# TỰ SÁT/TỰ HẠI

**I. ĐỊNH NGHĨA:**

Tự sát là hành vi cố ý tự giết chết bản thân. Tự hại là một thuật ngữ rộng hơn đề cập đến việc cố ý đầu độc hoặc gây thương tích cho bản thân, có thể có hoặc không có ý định hoặc kết quả gây ra cái chết.

**II. NGUYÊN NHÂN:**

Tự sát, tự hại không phải là một bệnh tâm thần, nhưng nó là hậu quả nghiêm trọng tiềm ẩn của các rối loạn tâm thần cơ bản như: Trầm cảm nặng, Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, Tâm thần phân liệt, Rối loạn nhân cách ranh giới, Rối loạn sử dụng chất,… Ngoài ra tự hại, tự tử cũng có thể xuất phát từ những suy nghĩ bồng bột nhất thời, không kiểm soát được cảm xúc khi chịu áp lực hoặc gặp những tình cảnh bất hạnh (mất mát người thân, túng quẫn trong nợ nần, thất bại trong công việc,…).

**III. ĐÁNH GIÁ**

**Tiến hành đánh giá hành vi tự sát/tự hại nếu cá nhân đó biểu hiện với một trong hai ý sau:**

- Thất vọng và tuyệt vọng cực độ; có những ý nghĩ/kế hoạch/hành vi tự hại tự sát ngay hiện tại hoặc có tiền sử tự hại tự sát; hành vi tự gây hại cho bản thân với các dấu hiệu nhiễm độc/ngộ độc, chảy máu do vết thương tự gây ra, mất ý thức và/hoặc hôn mê sâu HOẶC

- Có bất kỳ trình trạng rối loạn tâm thần khác; đau mãn tính hoặc đau khổ cùng cực.

**3.1. Đánh giá hành vi tự hại nghiêm trọng đến sức khỏe**

Đánh giá xem có bằng chứng về việc tự gây thương tích và/hoặc các dấu hiệu/triệu chứng cần điều trị y tế khẩn cấp hay không:

- Các dấu hiệu nhiễm độc hoặc ngộ độc

- Chảy máu do vết thương tự gây ra

- Mất ý thức

- Hôn mê sâu

CÓ: Quản lý Hành vi tự hại nghiêm trọng đến sức khỏe.

KHÔNG: Tiếp

**3.2. Đánh giá nguy cơ sắp xảy ra hành vi tự sát/tự hại**

**Câu hỏi 1:** Cá nhân này có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây không?

- Có những ý nghĩ hoặc kế hoạch tự sát/tự hại ngay hiện tại

- Có tiền sử những ý nghĩ hoặc kế hoạch tự hại trong 1 tháng qua, hoặc hành vi tự hại trong một năm qua **ở một người hiện đang cực kỳ kích động, bạo lực, đau khổ hoặc ít giao tiếp.**

CÓ: Quản lý Nguy cơ sắp xảy ra hành vi tự sát/tự hại.

KHÔNG: Tiếp

**Câu hỏi 2:** Có tiền sử những ý nghĩ hoặc kế hoạch tự hại trong 1 tháng qua, hoặc hành vi tự hại trong một năm qua không?

CÓ: Quản lý Nguy cơ tự sát/tự hại.

KHÔNG: Nguy cơ tự sát/tự hại khó xảy ra.

**3.3. Đánh giá các rối loạn tâm thần kèm theo**

- Trầm cảm

- Rối loạn tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên

- Loạn thần

- Rối loạn hành vi do sử dụng chất

- Động kinh

CÓ: Điều trị bệnh lý tâm thần

KHÔNG: Tiếp

**3.4. Đánh giá tình trạng đau mãn tính**

CÓ: Kiểm soát cơn đau và điều trị bệnh lý liên quan

KHÔNG: Tiếp

**3.5. Đánh giá các triệu chứng cảm xúc có đủ nghiêm trọng để đảm bảo quản lý lâm sàng không?**

- Khó khăn thực hiện các công việc thông thường, đi học, các hoạt động trong gia đình hoặc xã hội.

- Tự dùng thuốc nhiều lần cho cảm xúc đau khổ hoặc các triệu chứng không giải thích được.

- Đau khổ rõ ràng và liên tục tìm kiếm sự giúp đỡ.

CÓ: Quản lý các triệu chứng cảm xúc.

KHÔNG: Theo dõi.

**IV. QUẢN LÝ**

**4.1. Nguyên tắc chung:**

**4.1.1. Hành vi tự hại nghiêm trọng đến sức khỏe**

- Đối với mọi trường hợp: đặt bệnh nhân vào một môi trường an toàn và được hỗ trợ tại cơ sở y tế.

- KHÔNG để bệnh nhân lại một mình

- Điều trị tình trạng chấn thương hoặc ngộ độc. Nếu có tình trạng nhiễm độc thuốc trừ sâu cấp tính, xử trí theo “Quản lý nhiễm độc thuốc trừ sâu”.

- Nếu cần nhập viện, tiếp tục theo dõi bệnh nhân chặt chẽ để ngăn ngừa tự tử.

- Chăm sóc bệnh nhân tự hại

- Cung cấp và kích hoạt hỗ trợ tâm lý xã hội.

- Cung cấp hỗ trợ người chăm sóc

- Tham khảo ý kiến chuyên gia sức khỏe tâm thần, nếu có.

* **Quản lý nhiễm độc thuốc trừ sâu:**

- Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe có kỹ năng và nguồn lực tối thiểu, thì hãy điều trị bằng cách sử dụng tài liệu của WHO, “Quản lý lâm sàng nhiễm độc thuốc trừ sâu cấp tính”

*(http://www. who.int/mental\_health/publications/9789241596732/en).*

Nếu không, lập tức chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế có các nguồn lực sau:

+ Có kỹ năng và kiến thức về cách hồi sức và đánh giá các đặc điểm lâm sàng của nhiễm độc thuốc trừ sâu.

+ Có kỹ năng và kiến thức về kiểm soát đường thở, đặc biệt phải đặt nội khí quản và hỗ trợ thở cho đến khi gắn được máy thở.

+ Atropine và các phương thức kiểm soát đường truyền tĩnh mạch nếu có dấu hiệu ngộ độc cholinergic.

+ Diazepam và các phương thức kiểm soát đường truyền tĩnh mạch nếu bệnh nhân phát triển cơn co giật.

- Cân nhắc sử dụng than hoạt tính nếu bệnh nhân còn ý thức, đưa ra sự đồng ý và có mặt để được chăm sóc trong vòng một giờ sau khi ngộ độc.

- Không khuyến khích ép bệnh nhân nôn.

- Không nên cho bệnh nhân uống chất lỏng.

* **Chăm sóc bệnh nhân tự hại:**

- Để bệnh nhân vào một môi trường an toàn và được hỗ trợ tại cơ sở y tế (không để bệnh nhân một mình). Nếu bệnh nhân phải chờ điều trị, hãy cung cấp một môi trường giảm thiểu sự đau buồn; nếu có thể, trong căn phòng riêng biệt, yên tĩnh với sự giám sát liên tục và tiếp xúc với nhân viên hoặc người thân để đảm bảo an toàn mọi lúc.

- Loại bỏ các phương tiện tự gây hại.

- Tham khảo ý kiến chuyên gia sức khỏe tâm thần, nếu có.

- Huy động gia đình, bạn bè và những người liên quan khác hoặc các nguồn lực sẵn có của cộng đồng để theo dõi và hỗ trợ bệnh nhân trong giai đoạn nguy cơ sắp xảy ra (xem “Cung cấp và kích hoạt hỗ trợ tâm lý xã hội”)

- Đối xử với bệnh nhân tự hại bằng sự quan tâm, tôn trọng và riêng tư như những bệnh nhân khác, và nhạy cảm với cảm xúc đau khổ liên quan đến việc tự làm hại bản thân.

- Bảo gồm những người chăm sóc nếu bệnh nhân muốn họ hỗ trợ trong suốt quá trình đánh giá và điều trị; nếu có thể, đánh giá tâm lý xã hội nên là một cuộc phỏng vấn trực tiếp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế để tìm hiểu rõ các vấn đề riêng tư.

- Cung cấp hỗ trợ tinh thần cho người chăm sóc/thành viên trong gia đình nếu họ cần.

- Đảm bảo tính liên tục của việc chăm sóc.

- Không nên nhập viện trong các khoa không phải tâm thần tại bệnh viện đa khoa để phòng ngừa việc tự hại. Tuy nhiên, nếu nhập viện tại bệnh viện đa khoa (không phải tâm thần) là cần thiết để kiểm soát hậu quả y tế của của hành vi tự hại, hãy giám sát bệnh nhân chặt chẽ để ngăn chặn việc tự hại xảy ra thêm trong bệnh viện.

**Nếu kê đơn thuốc:**

- Sử dụng các loại thuốc ít nguy hiểm nhất, trong trường hợp cố ý dùng quá liều.

- Kê toa thuốc ngắn ngày (vd một tuần một lần)

**4.1.2. Nguy cơ sắp xảy ra hành vi tự sát/tự hại.**

- Loại bỏ các phương tiện tự sát/tự hại.

- Tạo một môi trường an toàn và hỗ trợ, nếu có thể, cung cấp một phòng riêng biệt, yên tĩnh trong khi chờ điều trị.

- KHÔNG để bệnh nhân lại một mình

- Giám sát và chỉ định một nhân viên hoặc người thân để đảm bảo sự an toàn của bệnh nhân mọi lúc.

- Chú ý đến trạng thái tâm thần và cảm xúc đau khổ.

- Tư vấn tâm lý cho bệnh nhân và người chăm sóc.

* Hỗ trợ tâm lý xã hội.
* Mời hội chẩn chuyên khoa tâm thần nếu có.

**4.1.3. Nguy cơ tự sát/tự hại**

- Cung cấp hỗ trợ tâm lý xã hội.

- Mời hội chẩn chuyên khoa tâm thần nếu có.

**4.2. Can thiệp tâm lý xã hội**

**4.2.1. Cung cấp và kích hoạt hỗ trợ tâm lý xã hội**

**Hỗ trợ cho bệnh nhân**

- Tìm lý do và cách để tiếp tục sống.

- Tập trung vào điểm mạnh của bệnh nhân bằng cách khuyến khích họ nói về các vấn đề trước đó đã được họ giải quyết như thế nào.

- Nếu có đủ nhân lực, xem xét liệu pháp giải quyết vấn đề để giúp những bệnh nhân có hành vi tự hại trong năm qua (dựa theo ECP).

**Hỗ trợ tâm lý xã hội**

Huy động gia đình, bạn bè và những người liên quan khác hoặc các nguồn lực sẵn có của cộng đồng để đảm bảo theo dõi sát bệnh nhân miễn nguy cơ hành vi tự sát/tự hại vẫn còn.

Khuyên bệnh nhân và người chăm sóc hạn chế tiếp xúc với những phương tiện tự sát/tự hại (vd thuốc trừ sâu, chất độc hại, thuốc kê toa, súng cầm tay,…) khi bệnh nhân có ý nghĩ hoặc kế hoạch tự sát/tự hại.

Tối ưu hóa hỗ trợ xã hội từ các nguồn nhân lực sẵn có của cộng đồng. Bao gồm các nguồn nhân lực chính như “Trung tâm sức khỏe tâm thần địa phương”, “Trung tâm khủng hoảng” nếu có, hoặc cả nguồn nhân lực không chính thức như người thân, bạn bè, đồng nghiệp và các nhà lãnh đạo tôn giáo.

**4.2.2. Hỗ trợ người chăm sóc:**

Thông báo cho người chăm sóc và các thành viên trong gia đình rằng việc hỏi về vấn đề tự tử thường sẽ giúp bệnh nhân cảm thấy nhẹ nhõm, bớt lo lắng và hiểu thông suốt hơn.

Người chăm sóc và các thành viên trong gia đình của bệnh nhân có nguy cơ tự hại thường bị căng thẳng nghiêm trọng. Nếu cần, nên hỗ trợ tinh thần cho họ.

Thông báo với người chăm sóc rằng mặc dù họ có thể cảm thấy thất vọng với bệnh nhân, nhưng họ nên tránh tranh cãi hoặc chỉ trích nặng nề đến bệnh nhân có nguy cơ tự sát/tự hại.

**4.2.3. Giáo dục tâm lý – Thông điệp chính cho bệnh nhân và người chăm sóc.**

Nếu một người có suy nghĩ tự sát/tự hại, hãy lập tức tìm kiếm sự giúp đỡ từ người thân, bạn bè hoặc người chăm sóc sức khỏe đáng tin cậy.

Trao đổi về vấn đề tự tử vẫn được. Trao đổi về tự tử không làm kích động đến hành vi tự tử.

Tự tử có thể phòng tránh được.

Có một giai đoạn tự sát/tự hại là một dấu hiệu của sự đau khổ trầm trọng về mặt tinh thần. Bệnh nhân không thấy được một sự lựa chọn hoặc cách giải quyết. Vì thế, điều quan trọng nhất là bệnh nhân có được sự hỗ trợ ngay lập tức cho các vấn đề về tình càm và căng thẳng.

Các phương tiện gây tự hại (vd thuốc trừ sâu, súng cầm tay, thuốc,..) nên được loại bỏ ra khỏi nhà.

Mạng lưới xã hội bao gồm gia đình và những người liên quan khác là rất quan trọng cho việc cung cấp hỗ trợ xã hội.

**V. THEO DÕI**

**5.1. Đánh giá sự cải thiện**

Bệnh nhân này có cải thiện không?

KHÔNG:

- Gia tăng mật độ hoặc thời gian tiếp xúc khi cần thiết.

- Giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa khi cần thiết.

CÓ:

- Giảm tiếp xúc nếu bệnh nhân đã cải thiện

- Tiếp tục theo dõi trong 2 năm, tiếp tục giảm dần tiếp xúc theo sự cải thiện (vd một lần mỗi 2-4 tuần trong 2 tháng đầu, và 2 lần trong năm thứ 2).

**5.2. Thường xuyên đánh giá những suy nghĩ và kế hoạch tự hại/tự sát**

- Trong mỗi lần tiếp xúc, thường xuyên đánh giá về những suy nghĩ và kế hoạc tự tử.

- Nguy cơ hành vi tự sát/tự hại có sắp xảy ra không?