

ĐẶC ĐIỂM Ý TƯỞNG, HÀNH VI TỰ SÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI TỰ SÁT Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TÂM THẦN CÓ Ý TƯỞNG TỰ SÁT

Nguyễn Trọng Đạo¹, Nguyễn Tất Mạnh¹
Hoàng Minh Hà¹, Nguyễn Quốc Trọng¹,
Nguyễn Thị Tươi¹, Nguyễn Quang Linh², Đỗ Xuân Tĩnh^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm ý tưởng, hành vi tự sát và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 84 bệnh nhân rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát, điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 4/2024 đến tháng 01/2025.

Kết quả: Ý tưởng tự sát diễn ra hàng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (40,5%). Hầu hết bệnh nhân có ý tưởng tự sát dai dẳng (42,9%) và có nói lên ý tưởng tự sát cho người thân và bạn bè xung quanh (90,9%). Hầu hết bệnh nhân có hành vi tự sát tại nhà (59,1%), dùng dao cắt cổ tay và uống thuốc quá liều (đều chiếm 27,3%). 88,2% bệnh nhân có tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát hằng ngày thực hiện hành vi tự sát, 96,0% bệnh nhân có kế hoạch tự sát rõ ràng thực hiện hành vi tự sát. Độc thân và tình trạng tuân thủ điều trị kém làm gia tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát với OR lần lượt là 3,58 và 58,17 ($p < 0,05$).

Kết luận: Tần suất xuất hiện hằng ngày, có thổ lộ ý tưởng tự sát với người xung quanh và thực hiện hành vi tự sát ở nhà chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát. Độc thân, tuân thủ điều trị kém làm gia tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát.

Từ khóa: Ý tưởng tự sát, hành vi tự sát, rối loạn tâm thần, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the characteristics of suicidal ideation and behavior and to explore some factors related to suicidal behavior in patients with mental disorders who have suicidal ideation.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 84 patients with mental disorders treated at the Department of Psychiatry, Military Hospital 103, from April 2024 to January 2025.

Results: The frequency of daily suicidal ideation accounted for the highest rate at 40.5%. Most cases involved persistent suicidal thoughts (42.9%), and the majority communicated their suicidal ideation to relatives and friends (90.9%). Most suicide attempts occurred at home (59.1%). Using a knife to cut the wrist and drug overdose were the two most common suicide methods, each at 27.3%. Among those with daily suicidal thoughts, 88.2% attempted suicide. Meanwhile, 99.6% of patients with a clear suicide plan attempted suicide. Being single and poor treatment adherence increased the risk of suicide attempts with ORs of 3.58 and 58.17, respectively. However, gender and occupational status were not associated with an increased risk of suicide attempts ($p < 0,05$).

Conclusions: Daily frequency of ideation, disclosure of suicidal thoughts to others, and attempting suicide at home were highly prevalent in patients with mental disorders and suicidal ideation. Being single and poor treatment adherence increases the risk of attempting suicide.

Keywords: Suicidal ideation, suicidal behavior, mental disorders, risk factors.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đỗ Xuân Tĩnh, Email: doxuantinhbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/7/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 26/11/2025.

¹Bệnh viện Quân y 103.

²Cục Quân y.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự sát là hành động cố ý gây ra cái chết cho chính bản thân mình, xuất phát từ ý nghĩ tự kết liễu cuộc sống của chính nạn nhân. Đây là vấn đề sức khỏe nghiêm trọng toàn cầu, gây ra hơn 800.000

cái chết mỗi năm và là nguyên nhân gây tử vong phổ biến thứ hai ở nhóm người từ 15-29 tuổi. Đáng chú ý, có tới 77% vụ tự sát xảy ra ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam [1]. Ước tính, có trên 90% các trường hợp tự sát

liên quan đến 1 rối loạn tâm thần [3]. Một số nghiên cứu cho thấy, Việt Nam có 14.000-40.000 người tự sát mỗi năm [2] và có 14,2% dân số (khoảng 14 triệu người) mắc 10 rối loạn tâm thần phổ biến [4].

Các nghiên cứu trên thế giới bước đầu đã chỉ ra các yếu tố liên quan đến hành vi tự sát ở bệnh nhân (BN) tâm thần, gồm tiền sử tự sát, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và các yếu tố tâm lý xã hội khác (như các sang chấn tâm lý, mâu thuẫn trong các mối quan hệ, áp lực kinh tế và sự kỳ thị của xã hội...) [5]. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu được thực hiện ở các nước phương Tây, nơi có quan niệm về văn hóa, kinh tế xã hội như mô hình về gia đình, áp lực "thể diện", quan niệm về bệnh tâm thần khác với Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến hành vi tự sát ở BN tâm thần ở nước ta là nhu cầu cấp thiết. Xuất phát từ các tiền đề trên, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm ý tưởng và hành vi tự sát ở BN rối loạn tâm thần; tìm hiểu các yếu tố nguy cơ đến hành vi tự sát ở BN rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

84 BN chẩn đoán rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát (trong đó, 44 BN có hành vi tự sát), điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 4/2024 đến tháng 01/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán rối loạn tâm thần ICD-10 theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (dựa trên kết quả chẩn đoán độc lập của 2 bác sĩ chuyên khoa tâm thần có kinh nghiệm; sau đó, chỉ huy khoa thông qua chẩn đoán xác định).

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc các bệnh thực tổn của não, có di chứng các bệnh não-màng não; BN động kinh, chậm phát triển tâm thần; BN hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu (khảo sát hồ sơ tại thời điểm vào viện): tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ văn hóa, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân.

+ Tình trạng bệnh lý tâm thần: thời gian mang bệnh, tình trạng điều trị củng cố.

+ Đặc điểm ý tưởng tự sát: tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát trong tuần qua, mức độ ý tưởng tự sát, thông báo ý tưởng tự sát; hành vi tự sát: thời điểm hành vi tự sát, địa điểm tự sát, phương pháp tự sát trước khi nhập viện, số lần thực hiện hành vi tự sát.

+ Liên quan giữa hành vi tự sát với các đặc điểm lâm sàng ở BN có ý tưởng tự sát; đặc điểm nhân khẩu học ở BN có ý tưởng tự sát.

- Đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị cũng có theo thang điểm Morisky [6], gồm 8 câu hỏi khảo sát các hành vi thường gặp có thể ảnh hưởng đến việc dùng thuốc đúng cách (từ 0-8 điểm): tuân thủ cao: 8 điểm; tuân thủ trung bình: từ 6 đến dưới 8 điểm; tuân thủ kém: dưới 6 điểm.

- Đạo đức: nghiên cứu tuân thủ các quy định về y sinh học của Bệnh viện Quân y 103. Tất cả BN và người giám hộ được giải thích rõ về mục đích, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

- Phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh kết quả của các biến rời rạc bằng thuật toán kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test nếu 1 ô có giá trị nhỏ hơn 5. Tỉ suất chênh OR dùng để xác định yếu tố nguy cơ. Khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n = 84)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	47	56,0
	Nữ	37	44,0
Độ tuổi (tuổi)	Dưới 20 tuổi	16	19,0
	Từ 20-39 tuổi	41	48,8
	Từ 40-59 tuổi	22	26,2
	Từ 60 tuổi trở lên	5	6,0
Trình độ văn hoá	Tiểu học	3	3,6
	Trung học cơ sở	17	20,2
	Trung học phổ thông	49	58,2
	Cao đẳng - đại học	15	17,9
Nơi cư trú	Nông thôn	52	61,9
	Thành thị	32	38,1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	26	31,0
	Sống chung	58	69,0

BN nam (56,0%) nhiều hơn BN nữ (44,0%). Chủ yếu BN từ 20-39 tuổi (48,8%), trình độ văn hóa trung học phổ thông (58,2%), sống ở nông thôn (61,9%) và sống chung với gia đình (69,0%).

Bảng 2 cho thấy hay gặp BN mắc bệnh tâm thần giai đoạn trầm cảm, tâm thần phân liệt và rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm (lần lượt là 40,5%, 39,3% và 10,7%). Chủ yếu BN có thời gian mang bệnh dưới 1 năm (41,7%), tuân thủ điều trị kém (71,4%).

Bảng 2. Tình trạng bệnh lí tâm thần

Tình trạng bệnh		Số BN (n = 84)	Tỉ lệ (%)
Bệnh lí tâm thần	Giai đoạn trầm cảm	34	40,5
	Rối loạn CXLC giai đoạn trầm cảm	9	10,7
	Tâm thần phân liệt	33	39,3
	Nghiện rượu mạn tính	1	1,2
	Nghiện ma túy nhóm kích thần	1	1,2
	Nghiện game	4	4,8
	Nghiện cờ bạc	1	1,2
	Nghiện Internet	1	1,2
Thời gian mang bệnh	Dưới 1 năm	35	41,7
	Từ 1 đến 2 năm	15	17,9
	Từ 3 đến 5 năm	12	14,3
	Hơn 5 năm	22	26,2
Điều trị củng cố trước khi nhập viện	Tuân thủ trung bình và tốt	24	28,6
	Tuân thủ kém	60	71,4

CXLC: cảm xúc lưỡng cực.

Bảng 3. Đặc điểm ý tưởng và hành vi TS

Đặc điểm ý tưởng tự sát		Số BN (n = 84)	Tỉ lệ (%)
Tần suất xuất hiện ý tưởng	Hàng ngày	34	40,5
	Vài lần một tuần	26	31,0
	Một lần một tuần	24	28,6
Mức độ ý tưởng	Có kế hoạch rõ ràng	25	29,8
	Ý nghĩ dai dẳng	36	42,9
	Ý nghĩ thoáng qua	23	27,4
Thông báo ý tưởng	Không thông báo với ai	4	9,1
	Có nói cho người thân	44	90,9

Bảng 5. Liên quan giữa hành vi tự sát với các đặc điểm lâm sàng ở BN có ý tưởng tự sát

Yếu tố liên quan		Hành vi tự sát (n = 84)		p
		Có (SL, %)	Không (SL, %)	
Tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát trong tuần qua	Hàng ngày	30 (88,2)	4 (11,8)	< 0,001
	Vài lần một tuần	11 (42,3)	15 (57,7)	
	Một lần một tuần	3 (12,5)	21 (87,5)	
Mức độ ý tưởng tự sát	Có kế hoạch rõ ràng	24 (96,0)	1 (4,0)	< 0,001
	Ý nghĩ dai dẳng	18 (50,0)	18 (50,0)	
	Ý nghĩ thoáng qua	2 (8,7)	21 (91,3)	

SL: số lượng.

Trong số BN có hành vi tự sát, tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát hàng ngày chiếm 88,2%; số BN có kế hoạch tự sát rõ ràng chiếm 96,0%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tần suất có ý tưởng tự sát hàng ngày với tần suất khác; giữa mức độ ý tưởng có kế hoạch rõ ràng với mức độ khác ($p < 0,001$).

Tần suất ý tưởng tự sát trong tuần qua diễn ra hàng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (40,5%). Hầu hết trường hợp có ý tưởng tự sát dai dẳng (42,9%) và đa số có nói lên ý tưởng tự sát cho người thân và bạn bè xung quanh (90,9%).

Bảng 4. Đặc điểm hành vi tự sát

Đặc điểm hành vi tự sát		Số BN (n = 44)	Tỉ lệ (%)
Thời điểm tự sát	Ban ngày	22	50
	Ban đêm	22	50
Địa điểm tự sát	Tại nhà	26	59,1
	Tại nơi làm việc	7	15,9
	Tại nơi khác	11	25,0
Phương pháp tự sát trước khi nhập viện	Dùng dao cắt cổ tay	12	27,3
	Uống thuốc quá liều	12	27,3
	Nhảy lầu	7	15,9
	Uống thuốc trừ sâu	7	15,9
	Treo cổ	2	4,5
	Đuối nước	2	4,5
	Uống xăng	1	2,3
	Cắn lưỡi	1	2,3
Số lần thực hiện hành vi tự sát	1 lần	25	56,8
	2 lần	6	13,6
	3 lần	8	18,2
	4 lần	5	11,4

Trong số 44 BN nghiên cứu có hành vi tự sát trước khi nhập viện, thấy thời điểm thực hiện hành vi tự sát giữa ban ngày và ban đêm là tương đương (đều chiếm 50,0%). Đa số trường hợp có hành vi tự sát tại nhà (59,1%), dùng dao cắt cổ tay (27,3%) và uống thuốc quá liều (27,3%) và có 1 lần thực hiện hành vi tự sát (56,8%).

Bảng 6. Liên quan giữa hành vi tự sát với các đặc điểm nhân khẩu học ở BN có ý tưởng tự sát

Yếu tố liên quan		Hành vi tự sát		OR (95%CI)	p
		Có (SL, %)	Không (SL, %)		
Giới tính	Nam	20 (42,6)	27 (57,4)	0,40 (0,16-1,27)	> 0,05
	Nữ	24 (64,9)	13 (35,1)		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	19 (73,1)	7 (26,9)	3,58 (1,30-9,84)	< 0,01
	Kết hôn	25 (43,1)	33 (56,9)		
Tình trạng nghề nghiệp	Không ổn định	32 (53,3)	28 (46,7)	1,14 (0,44-2,95)	> 0,05
	Ổn định	12 (50,0)	12 (50,0)		
Nơi cư trú	Nông thôn	29 (55,8)	23 (44,2)	1,42 (0,59-3,46)	> 0,05
	Thành thị	15 (52,4)	17 (53,1)		
Tình trạng tuân thủ điều trị	Tuân thủ trung bình và tốt	43 (71,7)	17 (28,3)	58,17 (7,27-65,37)	< 0,01
	Tuân thủ kém	1 (4,2)	23 (95,8)		

Độc thân và tình trạng tuân thủ điều trị kém làm gia tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát ở BN rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát, với OR lần lượt là 3,58 và 58,1; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tuy nhiên, giới tính và tình trạng nghề nghiệp không có mối liên quan đến gia tăng thực hiện hành vi tự sát, với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm ý tưởng và hành vi tự sát

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tần suất ý tưởng tự sát trong tuần qua diễn ra hằng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (40,5%). Hầu hết BN có ý tưởng tự sát dai dẳng (42,9%) và có nói lên ý tưởng tự sát cho người thân và bạn bè xung quanh (90,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự năm 2023 (51,2% BN xuất hiện ý tưởng tự sát từ 2-5 ngày/tuần) [7]. Đây là một phát hiện đáng báo động vì ý định tự sát không phải là một suy nghĩ thoáng qua mà đã trở thành một phần ám ảnh, thường trực trong tâm trí của người bệnh. Song, kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Dương Thị Tố Uyên và cộng sự (2022) khi khảo sát ý tưởng tự sát ở BN từ 15-24 tuổi (gần 2/3 số trường hợp không nói ra ý tưởng tự sát với người xung quanh) [8]. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt trong nhóm tuổi giữa hai nghiên cứu.

Đa số các hành vi tự sát xảy ra tại nhà (59,1%); phù hợp với nghiên cứu của O'Rourke M.C và cộng sự [9]. "Nhà" vốn dĩ là nơi an toàn nhất, lại trở thành địa điểm nguy hiểm nhất. Điều này nhấn mạnh hai yếu tố cốt lõi, đó là sự riêng tư và sự sẵn có của phương tiện. BN có thể thực hiện hành vi trong một không gian kín đáo, không bị ngăn cản. Quan trọng hơn, các phương tiện để tự sát như dao, kéo, dây, thuốc, hóa chất... thường có sẵn trong gia đình.

Phát hiện này khẳng định tầm quan trọng của chiến lược "hạn chế tiếp cận phương tiện". Trong đó, vai trò của gia đình hết sức quan trọng nhằm quản lý, giám sát và cất giữ các vật dụng, thuốc... có thể gây nguy hiểm. Hai phương pháp tự sát thường gặp nhất là dùng dao cắt cổ tay (27,3%) và uống thuốc quá liều. Điều này phản ánh tính phổ biến và dễ tiếp cận của phương tiện trong môi trường sống hằng ngày. Dao kéo là vật dụng có trong mọi gia đình và việc tiếp cận thuốc men (dù là thuốc điều trị bệnh tâm thần, các loại thuốc thông thường khác hay thuốc trừ sâu ở khu vực nông thôn) cũng tương đối dễ dàng [9,10].

4.2. Các yếu tố nguy cơ của hành vi tự sát ở BN có ý tưởng tự sát

Ý tưởng tự sát tồn tại trên một phổ rộng, từ những suy nghĩ thoáng qua, thụ động đến những ý định chủ động và dai dẳng [10]. Nghiên cứu này cho thấy, khi ý tưởng tự sát tiến triển đến mức xuất hiện hằng ngày, nguy cơ biến nó thành hành động tăng lên đáng kể. Cụ thể, 88,2% BN thực hiện hành vi tự sát có tần suất ý tưởng này hằng ngày, trong khi tỉ lệ thực hiện hành vi tự sát chỉ 12,5% ở BN có ý tưởng này 1 lần/tuần. Điều này cho thấy tần suất không chỉ phản ánh mức độ của sự tuyệt vọng mà còn là một chỉ báo về sự "bình thường hóa" suy nghĩ tự sát trong tâm trí người bệnh. Do đó, khai thác tần suất của ý tưởng tự sát là thông tin quan trọng trong đánh giá nguy cơ. Nếu tần suất ý tưởng cho thấy mức độ đau khổ thì việc có kế hoạch rõ ràng chính là cây cầu nối trực tiếp giữa suy nghĩ và hành động. Đây là phát hiện có giá trị nhất trong việc dự báo nguy cơ tức thời. Nghiên cứu cho thấy con số đáng báo động với 96,0% BN có kế hoạch tự sát đã thực hiện hành vi này. Việc lập kế hoạch không chỉ đơn thuần là suy nghĩ về phương pháp, mà còn bao gồm sự cân nhắc thời gian, địa điểm, chuẩn bị công cụ và hình dung ra quá trình thực hiện [11].

Nghiên cứu cho thấy những người độc thân có nguy cơ thực hiện hành vi tự sát cao hơn 3,58 lần so với những người sống chung với gia đình ($p < 0,01$); tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Sương và cộng sự (2024) khi cho rằng độc thân chính là yếu tố nguy cơ làm gia tăng ý tưởng tự sát [12]. Kết quả này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của mạng lưới hỗ trợ xã hội; trong đó, người bạn đời hoặc gia đình là hạt nhân quan trọng nhất. Người sống chung trong gia đình mang lại sự hỗ trợ về mặt tinh thần, giảm cảm giác cô đơn và quan trọng hơn là đóng vai trò giám sát, nhận biết sớm những thay đổi bất thường về cảm xúc, hành vi của BN. Bên cạnh đó, gia đình hỗ trợ BN trong việc tuân thủ điều trị tốt hơn.

Nghiên cứu cũng phát hiện mối liên hệ mạnh mẽ giữa tuân thủ điều trị kém với hành vi tự sát. Nguy cơ thực hiện hành vi ở nhóm tuân thủ kém cao gấp 58,17 lần so với nhóm tuân thủ tốt và trung bình ($p < 0,01$). Tỷ suất chênh rất cao này đã chỉ ra rằng việc không tuân thủ điều trị là yếu tố nguy cơ mang tính quyết định, vượt trội hơn hẳn các yếu tố nhân khẩu học khác. Chúng tôi cho rằng, tuân thủ điều trị kém đồng nghĩa với việc bệnh lý tâm thần không được kiểm soát. Khi đó, tình trạng khí sắc trầm uất, cảm giác vô vọng, tuyệt vọng, mất hứng thú, hay các triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...) sẽ tái phát hoặc trầm trọng hơn [13]. Chính những triệu chứng này là động lực trực tiếp thúc đẩy BN đến hành vi tự sát. Nói cách khác, việc không tuân thủ điều trị đã loại bỏ đi hàng rào bảo vệ quan trọng nhất giúp BN chống lại căn bệnh của mình.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 84 bệnh nhân rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát, điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 đến tháng 01/2025, thấy tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát hằng ngày, có thể lộ ý tưởng tự sát với người xung quanh, thực hiện hành vi tự sát ở nhà chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân rối loạn tâm thần có ý tưởng tự sát. Yếu tố độc thân, tuân thủ điều trị kém làm gia tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2021), *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*.
2. Tran Thi Thanh, H Tran T.N, Jiang G.X, Leenaars A, Wasserman D (2006), "Life time suicidal thoughts in an urban community in Hanoi, Vietnam", *BMC public health*, 6, 76.
3. Fan Y, Fan A, Yang Z, Fan D (2025), "Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: results from the global burden of disease study 2021", *BMC psychiatry*, 25 (1), 486.

4. Bộ Y tế (2023), *Việt Nam có khoảng 14 triệu người rối loạn tâm thần*, https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/viet-nam-co-khoang-14-trieu-nguoi-roi-loan-tam-than?inheritRedirect=false.
5. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins P.Y, Whiteford H, Vos T, Ferrari A (2021), "Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis", *Journal of psychiatric research*, 137, 242-249.
6. Morisky D.E, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H.J (2008), "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting", *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10 (5), 348-354.
7. Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Phương, Trần Nguyễn Ngọc, Phạm Thị Phương (2023), "Đặc điểm lâm sàng ý tưởng tự sát ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị nội trú", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 170 (9), 188-194.
8. Dương Thị Tố Uyên, Trần Nguyễn Ngọc, Nguyễn Văn Tuấn (2022), "Đặc điểm lâm sàng hành vi tự sát ở người bệnh nội trú từ 15 đến 24 tuổi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518 (2).
9. O'Rourke M.C, Jamil R.T, Siddiqui W Suicide Screening and Prevention. [Updated 2023 Mar 6], *In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan*.
10. Office of the Surgeon General (US), National Action Alliance for Suicide Prevention (US). (2012), "2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention", *US Department of Health & Human Services (US)*.
11. Czyz E.K, Horwitz A.G, Arango A, King C.A (2019), "Short-term change and prediction of suicidal ideation among adolescents: a daily diary study following psychiatric hospitalization", *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 60 (7), 732-741.
12. Nguyễn Thị Thu Sương, Nguyễn Tích Linh, Trần Trung Nghĩa và cộng sự (2024), "Ý tưởng tự sát và một số yếu tố liên quan trên BN rối loạn trầm cảm chủ yếu", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 175 (2), 28-36.
13. Jawad I, Watson S, Haddad P.M, Talbot P.S, McAllister-Williams R.H (2018), "Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review", *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8 (12), 349-363. □