

4. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật VST tại các khoa, trung tâm chiếm (63.3%); cao nhất là khoa Hồi sức tích cực chống độc chiếm (72.1%). Tỷ lệ tuân thủ tăng theo thâm niên công tác < 1 năm mức độ tuân thủ chỉ có (47.2%).

- Tỷ lệ tuân thủ VST bằng nước với xà phòng đúng kỹ thuật, Bác sỹ áp dụng nhiều nhất (56,7%).

- Tỷ lệ tuân thủ sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật, bằng dung dịch có chứa cồn ĐD/NHS; HS/SV sử dụng nhiều nhất lần lượt là (62,5%); (67,9%).

- Tỷ lệ tuân thủ VST theo 05 thời điểm chiếm (58.8%), trong đó: Bác sỹ (53.5 %); Điều dưỡng/ nữ hộ sinh (64.7%); Học viên, sinh viên (45.3%).

- Tỷ lệ các thời điểm có tuân thủ VST: Tuân thủ cao nhất ở thời điểm II trước khi làm thủ thuật vô trùng (72,3 %); thấp nhất ở thời điểm V sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh người bệnh (46.4%).

5. KHUYẾN NGHỊ

Để đạt được và duy trì tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT từ 60% trở lên cần tiếp tục tăng cường công tác tập huấn, tuyên truyền, kiểm tra giám sát. Vì vậy rất cần có một hệ thống

màng lưới KSNK chuyên nghiệp, tâm huyết ở các đơn vị khoa, trung tâm luôn phối hợp chặt chẽ với khoa KSNK để phát huy năng lực và tăng cường công tác giám sát kiểm tra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). Thông tư số 18/TT-BYT hướng dẫn công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế.

2. Bộ Y tế (2012). Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012. Hướng dẫn Phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh.

3. Bộ Y tế (2017) Quyết định Số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 về việc ban hành quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh.

4. Đặng Thị Thu Hương, Nguyễn Hoài Thu, Nguyễn Văn Luyến và cộng sự (2015). Đánh giá tác động của hệ thống giám sát qua camera trong cải thiện tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2015. Đề tài cấp Viện - Bệnh viện Nhi trung ương.

4. Tạ Thị Thành, Nguyễn Thị Thanh Tùng (2012). Nhận thức và thái độ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum năm 2012. Đề tài cấp Viện - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum.

MỘT SỐ NHẬN ĐỊNH ĐIỀU DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH TRẦM CẢM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN NAM ĐỊNH

Mạc Thị Hồng Nhung¹

¹Bệnh viện Tâm Thần Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận định chăm sóc người bệnh trầm cảm qua khai thác tiền sử, thăm khám thực thể và so sánh nhận định chăm sóc qua các thời điểm điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang,

phỏng vấn 51 người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn trầm cảm. **Kết quả:** Nhận định qua khai thác tiền sử và thăm khám thực thể. Tuổi khởi phát của người bệnh đa số nằm trong độ tuổi từ 30-59. Tỷ lệ ở nữ cao hơn ở nam. Các yếu tố tâm lý, môi trường, xã hội có liên quan đến trầm cảm chiếm tỷ lệ cao nhất là kinh tế khó khăn, người bệnh mắc các bệnh mãn tính và một số yếu tố khác rải rác. Người thân chết, tệ nạn xã hội. Hầu hết người bệnh khi nhập viện đều

Người chịu trách nhiệm: Mạc Thị Hồng Nhung

Email: mthnhung317@gmail.com

Ngày phản biện: 04/9/2018

Ngày duyệt bài: 12/10/2018

Ngày xuất bản: 22/10/2018

trong tình trạng tiếp xúc chậm hoặc không tiếp xúc. Một số triệu chứng lâm sàng về khí sắc, sự ức chế tâm thần vận động ở người bệnh trầm cảm gặp với tần suất cao; buồn chán, phiền muộn; mất quan tâm, thích thú; ... Người bệnh khi nhập viện đều có rối loạn giấc ngủ ở những mức độ khác nhau. 3,9% người bệnh có ý tưởng và hành vi tự sát khi nhập viện. Ngày đầu nhập viện có 81,2%

bệnh nhân có biểu hiện chán ăn hoặc ăn ít đặc biệt có 5 người bệnh (19,8%) chống đối không ăn. **Kết luận**: Hầu hết các triệu chứng cơ bản của người bệnh RLTC đều được cải thiện có ý nghĩa sau hai tuần điều trị. Cần phát hiện, theo dõi sát người bệnh có ý tưởng tự sát tránh nguy cơ gây hại cho người bệnh.

Từ khóa: nhận định điều dưỡng, trầm cảm

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS ON ADOLESCENT HEART DISEASE AT THE NAMDINH PSYCHIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To assess the care of depressed patients through prehospital care, physical examination, and comparison of care through treatment time. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, interviewed 51 patients diagnosed with depressive disorder. **Results** of preoperative history and physical examination. The onset of the majority is in the 30-59 age group. The proportion of women is higher than in men. The psychological, environmental and social factors related to depression account for the highest proportion of economic difficulties, patients with chronic diseases and a number of other factors. Relatives die, social evils. Most of the patients admitted to the hospital were in slow or no contact. Some clinical

symptoms of mood, motor depression in patients with high frequency of depression; bored, depressed; loss of interest, enjoyment; ... Patients in the hospital have sleep disorders at different levels. 3.9% of patients had suicidal ideation and behavior upon admission. On the first day of hospitalization, 81.2% of the patients had anorexia or poor eating. In particular, five patients (19.8%) resisted eating. **Conclusions:** Most of the underlying symptoms of RLTC are significantly improved after two weeks of treatment. Need to detect, closely monitor patients with the idea of self-suicide avoids the risk of harm to patients.

Key words: nursing diagnosis, depression

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là bệnh có khuynh hướng tái diễn nhiều lần gây chi phí lớn cho xã hội. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) (1998) mỗi năm có tới 100 triệu người được ghi nhận trầm cảm. Ở Việt Nam, theo thống kê khoảng 3-5% dân số mắc trầm cảm. Bệnh diễn biến từ nhẹ đến nặng. Trạng thái nhẹ có thể khó phân biệt với bình thường. Ở trạng thái vừa, người bệnh gặp khó khăn để hoàn thành các chức năng thông thường. Ở trạng thái nặng, người bệnh thường không thể làm việc được, nguy cơ tự sát cao.

Trẻ em và vị thành niên trầm cảm có thể dẫn tới bỏ học hoặc học kém. Ở người già, trầm cảm làm cho người bệnh lo lắng thái quá, giảm trí nhớ. Trong bản báo cáo "Gánh nặng bệnh tật toàn cầu" của trường Y Harvard phối hợp Tổ chức WHO đã tiên đoán rằng đến năm 2020 trầm cảm là nguyên nhân quan trọng của gánh nặng này.

Như vậy, việc điều trị, chăm sóc người bệnh trầm cảm có ý nghĩa rất lớn về mặt xã hội. Bên cạnh liệu pháp hóa dược, công tác chăm sóc, theo dõi người bệnh đóng

vai trò quan trọng. Nhận thức được ý nghĩa công tác nhận định điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh trầm cảm, từng bước nâng cao kỹ năng chăm sóc người bệnh chúng tôi thực hiện đề tài: *“Một số nhận định điều dưỡng trên bệnh nhân trầm cảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định”* với mục tiêu: 1) *Nhận định chăm sóc người bệnh trầm cảm qua khai thác tiền sử.* 2) *Nhận định chăm sóc người bệnh trầm cảm qua khám thực thể và so sánh nhận định chăm sóc qua các thời điểm điều trị.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện từ 2014-2015 trên người bệnh được chẩn đoán xác định rối loạn trầm cảm (RLTC) tại bệnh viện Tâm thần Nam Định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ (trong thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2014 chúng tôi thu thập được $n = 51$)

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán xác định Rối loạn trầm cảm theo tiêu chuẩn ICD 10 đang điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm thần Nam Định. Tiêu chuẩn loại trừ: Trầm cảm sau phân liệt, Rối loạn phân liệt cảm xúc loại trầm cảm; Trầm cảm tái diễn; Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm.

2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu để đánh giá được tình trạng nhận định chăm sóc của người bệnh. Sử dụng phương pháp khám, quan sát và phỏng vấn để thu thập thông tin nghiên cứu.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Các số liệu sau khi thu thập được quản lý, làm sạch trước khi đưa vào phân tích. Sử dụng tần số và tỷ lệ % để mô tả các biến số. Sử dụng test khi bình phương để kiểm định sự khác biệt giữa các nhóm với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung đối tượng

Đa số người bệnh trong nhóm tuổi từ 30-59 (78,4%), nữ mắc trầm cảm nhiều hơn nam (68,7% so với 31,3%). Nghiên cứu Trần Hữu Bình (2005) cho thấy RLTC gặp ở nhóm tuổi 40 -59 là nhiều hơn cả (54,7%) và giảm dần ở độ tuổi 60 - 70 tuổi (17,6%). Tỷ lệ RLTC ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ 2/1. Nghề nghiệp của người bệnh RLTC chiếm tỷ lệ cao nhất là nông dân. Người bệnh nghề nghiệp tự do có tỷ lệ đứng thứ hai (11,8%). Tiếp theo là công nhân (9,8%), học sinh (7,8%) và thấp nhất là công chức (5,9%). Người bệnh sống ở nông thôn là chủ yếu chiếm tỷ lệ 86.3% trong khi đó ở thành thị tỷ lệ này là 13.7%. Chiếm số đông là người bệnh có trình độ học vấn tiểu học, trung học cơ sở (72.5%); chỉ có 5.9% người bệnh có trình độ cao đẳng, đại học. Tỷ lệ kết hôn ở người bệnh trầm cảm có tỷ lệ cao nhất (66,7%); chưa kết hôn là 17,6%; ly hôn là 9,8%; góa bụa là 5,9%. Nghiên cứu của Trần Hữu Bình cho thấy tỷ lệ RLTC ở những người kết hôn là 82,3%, ly hôn 11,7%, góa là 41,2%.

3.2. Nhận định người bệnh thông qua khai thác tiền sử

Bảng 3.1. Một số yếu tố tâm lý, môi trường, và xã hội có liên quan

Các yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ %
Mắc các bệnh mãn tính	11	21,5
Kinh tế khó khăn	20	39,3
Người thân chết	02	3,9
Làm ăn thua lỗ	05	9,8
Mâu thuẫn gia đình	04	7,8
Tệ nạn xã hội	03	5,9
Gia đình có người mắc bệnh tâm thần	06	11,8
Cộng	51	100

Các sang chấn gia đình và xã hội có tỷ lệ thấp hơn, phổ biến nhất là các vấn đề khó khăn về kinh tế (39,3%) và yếu tố bệnh tật (21,5). Các yếu tố trên có thể là yếu tố kèm theo, thúc đẩy hoặc có thể là nguyên nhân thúc đẩy trầm cảm.

Bảng 3.2. Lý do người bệnh nhập viện và lần nhập viện

Vấn đề nhận định	Số lượng	Tỷ lệ %
Lý do NB nhập viện		
Mất ngủ + lo âu	12	23,5
Mất ngủ +buồn chán	39	76,5
Lần nhập viện		
Lần 1	41	80,4
Lần 2	07	13,7
≥ 3 lần	03	5,9

3.3. Nhận định người bệnh RLTC thông qua khám thực thể và so sánh nhận định qua các thời điểm điều trị

Thời điểm nhập viện tỷ lệ người bệnh có thể trạng BMI thấp chiếm tỷ lệ khá cao (68,6%), sau 2 tuần điều trị tỷ lệ này được cải thiện một phần (58,8%). Có 26 người bệnh tương đương với tỷ lệ 51% khi nhập viện có da - niêm mạc kém hồng. Sự khác biệt về thể trạng, da - niêm mạc không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 3.3)

Bảng 3.3. Nhận định về toàn trạng của người bệnh

Nội dung		Ngày 1		Ngày 15		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Thể trạng (BMI)	Gầy	35	68,6	30	58,8	> 0,05
	Trung bình	13	25,5	18	35,3	
	Thừa cân	03	5,9	03	5,9	
Da - Niêm mạc	Kém hồng	18	35,3	10	19,6	> 0,05
	Xanh	08	15,7	06	11,8	
	Hồng	25	49	35	68,6	

Bảng 3.4. Mạch và huyết áp của người bệnh

Chỉ số		Ngày 1		Ngày 15	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Mạch	Chậm	0	0	0	0
	Bình thường	51	100	0	0
	Nhanh	0	0	0	0
Huyết áp	Thấp	8	15,7	9	17,7
	Bình thường	39	76,5	42	82,3
	cao	04	7,8	0	0

Chỉ số huyết áp của người bệnh ở ngưỡng bình thường chiếm tỷ lệ 76,5%. Thời điểm nhập viện có 15,7% người bệnh có chỉ số huyết áp thấp và 7,8% bệnh nhân có chỉ số huyết áp cao.

Bảng 3.5. Các biểu hiện chung của người bệnh

Nội dung	Ngày 1		Ngày 15		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Thái độ tiếp xúc					
Tiếp xúc bình thường	0	0	45	88,2	<0,001
Tiếp xúc chậm	39	76,5	06	11,8	
Không tiếp xúc được	12	23,5	0	0	
Trang phục					
Gọn gàng	29	56,8	51	100	<0,001
Kém gọn	14	27,5	0	0	
Lôi thối	08	15,7	0	0	

Bảng 3.6. Khí sắc người bệnh trầm cảm

Triệu chứng	Ngày 1		Ngày 15	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Buồn chán - phiền muộn	51	100	12	23,5
Giảm/ Mất quan tâm thích thú	49	96	15	29,4
Bi quan, tự ti	09	17,6	0	0
Giảm hoặc mất đáp ứng cảm xúc	19	37,3	2	3,9
Dễ bị kích thích	07	13,7	0	0
Ý tưởng tự sát	02	3,9	0	0

Triệu chứng lâm sàng của trầm cảm gặp tần số cao ở thời điểm nhập viện: Buồn chán, phiền muộn (100%), tỷ lệ này thay đổi ở ngày điều trị thứ 15 giảm xuống còn 23,5%. Người bệnh giảm hoặc mất quan tâm thích thú chiếm 96%, ở ngày thứ 15 tỷ lệ này còn 29,4%. Triệu chứng giảm hoặc mất đáp ứng cảm xúc ở ngày đầu chiếm 37,3%, ngày thứ 15 tỷ lệ giảm xuống còn 3,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Trần Viết Nghị và cộng sự (2005) cho thấy triệu chứng lâm sàng gặp tần số cao ở bệnh nhân trầm cảm: Buồn chán (100%); mất quan tâm, thích thú (93,7%); giảm năng lượng, dễ mệt mỏi (87,5%); khó tập chung chú ý (87,5%); cảm giác đuối sức (87,5%); chán ăn (75,0%). Nghiên cứu của Trần Hữu Bình (2005) cho thấy triệu chứng RLTC thường gặp nhất là chóng mặt mỗi (95,2%); mất quan tâm, thích thú và kém tập chung chú ý (88,8%); khí sắc trầm (85,8%). Nghiên cứu nhận định của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả.

Bảng 3.7. Sự ức chế tâm thần vận động ở người bệnh trầm cảm

Triệu chứng	Ngày 1		Ngày 15	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kém tập chung chú ý	47	92,2	19	37,3
Cảm giác đuối sức với cuộc sống	20	39,2	0	0
Chóng mặt mỗi	42	82,3	12	23,5
Lười vận động	51	100	07	13,7

Thời điểm nhập viện, các triệu chứng phổ biến của trầm cảm gặp với tần số cao, sau 15 ngày điều trị tỷ lệ giảm còn 37,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đứng thứ 2 là triệu chứng chóng mặt mỗi (82,3%), tỷ lệ này được cải thiện ở ngày thứ 15 là 23,5%; 100% số người bệnh khi nhập viện đều ở tình trạng lười vận động, sau 15 ngày tỷ lệ này chỉ được cải thiện một phần (13,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.8. Các yếu tố nguy cơ tự sát trong trầm cảm

Triệu chứng	Ngày thứ 1		Ngày 15	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Hiện tại có ý tưởng tự sát	02	3,9	0	0
Trạng thái kích thích lo âu	07	13,7	0	0
Hoang tưởng bị tội	02	3,9	0	0
Tiền sử có ý tưởng và hành vi tự sát	02	3,9		
Gia đình có người tự sát	0	0	0	0
Sống cô độc	0	0	0	0

Bảng 3.9. Các vấn đề về ăn uống, giấc ngủ ở người bệnh trầm cảm

Vấn đề		Ngày 1		Ngày 15	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giấc ngủ	Giấc ngủ bình thường	0	0	26	51
	Hay thức giấc	8	15,7	3	5,9
	Ngủ ít	28	54,9	22	43,1
	Ngủ nhiều	0	0	0	0
	Mất ngủ hoàn toàn	15	29,4	0	0
Ăn uống	Ăn uống bình thường	0	0	39	76,5
	Ăn ít	7	13,7	12	23,5
	Chán ăn	39	76,5	0	0
	Chống đối không ăn	5	19,8	0	0

100% người bệnh nhập viện đều có sự rối loạn về giấc ngủ; (54,9%) người bệnh có ngủ ít; 15,7% người bệnh hay thức giấc; 29,4% người bệnh mất ngủ hoàn toàn. Sự rối loạn giấc ngủ được cải thiện ở ngày thứ 15. Người bệnh chán ăn chiếm tỷ lệ cao nhất ở thời điểm nhập viện (76,5%), có 13,7% người bệnh ăn ít đặc biệt có 5 người bệnh chống đối không ăn (19,8%). Tuy nhiên ở ngày thứ 15 đã có 76,5% người bệnh ăn uống bình thường, còn 23,5% người bệnh ăn ít. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Triệu chứng tâm thần và các triệu chứng cơ thể khác

Triệu chứng	Ngày 1		Ngày 15		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Hoang tưởng	10	19,6	0	0	< 0,05
Đau đầu	15	29,4	0	0	
Hoa mắt chóng mặt	8	15,7	3	5,9	> 0,05
Sút cân	12	23,5	7	13,7	
Khô miệng	0	0	13	25,5	< 0,05

Bảng 3.10 cho thấy các triệu chứng cơ thể phối hợp trên người bệnh RLTC khá phong phú. Có 29,4% người bệnh nhập viện có triệu chứng đau đầu; 12 người bệnh (23,5%) bị sút cân; 15,7% người bệnh có hoa mắt, chóng mặt. Ngày thứ 15 điều trị người bệnh không còn đau đầu, còn 5,9% số người bệnh còn hiện tượng hoa mắt, chóng mặt; 10 người bệnh thời điểm nhập viện có hoang tưởng. Ngày điều trị thứ 15 có 13 người bệnh (25,5%) có biểu hiện khô miệng.

Bảng 3.11. Sự quan tâm của gia đình

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Thường xuyên	21	41,2	$p_{1&2+3} > 0,05$
Không thường xuyên	27	53	
Không quan tâm	03	5,8	
Cộng	51	100	

Có 58,8% NB không được sự quan tâm hoặc quan tâm không thường xuyên của người nhà khi nhập viện. Sự khác biệt về mức độ quan tâm của gia đình người bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.12. Tình trạng vệ sinh cá nhân

Nội dung	Ngày 1		Ngày 15		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tự vệ sinh cá nhân	0	0	41	80,4	< 0,001
Phải có sự hỗ trợ	44	86,3	10	19,6	
Làm giúp hoàn toàn	7	13,7	0	0	

Chiếm tỷ lệ 86,3% người bệnh khi nhập viện cần sự hỗ trợ của điều dưỡng trong công tác vệ sinh cá nhân, tuy nhiên ở ngày thứ 15 tỷ lệ này còn 19,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có 13,7% người bệnh cần người điều dưỡng giúp họ hoàn toàn trong công việc vệ sinh cá nhân, tuy nhiên ở ngày thứ 15 không còn tình trạng đó; 80,4% người bệnh ở ngày thứ 15 đã tự chăm sóc vệ sinh cá nhân.

Bảng 3.13. Phân cấp chăm sóc

Nội dung	Ngày 1		Ngày 15		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Chăm sóc cấp I	7	13,7	0	0	< 0,001
Chăm sóc cấp II	44	86,3	22	43,1	
Chăm sóc cấp III	0	0	29	56,1	

Chiếm tỷ lệ 86,3% người bệnh ở ngày thứ nhất cần thực hiện chế độ chăm sóc cấp II và ngày thứ 15 tỷ lệ còn 43,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu trên 51 người bệnh rút ra kết luận như sau: RLTC có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nghề nghiệp, trình độ văn hoá và các vùng miền sinh sống khác nhau. Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh RLTC chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động do đó gây chi phí lớn cho xã hội, giảm chất lượng cuộc sống và gia đình. Các tác động, những sự kiện bất lợi trong cuộc sống: Kinh tế khó khăn, mâu thuẫn gia đình, tệ nạn xã hội... làm tăng yếu tố nguy cơ trầm cảm. Phát hiện, theo dõi sát người bệnh có ý tưởng tự sát tránh nguy cơ gây hại cho người bệnh. Hầu hết các triệu chứng cơ bản của người bệnh RLTC đều được cải thiện có ý nghĩa sau hai tuần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Hữu Bình (2005) Nghiên cứu RLTC tại một phường dân cư thành phố Hà Nội, *Chuyên đề Tâm thần học*, số 8, tr 130-134
2. Trần Viết Nghị và CS (2005), Nghiên cứu sức khoẻ tâm thần nhân viên y tế ngành lao, *Chuyên đề tâm thần học* số 8, tr 97.

3. Nguyễn Viết Thiêm (2001), Lo âu và trầm cảm trong thực hành tâm thần học, *Nội san tâm thần học*, số 6, tr 36.

4. Lương Hữu Thông và cộng sự (2003), Một số nhận xét về các trường hợp tự sát được cấp cứu và điều trị tại 3 bệnh viện ở Biên Hoà- Đồng nai, *Thông tin chuyên ngành*, số 39.

5. Nguyễn Việt, Nguyễn Minh Tuấn (2001), Biểu hiện cơ thể của Rối loạn trầm cảm, *Nội san tâm thần học*, số 6, tr 28.

6. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - Bộ môn Điều dưỡng (2008). Bài giảng Quản lý Điều dưỡng tr 103-113.

7. Nghiên cứu Điều dưỡng (2007), Nhà xuất bản Y học.

8. Học viện Quân y (2003) Bệnh học tâm thần. Hà nội, Tr 38-80

9. Cơ sở lâm sàng tâm thần học (2003), Nhà xuất bản y học, Tr 6-13, tr 155-182

10. Michael H. Stone, M.D (2006), Historical Aspects of Mood Disorder, *Mood Disorders*, page 3- 16