

ĐẶC ĐIỂM HÀNH VI TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG RƯỢU TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Thị Thanh Tâm^{1,✉}, Lê Thị Thu Hà²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 150 người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2025 đến hết 4/2026. **Kết quả:** Toàn bộ đối tượng là nam giới, tuổi trung bình $52,59 \pm 9,87$, tuổi bắt đầu sử dụng rượu trung bình $24,81 \pm 7,87$. Tỷ lệ người bệnh có hành vi tự sát suốt đời là 32%, hầu hết chỉ có ý tưởng tự sát. Khoảng 1/3 có ý tưởng xuất hiện hằng ngày hoặc gần như mỗi ngày, 41,7% kéo dài trên 4 giờ trở lên, 31,3% kiểm soát được với rất nhiều khó khăn, 79,2% muốn tự sát nhằm chấm dứt nỗi đau. Yếu tố ngăn cản tự sát thường gặp là có trách nhiệm với gia đình hoặc người khác (62,5%), nhận thức lý do và mục đích sống (41,7%), niềm tin tôn giáo, đạo đức (37,5%) và sợ cái chết (33,3%). **Kết luận:** Hành vi tự sát là vấn đề thường gặp trong rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu với tỉ lệ xuất hiện cao hơn nhiều so với dân số chung. Các đặc điểm tần suất xuất hiện hằng ngày, thời lượng trên 4 giờ và mức độ khó kiểm soát ý tưởng tự sát phản ánh tính dai dẳng và xâm nhập của ý tưởng tự sát. Người bệnh lựa chọn tự sát như một giải pháp thoát khỏi trạng thái tâm lý không thể chịu đựng, bên cạnh đó sự hiện diện của các yếu tố ngăn cản tự sát cho thấy họ vẫn có lý do để sống có thể được khai thác như điểm tựa cho can thiệp dự phòng.

Từ khóa: Hành vi tự sát, ý tưởng tự sát, toan tự sát, rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu là chất tác động tâm thần được ghi nhận sớm nhất trong lịch sử loài người và vẫn tồn tại đến ngày nay. Bên cạnh những giá trị nhất định, việc tiêu thụ rượu đến mức gây hại là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với gánh nặng bệnh tật toàn cầu và gây ra tổn thất sức khỏe đáng kể. Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019, khoảng 2,6 triệu ca tử vong trên toàn cầu được cho là do tiêu thụ rượu, chiếm 4,7% tổng số ca tử vong. Ước tính khoảng 400 triệu người từ 15 tuổi trở lên sống chung với

rối loạn sử dụng rượu, trong đó có tới 209 triệu người nghiện rượu.¹ Tại Việt Nam, mức tiêu thụ bình quân theo đầu người ở người trưởng thành đạt 9,3 lít cồn nguyên chất, cao hơn trung bình toàn cầu (5,5 lít), cho thấy Việt Nam là một trong những quốc gia có mức tiêu thụ rượu bia cao.¹ Kết quả Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam (2021) chỉ ra tỉ lệ hiện uống rượu bia trong 30 ngày trước là 64,2% ở nam, 9,8% ở nữ, và 36,9% khi tính chung cho cả hai giới với 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại.²

Tự sát là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng và là gánh nặng bệnh tật lớn trên toàn cầu. Ước tính khoảng 746.000 trường hợp tử vong do tự sát vào năm 2021, trong đó có khoảng 519.000 nam giới và 227.000 nữ giới.³

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Tâm

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenthantam.a2.mt@gmail.com

Ngày nhận: 09/06/2026

Ngày được chấp nhận: 02/07/2026

Rối loạn tâm thần có liên quan đến hơn 90% các vụ tự sát hoàn thành, đặc biệt là trầm cảm và rối loạn sử dụng chất, trong đó có rượu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rối loạn sử dụng rượu có mối liên quan chặt chẽ với hành vi tự sát. Một phân tích tổng hợp trên 31 nghiên cứu với hơn 420.000 đối tượng cho thấy rối loạn sử dụng rượu làm tăng đáng kể nguy cơ ý tưởng tự sát (OR = 1,86; 95% CI: 1,38 - 2,35), toan tự sát (OR = 3,13; 95% CI: 2,45 - 3,81); và tự sát hoàn thành (OR = 2,59; 95% CI: 1,95 - 3,23).⁴ Nghiên cứu của Krystkiewicz cho thấy tỉ lệ người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu có toan tự sát ít nhất 1 lần trong đời là 40,7%.⁵ Tại Việt Nam đã có những nghiên cứu liên quan đến hành vi tự sát nhưng chưa có tác giả nào nghiên cứu ở nhóm người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu, vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hành vi tự sát ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

150 người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2025 đến hết tháng 4/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ICD-10 bởi các bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh mắc tình trạng bệnh thực thể nặng hoặc rối loạn nhận thức ảnh hưởng đến khả năng hiểu, giao tiếp hoặc hợp tác trong quá trình thu thập thông tin nghiên cứu.

Gia đình và/hoặc bản thân người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số đối tượng thu thập được là 150 người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu. Trong đó có 48 người bệnh có hành vi tự sát.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức “Ước tính một tỉ lệ trong quần thể” sử dụng để định tính trong nghiên cứu mô tả, phân tích.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{r^2}$$

Trong đó:

n: Số người bệnh tham gia nghiên cứu.

p: tỉ lệ ý tưởng tự sát ở người bệnh rối loạn sử dụng rượu là 62%.⁶

$\alpha = 0,05$ là mức ý nghĩa thống kê. Khi $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

r: Độ sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, lấy bằng 10%.

Theo công thức tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 91 người bệnh. Sau khi kết thúc nghiên cứu lấy mẫu 150 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học: giới tính, tuổi, khu vực sinh sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân.

Hành vi tự sát suốt đời: có hoặc không; chỉ có ý tưởng tự sát, có ý tưởng tự sát và toan tự sát.

Đặc điểm ý tưởng tự sát: thời lượng xuất hiện ý tưởng tự sát, tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát, khả năng kiểm soát ý tưởng tự sát, lý do xuất hiện ý tưởng tự sát, điều ngăn cản.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu gồm: bệnh án nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu theo ICD – 10, hành vi tự sát được đánh giá qua các triệu chứng lâm sàng.

Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bởi nghiên cứu viên đã được tập huấn, thông tin được ghi vào bệnh án nghiên cứu được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu, kiểm tra và mã hóa trước khi xử lý.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị. Nghiên

cứu được sự đồng ý của người bệnh/gia đình và ký cam kết đồng ý tham gia. Nghiên cứu tiến hành được sự chấp thuận của Lãnh đạo Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức và bảo mật thông tin người bệnh.

Do nghiên cứu khảo sát chủ đề nhạy cảm là hành vi tự sát, khi phát hiện người bệnh có ý tưởng tự sát, có kế hoạch tự sát, hoặc toan tự sát, nghiên cứu viên thông báo ngay cho bác sĩ điều trị của người bệnh/bác sĩ trực để đánh giá và xử trí, đồng thời thông báo cho người nhà/người chăm sóc nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

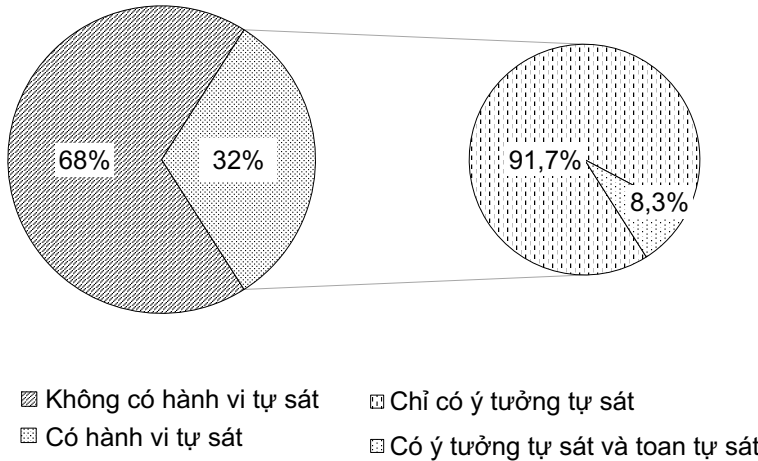
Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 150)

	Đặc điểm	Số lượng	%
<i>Tuổi</i>	Tuổi trung bình	52,59 ± 9,87	
	Nhỏ nhất; Lớn nhất	29; 78	
<i>Khu vực sinh sống</i>	Thành thị	44	29,3
	Nông thôn	99	66,0
	Miền núi	7	4,7
<i>Trình độ học vấn</i>	Tiểu học	16	10,7
	Trung học cơ sở	71	47,3
	Trung học phổ thông	50	33,4
	Trung cấp/cao đẳng	8	5,3
	Đại học/sau đại học	5	3,3
<i>Nghề nghiệp</i>	Lao động chân tay	111	74,0
	Lao động trí óc	12	8,0
	Thất nghiệp	22	14,7
	Hưu trí	5	3,3
<i>Tình trạng hôn nhân</i>	Chưa kết hôn	4	2,7
	Kết hôn	141	94,0
	Ly hôn	5	3,3
	Góa	0	0,0
<i>Tuổi bắt đầu sử dụng rượu trung bình</i>		24,81 ± 7,87	

100% người bệnh tham gia nghiên cứu là nam giới. Tuổi trung bình là $52,59 \pm 9,87$. 66% sinh sống ở nông thôn, 47,3% học trung học cơ sở. Đa số có nghề nghiệp là lao động chân tay

chiếm 74%, hầu hết đã kết hôn (chiếm 94%). Tuổi bắt đầu sử dụng rượu trung bình $24,81 \pm 7,87$.

2. Đặc điểm hành vi tự sát ở nhóm đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hành vi tự sát suốt đời ở nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 150)

Tỷ lệ người bệnh có hành vi tự sát suốt đời là 32%, trong đó phần lớn chỉ có ý tưởng tự sát, chiếm 91,7%. Do số lượng người bệnh có toan tự sát còn nhỏ (4/48 người bệnh có hành vi tự sát) nên phân tích về đặc điểm toan tự

sát có thể bị giới hạn về độ tin cậy thống kê. Vì vậy, trong khuôn khổ bài báo này, chúng tôi tập trung mô tả đặc điểm ý tưởng tự sát trong nhóm người bệnh trên.

Bảng 2. Đặc điểm ý tưởng tự sát của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 48)

	Đặc điểm	Số lượng	%
Thời lượng xuất hiện ý tưởng tự sát	Thoáng qua - vài giây hoặc vài phút	11	22,9
	Ít hơn 1 giờ/một vài lần	9	18,7
	1 - 4 giờ/rất nhiều lần	8	16,7
	>4 - 8 giờ/ hầu hết cả ngày	13	27,1
	Hơn 8 giờ/ dai dẳng hoặc liên tục	7	14,6
Tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát	Ít hơn một lần một tuần	14	29,2
	Mỗi tuần một lần	10	20,8
	2 - 3 lần trong tuần	8	16,7
	Hàng ngày hoặc gần như mọi ngày	12	25,0
	Nhiều lần mỗi ngày	4	8,3

Tỉ lệ người bệnh xuất hiện ý tưởng tự sát trên 4 - 8 giờ/hầu hết cả ngày là 27,1%. 14,6% người bệnh báo cáo xuất hiện ý tưởng tự sát hơn 8

giờ/dai dẳng hoặc liên tục. 25% người bệnh xuất hiện ý tưởng tự sát hàng ngày hoặc gần như mọi ngày, 8,3% xuất hiện nhiều lần mỗi ngày.

Bảng 3. Đặc điểm khả năng kiểm soát ý tưởng tự sát của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 48)

Khả năng kiểm soát	Số lượng	%
Không cần kiểm soát	4	8,3
Dễ dàng kiểm soát	14	29,2
Có thể kiểm soát với một số khó khăn	10	20,8
Có thể kiểm soát với rất nhiều khó khăn	15	31,3
Không thể kiểm soát suy nghĩ	5	10,4

62,5% người bệnh báo cáo gặp khó khăn trong việc kiểm soát ý tưởng tự sát, trong đó có thể kiểm soát với rất nhiều khó khăn chiếm tỉ lệ 31,3%.

Bảng 4. Lý do xuất hiện ý tưởng tự sát (n = 48)

Lý do	Số lượng	%
Hoàn toàn để thu hút sự chú ý, trả thù hoặc phản ứng của người khác	1	2,1
Chủ yếu là để thu hút sự chú ý, trả thù hoặc phản ứng của người khác.	4	8,3
Tương tự để thu hút sự chú ý, trả thù hoặc phản ứng của người khác.	5	10,4
Chủ yếu là để kết thúc hoặc chấm dứt nỗi đau (bạn không thể tiếp tục sống với nỗi đau hoặc cảm giác của bạn)	30	62,5
Hoàn toàn là để kết thúc hoặc chấm dứt nỗi đau (bạn không thể tiếp tục sống với nỗi đau hoặc cảm giác của bạn)	8	16,7
Tổng: Để kết thúc hoặc chấm dứt nỗi đau	38	79,2

Phần lớn người bệnh muốn tự sát để kết thúc cuộc sống hoặc chấm dứt nỗi đau (79,2%).

Bảng 5. Điều ngăn cản hành vi tự sát (n = 48)

Điều ngăn cản	Số lượng	%
Không có điều gì ngăn cản	5	10,4
Nhận thức vấn đề, xác định lý do, mục đích sống	20	41,7
Có trách nhiệm với gia đình hoặc người khác	30	62,5
Có sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội hoặc gia đình	7	14,6
Sợ cái chết nói chung hoặc sợ chết vì đau đớn và sự chịu đựng	16	33,3
Niềm tin tôn giáo, đạo đức, cho tự sát là trái đạo đức, tâm linh	18	37,5
Nhận được sự hỗ trợ tâm lý-tâm thần, tuân thủ điều trị	6	12,5

Người bệnh có thể chọn nhiều hơn 1 lý do.

10,4% báo cáo không có điều gì ngăn cản thực hiện hành vi tự sát. Còn lại báo cáo có những điều ngăn cản, chiếm tỉ lệ cao nhất là có trách nhiệm với gia đình và người khác (62,5%), tiếp theo sau là nhận thức vấn đề, xác định lý do mục đích sống (41,7%), niềm tin tôn giáo đạo đức (37,5%) và sợ cái chết nói chung hoặc sợ chết vì đau đớn và sự chịu đựng (33,3%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 150 người bệnh nam rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (2022) trên nhóm đối tượng rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu với hầu hết và nam giới (98,8%).⁷ Đặc điểm này phù hợp với dịch tễ học của rối loạn sử dụng rượu được ghi nhận tại nhiều quốc gia trong đó nam giới chiếm ưu thế với tỉ lệ nam:nữ = 5:1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,59 \pm 9,87$ và tuổi bắt đầu sử dụng rượu trung bình là $24,81 \pm 7,87$. Trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống của nhóm nghiên cứu chiếm chủ yếu (58%), hầu hết đã kết hôn (94%). Nhóm đối tượng lao động tay chân chiếm tỉ lệ cao (74%). Khoảng 2/3 người bệnh sinh sống vùng nông thôn. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (2022) và các nghiên cứu trên nhóm đối tượng này tại Việt Nam.⁷

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu có hành vi tự sát suốt đời là 32%, trong đó hầu hết người bệnh chỉ có ý tưởng tự sát (91,7%). Tỉ lệ người bệnh có toan tự sát suốt đời là 2,7% (4/150 người bệnh). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Rahoof (2021) và Palma-Alvarez (2024) với tỉ lệ ý tưởng tự sát suốt đời trên nhóm người bệnh rối loạn sử dụng rượu lần lượt là 62%, 50,9%;^{6,8} tỉ lệ toan tự sát suốt đời trên nhóm đối tượng trên theo nghiên cứu của Pandey (2022) là 27% và tỉ lệ này trên nhóm rối loạn tâm thần và hành vi do

sử dụng rượu là 40,7% trong nghiên cứu của Krystkiewicz (2025).^{5,9} Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên có thể được giải thích do đặc điểm về giới của mẫu nghiên cứu, sai lệch nhớ lại và báo cáo dưới mức. Thứ nhất, theo nghiên cứu của Hsu (2022) trên nhóm đối tượng rối loạn sử dụng rượu, nữ giới có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn nam giới (46,7% ở nữ và 20,7% ở nam), do đó mẫu nghiên cứu thuần nam của chúng tôi báo cáo tỉ lệ ý tưởng tự sát thấp hơn mẫu nghiên cứu có cả nam và nữ.¹⁰ Thứ hai, Việt Nam thuộc nhóm các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, nơi xảy ra tình trạng báo cáo không đầy đủ các trường hợp tự sát cao hơn các quốc gia có thu nhập cao.¹¹ Thứ ba, nhiều nghiên cứu ghi nhận việc sử dụng rượu trong thời gian dài gây ra suy giảm trí nhớ, do đó người bệnh có thể báo cáo thiếu tiền sử hành vi tự sát.¹² Mặc dù, tỉ lệ hành vi tự sát trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều nghiên cứu quốc tế, con số này vẫn cao hơn đáng kể so với dân số chung tại Việt Nam. Nghiên cứu của Tran (2006) tại cộng đồng đô thị Hà Nội ghi nhận tỉ lệ ý tưởng tự sát suốt đời là 8,9%.¹³ Điều này ủng hộ kết luận người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu là nhóm có nguy cơ ý tưởng tự sát cao hơn đáng kể so với dân số chung. Mỗi liên hệ giữa rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu và hành vi tự sát được lý giải qua nhiều cơ chế. Về sinh hóa não, sử dụng rượu cấp tính hay mạn tính đều tác động lên các hệ dẫn truyền thần kinh trong đó có hệ thống serotonergic liên quan trực tiếp đến hành vi tự sát. Sử dụng rượu mạn tính làm giảm hoạt động của hệ thống serotonergic tại vỏ não trước trán, từ đó làm suy giảm khả năng kiểm soát bốc đồng và điều tiết cảm xúc, tăng nguy cơ hành vi tự sát.^{14,15} Về mặt tâm lý xã hội, sử dụng rượu mạn tính làm tăng căng thẳng tâm lý; tăng tính hung hăng; thúc đẩy ý tưởng tự sát trở thành hành động thông qua kỳ vọng cụ thể liên quan đến rượu và tự sát; hạn chế

nhận thức, suy giảm khả năng tạo ra và thực hiện các chiến lược đối phó thay thế.¹⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 1/3 người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu có ý tưởng tự sát có tần suất xuất hiện ý tưởng tự sát hàng ngày hoặc gần như mọi ngày trở lên. Thời lượng ý tưởng tự sát trên 4 giờ trở lên có tỉ lệ là 41,7%. Đa số người bệnh gặp khó khăn trong việc kiểm soát ý tưởng tự sát, trong đó 31,3% người bệnh báo cáo có thể kiểm soát ý tưởng tự sát với rất nhiều khó khăn, 10,4% báo cáo không thể kiểm soát ý tưởng tự sát. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rahoof (2021) trên mẫu người bệnh rối loạn sử dụng rượu có ý tưởng tự sát cho thấy 35% gặp rất nhiều khó khăn trong việc kiểm soát ý tưởng tự sát và 7% không thể kiểm soát.⁶ Về lý do xuất hiện ý tưởng tự sát, kết quả của chúng tôi cho thấy 79,2% người bệnh tự sát để chấm dứt nỗi đau. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rahoof (2021) với 82% người bệnh báo cáo muốn tự sát để chấm dứt cuộc đời hoặc chấm dứt nỗi đau.⁶ Kết quả về các yếu tố ngăn cản tự sát trong nghiên cứu có ý nghĩa lâm sàng quan trọng. Trách nhiệm với gia đình là yếu tố ngăn cản được báo cáo nhiều nhất (62,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Richardson-Vejlgaard (2009) trên 521 bệnh nhân rối loạn khí sắc bao gồm hai nhóm có và không có rối loạn sử dụng rượu với kết quả cả hai nhóm đều báo cáo trách nhiệm với gia đình là lý do chính để không thực hiện hành vi tự sát.¹⁷ Tiếp theo, 41,7% người bệnh báo cáo không tự sát vì nhận thức về lý do và mục đích sống, tương ứng với cấu trúc niềm tin sinh tồn và niềm tin ứng phó trong thang đo Lý do để sống (Reason for living). Theo tổng quan hệ thống của Bakhiyi (2016), niềm tin sinh tồn và niềm tin ứng phó được nhấn mạnh về vai trò bảo vệ chống lại ý tưởng tự sát và toan tự sát trên các quần thể.¹⁸ Niềm tin tôn giáo và đạo đức (37,5%) cũng là yếu tố bảo vệ đáng chú ý, phù hợp với bằng chứng cho thấy niềm tin tâm

linh làm tăng ngưỡng chịu đựng của cá nhân trước ý tưởng tự sát và được ghi nhận là yếu tố bảo vệ tại nhiều quần thể khác nhau.¹⁹ Sợ cái chết (33,3%) cũng được ghi nhận là lý do ngăn cản tự sát trong nhóm nghiên cứu, tuy nhiên vai trò bảo vệ của yếu tố này trong các quần thể lâm sàng còn chưa được xác định nhất quán trong y văn và cần thêm nghiên cứu để làm rõ.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế như sau. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó chỉ mô tả đặc điểm hành vi tự sát tại một thời điểm, không phản ánh được diễn biến theo thời gian của hành vi tự sát. Thứ hai, phương pháp chọn mẫu của chúng tôi là chọn mẫu thuận tiện trên người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị tại một cơ sở y tế là Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, đồng thời toàn bộ đối tượng trong nghiên cứu này là nam giới nên không đại diện cho toàn bộ người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Hành vi tự sát là vấn đề thường gặp trong rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu. Tỉ lệ người bệnh có hành vi tự sát suốt đời là 32%, trong đó hầu hết chỉ có ý tưởng tự sát. Khoảng 1/3 người bệnh có ý tưởng tự sát xuất hiện hàng ngày hoặc gần như mỗi ngày, 41,7% có thời lượng ý tưởng trên 4 giờ trở lên và phần lớn gặp khó khăn trong kiểm soát ý tưởng tự sát cho thấy ý tưởng tự sát xuất hiện ở nhóm người bệnh này có tính dai dẳng và xâm nhập. Đa số người bệnh muốn tự sát vì mong muốn chấm dứt nỗi đau phản ánh tự sát được nhìn nhận như một giải pháp thoát khỏi trạng thái tâm lý không thể chịu đựng. Bên cạnh đó, các yếu tố ngăn cản quan trọng nhất được ghi nhận là trách nhiệm với gia đình, nhận thức về lý do và mục đích sống, niềm tin tôn giáo và đạo đức và sợ cái chết là các yếu tố có thể được khai thác như điểm tựa cho can thiệp dự phòng tự sát trên nhóm người bệnh này.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo cùng tập thể cán bộ Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho quá trình thực hiện nghiên cứu được thuận lợi. Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn những người bệnh đã đồng ý tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders*. World Health Organization; 2024.
2. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. *Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, 2021*. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023. Accessed June 9, 2026. <https://iris.who.int/handle/10665/380405>
3. GBD 2021 Suicide Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 2025;10(3):e189-e202. doi:10.1016/S2468-2667(25)00006-4
4. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(5):e0126870. doi:10.1371/journal.pone.0126870
5. Krystkiewicz M, Soyka M. Suicide Risk in Alcohol Use Disorders: Literature Review and Study Protocol with Preliminary Data for a Study in Treatment-Seeking Inpatients. *Healthcare*. 2025;13(5):535. doi:10.3390/healthcare13050535
6. Rahoof FV, Cherian AV, Kandasamy A, Ezhumalai S, Dhanasekara RP. Suicidal Ideation among Persons with Alcohol Use Disorder: A Cross-Sectional Study. *J Psychosoc Well-Being*. 2021;2(2):30-41. doi:10.55242/

jpsw.2021.2206

7. Nguyễn Thị Lý, Dương Minh Tâm, Nguyễn Phương Linh, Đoàn Thị Huệ. Đặc điểm rối loạn nhân cách ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(1):43-46. doi:10.51298/vmj.v519i1.3511
8. Palma-Alvarez RF, Rios-Landeo A, Ortega-Hernandez G, et al. A preliminary analysis of clinical characteristics of patient with alcohol use disorder and suicidal ideation. *Eur Psychiatry*. 2024;67(Suppl 1):S185-S186. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.402
9. Pandey S, Bolstad I, Lien L, Walby FA, Myhre MØ, Bramness JG. Sex-specific factors associated with lifetime suicide attempt among patients with alcohol use disorders. *BJPsych Open*. 2022;8(4):e135. doi:10.1192/bjo.2022.545
10. Hsu WY, Chang TG, Chang CC, Chiu NY, Lin CH, Lane HY. Suicide Ideation among Outpatients with Alcohol Use Disorder. *Behav Neurol*. 2022;2022:4138629. doi:10.1155/2022/4138629
11. Meda N, Angelozzi L, Poletto M, et al. How many people die by suicide each year? Not 727,000: a systematic review and meta-analysis of suicide underreporting across 71 countries over 122 years. *Front Psychiatry*. 2025;16:1609580. doi:10.3389/fpsyt.2025.1609580
12. Nandrino JL, El Haj M, Torre J, et al. Autobiographical Memory Deficits in Alcohol-Dependent Patients with Short- and Long-Term Abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(4):865-873. doi:10.1111/acer.13001
13. Tran TTH, Tran TN, Jiang GX, Leenaars A, Wasserman D. Life time suicidal thoughts in an urban community in Hanoi, Vietnam. *BMC Public Health*. 2006;6:76. doi:10.1186/1471-2458-6-76
14. Underwood MD, Mann JJ, Arango V. Serotonergic and Noradrenergic Neurobiology of Alcoholic Suicide. *Alcohol Clin Exp Res*.

- 2004;28(s1):57S-69S. doi:10.1097/01.ALC.0000127415.15000.CA
15. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1392-1431. doi:10.3390/ijerph7041392
16. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(5):797-811. doi:10.1016/s0272-7358(00)00070-2
17. Richardson-Vejlgaard R, Sher L, Oquendo MA, Lizardi D, Stanley B. Objections to suicide among depressed patients with alcohol use disorders. *J Affect Disord*. 2009;117(3):197-201. doi:10.1016/j.jad.2009.01.005
18. Bakhiyi CL, Calati R, Guillaume S, Courtet P. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*. 2016;77:92-108. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.02.019
19. Poorolajal J, Goudarzi M, Gohari-Ensaf F, Darvishi N. Relationship of Religion with Suicidal Ideation, Suicide Plan, Suicide Attempt, and Suicide Death: A Meta-analysis. *J Res Health Sci*. 2021;22(1):e00537. doi:10.34172/jrhs.2022.72

Summary

CHARACTERISTICS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO ALCOHOL USE AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Objective: To describe the characteristics of suicidal behavior in patients with mental and behavioral disorders due to alcohol use at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 150 patients diagnosed with mental and behavioral disorders due to alcohol use. Patients were treated at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, between November 2025 and April 2026. **Results:** All participants were male, with a mean age of 52.59 ± 9.87 years old and a mean age of initial alcohol use at 24.81 ± 7.87 years old. The lifetime prevalence of suicidal behavior was 32%, with the majority presenting with suicidal ideation only. Approximately one-third reported ideation occurring daily or nearly every day, 41.7% experienced episodes lasting more than four hours, 31.3% were able to control ideation only with considerable difficulty, and 79.2% identified the cessation of psychological pain as the primary motivation for suicidal intent. The most frequently reported protective factors against suicide were perceived responsibility toward family members or others (62.5%), recognition of reasons and meaning for living (41.7%), religious or moral beliefs (37.5%), and fear of death (33.3%). **Conclusion:** Suicidal behavior constitutes a clinically significant comorbidity in mental and behavioral disorders due to alcohol use, with a lifetime prevalence markedly exceeding the general population. The characteristics of daily ideation frequency, episode duration exceeding four hours, and impaired ability to control suicidal thoughts reflect the persistent and intrusive nature of suicidal ideation in this population. The predominant motivation of escaping unbearable psychological pain is consistent with the escape theory of suicide. Nevertheless, the identification of protective factors suggests that patients retain meaningful reasons for living, which may serve as therapeutic anchors for targeted suicide prevention and intervention strategies.

Keywords: Suicidal behavior, suicidal ideation, suicide attempt, mental and behavioral disorders due to alcohol use.