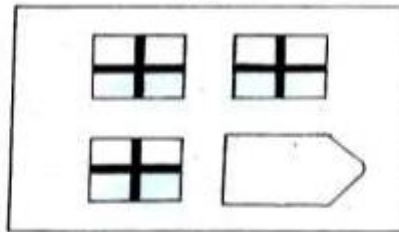
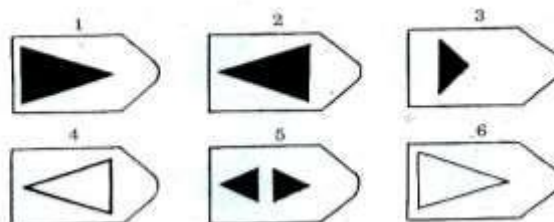
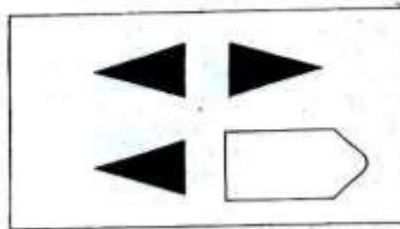


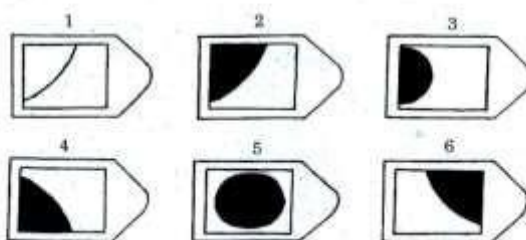
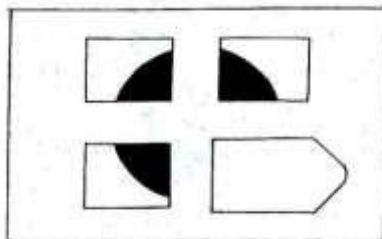
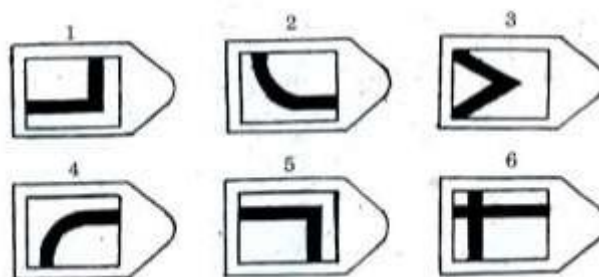
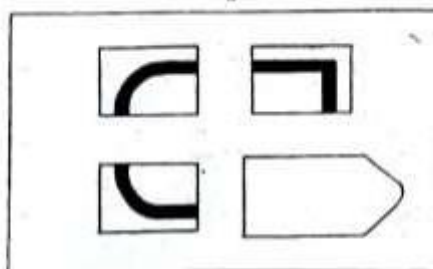
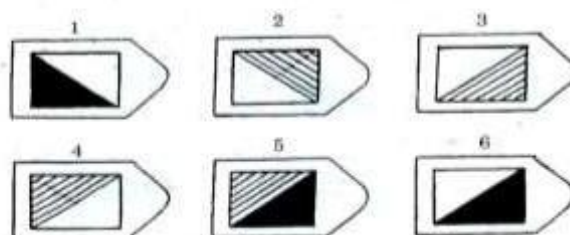
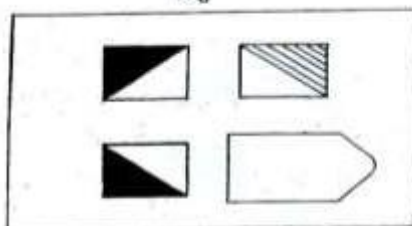
A₄A₅A₆

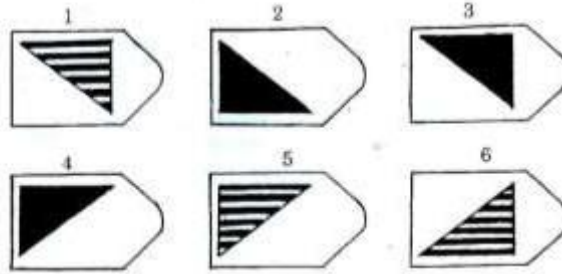
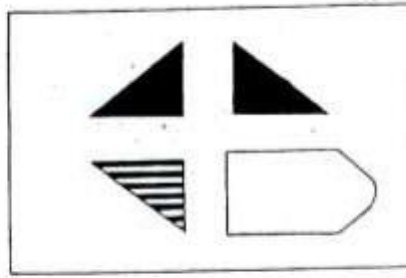
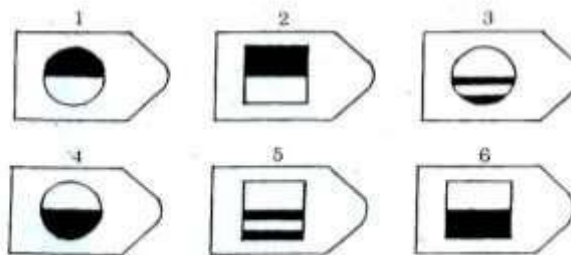
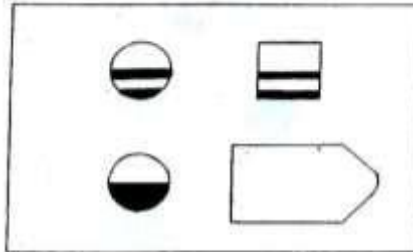
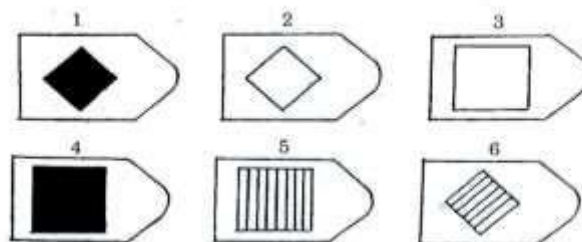
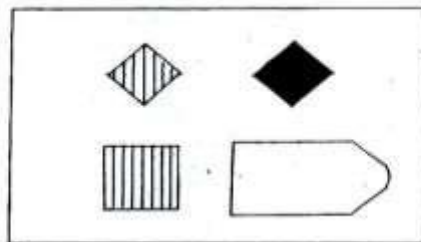


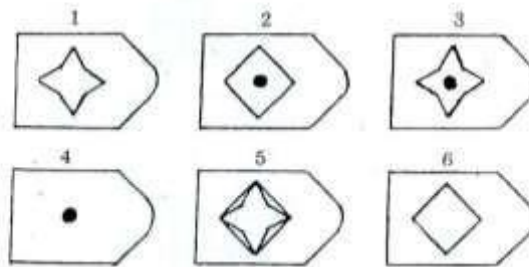
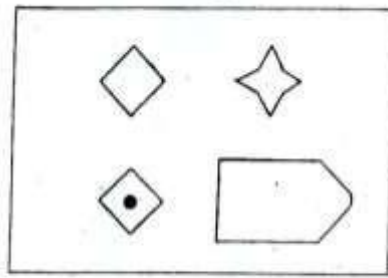
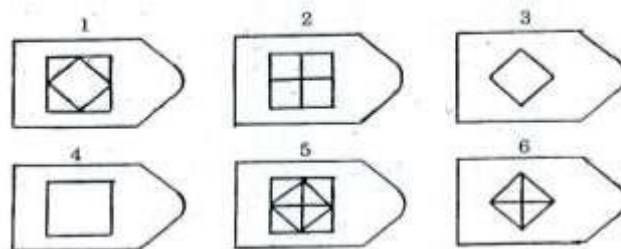
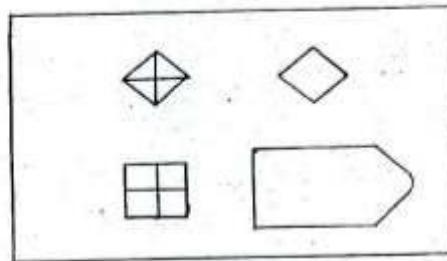
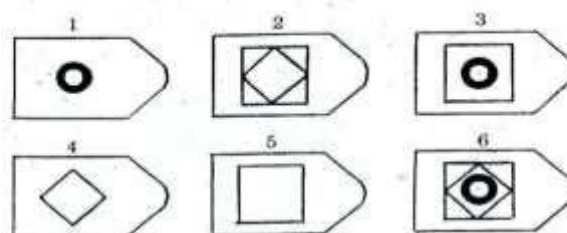
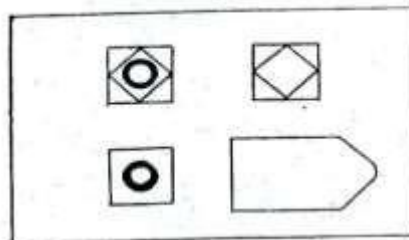
A_{10}  A_{11}  A_{12} 

SET B

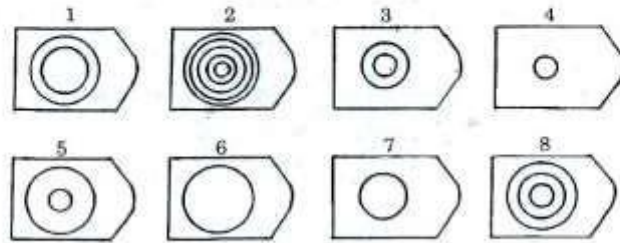
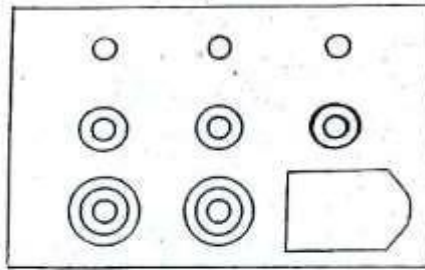
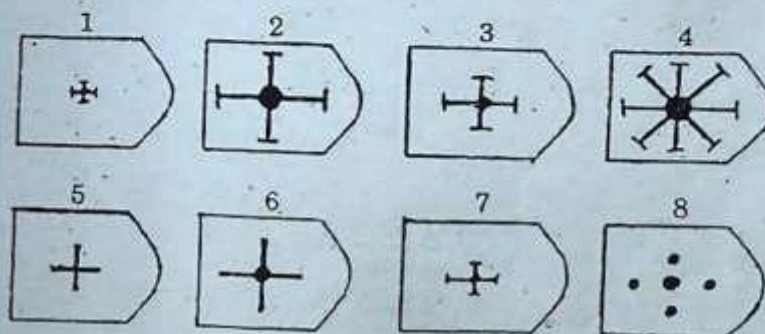
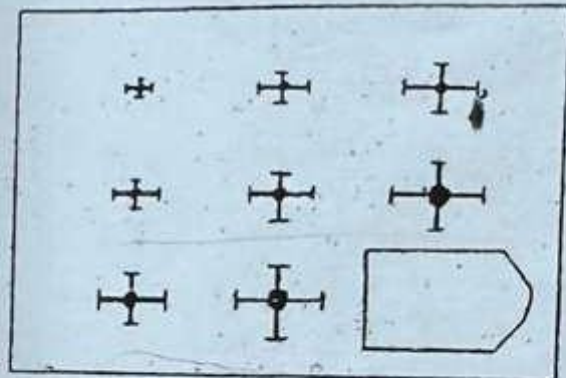
B₁B₂B₃

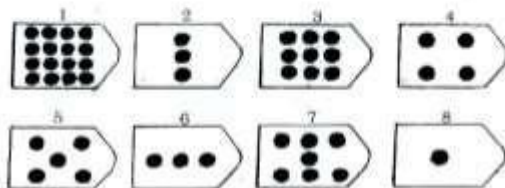
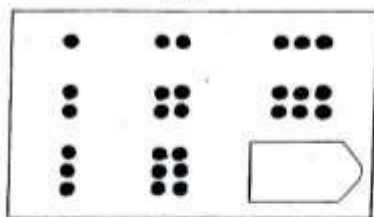
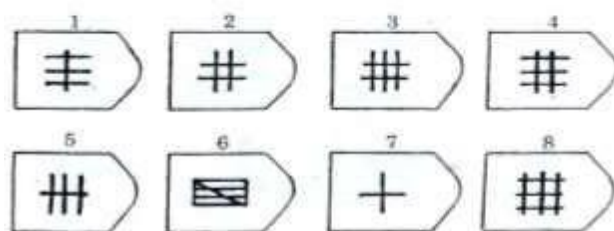
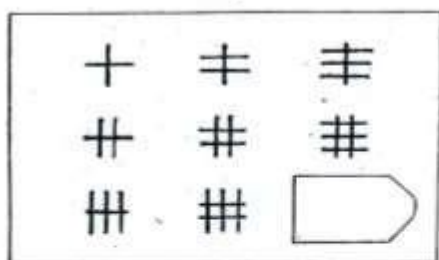
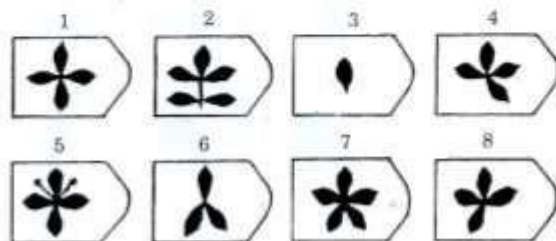
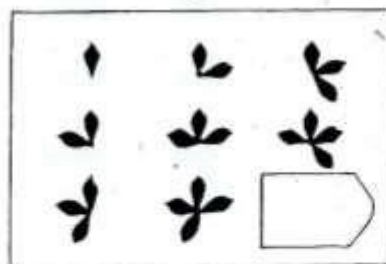
B₄B₅B₆

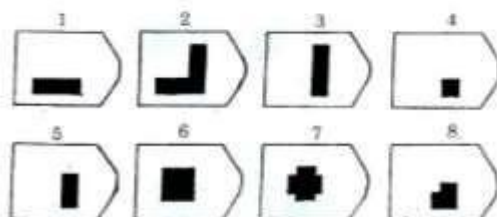
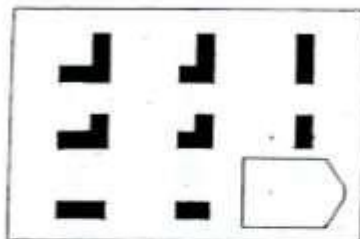
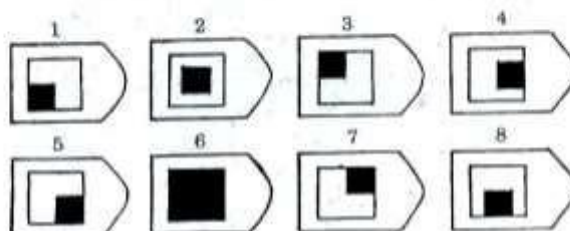
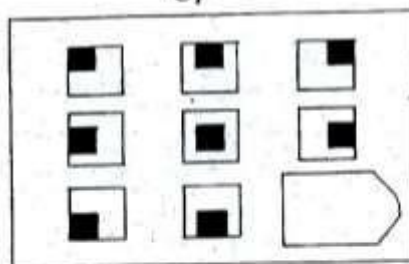
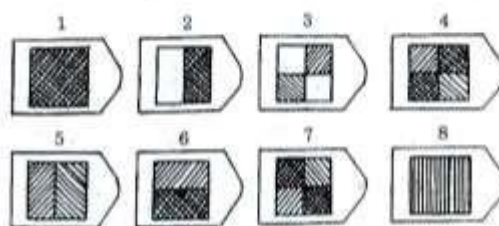
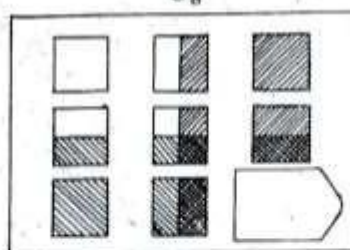
B₇B₈B₉

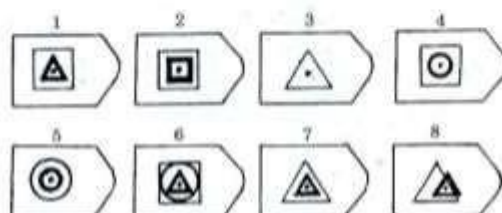
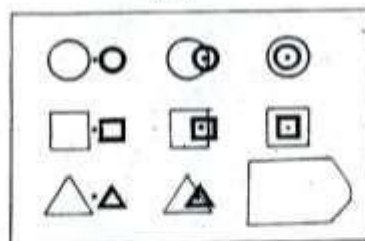
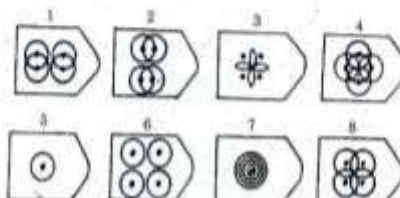
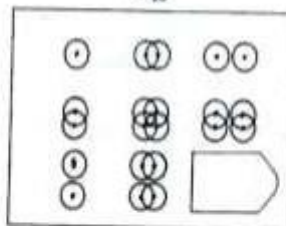
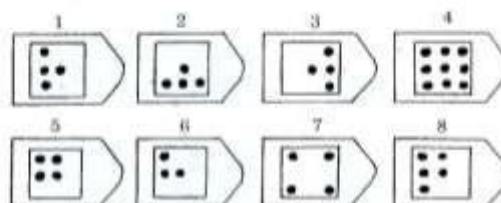
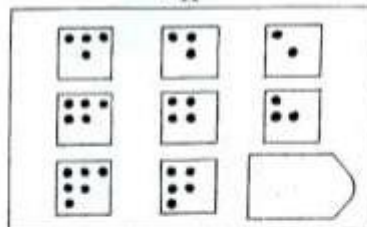
B_{10}  B_{11}  B_{12} 

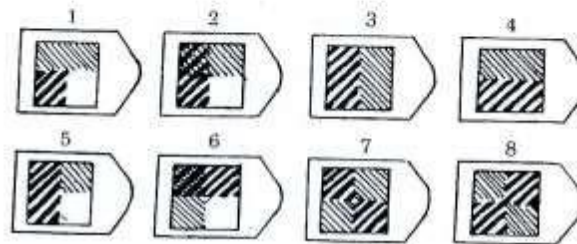
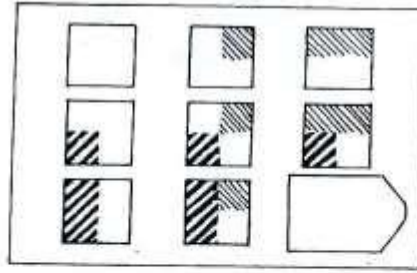
SET C

C₁C₂

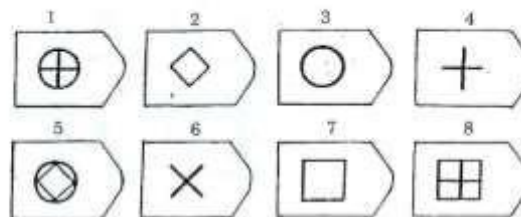
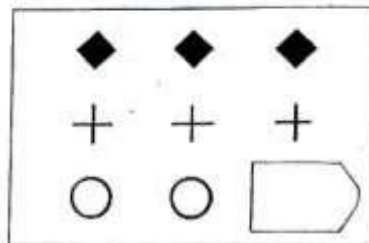
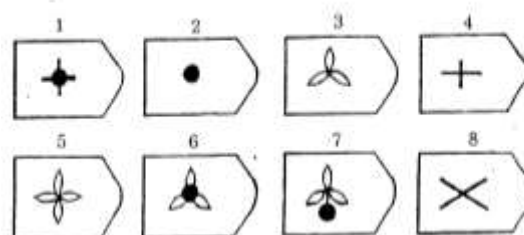
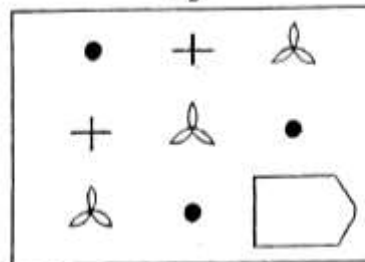
C₃C₄C₅

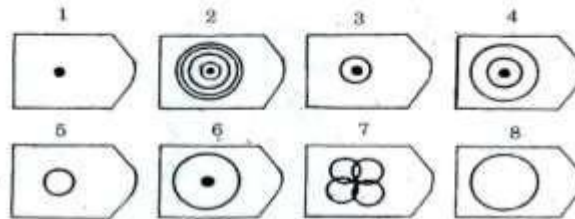
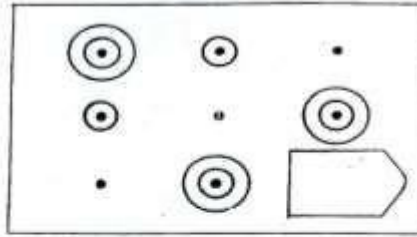
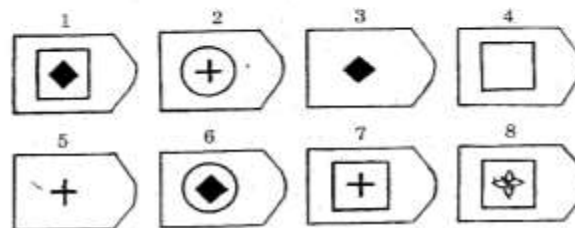
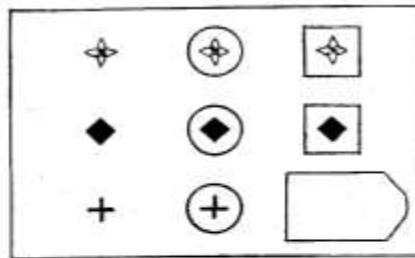
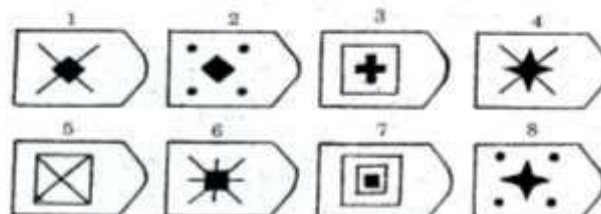
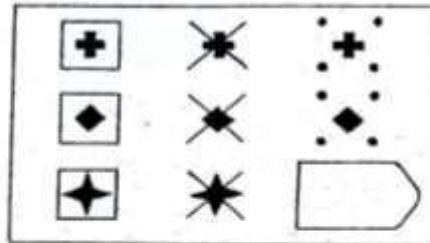
C₆C₇C₈

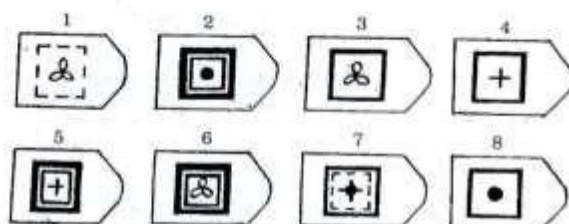
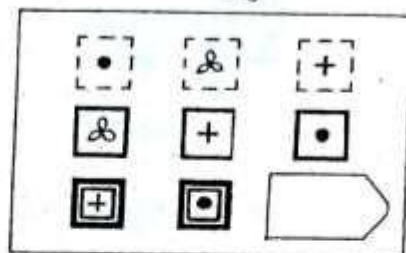
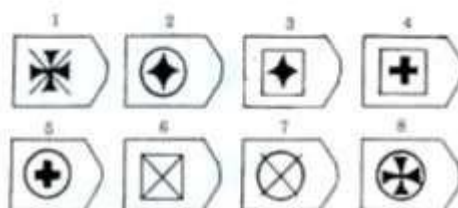
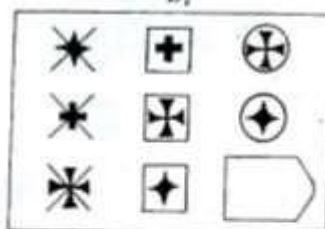
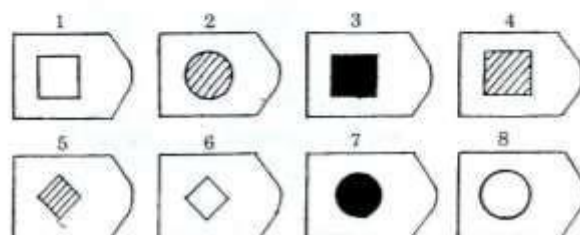
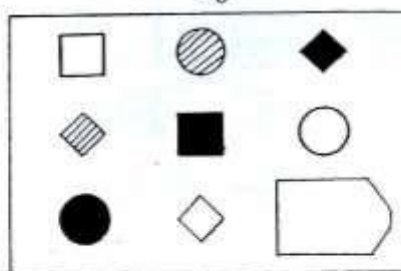
C₉C₁₀C₁₁

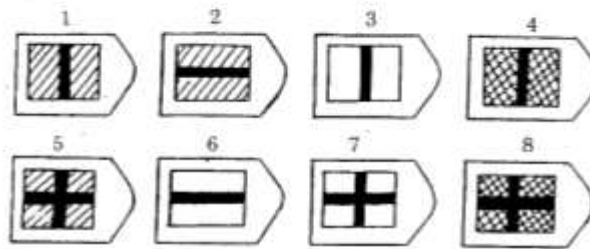
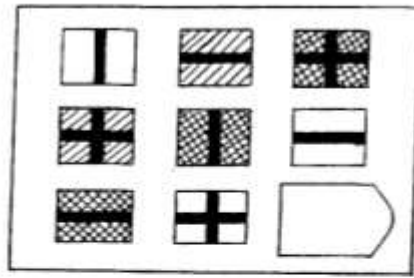
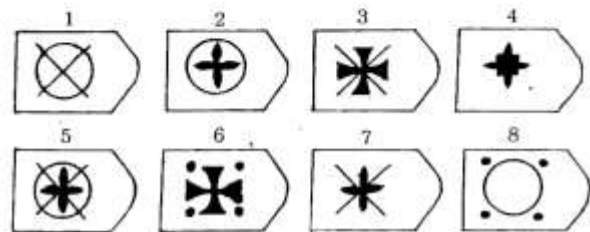
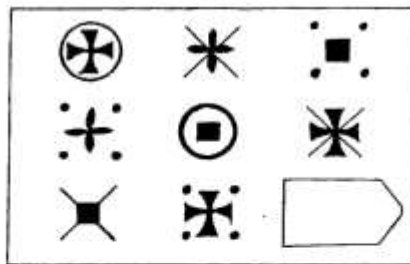
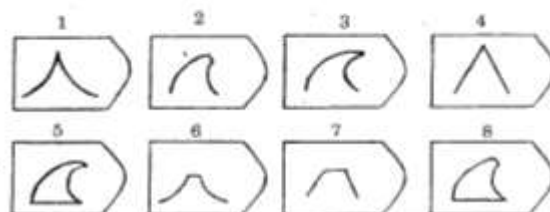
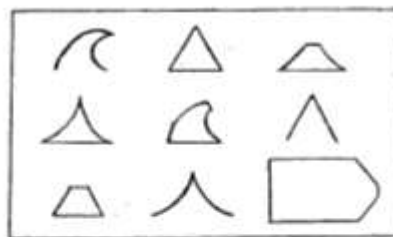
C₁₂

SET D

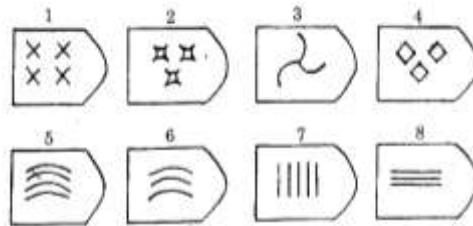
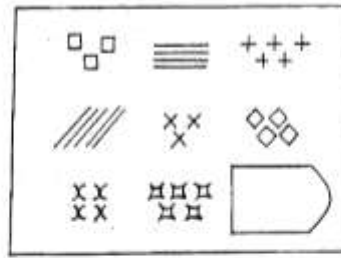
D₁D₂

D₃**D₄****D₅**

D₆D₇D₈

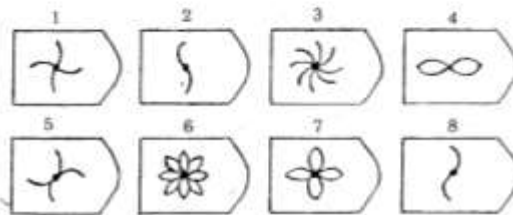
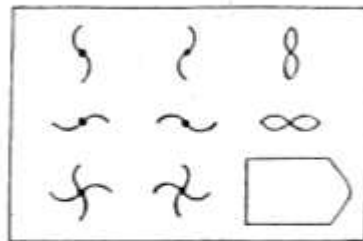
D_gD₁₀D₁₁

D₁₂

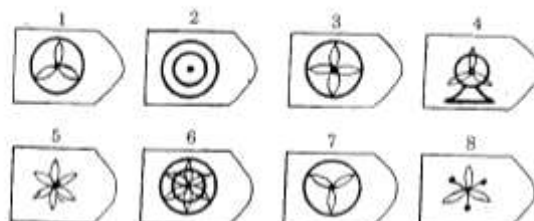
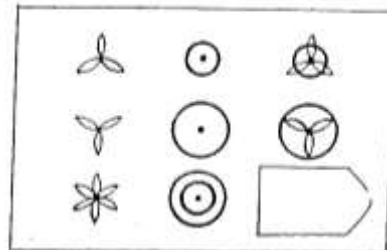


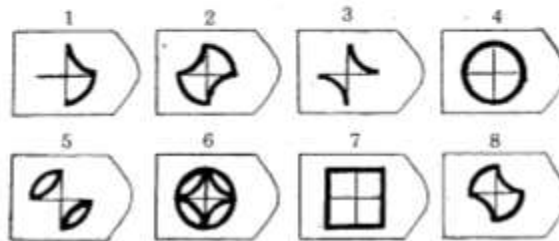
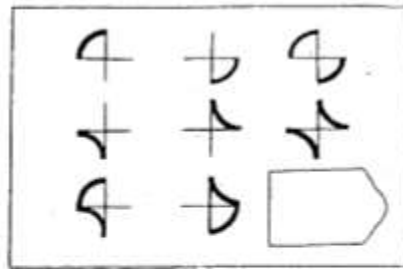
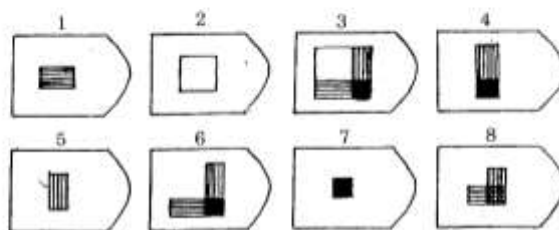
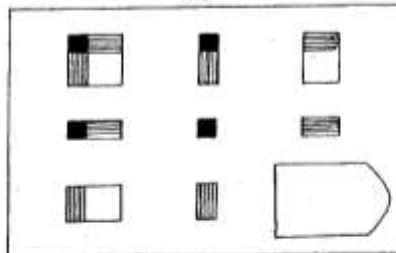
SET E

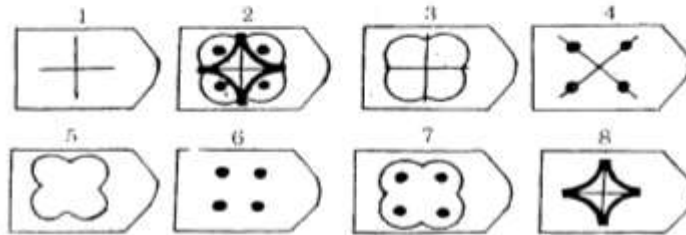
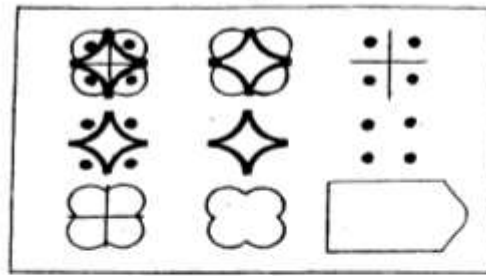
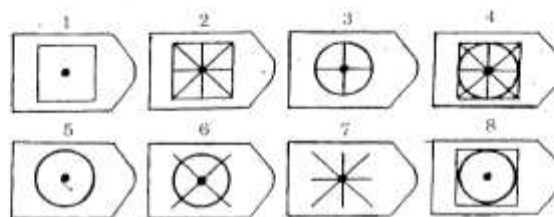
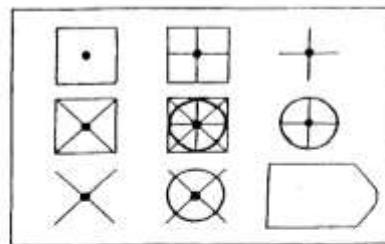
E₁

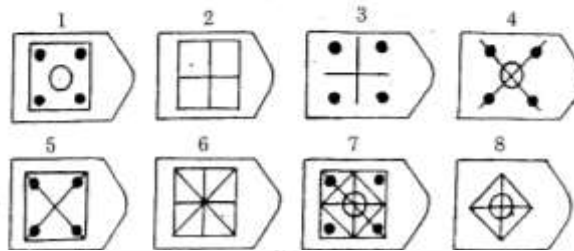
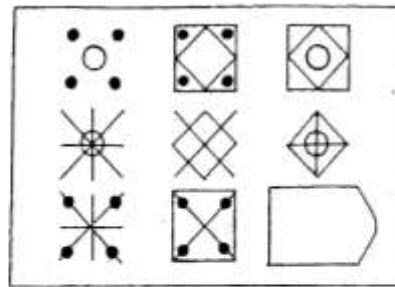
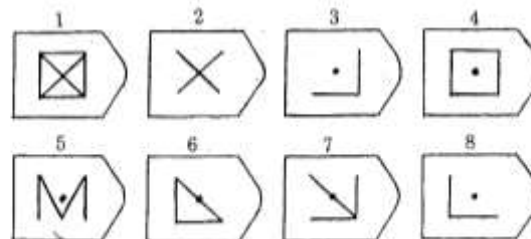
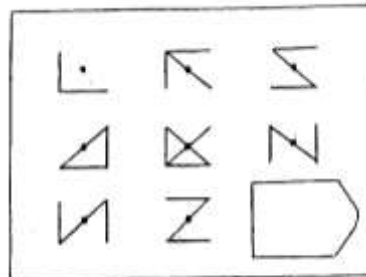
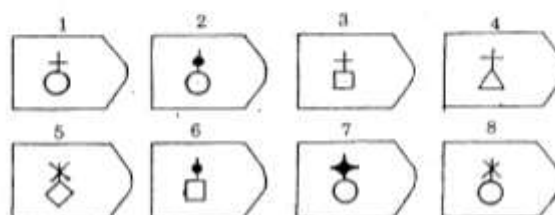
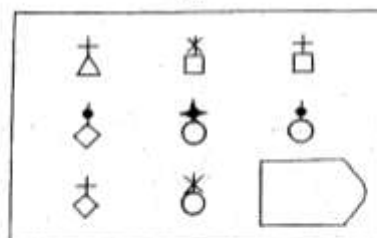


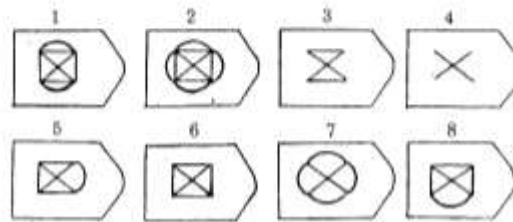
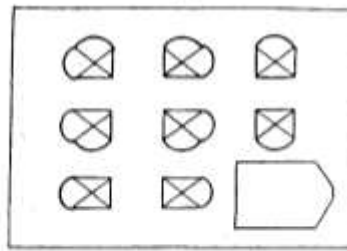
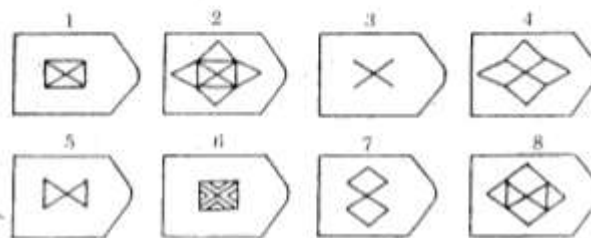
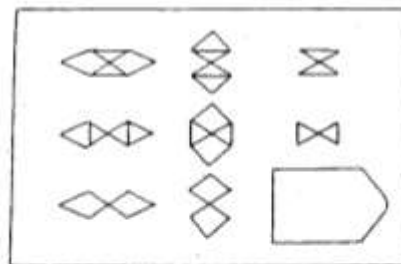
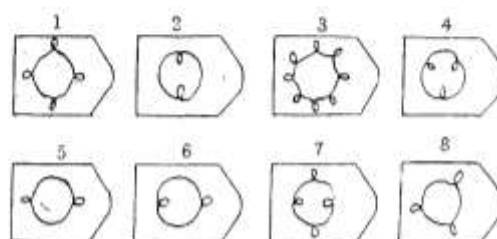
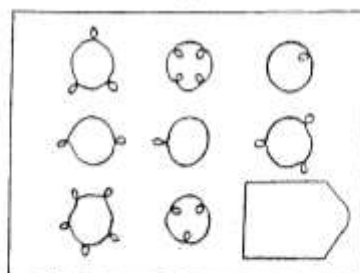
E₂



E₃E₄

E₅E₆

E₇E₈E₉

E₁₀E₁₁E₁₂

Đáp án Điểm thô bản Đen trắng

Hình/Số	A	B	C	D	E
1	4	2	8	3	7
2	5	6	2	4	6
3	1	1	3	3	8
4	2	2	8	7	2
5	6	1	7	8	1
6	3	3	4	6	5
7	6	5	5	5	2
8	2	6	1	4	4
9	1	4	7	1	1
10	3	3	6	2	6
11	5	4	1	5	3
12	4	5	2	6	5

Test RAVEN - Bảng điểm kỳ vọng

TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E	TĐ	A	B	C	D	E
15	8	4	2	1	0	30	10	7	6	5	2	45	12	10	9	9	5
16	8	4	3	1	0	31	10	7	7	5	2	46	12	10	10	9	5
17	8	5	3	1	0	32	10	8	7	5	2	47	12	10	10	9	6
18	8	5	3	2	0	33	11	8	7	5	2	48	12	11	10	9	6
19	8	6	3	2	0	34	11	8	7	6	2	49	12	11	10	10	6
20	8	6	3	2	1	35	11	8	7	7	2	50	12	11	10	10	7
21	8	6	4	2	1	36	11	8	8	7	2	51	12	11	11	10	7
22	9	6	4	2	1	37	11	9	8	7	2	52	12	11	11	10	8
23	9	7	4	2	1	38	11	9	8	8	2	53	12	11	11	11	8
24	9	7	4	3	1	39	11	9	8	8	3	54	12	12	11	11	8
25	10	7	4	3	1	40	11	10	8	8	3	55	12	12	11	11	9
26	10	7	5	3	1	41	11	10	9	8	3	56	12	12	12	11	9
27	10	7	5	4	1	42	11	10	9	9	3	57	12	12	12	11	10
28	10	7	6	4	1	43	12	10	9	9	3	58	12	12	12	12	10
29	10	7	6	5	1	44	12	10	9	9	4	59	12	12	12	12	11

Bảng Test RAVEN - Mẫu điểm % tính trên 735 trẻ em

Tuổi %	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5
95	19	22	25	28	33	37	39	40	42	44	47	50	52	53	54	54
90	17	20	22	24	28	33	35	36	38	41	44	48	49	49	50	50
75	15	17	19	21	23	26	29	31	33	35	38	42	43	45	46	46
50	13	14	16	17	19	21	22	24	26	29	31	35	37	38	40	41
25			13	14	14	16	17	18	20	23	26	28	30	31	32	33
10						13	13	14	14	15	20	21	23	24	25	26
5									13	14	16	18	19	20	21	22

Bảng Test RAVEN - Chuyển tỷ lệ % thành IQ

%	IQ	%	IQ	%	IQ	%	IQ
1	66	22	89	48	99	74	110
1,5	67	23	89	49	100	75	110
2	69	24	89	50	100	76	111
2,5	71	25	90	51	100	77	111
3	72	26	90	52	101	78	111
3,5	73	27	91	53	101	79	112
4	74	28	91	54	101	80	112
5	75	29	92	55	102	81	113
6,5	76	30	92	56	102	82	113
7	77	31	93	57	103	83	114
7,5	78	32	93	58	103	84	115
8	79	33	94	59	103	85	115
9	80	34	94	60	104	86	116
10	81	35	94	61	104	87	117
11	82	36	95	62	104	88	118
12	82	37	95	63	105	89	118
13	83	38	96	64	105	90	119
14	84	39	96	65	106	91	120

%	IQ	%	IQ	%	IQ	%	IQ
15	85	40	96	66	106	92	121
16	85	41	97	67	106	93	122
17	86	42	97	68	107	94	123
18	87	43	97	69	107	95	125
19	87	44	98	70	108	96	126
20	88	45	98	71	108	97	128
21	88	46	99	72	109	98	130
		47	99	73	109	>98	>130

KHÓA ĐIỂM CHO TUỔI THANH NIÊN (15-24 tuổi)

Điểm	IQ	Điểm	IQ	Điểm	IQ
10	55	27	78	44	100
11	57	28	79	45	102
12	58	29	80	46	104
13	59	30	82	47	106
14	61	31	83	48	108
15	62	32	84	49	110
16	65	33	86	50	112
17	65	34	87	51	114
18	66	35	88	52	116
19	67	36	90	53	118
20	69	37	91	54	120
21	70	38	92	55	122
22	71	39	94	56	124
23	72	40	95	57	125
24	74	41	96	58	126
25	75	42	98	59	126
26	76	43	99	60	130

KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN MÀU

1947

Bộ A, AB và B

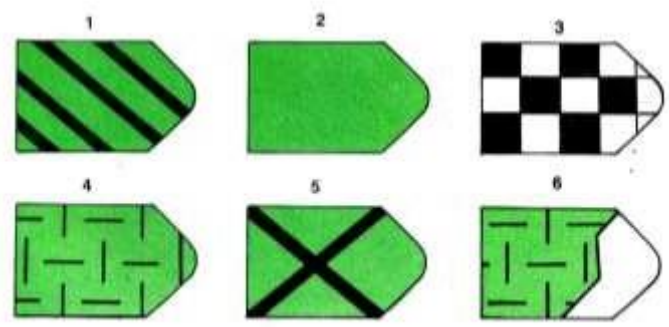
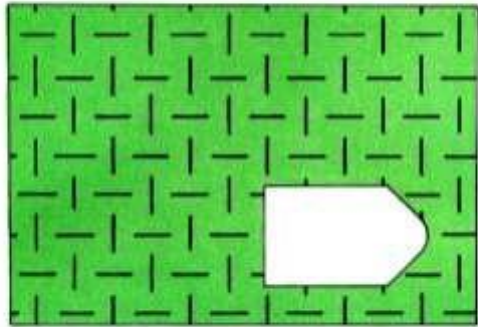
(Progressive Matrices 1947)



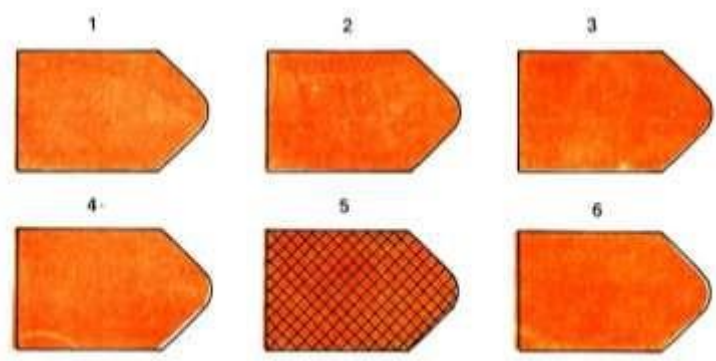
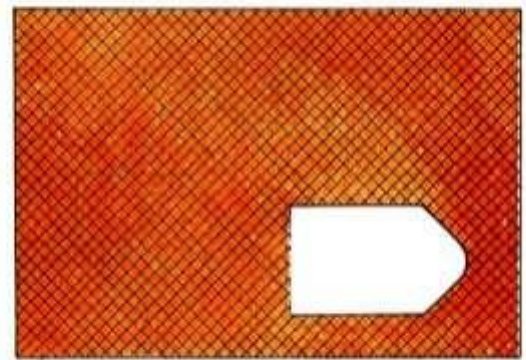
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU TÂM LÝ TRẺ EM
HÀ NỘI - 1992

- A -

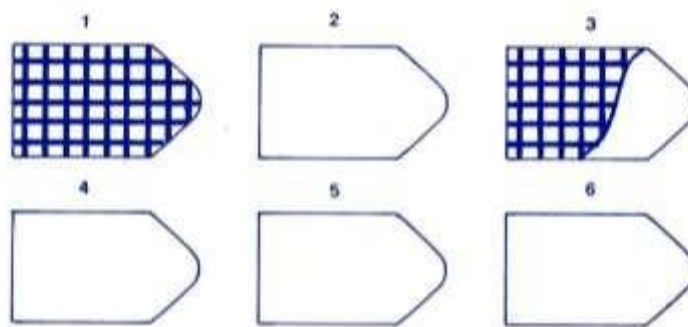
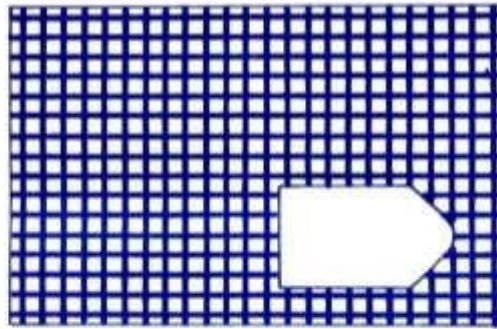
A 1



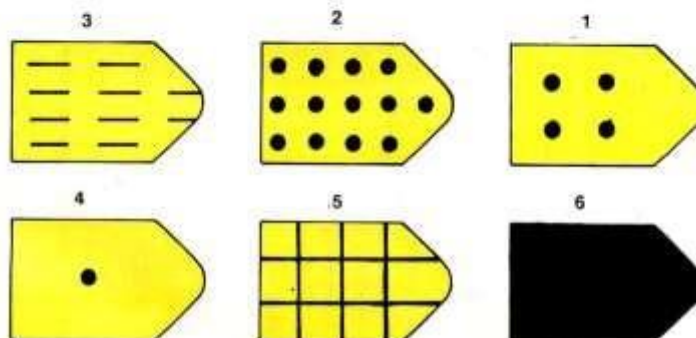
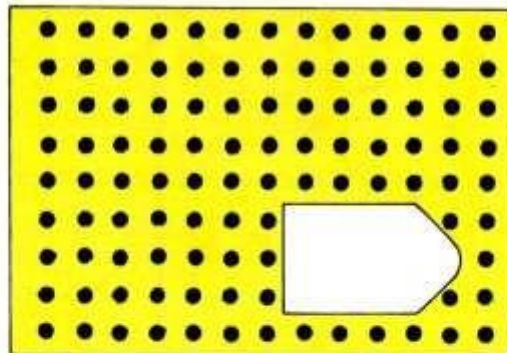
A 2



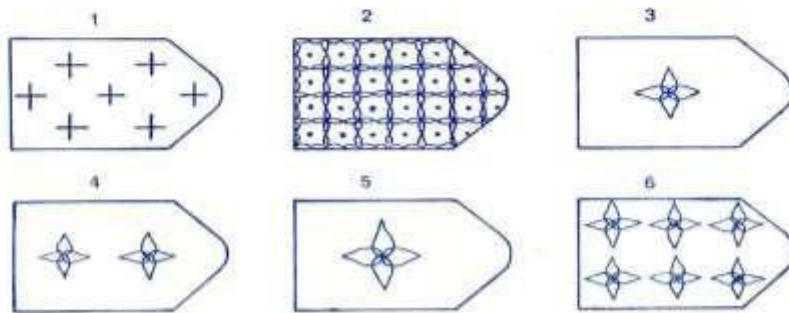
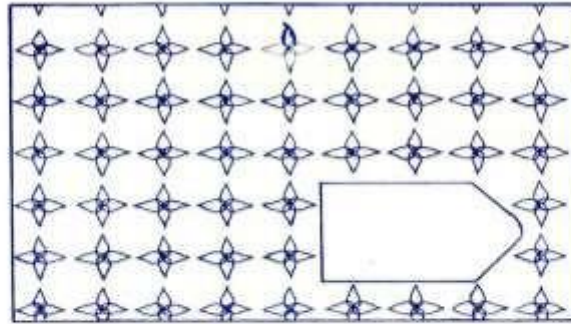
A 3



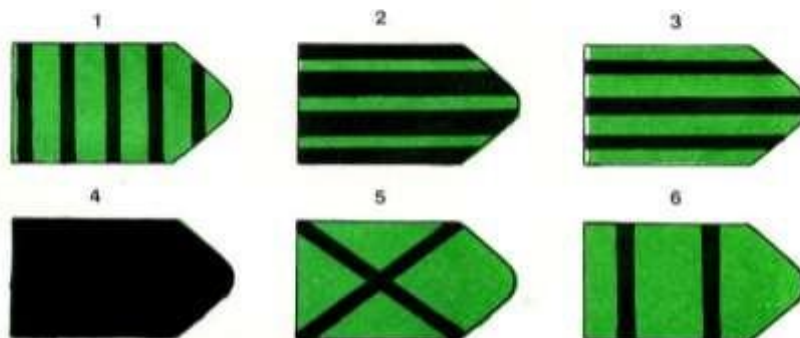
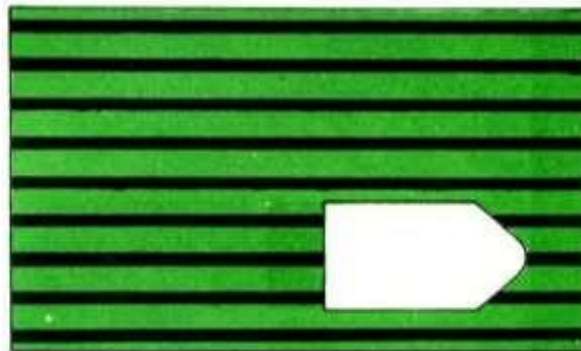
A 4



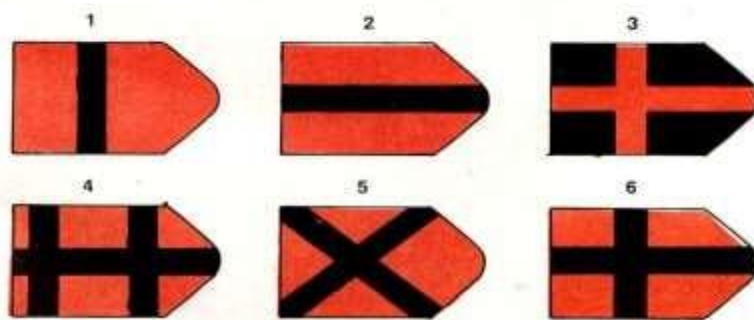
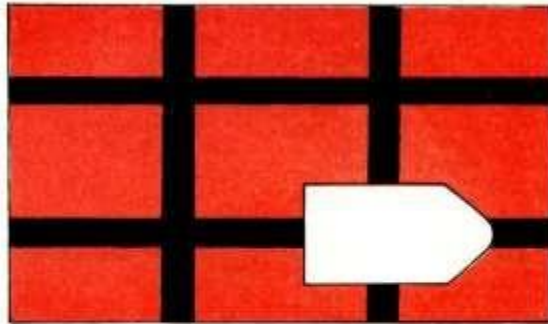
Λ 5



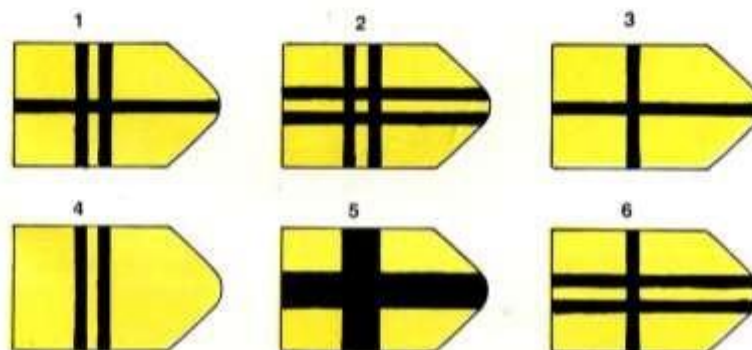
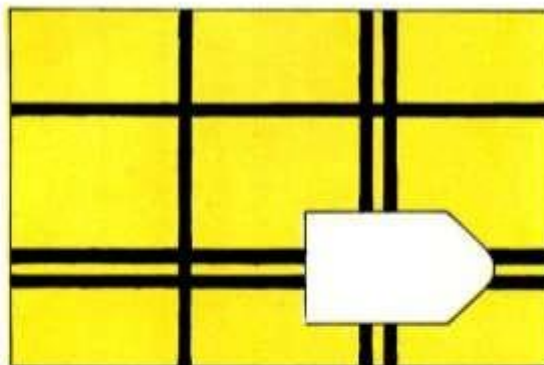
Λ 6



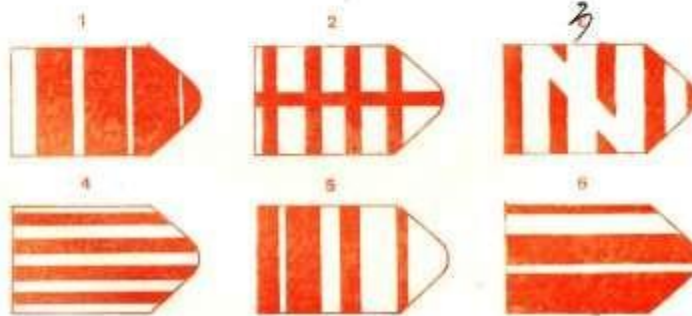
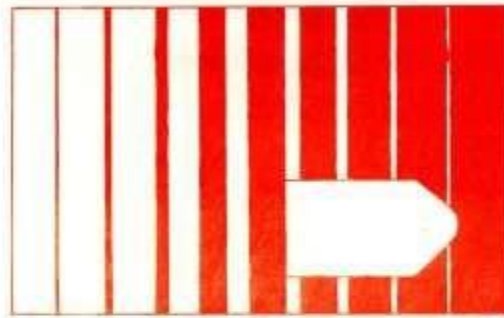
A 7



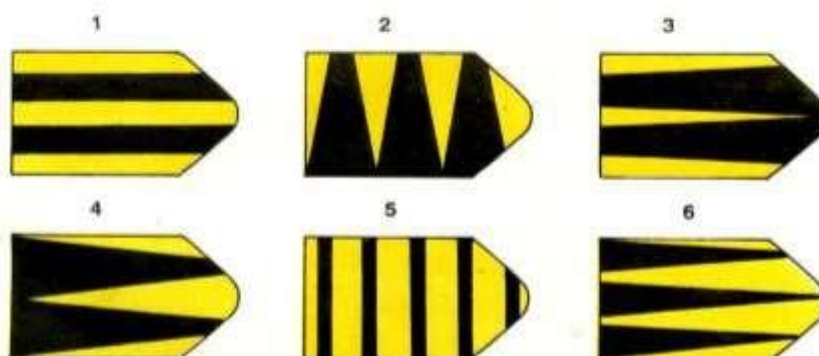
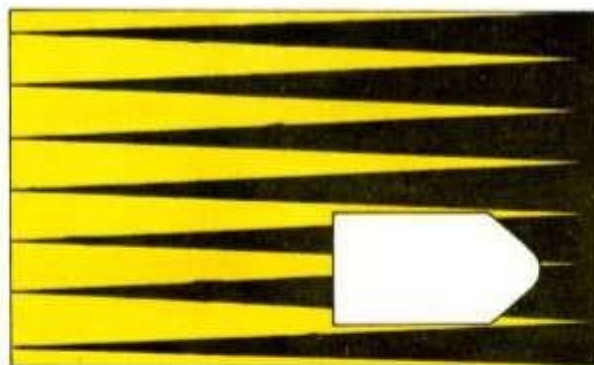
A 8



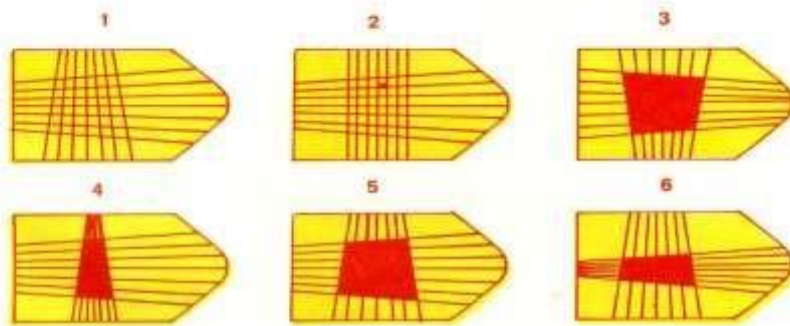
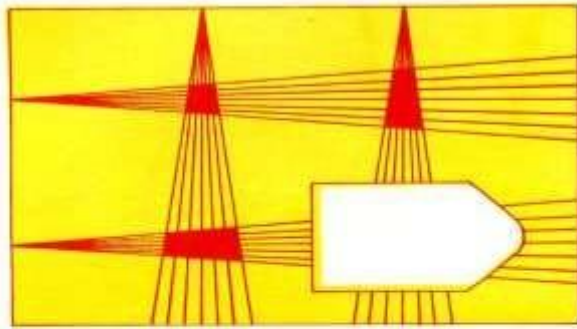
A 9



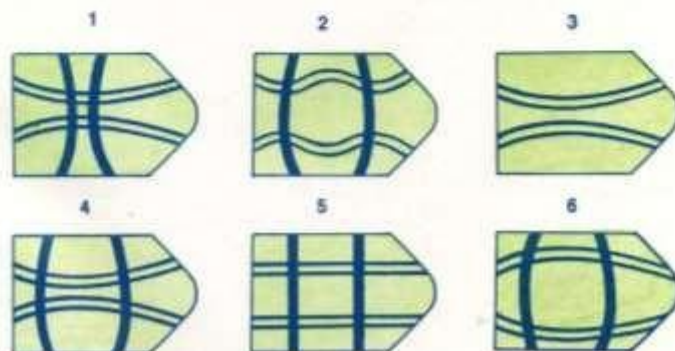
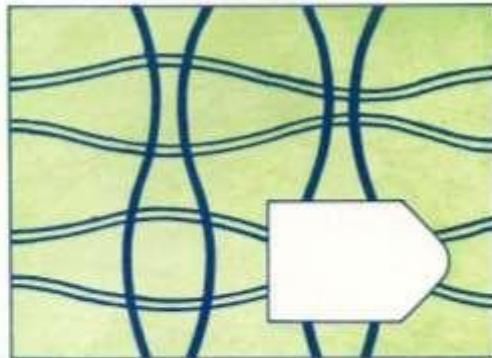
A 10



A 11

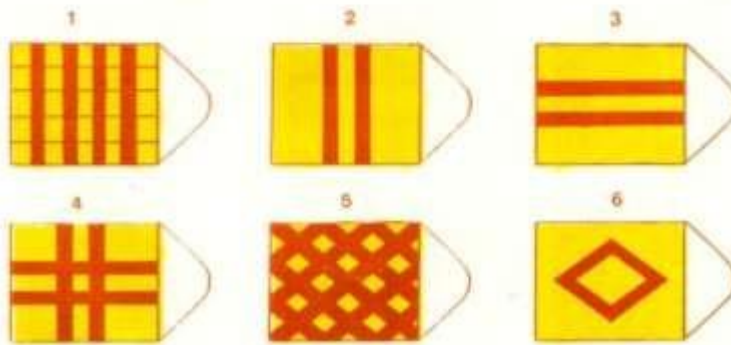
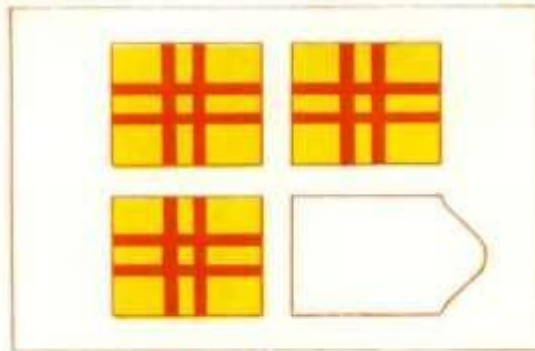


A 12



- AB -

Ab 1



Ab 2

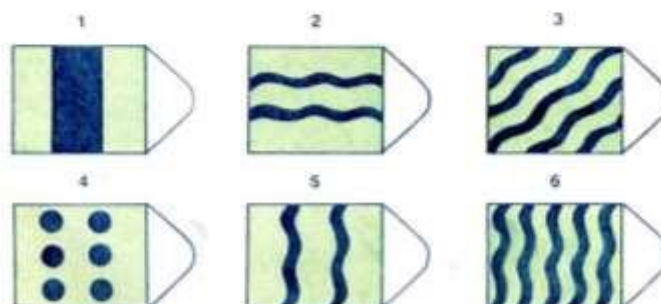
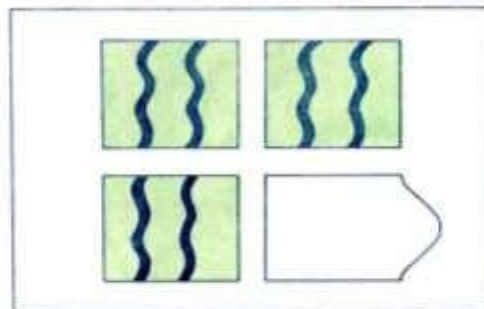


Abb 3

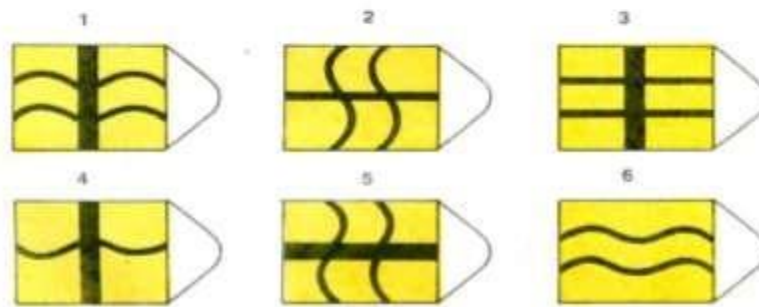
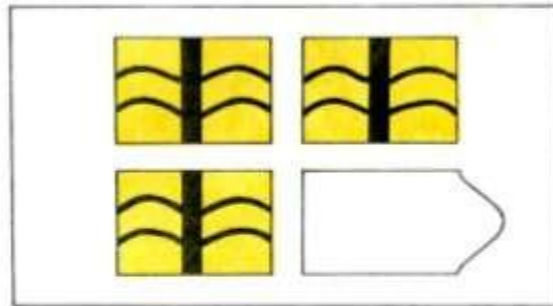
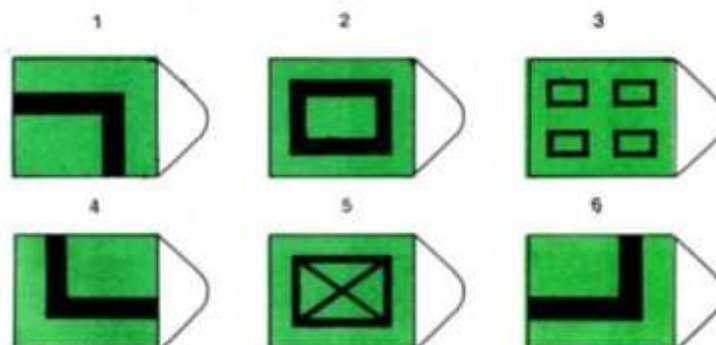
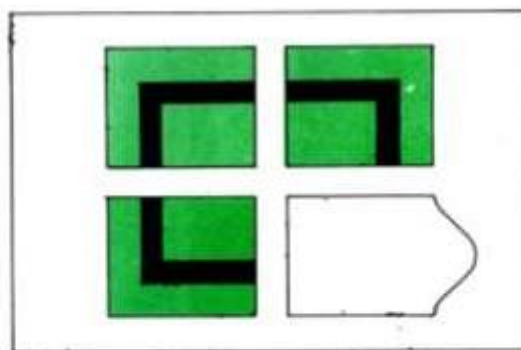
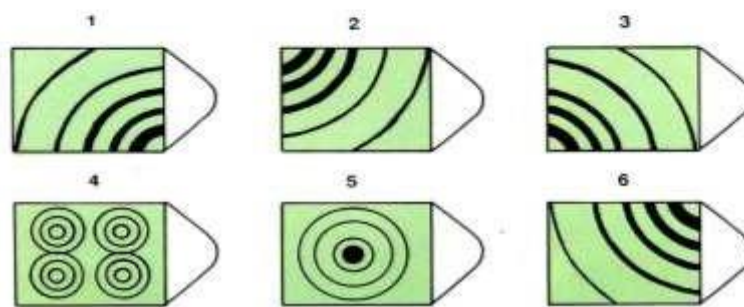
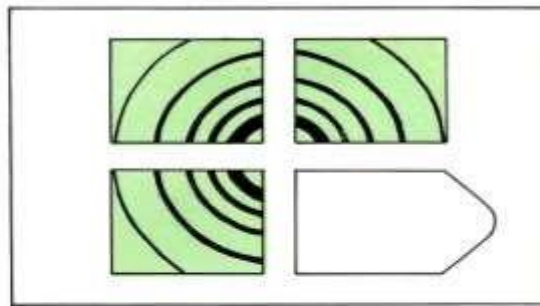


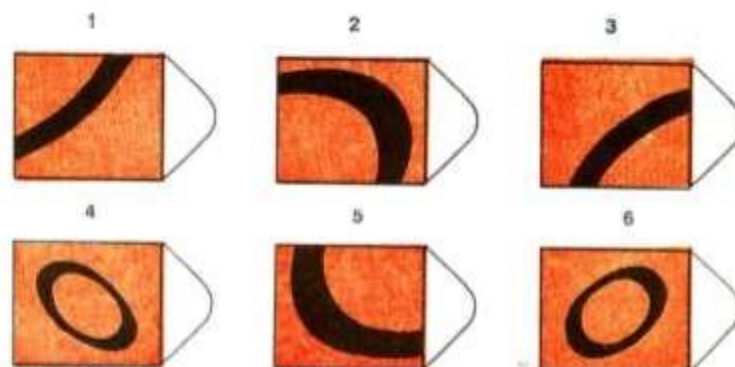
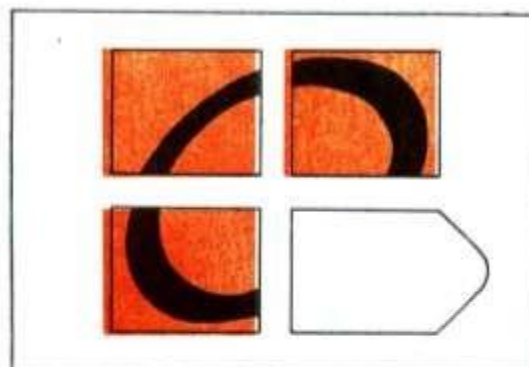
Abb 4



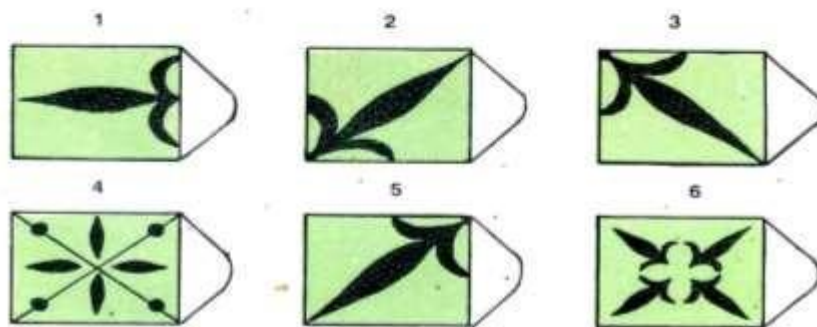
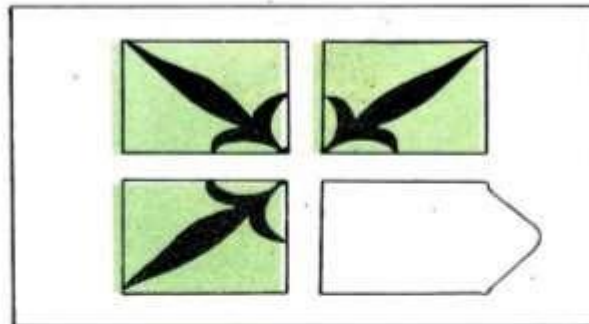
AB 5



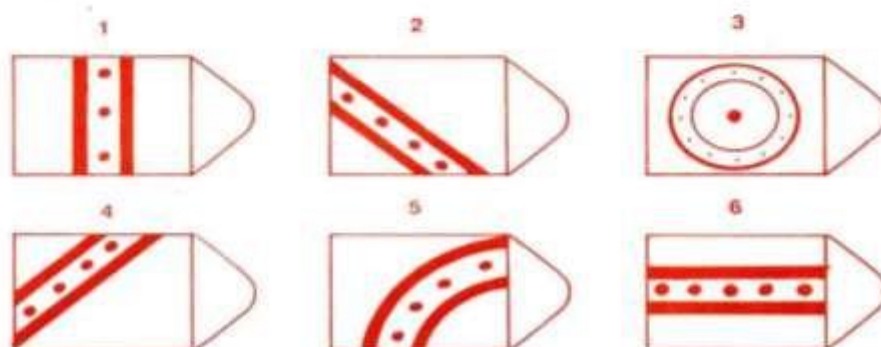
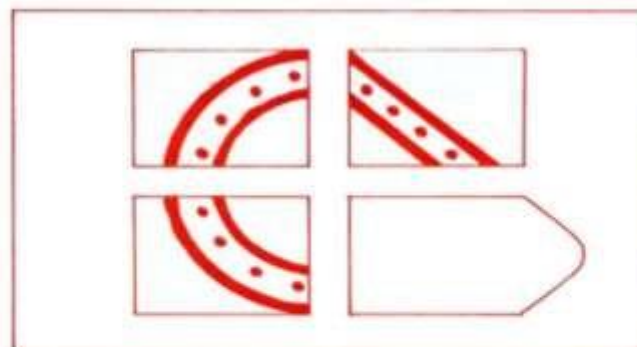
AB 6



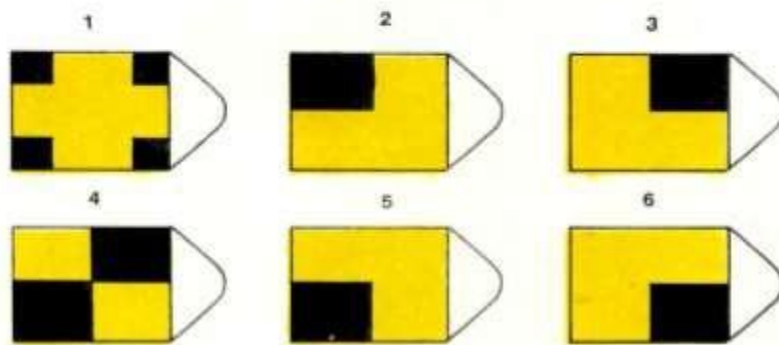
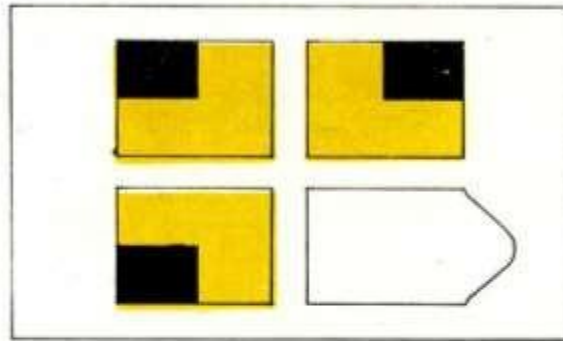
AB 7



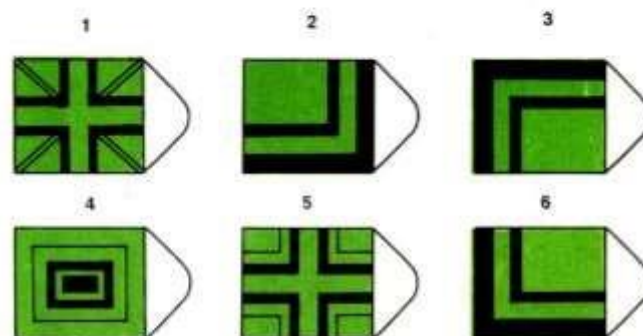
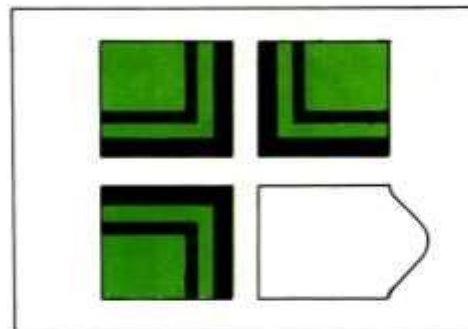
AB 8



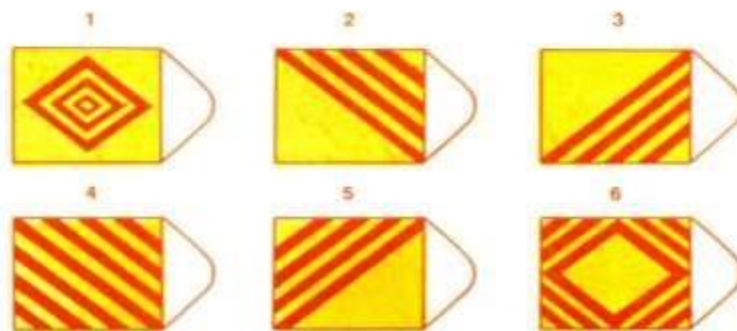
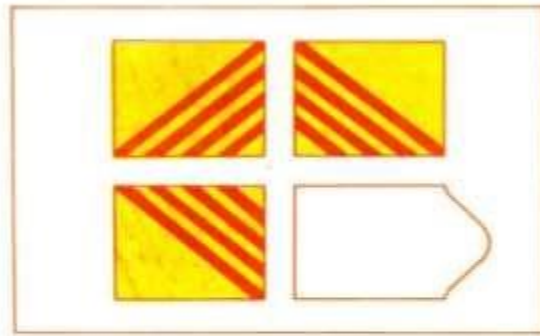
Ab 9



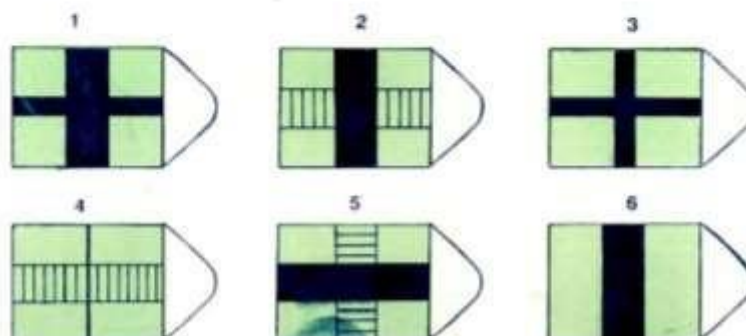
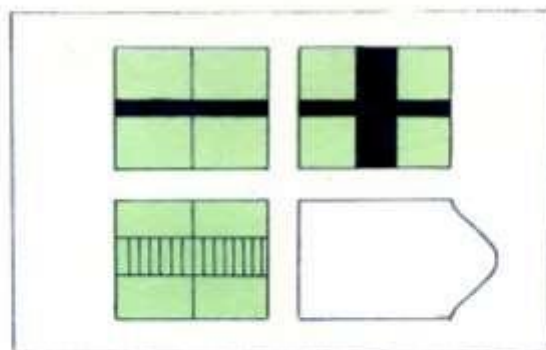
Ab 10



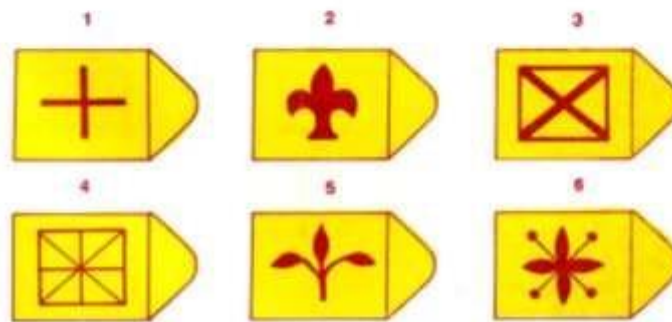
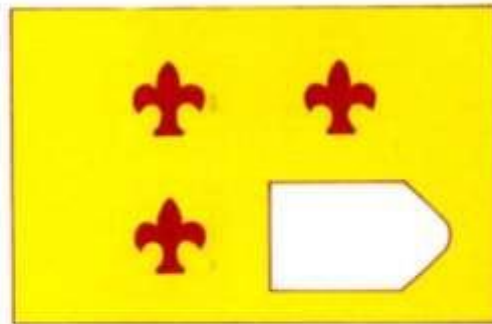
Ab 11



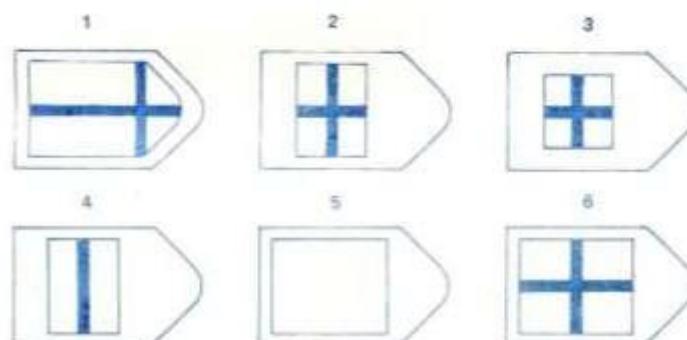
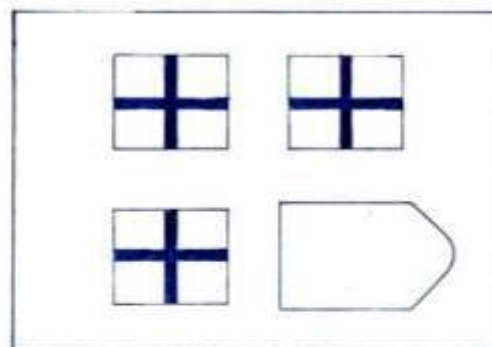
Ab 12



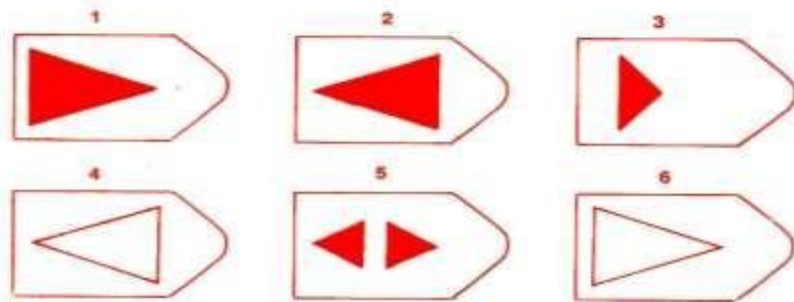
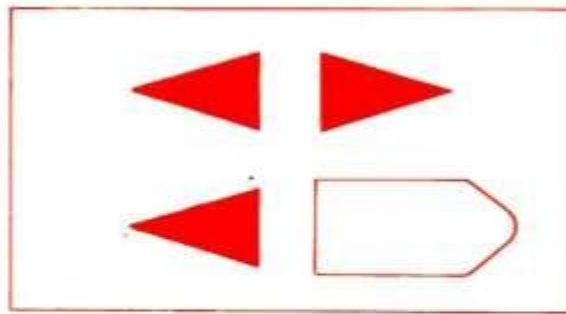
- B -
B 1



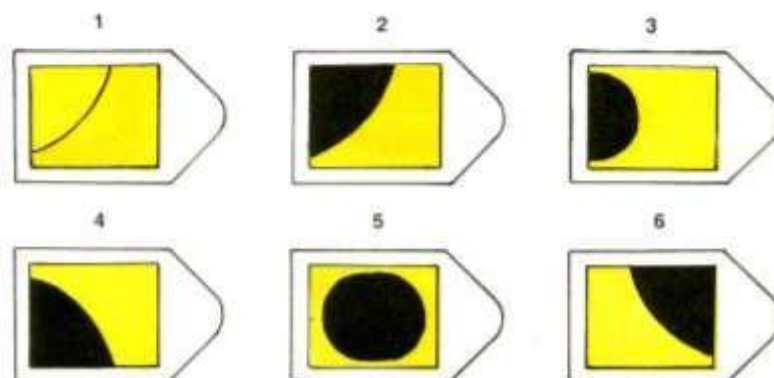
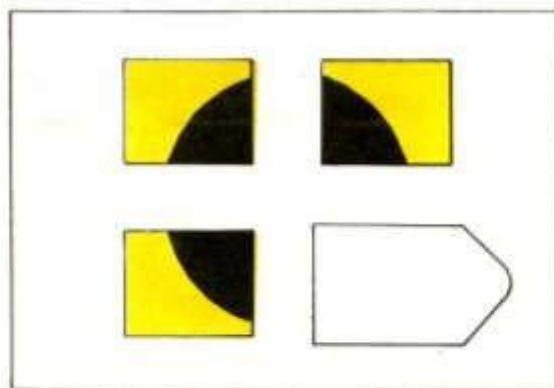
B 2



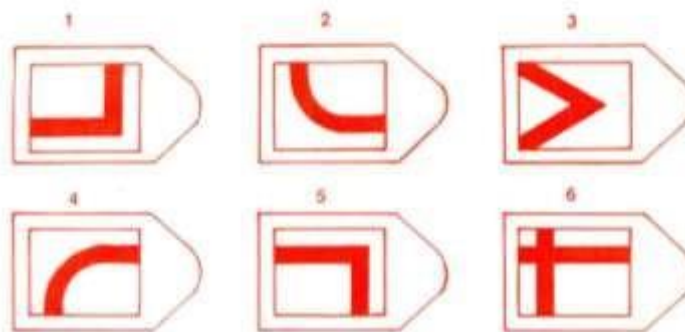
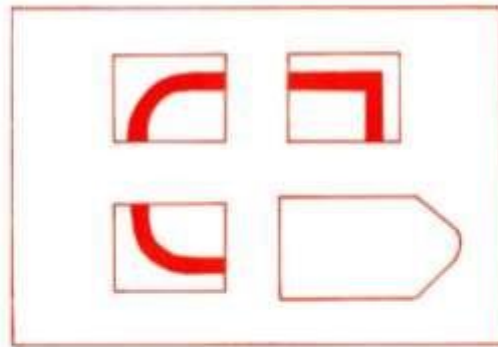
B 3



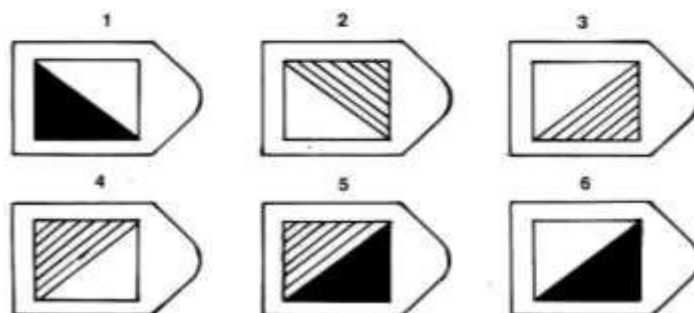
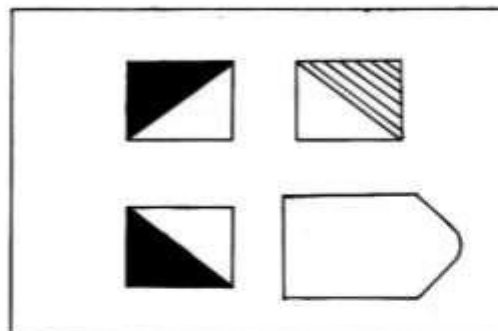
B 4



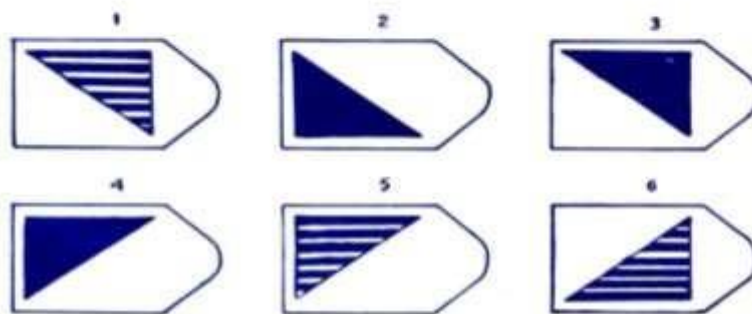
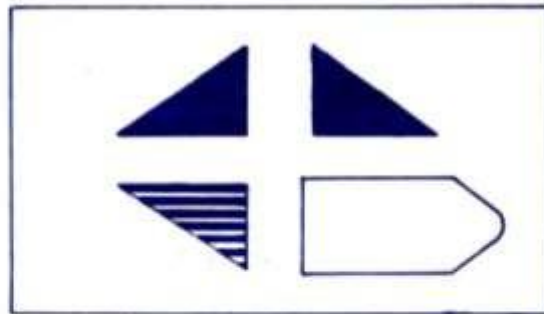
B.5



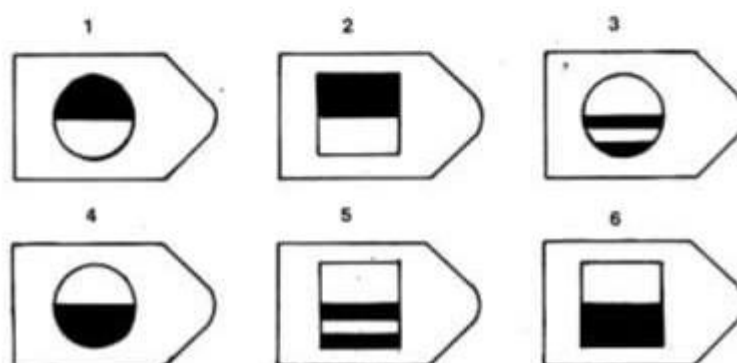
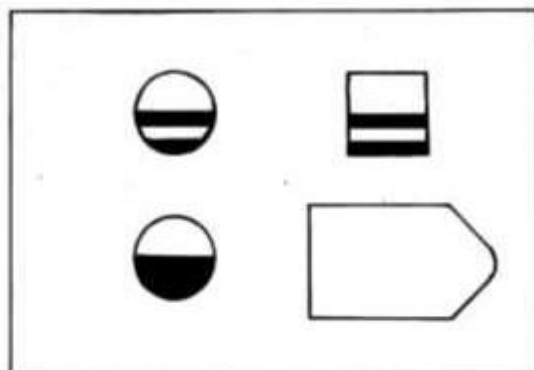
B.6



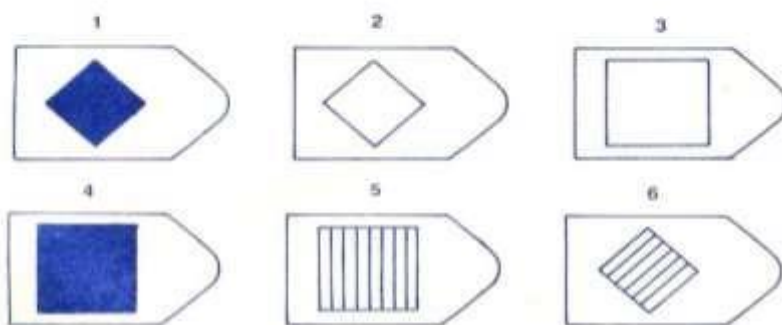
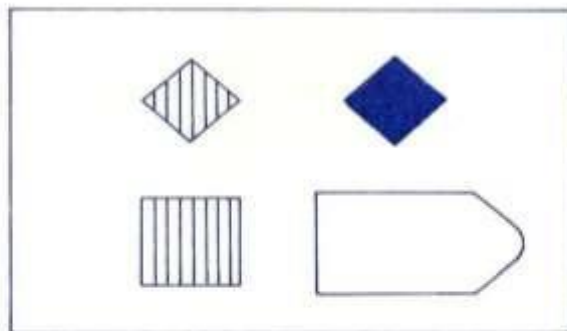
B 7



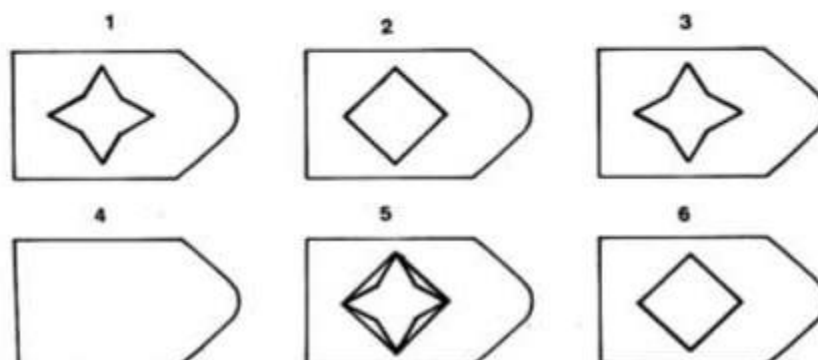
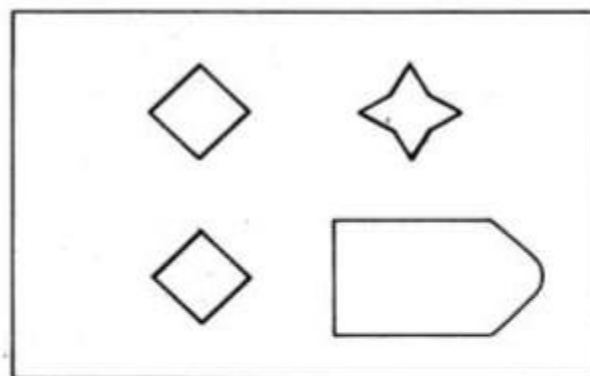
B 8



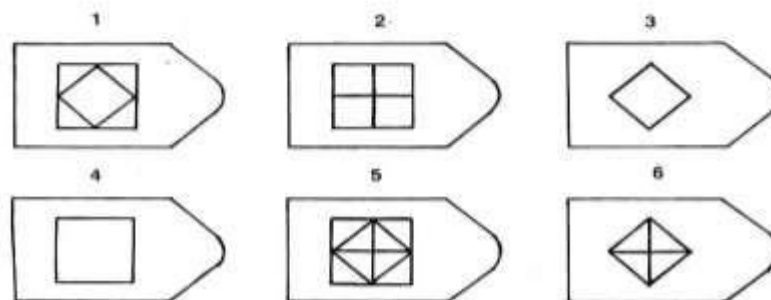
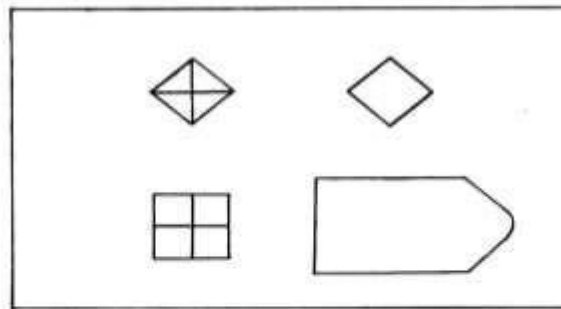
B 9



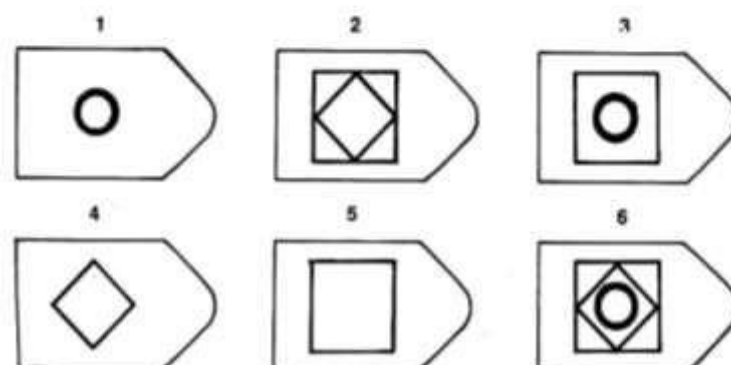
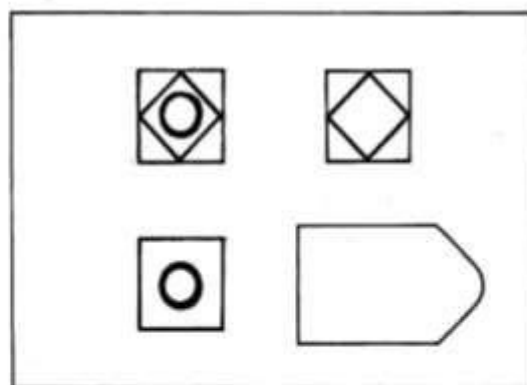
B 10



B 11



B 12



BẢN GHI KẾT QUẢ RAVEN MÀU

Họ và tên:..... Địa chỉ:.....
 Năm sinh/....../..... Giới tính: ... Nghề mẹ:.....
 Học vấn:..... Nghề bố:
 Con thứ:..... Ngày thực hiện:/....../.....
 Chẩn đoán: Người thực hiện:

STT	A	AB	B
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Tổng điểm: Lệch chuẩn:
 Tỷ lệ:..... IQ:..... Thời gian:

Bảng 1. TEST RAVEN MÀU - KEYS

Bài	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tập A	4	5	1	2	6	3	6	2	1	3	5	4
Tập AB	4	5	1	6	2	1	3	4	6	3	5	2
Tập B	2	6	1	2	1	3	5	6	4	3	4	5

Bảng 2. TEST RAVEN MÀU - BẢNG ĐIỂM KỲ VỌNG

TĐ	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Tập A	5	5	5	6	7	7	7	7	8	8	8	8
Tập AB	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6
Tập B	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	5
TĐ	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tập A	8	9	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11
Tập AB	7	7	8	8	8	9	9	10	10	10	10	10
Tập B	5	5	5	6	6	6	7	7	8	8	9	10
TĐ	32	33	34	35								
Tập A	11	11	12	12								
Tập AB	11	11	11	12								
Tập B	10	11	11	11								

Bảng 3 - TEST RAVEN MÀU - Chuyển điểm thành %

%/Tuổi	5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10	10.5	11
95	19	21	23	24	25	26	29	30	32	32	33	35
90	17	20	21	22	23	24	27	28	31	31	31	34
75	15	17	18	18	20	21	23	26	28	28	29	31
50	14	15	15	16	17	18	20	22	24	24	26	28
25	12	13	14	14	15	15	17	19	21	22	22	23
10		12	12	13	14	14	15	16	18	20	20	21
5				12	12	13	14	15	16	17	17	17

KHÓA ĐIỂM RAVEN MÀU – TRẺ EM – 2008

Standard Score	% Rank	4y0m0d 4y5m30d	4y6m0d 4y11m30d	5y0m0d 5y5m30d	5y6m0d 5y11m30d	6y0m0d 6y5m30d	6y6m0d 6y11m30d	7y0m0d 7y11m30d	8y0m0d 8y11m30d	9y0m0d 9y11m30d	10y0m0d 10y11m30d	11y0m0d 11y11m30d
<60	0.1	1-6	1-6	1-7	1-7	1-8	1-8	1-11	1-14	1-16	1-18	1-20
60	0.4	7	7	8	8	9	9	12	15	17	19	21
65	1	8	8	9	9	10	10	13	16-17	18	20	22-23
70	2.3	9	9	10	10	11	11	14-15	18-19	19	21	24-25
75	5	10	10	11	11	12	12-13	16-17	20-21	20-21	22-23	26-27
80	9	11	11	12	12	13-14	14-15	18-19	22-23	22-23	24-25	28
85	16	12	12	13	13	15-16	16-17	20-21	24-25	24-25	26-27	29
90	25	13	13	14-15	14-15	17-18	18-19	22-23	26	26-27	28-29	30
95	37	14	14	16	16-17	19	20-21	24-25	27	28	30	31-32
100	50	15	15	17-18	18	20-21	22-23	26-27	28	29-30	31-32	33
105	63	16	16-17	19	19	22-23	24-25	28	29	31	33	-
110	75	17	18-19	20-21	20-21	24-25	26-27	29	30	32	-	34
115	84	18	20-21	22-23	22-23	26-27	28	30-31	31	33	34	35
120	91	19	22-23	24	24-25	28	29	32	32	34	35	-
125	95	20-21	24	25-26	26-27	29	30-31	33	33	35	36	36
130	97.7	22	25	27-28	28-29	30-31	32	34	34	-	-	-
135	99	23-24	26	29	30	32	33	35	35	36	-	-
140	99.6	25	27-29	30-31	31	33	34	36	36	-	-	-
>140	99.9	26-36	30-36	32-36	32-36	34-36	35-36	-	-	-	-	-

**BẢNG PHÂN LOẠI VÀ ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN
CỦA NGƯỜI CPTTT (Kisler, 1964)**

Mức độ CPTTT	Sinh trưởng và phát triển ở tuổi chưa đi học (0 – 5 tuổi)	Huấn luyện và giáo dục ở tuổi đi học (6 – 20 tuổi)	Tiềm năng xã hội và nghề nghiệp ở tuổi trưởng thành (trên 21 tuổi)
CPTTT Nhẹ (IQ: 50 – 69)	Có thể phát triển kỹ năng xã hội và truyền đạt: chỉ bị chậm phát triển chút ít về khả năng vận - cảm, khi lớn lên mới nhận thấy bất bình thường	Khi đến tuổi 15, 16 có thể tập được các kỹ năng của lớp nhất tiểu học: không học được các môn tổng quát ở trung học, cần được giáo dục theo chương trình đặc biệt, nhất là ở tuổi trung học.	Nếu được giáo dục và huấn luyện đúng cách, có thể sinh hoạt bình thường về xã hội và nghề nghiệp: thỉnh thoảng khi gặp trở ngại lớn về xã hội hay kinh tế cần được giám sát và hướng dẫn.
CPTTT Trung bình (IQ: 35– 49)	Có thể nói và tập truyền đạt; ý thức xã hội kém, phát triển khá về vận động, có thể tập tự lực cánh sinh, chỉ cần giám sát vừa phải.	Nếu được huấn luyện đặc biệt có thể tập được các kỹ năng thông dụng ở trình độ lớp 3 khi 15 hay 16 tuổi.	Có thể làm các công việc lao động hay đòi hỏi chút ít huấn luyện chuyên môn, cần giám sát hay hướng dẫn chút ít khi gặp trở ngại kinh tế hay xã hội nào đó.
CPTTT Nặng (IQ: 20 –34)	Phát triển kém về vận động, ngôn ngữ tối thiểu, không tập làm lấy được việc phục vụ, không có hay rất ít kỹ năng truyền đạt	Có thể nói và tập truyền đạt; có thể tập biết thói quen vệ sinh sơ đẳng; không tập được những kỹ năng thông dụng ở nhà trường, có thể tập được thói quen nếu huấn luyện có phương pháp.	Có thể tham gia một phần vào việc lo cho bản thân nếu được giám sát hoàn toàn, có thể phát triển kỹ năng tự vệ ở mức độ tối thiểu trong một môi trường hạn chế.
CPTTT Trầm trọng (IQ dưới 20)	Chậm phát triển nhiều, tiềm năng hoạt động tối thiểu về tâm vận, cần chăm sóc.	Có phát triển ít nhiều về vận động, không tập làm lấy được công việc tự phục vụ, cần được chăm sóc hoàn toàn.	Phát triển chút ít về vận động và ngôn ngữ, hoàn toàn không tự lo được cho bản thân, cần được chăm sóc, giám sát.

TƯ VẤN TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH HOẶC NGƯỜI NHÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh là hoạt động tham vấn tâm lý giữa cán bộ tâm lý với những người đang cần sự hỗ trợ về mặt tinh thần để đối mặt với khó khăn hoặc vướng mắc trong cuộc sống. Tư vấn tâm lý là giúp người bệnh hoặc người nhà sáng tỏ hơn vấn đề của họ, xem xét các giải pháp khả thi để giải quyết vấn đề và giúp họ tự đưa ra được những lựa chọn tối ưu nhất. Các vấn đề của người bệnh có thể là những khó khăn trong cuộc sống, trong tư duy, tình cảm, ứng xử, định hướng... liên quan đến các vấn đề sức khỏe, hôn nhân gia đình, giao tiếp gia đình, các xung đột từ gia đình, sang chấn gia đình... Trọng tâm của tư vấn tâm lý là định hướng sự việc/vấn đề và tập trung giải quyết vấn đề, không cần quá đi sâu vào giải quyết bản chất nảy sinh ra vấn đề.

Mục đích của tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà:

- Giúp người bệnh hoặc người nhà giảm bớt các cảm xúc tiêu cực trong hoàn cảnh khó khăn và cảm thấy thoải mái khi trò chuyện về vấn đề khó khăn của họ.
- Giúp người bệnh hoặc người nhà tăng thêm hiểu biết về bản thân và hoàn cảnh của họ; giúp họ chấp nhận vấn đề của mình như nó đang có.
- Giúp họ đưa ra các quyết định phù hợp và có khả năng xử lý được vấn đề
- Hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà tiến hành các quyết định của họ và có khả năng dự phòng các tình huống tương tự xảy ra trong tương lai.

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 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,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh loạn thần cấp, tâm thần phân liệt nặng hoặc trầm trọng, kích động và có hành vi chống đối.
- Người bệnh hoặc người nhà mất khả năng nhận thức, không có khả năng giao tiếp

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:

- 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 là 01 người bệnh và 01 người thân (bố, mẹ, người chăm sóc chính) 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: 60-90 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

- Tư vấn tâm lý cho người bệnh hoặc người nhà thường được tiến hành 1-2 buổi, số buổi cụ thể tùy thuộc vào vấn đề người bệnh hoặc người nhà đang gặp phải.

Hoạt động của một phiên của liệu pháp kéo dài khoảng 60-90 phút:

Bước 1: Chào đón – xây dựng không gian an toàn (5–10 phút)

Mục tiêu: Thiết lập mối quan hệ trị liệu với cả người bệnh và người thân

- + Giới thiệu bản thân và vai trò cán bộ trị liệu
- + Nhấn mạnh: không phán xét, bảo mật, không ép ai nói điều họ không sẵn sàng
- + Xác định mong đợi của mỗi người: “Bạn mong muốn điều gì từ buổi tư vấn hôm nay?”, “Bạn lo lắng điều gì nhất trong quá trình điều trị của người thân?”

Bước 2: Khái quát về tình trạng tâm lý (10–15 phút)

Mục tiêu: Cung cấp thông tin tâm lý – lâm sàng rõ ràng, dễ hiểu

- + Tóm tắt chẩn đoán, nếu có: “Tình trạng hiện tại của bạn được hiểu là...”, “Điều này không phải do yếu đuối, mà do sự rối loạn trong cơ chế xử lý cảm xúc và hành vi.”
- + Nhấn mạnh yếu tố phục hồi và điều trị được
- + Phân biệt giữa triệu chứng – con người – vai trò của hỗ trợ xã hội
- + Giao tiếp theo nguyên tắc: trung thực – không gây hoang loạn – hy vọng thực tế

Bước 3: Khám phá góc nhìn và cảm xúc của từng bên (15–20 phút)

Mục tiêu: Giúp các bên thể hiện cảm xúc và nhu cầu, hiểu được khía cạnh của nhau

- + Gợi ý câu hỏi:
 Với người bệnh: “Điều gì khiến bạn thấy áp lực nhất trong việc đối mặt với bệnh?”, “Bạn cần điều gì từ gia đình – và điều gì bạn không muốn họ làm?”
 Với người thân: “Bạn lo lắng điều gì nhất khi chăm sóc người bệnh?”, “Bạn có cảm thấy mệt mỏi hoặc bất lực không?”
- + Cán bộ trị liệu đóng vai trò người trung gian:
 Phản ánh cảm xúc (tức giận, tội lỗi, lo lắng, bất lực)
 Hướng dẫn cách diễn đạt bằng ngôn ngữ không gây tổn thương

Bước 4: Làm rõ vai trò – ranh giới – kỳ vọng (20–25 phút)

Mục tiêu: Điều chỉnh sự hiểu lầm – tránh “quá kiểm soát” hoặc “quá bỏ mặc”

- + Định hướng rõ:
 Người bệnh có năng lực lựa chọn điều trị
 Người thân hỗ trợ – không thay thế – không áp đặt
- Thực hành mẫu:
 Cách phản hồi khi người bệnh từ chối uống thuốc
 Cách hỗ trợ khi người bệnh rút lui, im lặng
 Khi nào cần can thiệp – khi nào nên tạm lùi lại
- + Kết nối với giá trị của cả hai bên: “Điều bạn làm là vì yêu thương – nhưng điều người kia cần lại là sự tin tưởng.”

Bước 5: Lập kế hoạch hành động cụ thể (10–15 phút)

Mục tiêu: Cả người bệnh và gia đình cùng có vai trò rõ ràng

Ví dụ kế hoạch hỗ trợ:

Nội dung	Trách nhiệm
Uống thuốc đúng giờ	Người bệnh tự chịu trách nhiệm (có nhắc nhở nhẹ)
Gặp nhà trị liệu hàng tuần	Gia đình hỗ trợ đưa đón nếu cần
Lập nhật ký cảm xúc	Người bệnh viết – gia đình không đọc nếu chưa được đồng ý
Tạm dừng tranh cãi	Mọi thành viên thực hành “tạm dừng 5 phút” khi căng thẳng

Bước 6: Tổng kết – củng cố niềm tin phục hồi (5–10 phút)

Mục tiêu: Rút ra thông điệp tích cực – giảm lo âu – duy trì cam kết hợp tác

- + Câu hỏi tổng kết: “Sau buổi hôm nay, bạn thấy mình hiểu thêm điều gì về người kia?”, “Bạn sẽ làm gì khác sau hôm nay, dù chỉ là điều nhỏ?”
- + Củng cố thông điệp: “Phục hồi là quá trình – không phải một sự thay đổi 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 buổi tư vấn

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). Tái bản lần thứ nhất. NXB ĐHQG TPHCM.
2. Trần Đình Tuấn, (2013), Tham vấn tâm lý cá nhân và gia đình, NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
3. Trần Thị Minh Đức (2012), Giáo trình Tham vấn tâm lý. NXB Đại học Quốc Gia Hà Nội.
4. Võ Văn Bản, (2008), Thực hành điều trị tâm lý. NXB Y học.

ĐO ĐIỆN NÃO VI TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp đo điện não được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1930. Điện não đồ là phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ thực hiện. Đo điện não đồ là phương pháp ghi hoạt động điện học của não bằng các điện cực đặt tại da đầu một cách chuẩn mực

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

a) Điện não đồ dùng trong chẩn đoán các bệnh lý tâm thần

- Chẩn đoán các tình trạng loạn thần nghi ngờ do tổn thương ở các vùng thùy trán, thùy đỉnh, thùy thái dương và do viêm não tự miễn, viêm não vùng limbic.
- Các bệnh lý tâm thần như Tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lo âu, chậm phát triển tâm thần, tăng động giảm chú ý.
- Rối loạn phân ly (con co giật không do nguyên nhân động kinh – PNES)
- Các bệnh lý sa sút trí tuệ
- Trong các trường hợp điều trị dược lý tâm thần như dùng clozapine, lithium

b) Điện não đồ trong chẩn đoán các bệnh lý thần kinh

- Chẩn đoán động kinh, phân loại động kinh, vị trí động kinh.
- Các nghi ngờ tổn thương não: u não, viêm não.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.
- Bệnh nhân không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 02 người: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng/kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Hệ thống máy ghi điện não

Điện cực đĩa, điện cực tim, điện cực cơ, gạc, mũ đội đầu, gel tẩy da chết, gel dẫn truyền, băng keo y tế, găng tay y tế dùng 01 lần, khẩu trang y tế

Máy điện não

- Máy tính, Màn hình vi tính, máy in, giấy in

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: 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.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định kỹ thuật...

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. 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 kỹ thuật để có sự hợp tác tốt nhất từ người bệnh.

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế: 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

- Tiến hành ghi điện não: Trong 20 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
- Đọc kết quả

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Trả kết quả

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: không

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

7.3. Biến chứng muộn: không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, PJ. điện não đồ lâm sàng. In: Nhà xuất bản Y học, 2006.
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. Badrakalimuthu VR, Swamiraju R, de Waal H. EEG in psychiatric practice: to do or not to do? *Adv Psychiatr Treat.* 2011;17(2):114-121. doi:10.1192/apt.bp.109.006916

ĐO LƯU HUYẾT NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Đo lưu huyết não là phương pháp ghi lại đại lượng điện trở biến đổi của các mô sống, các cơ quan hoặc các phần của cơ thể khi cho một dòng điện xoay chiều tần số cao, cường độ yếu chạy qua.

Các cơ quan hoặc một phần cơ thể sống luôn có một đại lượng điện trở tương đối ổn định. Những phần của cơ thể luôn có khả năng thay đổi về thể tích làm cho tính dẫn điện cũng thay đổi, sau khi hoạt động có một lượng máu nhất định vào hệ thống tuần hoàn, nhờ khả năng co giãn của mạch máu, lượng máu vào cơ quan tổ chức gây ra biến đổi điện trở.

Trong thực tiễn y học hiện nay, lưu huyết não đã được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán khách quan có giá trị đối với một số bệnh về não, đặc biệt là chẩn đoán trương lực và lưu lượng tuần hoàn mạch máu não.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trong các bệnh lý tâm thần nhằm đánh giá mối liên quan tuần hoàn mạch máu não và các hội chứng tâm thần
- Người bệnh tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, thiếu máu não.
- Người bệnh có cơn ngất thoáng qua.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Những người bệnh có vết thương vùng đầu.
- Người bệnh không hợp tác.

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

5.3. Thiết bị y tế

- Hệ thống máy ghi lưu huyết não: máy lưu huyết não, máy tính, máy in, điện cực bạc, điện cực tim điện cực tim, ổn áp, dây điện cực.
- Vật tư khác: Gạc, mũ đội đầu, Gel tẩy da chết, Gel dẫn truyền, băng keo Y tế, găng tay y tế, giấy in, mực in, dung dịch vệ sinh tay, giấy vệ sinh, dây chun, kẹp phẫu tích, ống trụ cầm pince.
- Giường hoặc ghế ghi điện não phù hợp

- Máy tính, máy in, bàn ghế phục vụ cho bác sĩ đọc kết quả

5.4. Người bệnh

- Người bệnh ngồi yên hoặc nằm yên trong quá trình ghi lưu huyết 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: 05-13 phút

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

5.9. 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: Giải thích kỹ thuật cho người bệnh đến khám.

Yêu cầu người bệnh tự tháo bỏ các vật dụng trên đầu như mũ, khăn, cặp...

6.2. Bước 2: Quấn băng thun trên đầu người bệnh.

- Bôi gel vào mặt các điện cực. Đặt điện cực vào băng thun theo đúng vị trí trên sơ đồ (hoặc đặt điện cực trước, bôi gel sau).

6.3. Bước 3:

- Nối dây dẫn với các điện cực (Dây đen với các điện cực dòng, dây vàng với các điện cực ghi bên trái. Dây đỏ với các điện cực ghi bên phải). Đạo trình Trán- Chũm trước, đạo trình Chũm- Chẩm sau.

6.4. Bước 4: Trong chương trình ghi

- Nhập tên, tuổi, đơn vị người bệnh. Bắt đầu ghi các sóng lưu huyết.
- Sau khoảng 10s, khi các sóng lưu huyết ổn định thì nhấn nút (Start/Stop) để dừng ghi.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sự tự đánh dấu của máy trên các sóng. Chọn/Bỏ chọn các sóng lưu huyết chỉ giữ lại các sóng đạt yêu cầu (Tối thiểu 3 sóng). Lưu lại kết quả.

6.6. Bước 6: Đổi lại dây dẫn để ghi đạo trình tiếp theo.

6.7. Bước 7: Kết thúc phần ghi, thoát ra ngoài. In kết quả.

6.8. Bước 8: Tháo dây dẫn, điện cực, băng thun.

6.9. 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

- 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.
- Báo cáo với bác sĩ khám và điều trị khi xuất hiện 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. Dixon LM, Doust L. (1978). The Diagnostic Potential of Rheoencephalography in Psychiatry. *Psychopathology*.11(4):219-232. doi:10.1159/000283754
2. Kamianov IM. (1980). [Rheoencephalography in memory evaluation of patients with vascular pathology of the brain]. *Zhurnal Nevropatol Psikhiatrii Im SS Korsakova Mosc Russ* 1952. 1980;80(9):1306-1309.
3. Nguyễn Xuân Thản (2008). Ghi lưu huyết não. *Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh*. Học viện Quân Y.

KỸ THUẬT KIỂM SOÁT KÍCH ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 Định nghĩa:

Kích động là một trạng thái hưng phấn tâm lý, vận động quá mức xuất hiện đột ngột, không có mục đích, không thích hợp với hoàn cảnh, thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm cho bản thân và những người xung quanh.

1.2. Nguyên nhân:

a. Rối loạn tâm thần:

Kích động: thường gặp nhất trong các bệnh sau: Tâm thần phân liệt, hưng cảm nặng ở bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Động kinh tâm thần, nhân cách bệnh: thể bùng nổ, paranoia. Rối loạn tâm thần ở người già (sa sút trí tuệ).

b. Các trạng thái kích động phản ứng: do căn nguyên tâm lý

Sang chấn tâm lý mạnh: rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn phân ly...

Do thay đổi đột ngột môi trường sinh hoạt (chuyển viện, chuyển phòng), do bệnh nhân tâm thần khác kích động mà kích động theo, do giận dữ, bất bình với những sự việc không vừa ý trong phòng bệnh. Do nhận thức sai là bị đưa đi giam giữ hoặc bị cưỡng ép, bị gia đình lừa dối đưa đi bệnh viện; thường có phủ định bệnh.

c. Kích động do các bệnh thực thể tại não: u não, chấn thương sọ não, dị dạng mạch não, nhiễm khuẩn não – màng não,....

d. Kích động liên quan đến rượu và ma túy: Trạng thái nhiễm độc rượu và ma túy, hội chứng cai.

2. CHỈ ĐỊNH: Xử trí bệnh nhân có biểu hiện tình trạng kích động

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Bệnh nhân phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 03 người: Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa và điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg
- Haloperidol 5mg
- Clorpromazin 25mg

Dịch truyền

- NACL 0,9% 500ml
- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml

Một số thuốc khác

- Loại thuốc, liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Thiết bị y tế

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm,...
- Băng, băng, còng, dây băng vải cố định bệnh nhân, phòng cố định bệnh nhân.

5.4. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20-60 phút**5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh****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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**6.1. Quan sát:**

- Các biểu hiện của bệnh nhân ăn mặc, cử chỉ, tác phong, lời nói, cảm xúc ...
- Chú ý các vật dụng BN đang có hoặc ở xung quanh có thể gây nguy hiểm.

6.2. Hỏi người nhà hoặc người đi cùng:

- Tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh, trạng thái của BN trước khi kích động
- Những biểu hiện từ lúc lên kích động đến nay.

6.3. Thông báo và nhờ sự hỗ trợ của các nhân viên y tế khác:

- Chuẩn bị các phương tiện như dây cố định, thuốc, phòng bệnh...

6.4. Trấn tĩnh ngay trạng thái tâm thần của bệnh nhân bằng liệu pháp tâm lý:

- Bằng thái độ điềm đạm, bình tĩnh, dùng lời nói ôn tồn để hỏi, động viên, an ủi, giải thích hợp lý cho người bệnh. Đề phòng bệnh nhân có thể tấn công bất ngờ.

6.5. Nếu người bệnh hợp tác:

- Tiến hành khám ngay cho người bệnh về tình trạng toàn thân, các dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, các thương tích, các dấu hiệu thần kinh khu trú, các hội chứng - triệu chứng tâm thần.

6.6. Nếu BN kích động, không hợp tác khám bệnh:

- Có thể cưỡng chế đưa bệnh nhân vào phòng riêng hoặc phòng cách ly, cố định BN tại giường/phản để xử trí thuốc. Lưu ý: Tránh quá thô bạo vì có thể gãy tay, trật khớp, trước và sau khi xử trí nên đả thông tư tưởng để người nhà yên tâm.
- Cần kiểm tra trong tư trang, quần áo và trên người của bệnh nhân, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm như dao kéo, bật lửa, ...

6.7. Điều trị bằng hóa dược

Nếu chưa rõ nguyên nhân:

- Diazepam 10 - 20mg tiêm tĩnh mạch. Thường sau khi tiêm thuốc một vài phút, tình trạng kích động sẽ dịu đi, bệnh nhân bắt đầu lơ mơ ngủ... Tiến hành thăm khám kỹ hơn trên người bệnh để tìm hiểu nguyên nhân.

Sau khi đã nắm được nguyên nhân: cần điều trị theo nguyên nhân

- Kích động trong tâm thần phân liệt, có thể xử trí:

Haloperidol 5 - 20 mg, tiêm bắp.

Chlorpromazine 25 - 50 mg, tiêm bắp.

Có thể phối hợp thêm: Diazepam 10 - 20 mg (tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp)

- Kích động do trạng thái căng trương lực, có thể xử trí:

Thuốc lựa chọn đầu tiên là Seduxen 10 - 20 mg/lần, 2 - 3 lần/ngày.

Có thể phối hợp với Haldol hay các an thần kinh khác.

Lưu ý: dễ bỏ sót nguyên nhân thực tổn

Nếu căng trương lực do tâm thần phân liệt có thể dùng liệu pháp sốc não sau khi đã kiểm tra kỹ tình trạng tim mạch, ECG...

- Kích động trong động kinh tâm thần, có thể xử trí:

Phenobarbital 100 - 200 mg, tiêm bắp, 1 - 2 lần/ngày

Có thể phối hợp diazepam 10 - 20mg, tiêm tĩnh mạch, 2 - 3 lần/ ngày.

- Kích động do rượu-ma túy tổng hợp (say rượu, sảng rượu, hoang tưởng ảo giác do rượu, nhiễm độc ma túy tổng hợp), có thể xử trí:

Diazepam 10 - 20mg/lần (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) 2 - 3 lần/ngày.

Kết hợp Haloperidol 5 - 10 mg/lần x 1 - 2 lần/ ngày, nhưng phải hết sức thận trọng.

- Kích động trong các bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc:

Tốt nhất là điều trị bệnh lý nhiễm trùng, nhiễm độc.

Nếu cần thiết để làm bệnh nhân yên dịu, có thể dùng:

Diazepam 10 - 20 mg/ ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp)

Loprazepam: 1 - 3 ống/ ngày.

Thận trọng khi sử dụng thuốc an thần kinh, nếu cần thì sử dụng nhóm thuốc an thần kinh thế hệ mới.

- Kích động ở người già: Việc dùng thuốc an thần kinh phải hết sức thận trọng, nên dùng liều thấp, tăng dần.
- Các trạng thái kích động do phản ứng tâm lý: Nên kiên trì giải thích động viên người bệnh, dùng diazepam 10 - 20 mg/ngày (tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp) và chỉ dùng 1 - 2 ngày đầu.

Chú ý chế độ dinh dưỡng, bồi phụ nước điện giải, chế độ vệ sinh, phòng chống loét và chăm sóc cấp mật.

Quản lý người bệnh tại buồng riêng, yên tĩnh, thoáng mát, dễ quan sát, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm.

Sau cơn kích động:

Sau khi đã tạm giải quyết được tình trạng kích động, cần:

- Hỏi kỹ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và cho làm các xét nghiệm để xác định bệnh, nguyên nhân và có hướng điều trị thích hợp.
- Để bệnh nhân nằm tại phòng trấn tĩnh, theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu, sắc mặt...
- Chú ý bồi phụ nước - điện giải, chế độ dinh dưỡng, vệ sinh thân thể và phòng chống loét.
- Không nên dùng an thần kinh liều cao, kéo dài vì dễ gây ra tình trạng ngộ độc thuốc.
- Giải thích hợp lý để người bệnh yên, tránh lo lắng, sợ hãi trước môi trường mới.
- Điều trị theo nguyên nhân gây kích động.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tâm thần của bệnh nhân.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế, ...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, vùng cổ định tay chân của bệnh nhân.
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh sau khi xử trí tình trạng kích động, để xử trí tiếp nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục kích động gây nguy hiểm cho người bệnh và người xung quanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học- Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Bệnh học tâm thần - Nhà xuất bản quân đội nhân dân, năm 2005.
4. Tâm thần học- Nguyễn Việt. Nhà xuất bản y học 1984

KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TỰ SÁT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tự sát là hành vi tự giết bản thân. Theo tổ chức y tế thế giới WHO, tự sát được chia thành:

- Ý tưởng tự sát (suicidal ideation): Thể hiện đơn thuần trong ý nghĩ muốn chết nhưng chưa hành động.
- Toan tự sát (attempted suicide): Bao gồm các hành vi khác nhau cố gắng để tự tử nhưng không thành công.
- Tự sát hoàn thành (completed suicide): hành vi trực tiếp hay gián tiếp của bệnh nhân dẫn đến tử vong.

Một số nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ hay gặp:

- Rối loạn trầm cảm
- Tâm thần phân liệt và rối loạn loạn thần cấp
- Rối loạn hoang tưởng dai dẳng
- Rối loạn tâm thần thực tổn
- Lệ thuộc rượu và sử dụng chất kích thích
- Rối loạn nhân cách
- Rối loạn hành vi ăn uống
- Tự sát và các nguyên nhân xã hội...

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp có ý tưởng tự sát/ hành vi tự sát

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Người bệnh phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa
- 02 điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg
- Haloperidol 5mg

Dịch truyền

- NaCl 0,9% 500ml
- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml

Một số thuốc khác

- Liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Thiết bị y tế

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm,...
- Băng, băng, cồn, dây băng vải cố định bệnh nhân

5.4. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20-60 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh

5.9. 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. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ và các thuốc đang sử dụng

6.2. Kiểm tra người bệnh:

- Người bệnh được bác sĩ khám và đánh giá lâm sàng
- Điều dưỡng đo huyết áp và báo cáo tình hình cho bác sĩ
- Người bệnh và người nhà được bác sĩ giải thích về tình trạng có ý tưởng tự sát hoặc hành vi tự sát

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Bao gồm khám và đánh giá tâm thần, cơ thể, và đánh giá các yếu tố môi trường gia đình và xã hội

Khám cơ thể:

- Phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng, chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.
- Đánh giá tổng trạng, tình trạng dinh dưỡng, vệ sinh cơ thể, những dấu vết cơ thể do bị ngược đãi cũng như lạm dụng tình dục, tìm những dấu hiệu lạm dụng rượu và ma túy. Nếu cần thiết xác định nồng độ rượu trong máu và xét nghiệm tìm độc chất.

Khám tâm thần:

- Tìm hiểu tiền căn bệnh lý tâm thần cá nhân và gia đình
- Phát hiện các rối loạn tâm thần hiện tại và đánh giá mức độ liên quan với mưu toan hoặc hành vi tự sát hiện tại.
- Tìm hiểu những phương tiện đã được sử dụng cho hành vi tự sát.
- Phát hiện những yếu tố thúc đẩy trực tiếp cũng như các nét đặc trưng của nhân cách
- Đánh giá các yếu tố môi trường và xã hội:
- Tìm hiểu các tình huống bị ngược đãi.
- Tìm hiểu kết quả học tập, hoặc thành quả lao động.
- Đánh giá mối quan hệ đối với các thành viên trong gia đình, trường học hoặc nơi làm việc.
- Chỉ định nhập viện điều trị nội trú những trường hợp có nguy cơ tự sát cao, đặc biệt khi sự theo dõi và hỗ trợ của gia đình bị hạn chế

Vai trò của bác sĩ

Sử dụng hoá dược

- Thuốc chống trầm cảm: Được chỉ định cho những người bệnh bị trầm cảm. Cần lưu ý tác dụng phụ có thể gây bồn chồn, kích thích, mất ngủ liên quan đến tăng hành vi tự sát đặc biệt ở thanh thiếu niên.
- Thuốc chỉnh khí sắc: Có tác dụng giảm hành vi tự sát ở những bệnh nhân có rối loạn cảm xúc lưỡng cực và cả ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn. Trong trầm cảm lưỡng cực.

- Thuốc chống loạn thần: chỉ định tự sát ở bệnh nhân loạn thần, thường sử dụng thuốc chống loạn thần an dịu, trong trường hợp kích động kèm theo có thể điều trị phối hợp cùng Benzodiazepin.
- Liệu pháp tâm lý
- Điều trị phối hợp với liệu pháp hoá dược. Lựa chọn các liệu pháp tâm lý phụ thuộc vào chẩn đoán, đánh giá người bệnh có tự sát
- Liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp hành vi biện chứng là hai phương pháp có bằng chứng mạnh mẽ nhất trong ngăn ngừa hành vi tự sát.

Vai trò của điều dưỡng:

- Lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch
- Giáo dục, tư vấn cho gia đình về nguy cơ tự sát, các dấu hiệu nhận biết
- Loại bỏ sự sẵn có của các vật dụng có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như vật sắc nhọn...
- Quản lý việc sử dụng thuốc của người bệnh, đảm bảo uống thuốc tận miệng hoặc tận dạ dày, tránh người bệnh có thể tích thuốc
- Nếu người bệnh có nguy cơ tự sát cao cần sự theo dõi sát 24/24h thậm chí cả khi vệ sinh và ngủ. Không ra khỏi khuôn viên bệnh viện.
- Nếu người bệnh nguy cơ tự sát thấp, có thể tham gia một số hoạt động khác nhưng vẫn cần sự theo dõi sát.
- Xếp phòng người bệnh nên gần phòng nhân viên để dễ quan sát, không nên xếp cuối đường, gần cầu thang máy...
- Cửa sổ và hành lang nên có thanh chắn để đảm bảo người bệnh không nhảy từ trên cao xuống.
- Cảnh giác với các hành vi của người bệnh như giảm giao tiếp, nói về cái chết, mất phương hướng...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thường xuyên đánh giá tình trạng bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị, chỉ bỏ theo dõi tự sát khi người bệnh hoàn toàn không còn suy nghĩ, ý định tự sát, nhận thức được sai lầm trong suy nghĩ và hành vi của mình, cam kết không thực hiện những hành động gây hại cho bản thân.
- Vì một số lý do, khi bệnh nhân có cơ hội thực hiện hành vi tự sát tại bệnh viện, cần nhanh chóng đánh giá phát hiện các tổn thương cơ thể do hành vi tự sát gây ra, đánh giá mức độ trầm trọng và chuyển hồi sức cấp cứu nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học- Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Bệnh học tâm thần - Nhà xuất bản quân đội nhân dân, năm 2005.
4. Shain B. N. (2018). Youth Suicide: The First Suicide Attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 730–732.
5. McClellan, C., Ali, M. M., & Mutter, R. (2021). Impact of Mental Health Treatment on Suicide Attempts. *The journal of behavioral health services & research*, 48(1), 4–14. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09714-4>

KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TÌNH TRẠNG KHÔNG ĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trạng thái không ăn là tình trạng người bệnh từ chối sử dụng bất kỳ loại thực phẩm dinh dưỡng nào kéo dài trên 24h mà không có lý do hoặc lý do không hợp lý. Đây là một cấp cứu tâm thần và là một trạng thái bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân tâm thần do nhiều nguyên nhân khác nhau với bệnh cảnh kéo dài rất lâu, điều trị gặp nhiều khó khăn. Người bệnh dễ dẫn đến sụt cân, mất nước, suy kiệt, mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, tử vong, đòi hỏi phải được chẩn đoán đúng, điều trị tích cực và chăm sóc tốt.

Nguyên nhân:

- Trạng thái căng trương lực (kích động hoặc bất động) của tâm thần phân liệt: Người bệnh thường ngồi hoặc nằm bất động, không chịu ăn uống; khi đưa cơm nước vào miệng thì ngậm chặt lại.
- Do hoang tưởng, ảo giác chi phối:
 - + Hoang tưởng bị tội: người bệnh cho rằng bản thân họ là xấu xa và có nhiều tội lỗi, không đáng sống, không đáng được ăn uống và từ chối không chịu ăn uống.
 - + Hoang tưởng bị hại: người bệnh luôn lo sợ bị người khác ám hại, đầu độc mình bằng cách bỏ thuốc độc vào thức ăn nên không chịu ăn uống.
 - + Ảo thanh xui khiến: có tiếng người bảo bệnh nhân không được ăn uống.
 - + Ảo khứu và ảo vị với nội dung khó chịu: mùi hôi, mùi tanh, vị đắng...
- Trầm cảm nặng.
- Rối loạn bản năng ăn uống: ở trẻ chậm phát triển tâm thần, tâm thần phân liệt giai đoạn sa sút, sa sút trí tuệ ở người già.
- Do bệnh lý cơ thể: viêm dạ dày, lao phổi, ung thư, kém hấp thu ...
- Nguyên nhân tâm lý: thức ăn không thích hợp, tôn giáo ...
- Chán ăn tâm thần (anorexia nervosa).

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có biểu hiện từ chối ăn uống (trạng thái không ăn)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh cơ thể nặng kết hợp
- Người bệnh phản ứng mãnh liệt
- Người nhà (người chịu trách nhiệm) hợp tác kém, không thống nhất điều trị

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ tâm thần/bác sĩ đa khoa
- 01 điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Diazepam 10mg
- Diazepam 5mg
- Haloperidol 5mg

Dịch truyền

- NaCl 0,9% 500ml
- Ringer lactat 500ml
- Glucose 5% 500ml
- Đạm truyền...

Một số thuốc khác

- Loại thuốc, liều lượng thuốc, dịch truyền được chuẩn bị theo phác đồ điều trị

5.3. Thiết bị y tế

- Bình khí oxy, dụng cụ phương tiện cấp cứu
- Găng tay vô trùng, bơm kim tiêm...
- Dụng cụ cho ăn sonde: sonde dạ dày, thức ăn...
- Băng, băng, còng, dây băng vải cố định bệnh nhân

5.4. Người bệnh

- Đánh giá sức khỏe toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn
- Đánh giá sức khỏe tâm thần
- Thông báo, giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh, kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng và hướng xử trí.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh cơ thể. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, giới tính.
- Tiền sử và bệnh sử liên quan đến bệnh
- Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 50-70 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh

5.9. 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. Kiểm tra hồ sơ

- Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

6.2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra trạng thái không ăn
- Kiểm tra các triệu chứng bệnh tâm thần
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Các biện pháp chung:

- Tìm hiểu nguyên nhân, động viên khuyến khích người bệnh ăn uống.
- Cho ăn nhiều lần trong ngày, nên dứt từng thìa nhỏ.
- Có thể để thức ăn, thức uống bên cạnh người bệnh.
- Chú ý vệ sinh thân thể, tránh loét, phòng bội nhiễm.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước - điện giải cho bệnh nhân bằng cách cho ăn qua sonde dạ dày hoặc đường tĩnh mạch nếu điều trị chưa có hiệu quả, bệnh nhân vẫn không ăn uống.
- Xây dựng chế độ dinh dưỡng đảm bảo cung cấp đủ cho bệnh nhân, hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng nếu cần.
- Đảm bảo vệ sinh các nhân, tránh bội nhiễm, phòng chống loét.

Tích cực điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân:

- Tâm thần phân liệt thể căng trương lực: dùng thuốc nhóm. Bezodiazepins, thuốc an thần kinh ưu tiên loại hoạt hóa như Amisulpirid 100 - 200mg/ngày. Cân nhắc điều trị bằng sốc điện khi các phương pháp khác không hiệu quả và không có chống chỉ định.
- Tâm thần phân liệt có hoang tưởng, ảo giác chi phối: có thể dùng an thần kinh liều cao.
- Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm, đơn trị liệu hoặc phối hợp thuốc, kết hợp liệu pháp tâm lý.

- Chán ăn tâm thần: điều trị bằng thuốc chống trầm cảm như Fluoxetin, Amitriptylin; Olanzapin,... kết hợp các liệu pháp tâm lý

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi diễn biến tâm lý, tình trạng bệnh lý tâm thần của bệnh nhân.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc an thần kinh, chống trầm cảm có thể xảy ra: loạn trương lực cơ cấp, hạ huyết áp tư thế,...
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, theo dõi lượng nước tiểu 24h, cân nặng cơ thể 2 lần/tuần.
- Theo dõi xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu (glucose, ure, creatinin, SGOT, SGPT, điện giải đồ).
- Tình trạng nặng: đánh giá toàn thể các nguy cơ tim mạch, hô hấp để có sự hỗ trợ chuyên khoa chống độc, hồi sức cấp cứu

7.2. Xử trí tai biến

Rối loạn nước điện giải

- Xử trí theo phác đồ xử trí rối loạn nước điện giải của Bộ Y tế

Hạ đường huyết

- Truyền dung dịch Glucose 5% - 10% - 20% đảm bảo đường máu trên 5,5mmol/L, theo dõi đường máu sau mỗi lần truyền. Nếu cần có thể tiêm tĩnh mạch Glucose 20% hoặc chuyển chuyên khoa hồi sức, nội tiết theo dõi điều trị tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng tâm thần học - Bộ môn tâm thần Đại học y Hà Nội. Nhà xuất bản y học 2016
2. Tâm thần học - Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005.
3. Nguyễn Việt (1984), “*Chẩn đoán và xử trí các trường hợp cấp cứu trong tâm thần học*”. Triệu chứng học tâm thần. Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội, 174 - 181.
4. Gruenewald D.A. (2018). Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *J Palliat Med*, **21**(9), 1214–1220.
5. Bolt E.E., Hagens M., Willems D. và cộng sự. (2015). Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med*, **13**(5), 421–428.