

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ Ý TƯỞNG TỰ SÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC

Dương Thị Thùy Dung¹, Ngô Tích Linh¹, Trần Trung Nghĩa¹, Phạm Thị Minh Châu¹, Hồ Nguyễn Yến Phi¹, Nguyễn Thị Phú¹, Ái Ngọc Phân¹, Lê Hoàng Thế Huy¹, Bùi Xuân Mạnh¹

¹Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực tại Việt Nam.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 101 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lưỡng cực (RLLC) theo tiêu chuẩn DSM-5-TR tại phòng khám Tâm thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023.

Kết quả: Tỉ lệ bệnh nhân rối loạn lưỡng cực có ý tưởng tự sát suốt đời là 69,3%. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn cao (OR = 2,8; KTC 95% 1,1 - 6,8), sinh viên (OR = 3,4; KTC 95% = 1,2 - 10,1), tình trạng độc thân (OR = 4,2; KTC 95% = 1,6 - 10,6), tuổi khởi bệnh sớm ($p < 0,001$), thời gian không điều trị bệnh (DUI) kéo dài trên 2 năm ($p = 0,001$), tái phát bệnh, giai đoạn hiện tại là trầm cảm ($p = 0,002$), giai đoạn khởi phát ưu thế là trầm cảm ($p = 0,011$), tiền căn gia đình có hành vi tự sát ($p = 0,038$) với ý tưởng tự sát trên bệnh nhân RLLC.

Kết luận: Ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực, các yếu tố bao gồm trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, số giai đoạn bệnh, giai đoạn khởi phát đầu tiên, thời gian không điều trị bệnh kéo dài (> 2 năm), tuổi khởi phát bệnh sớm (< 18 tuổi), tiền căn gia đình có hành vi tự sát, giai đoạn bệnh hiện tại (trầm cảm), hành vi tự làm đau là các yếu tố có liên quan đến cả ý tưởng tự sát.

Từ khóa: Rối loạn lưỡng cực, ý tưởng tự sát, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF SUICIDE IDEATION IN BIPOLAR DISORDER

Duong Thi Thuy Dung¹, Ngo Tich Linh¹, Tran Trung Nghia¹, Pham Thi Minh Chau¹, Ho Nguyen Yen Phi¹, Nguyen Thi Phu¹, Ai Ngoc Phan¹, Le Hoang The Huy¹, Bui Xuan Manh¹

Objective: Determine the rate and factors related to suicidal ideation in patients with bipolar disorder in Vietnam.

Method: Cross-sectional descriptive study with analysis on 101 patients with a confirmed diagnosis of Bipolar Disorder according to DSM-5-TR criteria at the Psychiatry Clinic of University Medical Center of Ho Chi Minh City from March 2023 to October 2023.

Results: The prevalence of lifetime suicide ideation is 69.3%. Associated factors are high educational level (OR = 2.8; 95% CI 1.1 - 6.8), single status (OR = 4.2; 95% CI = 1.6 - 10.6), early age of onset ($p < 0.001$), duration untreated illness (DUI) > 2 years ($p = 0.001$), current depression episode ($p = 0.002$), onset depression episode ($p = 0.011$), family history of suicidal behavior ($p = 0.038$).

Conclusions: In patients with bipolar disorder, factors include education level, occupation, marital status, number of mood episodes, first onset episode, and long duration untreated illness (> 2 years), early age of onset (< 18 years old), family history of suicidal behavior, current depression episode, self-harming behavior are factors related to suicidal ideation.

Keywords: Bipolar disorder, suicidal ideation, related factors.

Ngày nhận bài: 05/03/2024. Ngày chỉnh sửa: 12/02/2025. Chấp thuận đăng: 18/02/2025

Tác giả liên hệ: Bùi Xuân Mạnh. Email: buixuanmanh@ump.edu.vn. ĐT: 0986226046

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê năm 2019 từ Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính trên thế giới có hơn 700.000 người tử vong do tự sát, tương đương cứ 11 phút sẽ có một người tử vong [1,2]. Theo WHO, tự sát là một trong bốn nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới trong độ tuổi 15 - 29 tuổi trong năm 2019 [3,4]. Các bệnh nhân có rối loạn khí sắc có nguy cơ tử vong do tự sát cao hơn so với dân số chung [4]. Khoảng hơn 90% trường hợp tự sát xảy ra trên các bệnh nhân được chẩn đoán mắc rối loạn tâm thần [5]. Rối loạn lưỡng cực (RLLC) là một rối loạn khí sắc mạn tính, tần suất mắc phải trong suốt cuộc đời là 1,3 - 5%, đặc trưng bởi các giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ xen kẽ các giai đoạn trầm cảm [4,6]. RLLC có thể dẫn đến suy giảm chức năng hằng ngày, chức năng nghề nghiệp, chức năng nhận thức và tử vong do nguyên nhân tự nhiên hoặc tự sát [7].

Tỉ lệ tự sát trong rối loạn lưỡng cực khác nhau trong các nghiên cứu tùy theo từng phân nhóm lưỡng cực, giới tính, tuổi tác hoặc mức độ nghiêm trọng của bệnh. Nhìn chung, ước tính tỉ lệ cao gấp 10-30 lần so với dân số chung [8-10]. Khoảng một phần ba đến một nửa số bệnh nhân rối loạn lưỡng cực cố gắng thực hiện hành vi tự sát ít nhất một lần trong suốt cuộc đời [10]. Tỉ lệ tự sát thành công khoảng 15 - 20%, gấp 20 - 30 lần so với dân số chung [10-12].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tự sát trên bệnh nhân RLLC còn thiếu. Việc xác định tỉ lệ và các yếu tố nguy cơ liên quan tự sát trên bệnh nhân RLLC góp phần lên kế hoạch cho việc điều trị, phòng ngừa nhằm giảm thiểu rủi ro và tỉ lệ tự sát [9]. Đồng thời, bổ sung vào số liệu nghiên cứu cho khoa học tại Việt Nam và thế giới. Nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát trên bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

101 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định rối loạn lưỡng cực theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5-TR từ đủ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Tâm thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên; Bệnh nhân mắc rối loạn lưỡng cực.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân khiếm khuyết về nghe, nói, đọc, hiểu, không thể trả lời các câu hỏi phỏng vấn. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Bệnh nhân có triệu chứng loạn thần; Bệnh nhân có các bệnh lý đồng mắc ảnh hưởng đến chẩn đoán rối loạn lưỡng cực như chấn thương sọ não, bệnh lý mạch máu não, bệnh lý nội tiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích. Các công cụ nghiên cứu bao gồm: bệnh án nghiên cứu (theo một mẫu bệnh án thống nhất), thang đo HAMD-17, thang đo hưng cảm Young, thang đo C-SSRS. Sau khi được thông báo về mục tiêu nghiên cứu và được sự đồng ý từ bệnh nhân và người nhà, các bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lưỡng cực theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5-TR bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần sẽ được đưa vào nghiên cứu. Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh và đặc điểm của bệnh cũng như mức độ nặng của bệnh nhân, ý tưởng tự sát của bệnh nhân.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Nhập số liệu, xử lý số liệu theo phần mềm toán học SPSS 16.0. Các kết quả được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ % đối với biến định tính, và trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng phân phối chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Người tham gia nghiên cứu được thông tin đầy đủ về nghiên cứu và lấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Số liệu được mã hóa nhằm giữ bí mật thông tin cho người bệnh. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo quyết định số 1146/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 12 năm 2022 (IRB-VN01002/IORG0008603/FWA00023448).

III. KẾT QUẢ

Phần lớn dân số nghiên cứu là nữ. Bệnh nhân có trình độ học vấn cao (từ đại học trở lên) có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn ở nhóm học vấn thấp hơn (từ cấp ba trở xuống) với tỉ số odds OR = 2,8 lần (khoảng tin cậy (KTC) 95% là 1,1 - 6,8). Nhóm BN hiện đang là sinh viên có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn nhóm có công việc khác với tỉ số odds

Nghiên cứu tỉ lệ ý tưởng tự sát và một số yếu tố liên quan...

OR = 3,4 lần (KTC 95% là 1,2 - 10,1). Về tình trạng hôn nhân, so với nhóm có kết hôn, nhóm độc thân có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn với tỉ số chênh lệch là OR = 4,2 lần, KTC 95% là 1,6 - 10,6. Nhóm li thân/ li dị/ góa có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn so với nhóm

đã kết hôn với OR = 1,3 lần, tuy nhiên giá trị này không có ý nghĩa thống kê vì KTC 95% = 0,3 - 6,9. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các yếu tố tuổi, giới tính, nơi sinh sống và người sống chung với ý tưởng tự sát trên BN RLLC (bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm dân số và mối liên quan với ý tưởng tự sát trên bệnh nhân RLLC

Biến số	Đặc điểm	Tần số (Tỉ lệ) N (%)	Có ý tưởng tự sát (N = 70) N (%)	p ^a	OR (KTC 95%)
Tuổi (TV/ KTPV)			24 (20;30)	0,097 ^b	
Giới tính	Nam	27 (26,7)	17 (24,3)	0,404	
	Nữ	74 (73,3)	53 (75,7)		
Nơi sinh sống	Thành thị	77 (76,2)	56 (80,0)	0,182	
	Nông thôn	24 (23,8)	14 (20,0)		
Học vấn	Từ cấp 3 trở xuống	30 (29,7)	16 (22,9)	0,024	1
	Từ đại học trở lên	71 (70,3)	54 (77,1)		2,8 (1,1-6,8)
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	5 (5,0)	3 (4,3)	0,043	0,9 (0,1-5,9)
	Sinh viên	33 (32,7)	28 (40,0)		3,4 (1,2-10,1)
	Có công việc	63 (62,4)	39 (55,7)		1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	62 (61,4)	50 (71,4)	0,006	4,2 (1,6-10,6)
	Kết hôn	32 (31,7)	16 (22,9)		
	Li thân/ly dị/góa	7 (6,9)	4 (5,7)		1,3 (0,3-6,9)
Người sống chung	Sống một mình	18 (17,8)	15 (21,4)	0,155	
	Có người sống chung	83 (82,2)	55 (78,6)		

^aKiểm định Chi-square/Fisher; ^bKiểm định Mann-Whitney

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê được ghi nhận gồm nhóm có tuổi khởi phát bệnh sớm (< 18 tuổi) với tỉ số chênh lệch OR = 20,0 (KTC 95% = 2,6-155,2). Nhóm có DIU (> 2 năm) có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn 4,5 lần so với nhóm điều trị sớm (KTC 95% là 1,8-11,1). So với nhóm có giai đoạn đầu tiên GĐ HC/ HC nhẹ, nhóm có GĐ đầu tiên là GĐ trầm cảm có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn với tỉ số chênh lệch OR = 3,9 lần, KTC 95% = 1,4 - 10,9. Nhóm có tiền căn gia đình có hành vi tự sát có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn so với nhóm còn lại 8,9 lần. Số giai đoạn bệnh có liên quan chặt chẽ với tỉ lệ ý tưởng tự sát. Nhóm có nhiều giai đoạn bệnh (≥ 2) có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn so với nhóm chỉ có một giai đoạn bệnh, $p = 0,027$.

Nhóm bệnh nhân hiện tại trong giai đoạn trầm cảm có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn so với nhóm trong giai đoạn hưng cảm/hưng cảm nhẹ, tỉ số chênh lệch OR = 4,0 lần (KTC 95% = 1,6 - 9,8). Bệnh nhân có hành vi tự làm đau có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao hơn nhóm không tự làm đau, tỉ số chênh lệch OR = 10,8, KTC 95% = 3,4 - 34,1. Sự khác biệt về thời gian bệnh, tiền căn gia đình có rối loạn tâm thần, sử dụng chất và có bệnh mạn tính đi kèm giữa hai nhóm có và không có ý tưởng tự sát không có ý nghĩa thống kê (bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm bệnh và mối liên quan với ý tưởng tự sát trên bệnh nhân RLLC

Biến số	Đặc điểm	Tần số (Tỉ lệ) N (%)	Có ý tưởng tự sát (N = 70) N (%)	p ^a	OR (KTC 95%)
Tuổi khởi phát (< 18)		28 (40,0)	< 0,001	20,0 (2,6-155,2)	
Thời gian bệnh			5,0 (3,0;8,0)	0,093 ^b	
Thời gian không điều trị bệnh > 2 năm			55 (78,6)	0,001	4,5 (1,8-11,1)
Giai đoạn khí sắc đầu tiên	Trầm cảm	76 (75,2)	8 (11,4)	0,006	3,9 (1,4-10,9)
	Hưng cảm	19 (18,8)	56 (80,0)		1
	Không rõ	6 (5,9)	6 (8,6)		-
Tiền căn gia đình có rối loạn tâm thần		46 (45,5)	34 (48,6)	0,359	
Tiền căn gia đình có tự sát		17 (16,8)	16 (22,9)	0,015	8,9 (1,1-70,4)
Số giai đoạn bệnh	Giai đoạn đầu tiên	3 (3,0)	0 (0,0)	0,015	1
	≥ 2 giai đoạn	98 (97,0)	70 (100,0)		-
Giai đoạn hiện tại	Trầm cảm	65 (64,4)	52 (74,3)	0,002	4,0 (1,6-9,8)
	HC/ HC nhẹ	36 (35,6)	18 (25,7)		1
Sử dụng chất		22 (21,8)	19 (27,1)	0,050	
Bệnh mạn tính kèm theo		17 (16,8)	14 (20,0)	0,201	
Tự làm đau		47 (46,5)	43 (61,4)	< 0,001	10,8 (3,4-34,1)

^aKiểm định Chi - square/Fisher; ^bKiểm định Mann - Whitney; OR: odds ratio - tỉ số số chênh;

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 69,3% BN có ý tưởng tự sát trong suốt cuộc đời. Xét trong giai đoạn bệnh, chúng tôi ghi nhận có 40,6% BN có ý tưởng tự sát trong một tuần trước đó. Tỉ lệ ý tưởng tự sát được ghi nhận khác nhau và dao động theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả từ Valtonen và cs. với khoảng 68,1% BN RLLC từng có ý tưởng tự sát [13]. Tỉ lệ BN RLLC có ý tưởng tự sát suốt đời theo nghiên cứu của Altonen và cs, Jimenez và cs lần lượt là 78,4% và 52,1% [14,15]. Như vậy, kết quả từ nghiên cứu chúng tôi cũng nằm trong khoảng từ 20% - 82,3% BN RLLC có ý tưởng tự sát theo các y văn thế giới, và tương đồng nhất với nghiên cứu của tác giả Valtonen [13].

Từ các kết quả trong phân tích của mình, chúng tôi nhận thấy trong các yếu tố về dân số xã hội, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân có liên quan đến ý tưởng tự sát trên BN RLLC. Các yếu tố khác như tuổi, giới, người sống chung không liên quan đến tỉ lệ BN ý tưởng tự sát trên BN RLLC.

Cụ thể, BN có học vấn cao từ đại học trở lên có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao gấp 2,8 lần với nhóm học vấn từ cấp ba trở xuống, khác biệt với các nghiên cứu của Shabani và cs., Vin Ryu và cs., Philip và cs. không thấy sự liên quan giữa trình độ học vấn và hành vi tự sát [16-18]. Để giải thích cho sự khác biệt này, một số giả thiết được đặt ra đó là đối với nhóm có trình độ học vấn cao, thường có kì vọng cao vào các lĩnh vực khác như thành tích nghề

nghiệp, chất lượng cuộc sống và các nhu cầu khác. Về tình trạng hôn nhân trong nghiên cứu chúng tôi, độc thân là một yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát trong RLLC. Kết quả này khác biệt với một số nghiên cứu trước đó, nhưng đồng nhất với y văn rằng tình trạng độc thân, li thân/ li dị/ goá là những yếu tố liên quan [6,19].

Tuổi khởi phát bệnh sớm là một yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát trong nghiên cứu chúng tôi. Kết quả cho thấy nhóm BN có tuổi khởi bệnh trước 18 tuổi có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao gấp 20 lần so với nhóm khởi bệnh sau 18 tuổi (OR = 20,0; KTC 95% 2,6-155,2; $p = 0,004$). Kết quả này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trước đó về ý tưởng tự sát trên BN RLLC. Tác giả Leverich và cs ghi nhận BN có tuổi khởi phát sớm trước 18 tuổi có ý tưởng hoặc hành vi tự sát nhiều hơn ở nhóm còn lại ($\chi^2 = 12,12$; $p < 0,002$), trong đó nhóm khởi phát trước 18 tuổi có tỉ lệ xuất hiện ý tưởng tự sát cao hơn 1,407 lần so với nhóm sau 18 tuổi [20]. Các nghiên cứu khác được thực hiện trên các đối tượng nghiên cứu khác, phương pháp khác cho kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi về nhận xét này [4,18,21]. Một số nghiên cứu cho kết quả tuổi khởi phát sớm không liên quan đến ý tưởng tự sát. Để giải thích cho sự khác biệt này, chúng tôi cho rằng do sự không nhất quán về định nghĩa tuổi khởi phát giữa các nghiên cứu.

Thời gian không điều trị bệnh kéo dài (> 2 năm) có liên quan đến ý tưởng tự sát trên BN RLLC (OR = 4,5; KTC 95% = 1,8 - 11,1, $p = 0,001$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó về mối liên quan giữa tự sát và thời gian không điều trị bệnh kéo dài [22,24].

Đặc điểm giai đoạn bệnh đầu tiên cũng có liên quan với ý tưởng tự sát (OR = 4,0; KTC 95% = 1,6 - 9,8; $p = 0,002$) [22,25]. Tiền căn gia đình có hành vi tự sát là một yếu tố liên quan đến ý tưởng tự sát (OR = 8,9; KTC 95% = 1,1 - 70,4; $p = 0,038$). Giải thích cho nguyên nhân này, các tài liệu y văn cho thấy tự sát trong rối loạn lưỡng cực có liên quan đến yếu tố di truyền. Các yếu tố quyết định di truyền như tính đa hình trong gen tryptophan hydroxylase 1 (TPH1) và gen tryptophan hydroxylase 2 (TPH2) lần lượt được phát hiện có liên quan đến các nỗ lực tự tử có mức độ tổn thương cao hoặc tự sát thành công trong rối loạn khí sắc nói chung, trong đó có rối loạn lưỡng cực. Điều này hoàn toàn phù hợp với các y

văn trước đó. Như vậy, khi thăm khám BN RLLC, cần khai thác kĩ về tiền căn hành vi tự sát trong gia đình để góp phần vào việc dự đoán nguy cơ tự sát ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

Hành vi tự làm đau trên bệnh nhân RLLC có liên quan đến ý tưởng tự sát. BN có hành vi tự làm đau có tỉ lệ ý tưởng tự sát cao gấp 10,8 lần (KTC 95% = 3,4 - 34,1; $p < 0,001$) so với nhóm không có hành vi tự làm đau. Cho tới thời điểm hiện tại, rất ít dữ liệu thể hiện mối liên quan giữa hành vi tự làm đau và ý tưởng tự sát trên BN RLLC. Tuy nhiên, so sánh với số liệu từ một nghiên cứu có đề cập đến mối liên quan của hành vi tự làm đau và nguy cơ tự sát ở thanh thiếu niên nói chung, kết quả ghi nhận ý tưởng tự sát cao gấp 5 lần [26] so với nhóm thanh thiếu niên không có hành vi tự làm đau.

Bệnh mạn tính đồng mắc trong nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ là 16,8%, trong đó bao gồm các bệnh lý tăng huyết áp, viêm dạ dày, các bệnh lý rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, cường giáp, hội chứng buồng trứng đa nang. Nghiên cứu của Vin Ryu và cộng sự ghi nhận 24,4% BN có bệnh mạn tính đồng mắc [17]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với tỉ lệ 48,3% trong nghiên cứu của Cremaschi và cộng sự [27]. Sự khác biệt này chúng tôi đặt giả thiết là do sự khác biệt về độ tuổi của dân số nghiên cứu, thời gian bệnh, bệnh mạn tính sẽ gặp nhiều hơn ở các bệnh nhân lớn tuổi hoặc thời gian bệnh kéo dài, lối sống tĩnh tại. Nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình khá trẻ, trong khi đó nghiên cứu Cremaschi độ tuổi trung bình cao hơn khoảng 48,6 tuổi [27]. Do đó, tỉ lệ các bệnh đồng mắc ghi nhận thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi.

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, qua phân tích, chúng tôi ghi nhận các yếu tố bao gồm trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, số giai đoạn bệnh, giai đoạn khởi phát đầu tiên, thời gian không điều trị bệnh kéo dài (> 2 năm), tuổi khởi phát bệnh sớm (< 18 tuổi), tiền căn gia đình có hành vi tự sát, giai đoạn bệnh hiện tại (trầm cảm), hành vi tự làm đau là các yếu tố có liên quan đến cả ý tưởng tự sát.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sufrate-Sorzano T, Jiménez-Ramón E, Garrote-Cámara ME, et al. Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. *Nurs Rep (Pavia)*. 2022;12(1):77-89.
2. World Health Organization. Suicide: Data and Figures. 2019.
3. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle: US Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021.
4. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8).
5. Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
6. American Psychiatric Association. Bipolar and Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
7. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387(10027):1561-72.
8. Song Y, Rhee SJ, Lee H, Kim MJ, Shin D, Ahn YM. Comparison of Suicide Risk by Mental Illness: a Retrospective Review of 14-Year Electronic Medical Records. *J Korean Med Sci*. 2020;35(47):402.
9. Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:63.
10. Pompili M, Gonda X, Serafini G, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):457-90.
11. Plans L, Barrot C, Nieto E, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;242:111-22.
12. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(1):1-16.
13. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä E. Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007;97(1-3):101-7.
14. Aaltonen K, Nääätänen P, Heikkinen M, et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2016;193:318-30.
15. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, et al. Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(4):266-76.
16. Shabani A, Teimurinejad S, Kokar S, et al. Suicide Risk Factors in Iranian Patients With Bipolar Disorder: A 21-Month Follow-Up From BDPF Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013;7(1):16-23.
17. Ryu V, Jon DI, Cho HS, et al. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei Med J*. 2010;51(5):641-7.
18. Harvey PD, Posner K, Rajeevan N, Yershova KV, Aslan M, Concato J. Suicidal ideation and behavior in US veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2018;102:216-22.
19. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, Shah A. Bipolar disorder. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021:1173-214.
20. Leverich GS, Altschuler LL, Frye MA, et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(5):506-15.
21. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:38-43.
22. Zhang L, Yu X, Fang YR, et al. Duration of untreated bipolar disorder: a multicenter study. *Sci Rep*. 2017;7:44811.
23. Medeiros GC, Senço SB, Lafer B, Almeida KM. Association between duration of untreated bipolar disorder and clinical outcome: data from a Brazilian sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(1):6-10.
24. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(2):136-44.
25. McCraw S, Parker G, Graham R, Synnott H, Mitchell PB. The duration of undiagnosed bipolar disorder: effect on outcomes and treatment response. *J Affect Disord*. 2014;168:422-9.
26. Buoli M, Cesana BM, Bolognesi S, et al. Factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar disorder: results from an Italian nationwide study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(3):359-70.
27. Cremaschi L, Dell'Osso B, Vismara M, et al. Onset polarity in bipolar disorder: A strong association between first depressive episode and suicide attempts. *J Affect Disord*. 2017;209:182-7.