

CHƯƠNG 1

KHÁI LƯỢC VỀ TÂM LÝ HỌC SỨC KHOẺ

Trong chương này, chúng ta sẽ mô tả lĩnh vực tâm lý học sức khỏe. Tâm lý sức khỏe là gì, quá trình phát triển như thế nào, vai trò của chuyên ngành đối đối với các lĩnh vực liên quan đến sức khỏe? Để làm được điều này, chúng ta cần định vị lĩnh vực này cả về mặt lịch sử lẫn học thuật, xem xét xem những nghiên cứu về sức khỏe và bệnh tật đã phát triển qua các thế kỷ như thế nào. Chúng ta sẽ tìm hiểu xem tâm lý học sức khỏe khác biệt với những cách tiếp cận về sức khỏe và bệnh tật khác thông qua xem xét mô hình sức khỏe và bệnh tật truyền thống dựa vào mô hình y sinh và so sánh mô hình này với mô hình tâm lý – sinh lý – xã hội đã được đề ra làm cơ sở của tâm lý học sức khỏe. Các hướng nghiên cứu trong tâm lý học sức khỏe cũng sẽ được bàn luận.

1.1. LỊCH SỬ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN

1.1.1. Các quan điểm y tế cổ đại

Trong lịch sử phương Tây, ba mô hình y tế khác nhau đã chiếm ưu thế, và những mô hình này trùng khớp với giai đoạn từ năm 300 trước Công nguyên tới năm 400 sau Công nguyên (người Hy Lạp cổ đại), từ năm 400 sau Công nguyên đến năm 1300 (Thời Trung cổ), và từ năm 1300 trở đi.

Nền văn minh của người Hy Lạp cổ đại là một trong những nền văn minh đầu tiên xem xét sức khỏe và bệnh tật trên khía cạnh sự vận hành của cơ thể thay vì coi bệnh tật là kết quả của linh hồn xấu xa xâm chiếm cơ thể. Tâm trí và cơ thể được coi là một phần của thứ giống hệt nhau, một đơn vị hoạt động cùng nhau. Khai niệm hoá của tâm trí và cơ thể này được gọi là Thuyết nhất nguyên. Thuyết nhất nguyên là Quan điểm triết học cho rằng cơ thể và tâm trí (hoặc tâm hồn, hay cách thức bộ não xử lý) về cơ bản là cùng một tính chất, và chúng đều là một phần của thực thể cơ bản.

Những nhà triết học Hy Lạp sau đó, đáng chú nhất là Plato đã phá bỏ quan niệm này, và đề xuất rằng tâm trí (hoặc linh hồn) và cơ thể thực chất là những thực thể riêng biệt. Từ góc nhìn này, cơ thể được xem như một thực thể vật chất, và tâm trí giống như một cái gì đó, một thứ gì trừu tượng hơn. Quan điểm coi tâm trí và cơ thể

là những thực thể riêng biệt được gọi là Thuyết nhị nguyên. Thuyết nhị nguyên là Quan điểm triết học cho rằng cơ thể và tâm trí (hoặc tâm hồn, hay cách thức bộ não xử lý) là những chất khác nhau về căn bản

Hippocrates (từ năm 460 – năm 377 trước Công nguyên) là một người có niềm tin mãnh liệt vào bản chất nhị nguyên của tâm lý và cơ thể. Ông đã đưa ra những gợi mở căn bản rằng bệnh tật xảy ra trong cơ thể và quá trình này độc lập với tâm trí. Hippocrates đề xuất rằng cơ thể chứa bốn loại chất lỏng cụ thể, được gọi là các dịch: máu, mật đen, mật vàng, nhớt (đờm).

Theo lý thuyết “chất lỏng” về sức khỏe và bệnh tật, khi các chất lỏng này ở trạng thái cân bằng, con người sẽ có trải nghiệm về sức khỏe. Tuy nhiên, khi những chất lỏng này ở trạng thái mất cân bằng, bệnh tật sẽ xảy ra. Do đó, việc điều trị bao gồm nỗ lực khôi phục lại trạng thái cân bằng cho bốn loại chất lỏng. Khái niệm hoá về sức khỏe và bệnh tật này được coi là nguyên lý căn bản vào thời đại đó bởi vì trước đây, bệnh tật được cho rằng sẽ xảy ra như kết quả của quỷ dữ hoặc linh hồn chiếm lĩnh cơ thể. Hippocrates không thừa nhận quan điểm thống trị và tình thế sức khỏe, bệnh tật trong phạm vi cơ thể riêng biệt. Đối với quan điểm này, ông thường được mô tả là ‘cha đẻ của y học’. Lý thuyết ‘chất lỏng’ đã trở nên thống trị trên khắp Hy Lạp và La Mã, sau đó đã được Galen phát triển, mở rộng hơn nữa trong khoảng thế kỷ thứ hai sau Công nguyên. Là một bác sĩ xuất chúng, Galen đã chứng minh rằng, bệnh tật có khả năng xảy ra ở bộ phận cụ thể trên cơ thể, và các bệnh khác nhau có những ảnh hưởng khác nhau đối với cơ thể.

Các nhà triết học đã từng bàn luận sôi nổi về vấn đề tâm trí – cơ thể trong nhiều thế kỷ. Mặc dù Thuyết nhị nguyên đã là góc nhìn quan điểm thống trị trong hàng trăm năm, tuy nhiên vấn đề vẫn còn đó. Làm thế nào để tâm trí phi vật chất có thể ảnh hưởng tới cơ thể mang tính vật chất? Liệu chúng có kết nối với nhau không? Mọi quan hệ giữa tâm trí và cơ thể chính là nền tảng của tâm lý học sức khỏe.

Sau sự sụp đổ của đế chế La Mã vào thế kỷ thứ năm, sự tiến bộ, phát triển của tri thức đã chậm lại một cách đáng kể. Quan điểm về sức khỏe và bệnh tật thay đổi, và bệnh tật một lần nữa được coi là kết quả của linh hồn quỷ dữ, ác quỷ hoặc hình phạt của Chúa. Các ý tưởng về nguyên nhân của bệnh tật mang nặng tư tưởng tôn giáo, tương tự các hình thức điều trị cũng vậy, ví dụ như tra tấn cơ thể để xua

đuổi ác quỷ. Các linh mục thay thế các bác sĩ ở vị trí chữa trị bệnh và những kiến thức về y tế trở thành thuộc phạm vi của nhà thờ. Vì con người và động vật được coi là sở hữu linh hồn, không có quyền bất khả xâm phạm, do đó, việc mổ xẻ. Tại đây, chúng ta lại thấy sự quay trở lại của quan điểm thuộc thuyết nhất nguyên về tâm trí và cơ thể: cơ thể vật chất và tâm trí được coi là một, vì tâm hồn (hay tâm trí) vốn dĩ gắn với tất cả mọi phần của cơ thể vật chất.

1.1.2. Các quan điểm y tế từ giai đoạn Phục hưng đến nay

Những quan điểm tôn giáo chủ đạo về sức khỏe và bệnh tật (và mối quan hệ tâm trí – cơ thể) vẫn còn đó cho tới thời kỳ Phục hưng (bắt đầu vào khoảng thế kỷ XIV). Trong thời kỳ Phục hưng, một cuộc điều tra “tái sinh” ở châu Âu đã dẫn tới một cuộc cách mạng khoa học trong những năm 1600. René Descartes, một nhà triết học và toán học người Pháp, đã đề xuất những quan niệm mới lạ về cơ thể. Ông đưa ra ý niệm rằng tâm trí và cơ thể là hai thực thể hoàn toàn tách biệt, nhưng chúng có giao tiếp với nhau (thông qua tuyến tủy). Đây là một đánh giá mang tính nhị nguyên về tâm trí và cơ thể, nhưng Descartes đã đi xa hơn thế bằng cách xác định rằng mặc dù tâm trí (hay tâm hồn) và cơ thể là những chất riêng biệt, nhưng chúng có tương tác với nhau. Quả là một ý tưởng cực kỳ cấp tiến vào thời điểm đó và đã dẫn tới những hệ quả chính cho nghiên cứu về sức khỏe và bệnh tật. Về cơ bản, cơ thể được khái niệm hoá như một cỗ máy vật lý. Descartes đề xuất rằng tâm hồn của con người sẽ rời bỏ cơ thể khi qua đời và động vật thì không có linh hồn, điều này cho phép việc mổ xẻ cơ thể có thể xảy ra. Bắt đầu từ đây, kiến thức về cơ thể gia tăng một cách nhanh chóng, và việc trên kính hiển vi của Van Leeuwenhoek vào thế kỷ XVII, cùng với việc khám nghiệm tử thi của Morgagni (từ thế kỷ XVII – thế kỷ XVIII) dẫn tới sự bác bỏ lý thuyết “chất lỏng” về bệnh tật.

Trong vòng ba trăm năm tiếp theo, kiến thức về y tế và kiến thức về quá trình và chức năng cơ thể đã tăng lên cực kỳ nhiều. Các bác sĩ đã phục hồi lại lĩnh vực về kiến thức y tế và tập trung vào yếu tố cơ thể, chủ yếu ở cấp độ tế bào. Chẩn đoán và điều trị bệnh duy chỉ phụ thuộc vào bằng chứng về thể chất. Những quan điểm này đã phát triển, và trở thành cái được gọi là mô hình y sinh về sức khỏe và bệnh tật, hay còn gọi là nền tảng cơ bản của y học phương Tây cổ truyền ngày nay. Do đó, y học phương Tây hiện đại ngày nay cũng mượn quan điểm nhị nguyên về tâm trí và cơ

thể: cơ thể là phần vật chất của chúng ta và tâm trí được hình thành từ các quá trình trừu tượng của suy nghĩ, cảm giác, v.v., những thứ mà độc lập với quá trình bệnh lý về mặt thể chất.

1.2. KHÁI NIỆM VÀ NHIỆM VỤ NGHIÊN CỨU

1.2.1. Khái niệm

Tâm lý học sức khỏe là một ngành học có phạm vi rộng và đa dạng, bao gồm những câu hỏi về sức khỏe thông qua cách con người đối phó với những căn bệnh mãn tính (bao gồm của chính bản thân mình và những người khác). Ví dụ, hãy suy nghĩ về một số câu hỏi sau đây:

- Bạn có nghĩ rằng tâm lý có liên quan đến sức khỏe? Thực chất, bạn định nghĩa sức khỏe là gì? Liệu có đơn giản là ngược lại với bệnh tật?
- Tâm lý có liên quan gì đến việc giữ gìn sức khỏe? Hãy suy nghĩ về việc liệu bạn có làm gì để giữ gìn sức khỏe không. Bạn có thường xuyên tập thể dục để giữ sức khỏe không? Hay bạn thường tập thể dục cho vui chứ không phải vì sức khỏe? Hay bạn cũng chẳng bận tâm tới việc tập thể dục thường xuyên?
- Liệu những hành vi nhằm giữ gìn sức khỏe có giống với những hành vi nhằm tránh bị bệnh? Liệu bạn đã bỏ hút thuốc lá vì lý do sức khỏe chưa? Nếu bạn vẫn hút thuốc, chắc hẳn bạn biết bạn nên từ bỏ chúng vì lý do sức khỏe.
- Bạn có nghĩ rằng yếu tố tâm lý ảnh hưởng tới việc bị bệnh? Liệu những căng thẳng thực sự khiến chúng ta bị bệnh? Hãy nghĩ đến trải nghiệm của chính bản thân mình, khi bạn cảm thấy căng thẳng, liệu bạn cũng cảm thấy như thể mình đang có khả năng đổ bệnh không? Nếu vậy, làm thế nào để bạn biết rằng mình đang bị bệnh?
- Liệu tâm lý học có liên quan tới cách chúng ta diễn giải những cảm giác bên trong cơ thể mình không? Làm thế nào để bạn biết rằng cảm giác kỳ lạ trong cổ họng thực ra là một triệu chứng bệnh mà có thể đang đòi bạn phải đi gặp bác sĩ. Những yếu tố như giới, tính cách, những việc bạn đang làm, những điều người khác nói với bạn, niềm tin của bạn về bệnh tật, liệu có ảnh hưởng gì tới việc nhận biết các triệu chứng bệnh về mặt thể chất không?
- Bạn có thích đi gặp bác sĩ không? Tại sao? Liệu sự tương tác của bạn với bác sĩ có liên quan đến sức khỏe của bạn không? Bạn có uống thuốc trị bệnh không?

Tại sao bạn uống và tại sao bạn không uống? Bạn có làm theo lời dặn của bác sĩ không? Tại sao bạn tuân theo và tại sao bạn không tuân theo? Bạn có biết những bác sĩ thuộc chuyên ngành sức khỏe thay thế?

• Điều gì sẽ xảy ra nếu tình trạng bệnh của bạn tiếp diễn và ảnh hưởng tới cuộc sống của bạn nhiều hơn bạn nghĩ? Bạn đối phó với vấn đề này như thế nào? Những tác động này ảnh hưởng gì tới bạn và những người khác? Bạn có nghĩ về cái chết không? Chuyện gì xảy ra nếu những người thân thiết của bạn qua đời? Họ đã qua đời như thế nào?

Tất cả những câu hỏi trên nằm trong lĩnh vực tâm lý học sức khỏe. Khoa học giải phẫu với mô hình y sinh của y tế và bệnh tật, và sự phát triển về nhận thức rằng yếu tố hành vi và xã hội là rất quan trọng trong các bệnh lý mãn tính, dẫn đến một số ngành khoa học xã hội có sự liên hệ với vấn đề sức khỏe và bệnh tật. Tâm lý sức khỏe là một trong các ngành khoa học phát triển trong thời gian này (trong những năm 1970) và sử dụng rõ ràng mô hình sinh thiết xã hội về sức khỏe và bệnh tật.

Khái niệm tiêu chuẩn và chính thức của tâm lý học sức khỏe được phát triển vào đầu những năm 1980 bởi một nhóm các nhà nghiên cứu Hoa Kỳ, được thông qua bởi Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ, Hiệp hội Tâm lý học Anh và các tổ chức chuyên nghiệp khác. Định nghĩa này nêu rõ tâm lý học sức khỏe là:

“Tổng hợp các đóng góp giáo dục, khoa học và chuyên môn cụ thể của các chuyên ngành tâm lý học để thúc đẩy và duy trì sức khỏe, phòng ngừa và điều trị bệnh, việc xác định các mối tương quan căn nguyên và chẩn đoán về sức khỏe, bệnh tật và rối loạn chức năng liên quan, cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe và hình thành chính sách y tế”. (Matarazzo, 1980, tr 815)

Có thể nói, tâm lý học sức khỏe bao gồm tất cả những đóng góp mà tâm lý học có thể mang lại cho sức khỏe thể chất và sức khỏe, và những đóng góp này bao gồm từ nguyên nhân đến trị liệu (Matarazzo, 1980).

1.2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Định nghĩa trên mang lại cho tâm lý học sức khỏe một vai trò trong bốn lĩnh vực rộng lớn về cơ bản bao gồm lĩnh vực sức khỏe thể chất. Cụ thể, tâm lý sức khỏe có liên quan đến những nhiệm vụ sau đây:

- Thúc đẩy và duy trì sức khỏe: ví dụ, hiểu sức khỏe là gì và ý nghĩa của nó với con người, giúp mọi người thay đổi lối sống vì lợi ích sức khỏe thể chất, thay đổi hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe (ví dụ: ăn chế độ ăn nhiều chất béo, không tập thể dục đủ), lập chiến dịch để giảm hút thuốc...
- Phòng ngừa và điều trị bệnh: ví dụ, kiểm tra các hành vi sàng lọc như chụp quang tuyến vú thường xuyên tìm hiểu cách mọi người cảm nhận các triệu chứng thực thể và những gì họ làm về chúng, hỗ trợ điều chỉnh bệnh mãn tính
- Nghiên cứu các nguyên nhân gây bệnh: ví dụ, kiểm tra xem các yếu tố tâm lý như cảm xúc tiêu cực có đóng vai trò nào trong nguyên nhân của một bệnh cụ thể không.
- Cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe và chính sách y tế: ví dụ, kiểm tra bệnh viện và các tổ chức y tế khác ảnh hưởng đến bệnh nhân như thế nào, sự giao tiếp của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe ảnh hưởng đến các hành vi như tuân thủ chế độ y tế và chương trình điều trị.

Như vậy, tâm lý học sức khỏe và các nhiệm vụ của chuyên ngành tâm lý học sức khỏe liên quan đến sức khỏe thể chất hơn là sức khỏe tâm thần (mặc dù những khía cạnh này là không thể tách rời). Tâm lý học sức khỏe là một lĩnh vực đa ngành, liên ngành. Có nhiều lĩnh vực liên quan đến sức khỏe được xác định rõ ràng là, chẳng hạn như thuốc tâm thần và y học hành vi. Bên cạnh đó, tâm lý học sức khỏe dựa trên nhiều khía cạnh của các lĩnh vực khác của tâm lý học, đáng chú ý nhất là tâm lý xã hội, tâm lý học lâm sàng, tâm lý học nhận thức, v.v., như mô tả trong bảng 1.1

Bảng 1.1. Đóng góp kiến thức của các lĩnh vực khác của tâm lý học đến tâm lý học sức khỏe. Theo Bernard & Krupat (1994).

Các lĩnh vực tâm lý học	Đóng góp
Sinh lý/Sinh học	Não và hệ thống miễn dịch tương tác như thế nào (ví dụ: tâm sinh lý).

Lâm sàng	Phương pháp điều trị bệnh hoặc phục hồi chức năng (ví dụ: thay đổi hành vi sau cơn đau tim); đối phó với cơn đau mãn tính.
Nhân thức	Mô hình hành vi liên quan đến sức khỏe, mô hình biểu hiện bệnh tật.
Phát triển	Sử dụng viễn cảnh tuổi thọ để cho thấy sức khỏe và bệnh tật bị ảnh hưởng như thế nào bởi giai đoạn sống, tăng trưởng và lão hóa.
Xã hội	Thay đổi hành vi xã hội, tăng cường sức khỏe và giáo dục; gần đây hơn tâm lý xã hội quan trọng khuyến khích các nhà tâm lý học sức khỏe xem xét ý nghĩa của công việc của họ và chính lĩnh vực này.
Giao lưu văn hóa	Sức khỏe và bệnh tật được nhìn theo những cách khác nhau trong các nền văn hóa khác nhau. Nhấn mạnh chủ nghĩa dân tộc của tâm lý học chính thống.

Trong những năm 1980 và 1990, tâm lý sức khỏe phát triển nhanh chóng. Sự tăng trưởng nhanh chóng đã đi cùng với mối quan tâm chung hơn về sức khỏe và hành vi trên các phương tiện truyền thông, nơi làm việc, trường học và cả trong y học. Nhiệm vụ nghiên cứu, thực hành của tâm lý học sức khỏe được hướng đến một số yếu tố trong xã hội phương Tây, bao gồm:

- nhận thức về vai trò chính của hành vi trong nhiều bệnh tật và tử vong.
- một hệ tư tưởng ngày càng tăng về sức khỏe là trách nhiệm của cá nhân (phù hợp với chủ nghĩa cá nhân ngày càng tăng trong xã hội phương tây).
- sự gia tăng các phê bình của khung y sinh.
- một sự không hài lòng với chăm sóc sức khỏe y sinh và bộ mặt thay đổi của chăm sóc sức khỏe.
- chi phí leo thang của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (ít cải thiện các chỉ số sức khỏe cơ bản).

1.3. CÁC MÔ HÌNH NGHIÊN CỨU SỨC KHỎE

1.3.1. Y sinh học và mô hình y sinh

Mô hình y sinh về sức khỏe và bệnh tật đã thống trị ngành y học hơn hai trăm năm và đang tiếp tục phát triển. Theo mô hình y sinh:

- quá trình bên trong tâm trí của cơ thể con người được chia ra thành hai mảng là quá trình tâm lí và quá trình xã hội.
- tất cả những căn bệnh và sự rối loạn thể chất có thể được giải thích bằng sự rối loạn trong quá trình sinh lí, do chấn thương, mất cân bằng sinh hóa, nhiễm khuẩn hoặc nhiễm virus, ...
- sức khỏe được xem như là sinh hóa và vật lí trong tự nhiên.

Mô hình y sinh đã kích thích một lượng lớn nghiên cứu để xác định mầm bệnh gây ra các bệnh đặc biệt. Mô hình này cũng cho phép phát triển các phương pháp điều trị vật lý cho bệnh, như thuốc, vắc-xin và các thủ tục phẫu thuật (Bernard & Krupat, 1994). Công nghệ y tế tiếp tục phát triển với tốc độ đáng kinh ngạc, và ngày càng có nhiều công nghệ chẩn đoán bệnh (như chụp cắt lớp vi tính, siêu âm và chụp cộng hưởng từ), tiến hành các thủ tục phẫu thuật (như phẫu thuật tim, ghép tạng, phẫu thuật thai nhi, phẫu thuật bằng kính hiển vi) và xét nghiệm nguy cơ mắc bệnh (như một số hình thức xét nghiệm di truyền - xem ch 4) (Joralemon, 1999).

Những công nghệ này tuy có những tiến bộ, nhưng mô hình y sinh đã bị chỉ trích nặng nề. Mô hình này được diễn tả như là (Hardey, 1998a):

- giảm thiểu, do đó bỏ qua sự phức tạp của các yếu tố liên quan tới sức khỏe (Bernard & Krupat, 1994);
- máy móc, nên cho rằng mọi bệnh đều có một nguyên nhân sinh học là chủ yếu;
- nhị nguyên, do đó cho rằng mô hình bỏ sót các khía cạnh xã hội và tâm lý của một cá nhân (Engel, 1977);
- làm theo kinh nghiệm nên cho rằng chúng ta có thể xác định một cách khách quan nguyên nhân sinh học của bệnh;
- định hướng về bệnh, nên cho rằng bệnh tật được nhấn mạnh hơn sức khỏe;
- can thiệp, do đó mà xâm nhập quá mức.

Nếu chúng ta khách quan cho rằng mọi bệnh đều có nguyên nhân chủ yếu do sinh học, thì các yếu tố về hành vi, xã hội và tâm lý sẽ không được coi như một khả năng gây ra bệnh bởi vì những điều này sẽ không được coi là một trong những quá

trình chẩn đoán (Stroebe, 2000). Do đó, từ quan điểm của mô hình y sinh, rất khó để đánh giá các yếu tố lối sống và tâm lý xã hội là ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật (Engel, 1977). Từ góc độ xã hội học hơn, nhiều lời chỉ trích nhằm vào y sinh học trong suốt những năm 1970, đã được xây dựng dựa trên nhận thức cho rằng các hoạt động y học và các giá trị của nó phù hợp với một xã hội gia trưởng và tư bản chủ nghĩa (Nettleton, 1995). Y học do nam giới thống trị và phân biệt giới tính trong giảng dạy, nghiên cứu và thực hành, và cũng có chức năng duy trì địa vị của các nhà tư bản. Hai thay đổi lớn xảy ra trong thế kỷ XX trong của xã hội phương Tây đã dẫn đến những nghi vấn nghiêm trọng về giá trị của mô hình y sinh. Trước tiên, bệnh tật đã có vài thay đổi lớn ảnh hưởng tới con người và gây ra tử vong. Thứ hai, đó là khái niệm về sức khỏe đã trở nên phổ biến và đã giảm trọng tâm nghiên cứu vào bệnh tật bởi y sinh học. Khái niệm sức khỏe đã trở nên rộng rãi hơn trước kia. Những thay đổi này được phác thảo ngắn gọn ở phần dưới đây.

Những thay đổi về sức khỏe và bệnh tật

Hơn hai mươi thế kỉ qua, tỉ lệ bệnh truyền nhiễm đã giảm đi đáng kể ở phương Tây. Vào những năm đầu thế kỷ XX, con người mắc bệnh và tử vong chủ yếu do các căn bệnh cấp tính, chỉ kéo dài trong một khoảng thời gian tương đối ngắn (như bệnh lao, viêm phổi, cúm). Tuy nhiên, trong suốt thế kỉ này, tuổi thọ con người tăng lên đáng kể, nhưng con người lại mắc bệnh và tử vong do bệnh mãn tính thay vì bệnh cấp tính (những căn bệnh mà kéo dài dai dẳng và thường không thể chữa khỏi, ví dụ như bệnh về tim mạch, ung thư, tiểu đường) (Donaldson, 2000). Đó là một căn bệnh thoái hóa, có tốc độ phát triển chậm, và tồn tại trong cơ thể con người trong một thời gian dài. Những căn bệnh mãn tính này không được chữa khỏi nhiều như những bệnh đã được kiểm soát (Taylor, 1999).

Mặc dù con người thường nghĩ rằng việc tăng tuổi thọ và giảm số lượng bệnh truyền nhiễm là kết quả của những tiến bộ trong nền y học, nhưng nhiều trường hợp thực tế cho thấy sự giảm thiểu này đã diễn ra trong nhiều năm trước khi có sự xuất hiện của vắc xin (vaccines) và dược phẩm có tác dụng hiệu quả. Điều này đúng với bệnh lao, bạch hầu, sởi, sốt scarlet (sốt ban đỏ), thương hàn, viêm phổi và cúm (McKinlay & McKinlay, 1981). Nguyên nhân chính của việc giảm thiểu là do việc cải thiện tốt hơn về vấn đề vệ sinh, dinh dưỡng, và giảm nghèo (McKeown, 1979). Ví

dụ như các cải tiến và công trình y tế công cộng cho phép xây dựng các công trình xử lý nước thải và lọc nước, việc mà có tầm ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng.

Do đó, mặc dù mô hình y sinh học là một kết cấu hữu ích cho các căn bệnh truyền nhiễm, nhưng nó lại không đủ khả năng chữa trị các căn bệnh ngày nay. Bệnh mãn tính như bệnh tim, ung thư, đột quỵ, và tiểu đường được xác định chủ yếu là do rối loạn tâm lý, hành vi và các yếu tố xã hội. Chúng được coi như **bệnh do lối sống gây nên** (Những bệnh mà các hành vi hằng ngày của con người, ví dụ chế độ ăn uống, tập luyện, hút thuốc) đóng vai trò tạo nên sự phát triển của chúng, như bệnh tim, ung thư phổi, tiểu đường loại II), bởi vì những thói quen hằng ngày như chế độ ăn uống, tập luyện, và hút thuốc đặt con người trước nguy cơ phát triển các mầm mống của các căn bệnh mãn tính này. Sự bất cập của mô hình y sinh cho các bệnh ngày nay đã được Carroll (1992) xác định là sự cô lập bệnh và trị bệnh như những chủ đề chuyên biệt của y học và sinh học là hiểu sai bản chất của hầu hết các căn bệnh đương thời.

Quan điểm mở rộng về sức khỏe

Vào năm 1948, tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra khái niệm về sức khỏe là “một trạng thái thoải mái về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh hay tật”. Khái niệm này được đưa ra với 3 lý do:

- đó là định nghĩa tích cực, thay vì tiêu cực – sức khỏe không chỉ là đơn thuần là không mắc bệnh;
- khái niệm nhìn nhận nhiều mặt khác nhau của tình trạng sức khỏe, bao gồm các khía cạnh về thể chất, tinh thần, và xã hội;
- khái niệm bao gồm những cân nhắc về chính trị và xã hội, và từ đó gây cảm hứng. Ví dụ, hạnh phúc có thể yêu cầu xóa đói giảm nghèo, tự do và cho phép con người sống trong một xã hội công bằng, văn minh.

Bên cạnh đó, trào lưu tâm lý học tích cực đã mở rộng chiều cạnh hạnh phúc trong khái niệm sức khỏe, điển hình là sự ra đời của khái niệm cảm nhận hạnh phúc.

Cảm nhận hạnh phúc là một khái niệm đang trong quá trình xây dựng, được nghiên cứu với nhiều hướng tiếp cận đa ngành trên thế giới. Các nghiên cứu hiện đại đồng ý với luận điểm rằng, “*Cảm nhận hạnh phúc là một cấu trúc đa chiều cạnh bao gồm ba bình diện: chủ quan, tâm lý và xã hội. Mỗi bình diện này cũng đều là các*

khái niệm *đa chiều cạnh*” (Negovan, 2010, tr 86). Tuy vậy, khi đặt các tiêu cấu trúc của ba bình diện với nhau, các nhà nghiên cứu vẫn đang tiếp tục có nhiều tranh luận. Quan điểm dựa vào phương thức đánh giá cho rằng có ba tiếp cận về cảm nhận hạnh phúc:

- **Cảm nhận hạnh phúc lượng giá** (evaluative well-being), đánh giá sự hài lòng trên các lĩnh vực cuộc sống và cuộc sống nói chung. Cảm nhận hạnh phúc lượng giá phản ánh mức độ hài lòng hay sự hoàn thành các bổn phận cuộc sống. Các nhà nghiên cứu hướng tới đánh giá sự hài lòng của khách thể nghiên cứu đối với từng khía cạnh cụ thể của cuộc sống như các mối quan hệ, cộng đồng sinh sống, sức khỏe, nghề nghiệp cũng như đánh giá tổng thể về cuộc sống. Một ví dụ về cách đo lường cảm nhận hạnh phúc lượng giá là câu hỏi trong Khảo sát các Giá trị trên Thế giới (World Values Survey): “*Nhìn chung, anh/chị hài lòng với cuộc sống của mình trong những ngày vừa qua ở mức độ nào?*” (OECD, 2013, tr 253). Các khách thể sẽ trả lời câu hỏi này theo thang đánh giá từ 0 đến 10, tương ứng với hoàn toàn không hài lòng (0) và hoàn toàn hài lòng (10). Phương pháp đánh giá cảm nhận hạnh phúc này được sử dụng phổ biến trong các cuộc điều tra xã hội trên mẫu khách thể lớn, như điều tra của Văn phòng Thống kê Quốc gia Vương quốc Anh (the UK Office for National Statistics), Văn phòng Thống kê Quốc gia Pháp (the French national statistics office), Hội đồng Nghiên cứu Gia đình Anh Quốc (the British Household Panel Study), Khảo sát Xã hội Canada (the Canadian General Social Survey), Khảo sát Xã hội châu Âu (the European Social Survey). Một thang đo rất có giá trị trong nghiên cứu theo tiếp cận này, đó là thang Hài lòng với cuộc sống (The Satisfaction with Life Scale) của Diener, Emmons, Larsen và Griffin (1985).

- **Cảm nhận hạnh phúc thụ hưởng** (hedonic well-being), đánh giá sự hài lòng với cuộc sống, mức độ trải nghiệm cảm xúc tiêu cực và cảm xúc tích cực. Đại diện cho hướng cảm nhận hạnh phúc thụ hưởng, Diener và các cộng sự (1985) cho rằng cảm nhận hạnh phúc chủ quan là đánh giá về mặt nhận thức và cảm xúc của con người về cuộc sống. Cảm nhận hạnh phúc được hiểu là sự hài lòng về cuộc sống nhưng không phải là một trạng thái tĩnh; mà là một khái niệm rộng bao gồm các trải nghiệm thỏa mãn, trạng thái tiêu cực ở mức thấp và sự hài lòng với cuộc sống ở mức cao. Hay nói cách khác, cảm nhận hạnh phúc thụ hưởng phản ánh tần suất và cường

độ con người trải nghiệm cảm xúc như phấn khích, vui vẻ, căng thẳng, lo lắng – những trải nghiệm này làm cho cuộc sống của một người thoải mái hay khó chịu (Kahneman & Deaton, 2010).

- **Cảm nhận hạnh phúc bản chất** (eudaimonic well-being), đánh giá việc con người hiện thực hóa được tiềm năng và sống cuộc đời có ý nghĩa. Các nhà nghiên cứu thuộc hướng cảm nhận hạnh phúc bản chất (con người hưng thịnh) (eudaimonic well-being) nhận định cảm nhận hạnh phúc chủ quan gắn liền với các yếu tố hiện thực hóa bản thân. Theo đó, hạnh phúc là khả năng cảm nhận tích cực (trải nghiệm các cảm xúc hài lòng, đáng mong đợi, tự tin, hứng thú và cam kết) về cá nhân, từ đó tương tác hiệu quả với môi trường sống xung quanh (làm chủ cuộc sống, sống có mục đích, trải nghiệm các mối quan hệ tích cực với người khác). Từ năm 1989, Ryff đã khai thác khái niệm cảm nhận hạnh phúc chủ quan theo hướng lý thuyết về sự vận hành chức năng tâm lý tích cực. Bà đã phát triển khung lý thuyết về cảm nhận hạnh phúc chủ quan dựa trên tham chiếu lý thuyết về các giai đoạn phát triển của Erikson, các lý thuyết lâm sàng về sự trưởng thành cá nhân của Maslow, Rogers, Allport; các tiêu chí về tâm lý học tích cực của Jahoda, đồng thời thông qua các nghiên cứu riêng của mình về các giai đoạn cuộc đời và luận điểm triết học về cuộc sống hạnh phúc của Becker (1992). Ryff lập luận rằng những bình diện của các lý thuyết trên đều có điểm tương đồng trong tiêu chí xác định sự vận hành tâm lý tích cực, đó là khả năng hiện thực hóa của cá nhân. Mô hình cảm nhận hạnh phúc của Ryff (1989) gồm sáu yếu tố:

Tự chấp nhận: Là tiêu chí trung tâm của sự khỏe mạnh tâm trí, hiện thực hóa cá nhân, tối ưu hóa các tiềm năng để trưởng thành, đặc trưng bởi thái độ tích cực với những điều xảy ra với cá nhân.

Có mối quan hệ tích cực: Là khả năng yêu mến người khác là yếu tố quan trọng của sự khỏe mạnh tâm trí, đặc trưng bởi sự tồn tại của các trải nghiệm nồng ấm, tin cậy.

Tự chủ trong suy nghĩ và hành động: Là khả năng tự đưa ra quyết định, độc lập và tự điều tiết hành vi của bản thân, mang lại cảm giác tự do cho cá nhân.

Làm chủ hoàn cảnh: Là khả năng cá nhân lựa chọn hay tạo ra môi trường phù hợp với các điều kiện tâm trí của mình.

Có mục tiêu sống: Là khả năng cá nhân cảm nhận rằng cuộc sống của mình có ý nghĩa, có đích để hướng tới.

Phát triển cá nhân: Không chỉ dựa trên những thành tựu đã đạt được, cá nhân còn có khả năng phát triển các tiềm năng, mở rộng các giới hạn của bản thân.

Một định hướng khác theo hướng xã hội là tiếp cận của Keyes (1998). Theo ông, cảm nhận hạnh phúc xã hội giúp cá nhân nâng cao khả năng vận hành trong xã hội, đây là một yếu tố quan trọng của cảm nhận hạnh phúc nói chung. Mô hình đa chiều cạnh của Keyes (1998) gồm năm bình diện chỉ báo mức độ vận hành của cá nhân trong xã hội: sự hòa nhập xã hội (chất lượng cuộc sống xã hội, cộng đồng của cá nhân được nâng cao); đóng góp xã hội (cảm nhận được sống với tư cách là thành viên của xã hội, có những yếu tố quan trọng để mang đến cho xã hội); chấp nhận xã hội (tin tưởng người khác, có các quan điểm nhân ái về bản chất con người); hiện thực hóa xã hội (đánh giá tiềm năng xã hội để cải thiện); cố kết xã hội (cảm nhận rằng thế giới đang được sắp xếp và vận hành tốt đẹp).

Tuy nhiên, dưới định nghĩa theo quan điểm mở rộng này thì khó có trường hợp mà nhiều người được phân loại là khỏe mạnh. Hơn nữa, định nghĩa đó bị coi là quá lí tưởng và khó có thể xảy ra (Seedhouse, 1986). Tóm lại, sự nhận ra hạn chế về mô hình y sinh, tăng cường sự tập trung vào ảnh hưởng của xã hội và tâm lí đối với sức khỏe dẫn đến sự phát triển của mô hình tâm – sinh – xã hội (Engel, 1977).

1.3.2. Mô hình Tâm – Sinh – Xã hội

Về cơ bản, mô hình tâm - sinh - xã hội, được Engel phát triển năm 1977, chỉ ra rằng sức khỏe và bệnh tật bắt nguồn từ sự tác động lẫn nhau của các yếu tố về sinh học, tâm lý và xã hội. Chẳng hạn, các yếu tố sinh học như khuynh hướng di truyền, các yếu tố hành vi như hút thuốc, căng thẳng, cũng như các điều kiện xã hội như hỗ trợ xã hội, các mối quan hệ ngang hàng có thể góp phần vào sự phát triển của một bệnh cụ thể điển hình như ung thư. Trong lĩnh vực tranh luận về sự liên kết giữa cơ thể và tâm trí, mô hình tâm - sinh - xã hội có một cách tiếp cận toàn diện và nhìn nhận rằng tâm trí và cơ thể đều có tác động đến sức khỏe và bệnh tật. Được đề xuất bởi bác sĩ tâm thần George Engel (1977), bên cạnh việc chữa bệnh bằng thuốc, mô hình này đã phát triển cách chữa bệnh dựa trên đánh giá về vấn đề của các bệnh nhân, bao gồm bối cảnh xã hội và cách xã hội ảnh hưởng đến tình trạng bệnh của họ. Mô

hình tâm - sinh - xã hội chắc chắn phù hợp với định nghĩa về sức khỏe do WHO cung cấp vào năm 1948.

Mặc dù mô hình này có sự ảnh hưởng rất lớn đối với sự phát triển của tâm lý học sức khỏe nhưng nó cũng nhận được rất nhiều chỉ trích. Một số nhà nghiên cứu điển hình như Armstrong (1987), Ogden (1997) cho rằng mô hình tâm - sinh - xã hội chủ yếu chú trọng đến vấn đề y, sinh học và mô hình này cần xây dựng thêm nền tảng lý thuyết. Trong lĩnh vực tâm thần học, McLaren (1998) cực kỳ nhấn mạnh rằng mô hình tâm - sinh - xã hội bị thiếu sót nghiêm trọng và cần phải loại bỏ. McLaren nhận định rằng mô hình này cần phải được xem xét trên khía cạnh lịch sử phát triển của nó, như là một làn sóng chống lại trường phái phân tâm học (một trường phái rất là phức tạp và không thể bị tách rời cho nghiên cứu thực nghiệm) và thuyết hành vi (lý thuyết loại bỏ bối cảnh khỏi con người). Các nhà tâm lý học cũng đưa ra một số lập luận đối với mô hình này. Nhà tâm lý học Stam (2000) đưa ra lập luận rằng các tác giả đã không thảo luận về mô hình tâm - sinh - xã hội như là một lý thuyết rõ ràng hay một mô hình chính thức.

Mặt khác, Spicer và Chamberlain (1996) lại đưa ra lập luận rằng quan điểm cơ bản của mô hình tâm - sinh - xã hội là đúng, nhưng cách thức mà nó đang được thực hiện là không phù hợp. Theo như các tác giả này, phần xã hội của mô hình không được nắm bắt trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe và sự tích hợp của xã hội và tâm lý học vẫn chưa đạt được. Theo một cách tương tự, Marks (2002) lập luận rằng mô hình sinh thiết xã hội không phải là một mô hình theo nghĩa chính thức, nhưng được hiểu rõ hơn là một cách suy nghĩ về sức khỏe và bệnh tật có chức năng nghiên cứu chính đáng và hợp lý. Suls và Rothman (2004) cũng lập luận rằng, như một khung hướng dẫn, mô hình sinh thiết xã hội đã được chứng minh là thành công đáng kể vì nó đã cho phép các nhà tâm lý học sức khỏe đi đầu trong nỗ lực thúc đẩy một cách tiếp cận đa hệ thống, đa chức năng đối với hoạt động của con người. Tuy nhiên, họ cũng tuyên bố rằng mô hình được xem xét tốt nhất như là một tiến trình kéo dài, và để có hiệu quả, có năm vấn đề cụ thể cần được giải quyết:

- chuyển đổi mô hình tâm - sinh - xã hội từ khung khái niệm sang mô hình chính thức về mối liên kết giữa các hệ thống con.

- thừa nhận và nhấn mạnh rằng các cấu trúc có liên quan có thể có nhiều vai trò trong một mô hình lý thuyết (như văn hóa ảnh hưởng đến tất cả các cấp độ phân tích).
- thiết kế và thu thập các tập dữ liệu phong phú để đánh giá con người ở mọi cấp độ liên quan và theo thời gian, để cho phép khám phá các hệ thống tương tác phức tạp.
- tập trung vào khám phá và nghiên cứu hơn là kiểm tra giải thuyết và thử nghiệm sớm.
- đảm bảo rằng các kết quả nghiên cứu được chuyển thành thực nghiệm và được công nhận (và ngược lại).

1.4. VỊ TRÍ HỌC THUẬT CỦA TÂM LÝ SỨC KHỎE

Tâm lý học sức khỏe là một lĩnh vực trẻ và năng động, cùng đồng đẳng với một số ngành học khác khám phá sức khỏe và bệnh tật. Phương pháp liên ngành để nghiên cứu về sức khỏe và bệnh tật cung cấp một tổng hợp mới, mạnh mẽ hơn (Marks et al., 2000). Ví dụ, có sự chồng chéo giữa một số nghiên cứu được thực hiện trong xã hội học y tế và tâm lý học sức khỏe. Hơn nữa, nghiên cứu được thực hiện trong nhân học có thể cực kỳ nhiều thông tin cho tâm lý học sức khỏe.

1.4.1. Môi liên hệ giữa y học tâm lý, y học hành vi, sức khỏe hành vi

Ba ngành khác liên quan chặt chẽ đến tâm lý học sức khỏe và được phát triển trước khi xuất hiện tâm lý học sức khỏe như một phân ngành: y học tâm lý, y học hành vi và sức khỏe hành vi. Y học tâm lý phát triển từ nghiên cứu của Freud vào cuối thế kỷ XIX và đầu thế kỷ XX. Freud có một ảnh hưởng rất lớn đến quan điểm về tâm trí và cơ thể, điều này buộc các chuyên gia y tế (và sau này là công chúng) phải có cái nhìn khác về mối quan hệ giữa hai người. Công trình nghiên cứu về rối loạn phân ly đã kết luận rằng các xung đột vô thức trong tâm trí có thể có tác dụng sinh lý lên cơ thể. theo quan điểm này, các xung đột tâm lý bị kìm nén trở thành các triệu chứng thực thể không có nguyên nhân hữu cơ tiềm ẩn. Các loại triệu chứng thực thể thấy trong chứng cuồng loạn chuyển đổi bao gồm mất khả năng nói, thị giác hoặc thính giác, tê liệt cơ bắp, mất cảm giác ở tay (hoặc bộ phận khác trong cơ thể) và rối loạn ăn uống như chán ăn tâm thần và chứng cuồng ăn. Công việc của Freud được tiếp tục bởi Alexander (một nhà phân tâm học) và Dunbar (một bác sĩ tâm thần) trong

những năm 1930. Họ đặc biệt quan tâm đến các tính cách đặc biệt (chứ không phải các quá trình tâm thần nội sinh) vì gây bệnh và đề xuất rằng sự lo lắng phát sinh từ các xung đột dẫn đến thay đổi sinh lý trong cơ thể thông qua hệ thống thần kinh tự trị (Taylor, 1999). Công việc này đã dẫn đến sự yếu kém của y học tâm lý (Một lĩnh vực nghiên cứu đa ngành liên quan đến việc điều trị các triệu chứng thực thể và bệnh tật bằng cách sử dụng một cách tiếp cận toàn diện). Ở đây, các rối loạn đặc biệt được cho là có nguồn gốc tâm lý và hoạt động trong lĩnh vực này kiểm tra hồ sơ tâm lý của các rối loạn cụ thể. Loét, viêm khớp dạng thấp, huyết áp vô căn (Huyết áp tăng đều mà không có nguyên nhân xác định) và hen phế quản đều được cho là kết quả của xung đột tâm lý phổ biến hoặc tính cách gây bệnh.

Y học tâm lý đã loại bỏ một loạt các bệnh có thể do nguyên nhân tâm lý, hạn chế phạm vi vấn đề mà các yếu tố tâm lý và xã hội có thể quan trọng. Công việc này vẫn duy trì phân tâm học cho đến những năm 1960, khi nó mở rộng để tính đến một cách suy nghĩ toàn diện hơn về sức khỏe và bệnh tật (Totman, 1982). Hiện nay y học tâm lý là một lĩnh vực rộng lớn hơn nhiều để kiểm tra các yếu tố tâm lý xã hội, chức năng sinh lý và sự phát triển của bệnh tật (Sarafino, 1998)

Không hài lòng với mô hình y sinh và nhận thức ngày càng tăng về tầm quan trọng của các yếu tố hành vi đối với sức khỏe và bệnh tật đã dẫn đến sự phát triển của các lĩnh vực **y học hành vi** và **sức khỏe hành vi** trong những năm 1960 và 1970.

Y học hành vi là một lĩnh vực đa ngành nghiên cứu liên quan đến áp dụng các nguyên tắc hành vi và kỹ thuật để phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị bệnh và phục hồi chức năng.

Sức khỏe hành vi là một lĩnh vực đa ngành nghiên cứu liên quan đến tăng cường sức khỏe và ngăn ngừa bệnh tật trong sức khỏe của từng cá thể

Vào thời điểm này, chủ nghĩa hành vi là quan điểm chủ đạo trong Tâm lý học. Theo quan điểm này, hành vi cụ thể được học thông qua tình trạng (cả kinh điển và có tác động). Hành vi y học đã dựa trên những nguyên tắc này để khám phá vai trò của chúng đối với sức khỏe, bệnh tật và chức năng sinh lý. Phản hồi sinh học được phát triển như một liệu pháp kỹ thuật giúp mọi người giành quyền kiểm soát các quá trình sinh lý như huyết áp. Y học hành vi rõ ràng là liên ngành, tích hợp khoa học hành vi và y tế. Một khía cạnh quan trọng của hành vi y học đang điều trị cho những

người bị bệnh (Bernard & Krupat, 1994; Chan và cộng sự, 2002); điều này có thể tương phản với trường con về sức khỏe hành vi, mà là tương tự rõ ràng liên ngành, nhưng trọng tâm chính là ngăn chặn bệnh tật và tăng cường sức khỏe.

Mục tiêu của y học tâm thần là nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng liên quan đến các khía cạnh khác nhau của mối quan hệ giữa các yếu tố xã hội, tâm lý và hành vi và các quá trình cơ thể ở người và động vật. Đây là lĩnh vực liên ngành dành cho điều tra thực nghiệm và lâm sàng trong sinh học hành vi, tâm thần học, tâm lý học, sinh lý học, nhân học và y học lâm sàng.

Tạp chí Y học Hành là một liên ngành được hình thành rộng rãi dành cho việc nâng cao hiểu biết của chúng ta về sức khỏe thể chất và bệnh tật thông qua kiến thức và công nghệ của tâm lý học hành vi. Áp dụng kiến thức này vào phòng ngừa, điều trị và phục hồi chức năng cũng là một chức năng chính của tạp chí, bao gồm các bài báo từ tất cả các chuyên ngành nghiên cứu về y học hành vi: tâm lý học, tâm thần học, xã hội học, dịch tễ học, nhân chủng học, kinh tế y tế và sinh học.

Giải phẫu với mô hình y sinh và nhận thức ngày càng tăng về tầm quan trọng của các yếu tố hành vi đối với sức khỏe và bệnh tật đã dẫn đến sự phát triển của các lĩnh vực y học hành vi (một lĩnh vực nghiên cứu đa ngành liên quan đến việc áp dụng các nguyên tắc và kỹ thuật hành vi để phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị bệnh và phục hồi chức năng) và sức khỏe hành vi (một lĩnh vực nghiên cứu đa ngành liên quan đến việc tăng cường sức khỏe và ngăn ngừa bệnh tật ở những người khỏe mạnh) trong những năm 1960 và 1970. Vào thời điểm này, chủ nghĩa hành vi là một quan điểm chủ đạo trong tâm lý học. Theo quan điểm này, các hành vi cụ thể được học thông qua điều kiện (cả cổ điển và hoạt động). Y học hành vi đã dựa trên những nguyên tắc này để khám phá vai trò của chúng đối với sức khỏe, bệnh tật và chức năng sinh lý. Phản hồi sinh học được phát triển như một kỹ thuật trị liệu để giúp mọi người kiểm soát các quá trình sinh lý như huyết áp. Y học hành vi rõ ràng là liên ngành, tích hợp các khoa học hành vi và y tế. Một khía cạnh quan trọng của y học hành vi là điều trị cho những người bị bệnh, điều này có thể trái ngược với lĩnh vực sức khỏe hành vi, tương tự rõ ràng liên ngành, nhưng có trọng tâm chính là ngăn ngừa bệnh tật và tăng cường sức khỏe.

Tâm lý học sức khỏe, y học tâm lý và y học hành vi có những mục tiêu tương tự và có nhiều sự trùng lặp về kiến thức được sử dụng trong các lĩnh vực này. Sự khác biệt chính được thực hiện giữa chúng là mức độ chúng liên ngành: y học tâm lý phù hợp hơn với các ngành y khoa, đặc biệt là tâm thần học; y học hành vi là đối nghịch và bao gồm các học viên, học giả và sinh viên từ một loạt các ngành học (Chan và cộng sự, 2002); tâm lý học sức khỏe là một lĩnh vực của tâm lý học và thu thập kiến thức từ nhiều lĩnh vực khác của tâm lý học (xem bảng 1.1). Sự khác biệt này được nhìn thấy trong các thành viên của các cơ quan chuyên môn liên quan đến các ngành này, mặc dù cũng có sự chồng chéo trong các thành viên và một số người là thành viên của cả ba.

1.4.2. Các ngành học khác liên quan đến tâm lý sức khỏe

Một loạt các ngành học khác cũng có liên quan đến tâm lý sức khỏe (xem bảng 1.2). Chúng ta có thể xem các chuyên ngành này là cung cấp các quan điểm khác nhau về sức khỏe và bệnh tật, từ quan điểm ẩm thực, đến quan điểm xã hội (hoặc thuộc xã hội), cho đến quan điểm cá nhân.

Bảng 1.2 Một số ngành liên quan đến sức khỏe liên quan đến tâm lý sức khỏe

Quan điểm	Các ngành liên quan và phân ngành
<i>Văn hóa</i>	Nhân học y tế
<i>Xã hội</i>	Xã hội học y tế
	Xã hội học sức khỏe và bệnh tật
	Y đức
	Chính sách xã hội
	Kinh tế y tế
	Dịch tễ học
	Sức khỏe cộng đồng
<i>Cá nhân</i>	Thuốc
	Phẫu thuật
	Nha khoa
	Điều dưỡng
	Vật lý trị liệu

Tri liệu nghề nghiệp

Y học hành vi

Sức khỏe hành vi

Thuốc tâm thần

Tại góc độ văn hóa, nhân học y tế kiểm tra làm thế nào cả hai yếu tố sinh học và văn hóa có thể ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật. Quan điểm này cũng cung cấp cái nhìn sâu sắc về các yếu tố chính trị và kinh tế ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật. Nghiên cứu sức khỏe và bệnh tật giữa các nền văn hóa có nghĩa là các loại câu hỏi cụ thể có thể được hỏi, chẳng hạn như sức khỏe khác nhau như thế nào giữa các nền văn hóa. Liệu đó có nghĩa là những điều khác nhau trong nền văn hóa khác nhau? Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấu trúc trong các nền văn hóa khác như thế nào? Làm thế nào nhiều văn hóa ảnh hưởng đến những gì được coi là sinh học? Các nhà nhân học y tế đã chứng minh làm thế nào hành vi khiến cá nhân có nguy cơ mắc bệnh AIDS (quan hệ tình dục không dùng bao cao su, sử dụng kim tiêm để tiêm thuốc) có liên quan đến bất lợi về kinh tế và xã hội. Ví dụ, nhu cầu kinh tế buộc người đàn ông và phụ nữ tham gia hoạt động mại dâm, và nghèo đói có liên quan đến việc sử dụng thuốc tiêm tĩnh mạch (Joralemon, 1999). Từ quan điểm này, sử dụng bảng câu hỏi và tập trung vào hành vi ở cấp độ cá nhân là không đủ.

Nhiều ngành học có quan điểm xã hội hơn về sức khỏe và bệnh tật. Trong xã hội học y tế và xã hội học về sức khỏe và bệnh tật, các khía cạnh xã hội của cả sức khỏe và bệnh tật đều được kiểm tra. Ở đây, các loại câu hỏi đã được giải thích bao gồm cách một người thể hiện bệnh tật cho người khác. Những tác động nào chiếm "vai trò ồm yếu" đối với một người và những người khác có liên quan? Là dễ dàng hơn để tuyên bố bệnh tật trong các bối cảnh nhất định hơn so với những người khác? Các phản ứng xã hội và chính tả đối với bệnh tật là gì? Làm thế nào là bệnh được miêu tả trong y tế? Vị thế kinh tế xã hội đóng vai trò gì trong việc giữ cho mọi người khỏe mạnh?

Một chuyên ngành khác có quan điểm xã hội là dịch tễ học, trong đó tần suất, phân phối và nguyên nhân gây bệnh trong dân số được kiểm tra và ghi nhận. Dịch tễ

học xem xét **tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ lưu hành** và **tỷ lệ mắc**, và những thuật ngữ này cũng được sử dụng trong tâm lý học sức khỏe.

- Tỷ lệ mắc bệnh: Bệnh tật, thương tật hoặc khuyết tật, tỷ lệ mắc bệnh là số người mắc bệnh, thương tật hoặc khuyết tật cụ thể
- Tỷ lệ tử vong: số ca tử vong do một nguyên nhân cụ thể
- Tỷ lệ lưu hành: Số trường hợp (người) bị bệnh, thương tật hoặc khuyết tật cụ thể, đề cập đến tổng số trường hợp, bao gồm các trường hợp được báo cáo trước đây và hiện tại
- Tỷ lệ mắc bệnh giới hạn: Số trường hợp mới (người) bị bệnh, thương tật hoặc khuyết tật cụ thể được báo cáo trong một thời gian cụ thể

Các nhà dịch tễ học đặt câu hỏi như tỷ lệ ung thư cụ thể ở các vị trí địa lý cụ thể là bao nhiêu. Tại sao tỷ lệ ung thư thay đổi theo vị trí địa lý? Tại sao một căn bệnh đặc biệt được phân phối khác nhau theo độ tuổi, dân tộc hoặc các nhóm văn hóa?

Y tế công cộng cũng có quan điểm xã hội về sức khỏe. Kỷ luật này là mối quan tâm với việc bảo vệ, duy trì và cải thiện sức khỏe thông qua nỗ lực có tổ chức trong cộng đồng (Sarafino, 1998). Những người trong ngành y tế công cộng hỏi những câu hỏi như làm thế nào chúng ta có thể giao tiếp một cách hiệu quả hơn để khiến mọi người ngừng hút thuốc hoặc mặc áo chống nắng? Làm thế nào hiệu quả là các chương trình giáo dục sức khỏe cho các phân khúc cụ thể của dân số?

Ngoài ra còn có nhiều ngành học có quan điểm cá nhân và hành vi nhiều hơn về sức khỏe và bệnh tật. Các ngành y học cổ truyền như y học, phẫu thuật, nha khoa, điều dưỡng, cũng như các ngành học liên kết như vật lý trị liệu, vật lý trị liệu, liệu pháp nghề nghiệp và nghiên cứu phục hồi chức năng, đều có thể được đưa vào đây. Và tất nhiên đây là nơi tiếp cận tâm lý học truyền thống phù hợp nhất. Những người sử dụng một quan điểm cá nhân đặt ra những câu hỏi như cách mọi người thích nghi với cuộc sống với căn bệnh mãn tính. Làm thế nào chúng ta có thể khiến các cá nhân dùng thuốc theo chỉ dẫn? Làm thế nào để vào một thiết lập bệnh viện ảnh hưởng đến cá nhân? Làm thế nào để chúng ta thay đổi hành vi của một người để làm cho người đó khỏe mạnh hơn?

Tóm lại, có rất nhiều ngành và phân ngành liên quan đến sức khỏe có quan điểm khác nhau về nghiên cứu sức khỏe và bệnh tật. Nhiều trong số này có liên quan đến tâm lý sức khỏe, đặc biệt là khi lĩnh vực này đang nhanh chóng mở rộng. Bây giờ chúng ta chuyển sang kiểm tra một số phương pháp và quan điểm được sử dụng trong tâm lý học sức khỏe.

1.4.3. Môi liên hệ của tâm lý học sức khỏe với các chuyên ngành khác

Như chúng ta đã lưu ý, tâm lý học sức khỏe là một lĩnh vực rộng lớn bao trùm một loạt các vấn đề ngày càng đa dạng. Theo Smith và Suls (2004), trọng tâm công việc trong tâm lý học sức khỏe đang thay đổi để tập trung nhiều hơn vào các đặc trưng theo bối cảnh của sức khỏe. Ở Hoa Kỳ, điều này phần lớn là kết quả của những thay đổi trong nhân khẩu học, với sự đa dạng của các nhóm dân tộc và dân số già (Smith & Suls, 2004). Hiện nay người ta chú ý nhiều hơn đến bối cảnh xã hội về sức khỏe và bệnh tật, các nhà tâm lý học sức khỏe nghiên cứu và làm việc với các cá nhân, gia đình, nhóm, cộng đồng, tổ chức và cộng đồng dân cư (Marks và cộng sự, 2000). Trong những năm gần đây, bốn phương pháp chính đã được phát triển bao gồm: tâm lý học sức khỏe lâm sàng, tâm lý y tế công cộng, tâm lý sức khỏe cộng đồng và tâm lý sức khỏe biện chứng (Marks, 2002).

Tâm lý học sức khỏe lâm sàng

Tâm lý học sức khỏe lâm sàng được nghiên cứu với nền tảng vững chắc và được sử dụng chủ yếu trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe. Cách tiếp cận lâm sàng đòi hỏi lượng kiến thức rộng và đa dạng để làm việc với bệnh nhân. Đây là cách tiếp cận chính thức và chủ đạo nhất trong bốn phương pháp; đã thành công trong việc chứng minh giá trị của các quan điểm tâm lý về sức khỏe, bệnh tật và chăm sóc sức khỏe (Marks, 2002). Đồng thời, cách tiếp cận này đã tiến bộ mạnh mẽ nhất về chuyên môn hóa tâm lý học sức khỏe.

Tâm lý y tế công cộng

Tâm lý y tế công cộng ít quan tâm đến từng bệnh nhân và sự điều trị mà tập trung hơn vào việc tăng cường và phòng ngừa sức khỏe ở cấp độ toàn dân. Trong tâm lý học y tế công cộng ta xem xét một khía cạnh rộng lớn hơn, nơi sức khỏe được coi là kết quả của các khía cạnh xã hội, kinh tế và chính trị (Marks, 2002). Như Albee và Fasher (2003) đã lưu ý, “sự can thiệp thành công trong việc chữa trị một đối tượng

đặc biệt không ảnh hưởng tới tỉ lệ mắc mới trong dân số” (tr 71). Do đó, phòng ngừa là cách duy nhất để giảm tỷ lệ mắc bệnh của người dân. So với các trường hợp được điều trị ở cấp độ cá nhân, phòng ngừa thường được thực hiện ở cấp độ tập thể, điều này có thể gây khó khăn cho việc bảo đảm nguồn quỹ và quá trình thực hiện một cách nghiêm túc. Công tác phòng ngừa thường mất nhiều thời gian, điều này khiến mọi người khó đánh giá và nhận biết về hiệu quả của nó. Công tác này cũng cực kỳ khó khăn để giải quyết các vấn đề xã hội lớn như thị trường lao động lớn và nghèo đói (Albee & Fowder, 2003). Tâm lý học y tế công cộng mang tính liên ngành nhiều hơn các phương pháp khác, dựa trên nghiên cứu và phát hiện từ dịch tễ học, y tế công cộng, truyền thông y tế, kinh tế y tế và xã hội học y tế.

Tâm lý sức khỏe cộng đồng

Cũng như tâm lý y tế công cộng, tâm lý học sức khỏe cộng đồng coi sức khỏe là kết quả của bối cảnh xã hội, kinh tế và chính trị (Marks, 2002). Lĩnh vực này cũng liên quan đến việc tăng cường sức khỏe nói chung và phòng ngừa bệnh hơn là chẩn đoán và điều trị cá nhân. Tâm lý học sức khỏe cộng đồng tập trung vào các cộng đồng, các nhóm, cùng làm việc với họ và hướng tới trao quyền để chống lại bệnh tật, thúc đẩy sức khỏe và tạo cơ hội thay đổi xã hội (Campbell & Murray, 2004). Cách tiếp cận này phát triển từ sự lo ngại về những hạn chế của tâm lý sức khỏe truyền thống, đã đưa ra các cuộc tranh luận về sự bất bình đẳng về sức khỏe và cách giải quyết chúng (Campbell & Murray, 2004). Phương pháp này sử dụng một quan điểm sinh thái về phát triển tâm lý xã hội lành mạnh, phù hợp với tâm lý cộng đồng nói chung. Các cá nhân được đặt trong hệ thống nhỏ, các hệ thống nhỏ liên kết để tạo thành các mạng lưới rộng lớn hơn (Murray và cộng sự, 2004). Tâm lý học sức khỏe cộng đồng làm rõ về các giá trị của tập thể và sự chăm sóc mà lĩnh vực này sử dụng làm cơ sở nghiên cứu và ứng dụng; đồng thời nó cũng rõ ràng trong việc sử dụng các khái niệm như áp bức, trao quyền, công bằng xã hội, lòng trắc ẩn và tôn trọng sự đa dạng (Murray và cộng sự, 2004). Cam kết **nghiên cứu hành động** (kết hợp giữa nghiên cứu và hành động làm thay đổi thực tiễn, hoặc nghiên cứu triển khai) là một trong những mục tiêu chính của phương pháp này. Muốn đạt được tiến bộ trong việc hiểu và thúc đẩy sức khỏe, hợp tác với các ngành khoa học xã hội và y tế khác được xem là rất cần thiết (Murray và cộng sự, 2004). Các nhà nghiên cứu làm việc trong

các ngành liên quan đến sức khỏe khác cũng xuất hiện nhiều điểm chung với các nhà tâm lý học sức khỏe cộng đồng.

Tâm lý sức khỏe biện chứng

Có rất nhiều cách để tiếp cận và các nhà tâm lý học làm việc ở khía cạnh này cũng có nhiều góc nhìn khác nhau; tuy nhiên, họ cùng chia sẻ quan điểm rằng việc đánh giá các lý thuyết và thực tiễn trong tâm lý học là rất quan trọng để nhận định liệu họ có duy trì một tình trạng bất công và không công bằng hay không (Prilleltensky & Fox, 1997). Trọng tâm trong tâm lý học sức khỏe biện chứng rất rộng, bao gồm một loạt phân tích về quyền lực, kinh tế và các ảnh hưởng của quá trình vĩ mô lên xã hội hoặc cấu trúc sức khỏe, chăm sóc sức khỏe, tâm lý sức khỏe và xã hội ở cấp độ lớn (Marks, 2002). Quyền lực là một khái niệm thiết yếu ở đây, và được xem xét về cách thức hoạt động của quyền lực để tạo thuận lợi hoặc ngăn ngừa thành tựu về vấn đề sức khỏe. Tâm lý học sức khỏe biện chứng nghiên cứu sức mạnh về vai trò của văn hóa và cấu trúc xã hội đối với sức khỏe, nhưng phân tích sức mạnh cũng được áp dụng từ cấp độ vi mô (ví dụ: trong các mối quan hệ cá nhân) thông qua các cấp độ vĩ mô (ví dụ: phát triển) (Prilleltensky & Prilleltensky, 2003). Như trong tâm lý sức khỏe cộng đồng, một trong những điều quan trọng ở đây là tôn trọng sự đa dạng. Nhiều ý tưởng được sử dụng trong tâm lý học sức khỏe thiết yếu được phát triển từ “những cuộc khủng hoảng” xảy ra trong tâm lý học xã hội và các ngành khoa học xã hội khác trong những năm 1970 và 1980. Chúng bao gồm một cuộc kiểm tra về khoa học là gì, kiến thức có nguồn gốc như thế nào và liệu các nhà tâm lý học có thể khách quan và không đưa ra phán xét hay không. Trong năm năm qua, quan điểm biện chứng đã phát triển trong tâm lý học sức khỏe. Ban đầu, một cuộc tranh luận đã nảy sinh xung quanh các vấn đề về phương pháp, nhưng điều này nhanh chóng dẫn tới các giả định nghiên cứu và các giá trị cơ bản (Murray, 2004).

Những cách tiếp cận này và sự khác nhau giữa chúng sẽ được đề cập trong bảng 1.3 sau đây:

Bảng 1.3 So sánh giữa các chuyên ngành gần của tâm lý học sức khỏe

Đặc điểm	Tâm lý học sức khỏe lâm sàng	Tâm lý y tế công cộng	Tâm lý sức khỏe cộng đồng	Tâm lý sức khỏe biện chứng

Trọng tâm nghiên cứu	Bệnh lý và rối loạn chức năng	Tăng cường sức khỏe và phòng chống dịch bệnh	Thúc đẩy, phát triển sức khỏe thể chất và tinh thần	Quyền lực, khả năng
Lý thuyết/ Quan điểm triết học	Mô hình sinh thiết xã hội (xem xét mối liên kết giữa sinh học, tâm lý học và các yếu tố môi trường xã hội)	Không có lý thuyết hay triết học nhất định; làm việc hướng tới các lý thuyết chung như việc làm cải thiện sức khỏe, hỗ trợ tăng cường sức khỏe cộng đồng	Sử dụng mô hình kinh tế và xã hội, tập trung vào các cấp độ cá nhân và hệ thống để tăng cường và phòng ngừa sức khỏe. Xem cá nhân và cộng đồng là phụ thuộc lẫn nhau	Phân tích các giá trị, giả định và thực hành của nhà tâm lý học và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. Qua đó, đánh giá hiệu quả và lợi ích nó mang lại
Giá trị	Duy trì quyền tự chủ của cá nhân thông qua sự can thiệp đạo đức	Theo dõi sức khỏe của dân cư làm cơ sở cho chính sách và tăng cường sức khỏe, truyền thông và sự can thiệp	Tăng quyền tự chủ của những người yếu thế hoặc người bị áp bức thông qua hành động xã hội	Làm nổi bật bản chất chính trị của tất cả sự tồn tại của con người; tư tưởng tự do và lòng trắc ẩn trong con người
Bối cảnh	Người mắc bệnh và bệnh nhân trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, như bệnh viện, phòng khám, trung tâm	Trường học, nơi làm việc, phương tiện truyền thông	Gia đình, cộng đồng, con người trong bối cảnh văn hóa xã hội	Xây dựng xã hội, kinh tế, chính quyền; con người trong bối cảnh chính trị xã hội

	y tế			
Mục tiêu	Tăng cường hiệu quả của phương pháp điều trị, hiểu các khía cạnh tâm lý xã hội của điều trị	Cải thiện sức khỏe của cộng đồng	Trao quyền và thay đổi xã hội	Đấu tranh cho sự bình đẳng của các cơ hội và nguồn lực về sức khỏe
Phương pháp nghiên cứu	Thử nghiệm để kiểm tra hiệu quả của phương pháp can thiệp; phương pháp tương quan, định lượng và bán thí nghiệm	Phương pháp dịch tễ học, thử nghiệm quy mô lớn, thống kê đa biến, đánh giá	Nghiên cứu hành động, kết hợp giữa các nhà nghiên cứu, các chuyên gia và cộng đồng, áp dụng nhiều phương pháp	Phân tích biện chứng được kết hợp với bất kỳ phương pháp nào được sử dụng trong ba cách tiếp cận còn lại

Mặc dù có những xung đột giữa các cách tiếp cận trong tâm lý học sức khỏe nhưng cũng có nhiều lĩnh vực đan xen và sử dụng các thành tựu của các phương pháp tiếp cận khác nhau. Trong một lĩnh vực trẻ và đang phát triển, sự chồng chéo xảy ra trong nhiều trường hợp. Một số nhà tâm lý học sức khỏe làm việc trong hai hoặc ba trong số các lĩnh vực này cùng một lúc. Tuy nhiên, việc kết hợp các quan điểm và kiến thức từ các phương pháp khác nhau có tiềm năng mang lại lợi ích cho tất cả mọi người. Ví dụ, Albee và Fowler (2003) gần đây đã xác định nhu cầu hiện tại để phát triển một tâm lý sức khỏe cộng đồng.

1.5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ ĐÁNH GIÁ TRONG TÂM LÝ HỌC SỨC KHỎE

Trong khoa học hành vi nói chung - và bất kỳ lĩnh vực nào trong phạm vi tâm lý học nói riêng - đo lường là một quá trình diễn ra liên tục và phức tạp. Nghiên cứu bao gồm quá trình lý thuyết hóa, phát triển thang đo, đánh giá và hoàn thiện cả các kỹ thuật đo lường cụ thể và các mô hình khái niệm làm nền tảng cho các kỹ thuật đó. Đo lường trong tâm lý sức khỏe thường đặc biệt phức tạp. Sự đa dạng gây chán nản các

chủ đề, phương pháp và mức độ phân tích dường như đòi hỏi kiến thức toàn diện ở cả trong và ngoài tâm lý học, và các nhà nghiên cứu phải linh hoạt và thường xuyên sáng tạo trong việc áp dụng các nguyên tắc đo lường cơ bản cho các câu hỏi và lĩnh vực mới.

Ngay từ đầu, quá trình đo lường đã đặt ra những thách thức lớn trong tâm lý học sức khỏe, một phần vì lĩnh vực này dựa trên mô hình tâm sinh xã hội (Engel, 1977). Trái ngược với mô hình y sinh, mô hình mà trong đó bệnh tật được coi là dấu hiệu của các thay đổi trong sinh hóa và chức năng của tế bào, cơ quan và hệ thống sinh lý, quan điểm sinh thiết xã hội mô tả sức khỏe và bệnh tật như là tương tác qua lại giữa các quá trình sinh học, tâm lý và xã hội/văn hóa. Hệ thống này bao gồm tương tác qua lại của các yếu tố và mức độ phân tích được sắp xếp theo các cấp bậc, điều định hình các câu hỏi nghiên cứu trong mỗi cấp độ phân tích và trên các cấp độ. Mỗi cấp độ phân tích có mô hình khái niệm, phương pháp nghiên cứu và quy trình đo lường liên quan riêng. Mô hình sinh thiết xã hội đòi hỏi các cấp độ này phải được tích hợp trong quá trình nghiên cứu. Đối với những người tiến hành khảo sát, điều này đặt ra yêu cầu tăng mức độ thấu hiểu với các khái niệm và phương pháp đo lường, cũng như xem xét các quy trình liên quan trong việc tập hợp chúng lại với nhau theo những cách có ý nghĩa.

1.5.1. Nguồn gốc của sự phức tạp trong đo lường tâm lý học sức khỏe

Trong quá trình hình thành và phát triển, tâm lý học sức khỏe đã đưa ra rất nhiều các khái niệm và phương pháp trong các lĩnh vực cũ hơn của tâm lý học, đặc biệt là tâm lý học xã hội, lâm sàng, nhân cách, thực nghiệm và sinh lý. Giống như các lĩnh vực liên quan của trị liệu hành vi và trị liệu tâm thần, tâm lý học sức khỏe cũng dựa trên một số ngành khoa học hành vi và y sinh khác, đặc biệt là y học, dịch tễ học, y tế công cộng, xã hội học, di truyền học và điều dưỡng. Do đó, nghiên cứu và ứng dụng trong tâm lý học sức khỏe thỉnh thoảng – nếu không phải là thường xuyên - liên quan đến những nỗ lực hợp tác với các điều tra viên từ các ngành khoa học khác đó, và các phương pháp nghiên cứu được đưa ra, bao gồm cả việc đo lường, được định hình và có thể được đưa ra dưới nhiều quan điểm khác nhau.

Ba lĩnh vực của tâm lý học sức khỏe

Lĩnh vực đầu tiên – hành vi sức khỏe và phòng ngừa – bao gồm mối liên hệ giữa thói quen hàng ngày và các hành vi khác (ví dụ: chế độ ăn uống, mức độ hoạt động thể chất, hút thuốc, sử dụng rượu) với các hệ quả sức khỏe về sau. Mục tiêu ban đầu của lĩnh vực nghiên cứu này là xác định mối liên hệ mạnh mẽ giữa các hành vi có khả năng điều chỉnh và kết quả sức khỏe về sau, cũng như những yếu tố điều chỉnh các liên hệ này (ví dụ: tuổi, giới tính, dân tộc, tiền sử mắc bệnh của gia đình) mà có thể chỉ ra các nhóm nhỏ trong đó yếu tố hành vi nguy cơ có ít hay nhiều sự quan trọng. Các nghiên cứu sau đó xem xét những yếu tố quyết định trong số các yếu tố hành vi nguy cơ này để xây dựng các mô hình tạo điều kiện thuận lợi cho việc thiết kế các can thiệp giảm hành vi rủi ro. Phạm vi ảnh hưởng đến các hành vi sức khỏe có thể cung cấp thông tin cho các nỗ lực can thiệp khá rộng, bao gồm các biến số tâm lý dễ thay đổi (ví dụ: sự thôi thúc và các biến động lực khác, ảnh hưởng, đánh giá), đặc điểm tâm lý ổn định hơn (ví dụ: niềm tin, kỳ vọng, thái độ), các biến số sinh học (ví dụ: các quá trình cân bằng nội môi, sự phụ thuộc vào các chất hóa học), các yếu tố xã hội, thậm chí là văn hóa rộng lớn hơn (ví dụ: tình trạng kinh tế xã hội, giáo dục).

Nghiên cứu về can thiệp dựa trên kết quả của các nghiên cứu về bản chất, các biến điều tiết và các yếu tố quyết định trong các yếu tố hành vi nguy cơ sẽ là điều tuyệt vời nhất. Các nghiên cứu về can thiệp được mong đợi sẽ đặt ra một trong hoặc cả hai câu hỏi sau. Đầu tiên, sự can thiệp có tạo ra những thay đổi có ý nghĩa trong hành vi nguy cơ không? Trong tình huống này, cụm từ “có ý nghĩa” không chỉ liên quan đến mức độ thay đổi mà còn liên quan đến thời gian thay đổi, vì nhiều cải thiện trong hành vi sức khỏe (ví dụ: cai thuốc lá, giảm cân, tăng hoạt động thể chất) không tồn tại lâu. Thứ hai, những thay đổi trong hành vi được tạo ra bởi các can thiệp này có làm giảm tỷ lệ mắc bệnh hoặc cải thiện các hệ quả sức khỏe khác không? Trong nghiên cứu về phòng ngừa, có thể sử dụng rất nhiều tiếp cận can thiệp đa dạng, từ tiếp cận cá nhân hoặc nhóm nhỏ (ví dụ: trị liệu hành vi, phỏng vấn tạo động lực, tham vấn gia đình hoặc cặp đôi), đến các tiếp cận nhóm lớn hơn (ví dụ: trường học, nơi làm việc, hoặc các chương trình trong khu dân cư), cho đến can thiệp cộng đồng (ví dụ: chính sách công, quảng cáo và giáo dục công cộng).

Lĩnh vực đầu tiên của tâm lý học sức khỏe mô tả một trong những nguồn gốc của sự phức tạp trong đo lường ở tâm lý học sức khỏe - sự hỗn tạp của các cấu trúc sẽ

được chỉ ra. Các hành vi sức khỏe được đánh giá bắt đầu từ thất dây an toàn, dùng kem chống nắng và kiểm tra sức khỏe cho đến hút thuốc, uống rượu, ăn uống và hoạt động thể chất. Các hệ quả sức khỏe ảnh hưởng đến các hành vi nguy cơ này bao gồm tuổi thọ, tỷ lệ mắc bệnh hoặc tử vong do các nguyên nhân cụ thể và mức độ hoạt động hiệu quả (nghĩa là ngược với khuyết tật). Các yếu tố quyết định các hành vi này liên quan đến các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, văn hóa và kinh tế, và các loại can thiệp được sử dụng để giải quyết chúng cũng có sự đa dạng tương tự. Do đó, trong lĩnh vực này, các mô hình khái niệm về các hành vi có liên quan, các biến điều tiết ảnh hưởng của chúng, các yếu tố quyết định và các phương pháp can thiệp của họ có thể rất đa dạng và thường phức tạp. Các phương pháp quan sát mà qua đó các cấu trúc này có thể được đánh giá và các quy tắc diễn giải các kết quả quan sát thành số liệu cũng có mức độ đa dạng tương tự.

Lĩnh vực thứ hai – căng thẳng và sức khỏe, hay y khoa tâm thể - đặt ra những nhiệm vụ tương tự. Ở đây, trọng tâm là tác động trực tiếp của tâm sinh lý đối với sự tiến triển và diễn biến của bệnh. Căng thẳng tâm lý, cảm xúc tiêu cực, và đặc điểm tính cách liên quan và đặc điểm của môi trường xã hội được giả định rằng có ảnh hưởng đến sự khởi phát và diễn tiến của bệnh - thông qua các quá trình sinh lý trực tiếp hơn là các cơ chế hành vi đã nhắc đến trước đó. Dịch tễ học về tâm lý xã hội nghiên cứu mối liên hệ thống kê của các yếu tố nguy cơ này với tỷ lệ mắc bệnh ở những người ban đầu khỏe mạnh, và với diễn biến bệnh tật hiện có. Các yếu tố rủi ro này bao gồm đặc điểm hoặc trải nghiệm của con người (ví dụ: đặc điểm tính cách, những tình huống căng thẳng trong đời sống, rối loạn cảm xúc), mối quan hệ xã hội của họ (ví dụ: cô lập, xung đột) và môi trường xung quanh (ví dụ: tình trạng kinh tế xã hội ở nơi họ cư trú). Các kết quả quan tâm bao gồm tuổi thọ và một loạt các dấu hiệu về sự tồn tại, mức độ nghiêm trọng và diễn biến bệnh có thể là chung (ví dụ: nhập viện) hoặc cụ thể với mỗi tình trạng nhất định (ví dụ: sự xuất hiện và mức độ nghiêm trọng của chứng xơ vữa động mạch, mức độ viêm của chứng viêm khớp).

Nghiên cứu trong lĩnh vực thứ hai này cũng phân tích mô hình của các cơ chế liên kết các yếu tố nguy cơ này với bệnh tật, bao gồm tim mạch, thần kinh, miễn dịch và các quá trình sinh lý khác chịu ảnh hưởng rõ rệt của các cấu trúc tâm lý xã hội và cũng liên quan chặt chẽ đến cơ chế sinh lý gây bệnh. Ngoài việc kiểm tra các giả

thuyết lâu đời về ảnh hưởng của các trải nghiệm tâm lý đối với sức khỏe và bệnh tật, nghiên cứu còn phác hoạ cách thiết kế biện pháp can thiệp nhằm giảm bớt các yếu tố nguy cơ này hoặc làm gián đoạn ảnh hưởng tâm sinh lý của chúng đối với cơ chế gây bệnh. Các hệ quả được hướng tới trong những can thiệp này (ví dụ: quản lý căng thẳng, trị liệu nhận thức hành vi) bao gồm thay đổi yếu tố nguy cơ, thay đổi cơ chế trung gian hoặc trong một số trường hợp là thay đổi hệ quả về sức khỏe như giảm bệnh tật hoặc thậm chí nguy cơ tử vong. Một lần nữa, sự đa dạng của các cấu trúc được đánh giá và độ phức tạp của các mô hình khái niệm đi liền với các cấu trúc – thường là trong một nghiên cứu - đặt ra những thách thức lớn trong thiết kế, đánh giá, sàng lọc và sử dụng các quá trình đo lường.

Lĩnh vực chính thứ ba trong tâm lý học sức khỏe liên quan đến khía cạnh tâm lý xã hội của bệnh tật và chăm sóc y tế. Các nghiên cứu trong lĩnh vực này tập trung vào tác động tâm lý xã hội của bệnh tật về thể chất đối với bệnh nhân và gia đình họ. Các tác động được quan tâm bao gồm khả năng thực hiện chức năng cảm xúc, xã hội và thể chất (hoạt động hay không hoạt động), tác động chủ quan của hoàn cảnh hoặc hoặc tác dụng phụ của chăm sóc y tế/phẫu thuật thông thường (ví dụ: đau, mức độ nghiêm trọng của triệu chứng) và đôi khi là tối đa hoá hiệu quả giữa mức độ và chi phí chăm sóc sức khỏe. Các yếu tố quyết định đến sự đa dạng trong tác động của bệnh tật là trọng tâm của các nghiên cứu này, với điều kiện là các bệnh nhân có kết quả khác biệt rõ ràng. Khả năng ảnh hưởng nhờ tác động này bao gồm các khía cạnh của bệnh (mức độ nghiêm trọng, tình trạng trầm trọng) và cách điều trị (chế độ dùng thuốc, quy trình phẫu thuật), đặc điểm cá nhân (tính cách, phản ứng đối phó) và đặc điểm của xã hội, bối cảnh văn hóa và kinh tế xã hội (ví dụ: hỗ trợ xã hội, tình trạng kinh tế xã hội, dân tộc). Một khi các yếu tố quyết định các hệ quả quan trọng đã được xác định, chúng có thể hữu ích trong việc thiết kế và lên kế hoạch cho các can thiệp tâm lý xã hội hỗ trợ nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, thậm chí là kết quả y tế. Các cấu trúc được đo lường trong loại nghiên cứu can thiệp này không chỉ bao gồm các kết quả tâm lý xã hội, y sinh, thậm chí tận dụng các kết quả được mô tả trước đây mà còn đưa ra các yếu tố thành phần của can thiệp (tuân thủ phác đồ điều trị), thứ có khả năng làm trung gian và điều tiết hiệu quả can thiệp.

Các cấp độ phân tích trong mô hình tâm sinh xã hội

Mô tả ngắn gọn về các lĩnh vực của tâm lý học sức khỏe cho thấy bề rộng đáng kể của các câu hỏi nghiên cứu và các cách thiết kế trong đó các nguyên tắc đo lường cơ bản phải được áp dụng. Phần lớn chiều rộng này xuất phát từ sự thật đã lưu ý trước đó rằng mô hình sinh thiết xã hội (Engel, 1977) đóng vai trò là cơ sở khái niệm hóa trong lĩnh vực này (Suls & Rothman, 2004). Thông thường, các câu hỏi nghiên cứu về tâm lý học sức khỏe liên quan - ít nhất là theo cách nào đó – đến cấp độ phân tích cá nhân, theo đó hành vi và/hoặc sức khỏe của các cá nhân được đánh giá. Tuy nhiên, các cấu trúc này ở cấp độ phân tích cá nhân thường nghiên cứu liên quan đến các cấu trúc trong các cấp độ cao hơn (ví dụ: quan hệ xã hội, các yếu tố kinh tế xã hội), các cấp độ thấp hơn (ví dụ: các quá trình sinh lý, kết quả y sinh), và đôi khi cả hai mức độ cao hơn và thấp hơn trong cùng một nghiên cứu. Ví dụ, một nghiên cứu có thể kiểm tra đánh giá sự liên hệ tình trạng kinh tế - xã hội trong khu vực cư trú được đo bằng giá trị trung vị của thu nhập hộ gia đình ở nơi cư trú của người bệnh và huyết áp và mối liên hệ đó có bị điều tiết với mức độ căng thẳng hàng ngày mà cá nhân tự báo cáo. Với việc các thang đo đặc trưng trong cấp độ phân tích này thường thuộc phạm vi của các ngành khác nhau, chúng có khả năng thể hiện các cách tiếp cận khái niệm, phương pháp và truyền thống nghiên cứu khác nhau. Do đó, đo lường cơ bản trong tâm lý học sức khỏe thường đòi hỏi phải tích hợp một tập hợp các cách tiếp cận đa dạng hơn so với những điều thường thấy trong các lĩnh vực khác của tâm lý học.

Trong 30 năm qua, khía cạnh này của tâm lý học sức khỏe đã trở thành chuẩn mực, thay vì là thách thức bất thường. Trên thực tế, khía cạnh này thường được xem là một trong những đặc điểm mới lạ và thú vị của nghiên cứu tâm lý học sức khỏe, bởi cả người nghiên cứu và người ứng dụng. Nhu cầu nâng cao về chuyên môn có thể được giải quyết thông qua hợp tác liên ngành, nhưng để những nỗ lực đó có hiệu quả tối đa, các nhà điều tra thường phải quen thuộc với ít nhất một vài phương pháp bên ngoài chuyên ngành cơ bản của họ.

Tuổi, giới tính, dân tộc và văn hóa

Bản chất của các vấn đề sức khỏe trở nên đa dạng bởi chức năng của các yếu tố nhân khẩu học. Hơn nữa, tầm quan trọng của các yếu tố này trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe ngày càng tăng, với sự thay đổi về tuổi tác và thành phần sắc tộc của

dân cư Hoa Kỳ và các quốc gia công nghiệp hóa khác (Yali & Revenson, 2004). Chẳng hạn như, nguồn gốc chính của tình trạng mắc bệnh và tử vong, ảnh hưởng tâm lý xã hội đến các kết quả sức khỏe này và tính chất của các can thiệp liên quan thay đổi theo tuổi tác. Những mối đe dọa phổ biến nhất đối với sức khỏe của trẻ em và thanh thiếu niên khá khác biệt so với những gì ảnh hưởng đến người trung niên, những người phải đối mặt với các mối đe dọa sức khỏe khác với người già. Ảnh hưởng tâm lý xã hội đến các kết quả sức khỏe này cũng thay đổi theo độ tuổi, cũng như các can thiệp để tăng cường sức khỏe (Siegler, Bastain, Steffens, Bosworth, & Costa, 2002; Smith, Orleans, & Jenkins, 2004; Williams, Holmbeck, & Greeley, 2002). Từ góc độ đo lường, điều này đặt ra những thách thức không chỉ vì sự đa dạng của các cấu trúc được đánh giá và sự đa dạng của các mô hình khái niệm mà chúng gắn với. Sự phù hợp của các phương pháp quan sát cũng thay đổi theo độ tuổi. Ví dụ: sự đau đớn, đau buồn cảm xúc và hoạt động chức năng (ngược với khuyết tật) thường được nghiên cứu là hậu quả của bệnh thể chất mãn tính. Tự báo cáo về những tác động của bệnh mãn tính có thể bị nghi ngờ ở trẻ rất nhỏ, nhưng phương pháp này có thể mang lại các biện pháp rất hữu ích với các trường hợp tương tự ở người lớn.

Ví dụ về độ tuổi ảnh hưởng đến điểm mạnh và điểm yếu trong quá trình đo lường đã mô tả một vấn đề rộng hơn rất nhiều. Tính chất của một phương pháp đo lường là chỉ phù hợp với bối cảnh đặc trưng. Tức là, các nhà điều tra và người ứng dụng nghiên cứu không thể cho rằng bằng chứng liên quan đến các điểm mạnh và hạn chế của một thang đo có thể áp dụng với toàn bộ dân số hoặc các trường hợp nằm ngoài trường hợp mà thang đo đó được thiết kế để sử dụng. Những sự tổng quát hoá như vậy tạo thành các giả thuyết cần được thử nghiệm trong các nghiên cứu đo lường.

Những sự khái quát hóa như vậy tiềm ẩn những vấn đề trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe vì chuyên ngành này thường có mẫu nghiên cứu không cân đối, số lượng mẫu đàn ông da trắng có thu nhập trung bình và cao thường không cân xứng với mẫu (Park, Adams, & Lynch, 1998). Mặc dù sức khỏe phụ nữ đã được quan tâm nhiều hơn trong những năm gần đây, nhưng những nỗ lực này vẫn chưa xóa bỏ khoảng cách giữa hai giới trong việc tìm hiểu về sức khỏe và bệnh tật. Hơn nữa, trạng thái kinh tế xã hội, dân tộc và văn hóa ngày càng được nghiên cứu nhiều nhưng

vẫn chưa hiệu quả về những ảnh hưởng đến tính chất của các vấn đề sức khỏe, các yếu tố quyết định và ảnh hưởng của các can thiệp liên quan (Whitfield, Weidner, Clark, & Anderson, 2002; Yali & Revenson, 2004). Từ góc độ đo lường, các khía cạnh và phạm trù nhân khẩu học này tự bản thân chúng đã là những chủ đề quan trọng để nghiên cứu trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe. Ngoài ra, sự (không) tương đồng về chất của bất kỳ kỹ thuật đo lường nào trên các khía cạnh này phải được đánh giá cụ thể thay vì giả định. Ví dụ, nếu thang đo hỗ trợ xã hội đã được chứng minh là nắm bắt được cấu trúc dự kiến trong nghiên cứu đo lường trên các mẫu chủ yếu là người da trắng, thì nó phải được chứng minh thay vì giả định rằng thang đo đó tương đương trên những người Latin hoặc các nhóm dân tộc thiểu số khác.

Các bối cảnh và khách thể đa dạng trong đo lường tâm lý học sức khỏe

Vị trí của tâm lý học sức khỏe trong sự giao thoa của một số chuyên ngành có tác động đối với việc thiết kế và đánh giá các quá trình đo lường trong tâm lý học sức khỏe, cũng như sự thật rằng nghiên cứu tâm lý học sức khỏe có các khách thể vượt khỏi tâm lý học thông thường. Có lẽ, các bối cảnh và khách thể rõ rệt nhất trong số đó là khoa học y tế và chăm sóc. Trong những năm đầu tiên của nghiên cứu tâm lý học sức khỏe, các trắc nghiệm đo lường mối liên kết giữa các biến tâm lý - xã hội và hệ quả sức khỏe sau đó thường sử dụng các công cụ đo lường hệ quả sức khỏe tiện dụng, phổ biến và không chuyên biệt. Ví dụ, ảnh hưởng của các sự thay đổi gây stress trong cuộc sống đối với sức khỏe sau đó thường được nghiên cứu bằng cách sử dụng danh sách tự đánh giá các triệu chứng như là một cách để đo lường các hệ quả về sức khỏe. Hơn nữa, các mẫu không rõ cơ chế hoạt động không chuyên biệt về các cơ chế liên kết các đặc điểm tâm lý - xã hội và các hệ quả sức khỏe đã từng rất thịnh hành. Nghĩa là, mọi người cho rằng ảnh hưởng của các sự kiện gây áp lực trong cuộc sống đối với sức khỏe được điều chỉnh bởi ảnh hưởng sinh học của stress và cảm xúc, nhưng những cơ chế bệnh sinh lý thường không được chỉ ra, chưa kể đến việc đo đạc. Những công việc đó đóng một vai trò quan trọng trong giai đoạn đầu của ngành khoa học, nhưng tác động bên ngoài tâm lý học của nó bị giới hạn, có lẽ bởi vì các truyền thống nghiên cứu trong y học có những mức độ chuyên biệt cao hơn rất nhiều đối với các yếu tố như hệ quả về sức khỏe hay các cơ chế ẩn tàng.

Một dấu hiệu cho thấy sự phát triển về mặt khoa học của những nghiên cứu tâm lý học sức khỏe chính là việc những nghiên cứu này luôn cân nhắc những tiêu chuẩn y khoa hiện thời để đánh giá các chứng bệnh nhất định. Đồng thời, những nghiên cứu trên cũng cân nhắc cơ chế gây bệnh sinh lý của những chứng bệnh này. Với cách tiếp cận mới này, các nghiên cứu tâm lý học sức khỏe thường nhắc đến các hệ quả và tiêu chí với sự rõ rệt được thiết lập sẵn. Việc kiểm tra các giả thuyết nhắc đến các ảnh hưởng tâm lý – xã hội đối với các chứng bệnh ít nhất cũng được dựa trên các cơ chế thực tế và đáng tin cậy. Cách tiếp cận này có ảnh hưởng rõ rệt đối với việc lựa chọn các công cụ đo lường trong nghiên cứu về stress và sức khỏe hoặc các tác động của tâm lý tới sức khỏe con người. Các công cụ đo lường được xây dựng đối với một bệnh cụ thể để đo các hệ quả sức khỏe đóng vai trò quan trọng, cụ thể là đo lường các cơ chế mà qua đó, các nhân tố tâm lý – xã hội có thể ảnh hưởng tới các hệ quả về sức khỏe. Ví dụ, các nghiên cứu hiện tại về tác động của trầm cảm đối với sự hình thành và phát triển các bệnh tim mạch sử dụng các tiêu chí được chấp thuận rộng rãi về bệnh trong quá trình hình thành (ví dụ như các tiêu chí về sức khỏe, dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ đến căn bệnh) và mô tả - nếu không thực sự kiểm tra – các cơ chế vô thức hoặc các cơ chế sinh lý khác liên kết các áp lực về cảm xúc với sự phát triển của các chứng bệnh cụ thể (Lett và cộng sự, 2004).

Tương tự, nghiên cứu về quá trình thích ứng tâm lý – xã hội đối với một căn bệnh nên bao gồm các thang đo tiêu chuẩn về các biểu hiện và sự nghiêm trọng của bệnh tình trong các bài báo về y tế (ví dụ như các chẩn đoán chuyên biệt cho bệnh ung thư, các giai đoạn của bệnh, các chữa trị y tế có liên quan). Theo cách này, các liên kết thực tế giữa tâm lý học sức khỏe đối với các nghiên cứu y tế trong một điều kiện nhất định sẽ được củng cố, làm cho các nghiên cứu trong tâm lý học sức khỏe có thể sẽ dần có ảnh hưởng hơn đối với các ngành khoa học liên quan tới sức khỏe. Các sự xem xét tương đương điều đó cũng rất quan trọng trong việc lựa chọn các thang đo về hệ quả sức khỏe trong các nghiên cứu về ảnh hưởng của các can thiệp hỗ trợ về tâm lý – xã hội. Nếu can thiệp tâm lý – xã hội có ảnh hưởng đối với các thang đo hệ quả thường được sử dụng trong các nghiên cứu y học đối với một chứng bệnh cụ thể, thì sau đó nghiên cứu tâm lý học sức khỏe đó sẽ dễ được chú ý hơn bởi các nhà

nghiên cứu và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong các lĩnh vực rộng hơn cả tâm lý học.

Các đề xuất trên không nên được hiểu như một sự ủng hộ cho việc chấp thuận không phản biện và sử dụng ngay thang đo từ các nghiên cứu trong y tế mà không thích ứng. Thực tế là, một trong những vai trò hữu dụng của các nhà tâm lý học sức khỏe trong nghiên cứu giữa nhiều chuyên ngành là việc áp dụng các nguyên tắc trong thiết kế và đánh giá thang đo vào các đánh giá y tế truyền thống. Sự đánh giá tính tin cậy, tính chính xác, và tính dự đoán trước thường liên quan đến các đánh giá y tế, và thông thường các nghiên cứu có sẵn trong đánh giá y tế đề xuất rằng những sự đánh giá đó không nên được áp dụng rộng rãi. Quá trình này có thể xác định những điểm mạnh yếu của các thang đo được sử dụng rộng rãi cũng như các quá trình chẩn đoán, và các kết quả có thể hỗ trợ cho các nghiên cứu trong tâm lý học sức khỏe và các ngành y tế khác (Kaplan & Frosch, 2005).

Kinh tế học trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và việc cung cấp tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có vai trò hậu thuẫn quan trọng đối với các nghiên cứu về sức khỏe. Việc đo lường các hệ quả về sức khỏe theo những cách khiến chúng có thể cung cấp các đánh giá có ý nghĩa về mức độ lâm sàng hay thực tiễn của các hiệu ứng đang dần dần trở nên hiệu quả. Một cách hoàn hảo mà nói, những quá trình đo lường như vậy sẽ đặt chúng vào các so sánh trong nhiều điều kiện và nhiều can thiệp, tạo điều kiện xây dựng các đánh giá về tầm quan trọng có liên quan tới nhau của các hiệu ứng quan sát được. Sau này, khi bàn luận chi tiết hơn, Kaplan (1994) đã đề xuất thang đo tổng thể và hoàn thiện để đo lường một số khía cạnh của sức khỏe (ví dụ như các triệu chứng hay mức độ hiệu quả của các hoạt động) ở các đơn vị được chuẩn hoá gọi là Những năm tháng có Chất lượng phù hợp trong cuộc đời (Quality-Adjusted Life Years) Nếu cách đánh giá chung về các hệ quả sức khỏe được sử dụng để thể hiện các lợi ích sức khỏe của các can thiệp ở các đơn vị tiêu chuẩn, thì các can thiệp của tâm lý học sức khỏe có thể so sánh được với các can thiệp y tế (thuốc, phẫu thuật) nếu sử dụng cùng một hệ thống đánh giá hệ quả. Nếu chi phí của các can thiệp đó cũng được định lượng thì một lượng rất đa dạng các can thiệp tâm lý – xã hội và y tế truyền thống có thể được đánh giá dựa trên hiệu quả ứng với chi phí

hoặc mức hữu dụng so với chi phí bỏ ra. Cơ hội quan trọng này (theo Smith & Suls, 2004) sẽ trở nên rõ ràng hơn thông qua việc phát triển thang đo (Kaplan, 1994).

1.5.2. Ví dụ về các vấn đề đo lường trong ba lĩnh vực chính của tâm lý học sức khỏe

Để mô tả rõ ràng hơn việc áp dụng các nguyên tắc và vấn đề cơ bản được đề cập đến trước đây trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe, phần sau đây đưa ra các ví dụ trong ba lĩnh vực chính. Trong số những lĩnh vực được trải rộng này, tầm quan trọng của các quyết định về bản chất của ý tưởng được đưa ra từ các giả thuyết, phương pháp phù hợp để đo lường chúng, và các giải nghĩa thay thế cho thang đo là rất rõ ràng.

Hành vi sức khỏe và Phòng ngừa

Như hầu hết các nghiên cứu khoa học hành vi và xã hội, các tự báo cáo đóng vai trò quan trọng trong nghiên cứu về hành vi sức khỏe và phòng ngừa. Các tự báo cáo về hành vi sức khỏe và các yếu tố quyết định chúng thường được sử dụng khi các phương pháp tiếp cận khác có sẵn, phần lớn bởi vì tính đơn giản rõ ràng và chi phí thấp của chúng. Trong các trường hợp khác, ví dụ như nghiên cứu khảo sát với số lượng lớn mẫu, các tự báo cáo được sử dụng vì những phương pháp đo lường luân phiên đơn giản là không thể thực hiện được. Hầu hết các hành vi sức khỏe khá đặc biệt và thường phù hợp với tự báo cáo (ví dụ: hút thuốc, mức độ hoạt động vật lý, chế độ ăn uống, sử dụng dây an toàn). Tuy nhiên, một nghiên cứu lớn và đang phát triển chỉ ra rằng phương pháp đo lường này phức tạp và thường bị giới hạn ở việc tìm ra những phát hiện không chính xác (Stone, Trukkan và cộng sự, 2000).

Tất cả các vấn đề được đưa ra ở trên về độ tin cậy, cấu trúc, và tính đúng đắn của phép đo lường đều liên quan đến các tự báo cáo về hành vi sức khỏe và tự báo cáo về ảnh hưởng tiềm tàng đến hành vi sức khỏe. Quan trọng là, việc sử dụng các tự báo cáo giả định rằng người trả lời có thể và sẵn sàng cung cấp chính xác thông tin đáng tin cậy về mối quan tâm của họ. Đây là một phần ẩn tàng của mạng danh nghĩa xung quanh bất kỳ cách sử dụng nào của phương pháp tự báo cáo này. Như đã đề cập trước đó, xu hướng đưa ra những phản hồi mà xã hội mong muốn là vấn đề đáng lo ngại phổ biến đối với tính hợp lệ của các tự báo cáo và có thể phản ánh sự quan tâm của cá nhân đối với việc che giấu thông tin về các đặc điểm xã hội không mong

muốn khỏi người khác hoặc khỏi chính anh ta hay cô ta (Paulhus, 1991). Bất kỳ khi nào sử dụng phép thang đo tự báo cáo, vấn đề gây sai lệch trong khảo sát này phải được cân nhắc cẩn thận như một khả năng gây sai lệch dữ liệu. Các cách tiếp cận để giảm thiểu những mối lo ngại này đối với tính hợp lệ (ví dụ: phản hồi ẩn danh) phải được cân nhắc khi thiết kế và sử dụng như thang đo (Schaeffer, 2000).

Trong trường hợp của hành vi sức khỏe, rất nhiều nếu không phải là hầu hết những hành vi cụ thể có mong muốn được xã hội chấp thuận rõ ràng. Hút thuốc, không hoạt động thể chất, hấp thụ quá nhiều calo, lạm dụng rượu hay các chất khác, quan hệ tình dục không an toàn, và các hành vi hại sức khỏe khác thường được xem là điều không mong muốn (có nhiều tác giả/nhóm tác giả đã khẳng định điều này, ví dụ như Schroeder, Carey, & Vanable, 2003b; Patrick và cộng sự, 1994). Nếu một thang đo dấu hiệu của hành vi sức khỏe (ví dụ: các đặc điểm tính cách như sự giận dữ hay sự không thân thiện, sự ủng hộ đến từ xã hội hay sự cô đơn, sự tham gia hoạt động tôn giáo, sự tự đánh giá năng lực bản thân) cũng bao gồm hệ thống các sai lệch phản ánh mong muốn xã hội, mối liên hệ giữa dấu hiệu và hành vi sức khỏe ít nhất có thể phần nào phản ánh biến thứ ba này (nghĩa là sai lệch về phương pháp) thay vì liên kết giữa các yếu tố dự định đo lường.

Thông thường, các can thiệp hướng đến việc giảm hành vi có hại cho sức khỏe và tăng các thói quen tốt hơn, truyền đạt những kỳ vọng rõ ràng về các thay đổi tích cực. Nếu các tự báo cáo về sức khỏe hành vi được sử dụng như những công cụ đo lường kết quả trong các nghiên cứu can thiệp có chứa hệ thống sai lệch phản ánh xu hướng đưa ra những phản hồi xã hội mong muốn như vậy, thì hiệu quả của các biện pháp trị liệu có thể phản ánh, ít nhất phần nào đó về mối liên hệ giữa những giao tiếp trong xã hội bày tỏ kỳ vọng cho sự thay đổi (tức các đặc điểm của nhu cầu) và xu hướng cung cấp những phản hồi xã hội mong muốn hơn là hiệu quả thực sự của việc can thiệp đối với sự thay đổi hành vi. Trong trường hợp này, các thông tin không chính xác thu được có thể khiến hiệu quả điều trị bị đánh giá quá cao. Phương pháp không tự báo cáo có thể được sử dụng như phương pháp thay thế hoặc bổ sung trong đo lường các hệ quả, ví dụ như đo lường cacbon monoxide hoặc plasma cotinine thở ra để đo lường tình trạng hút thuốc (Galsgow và cộng sự, 1993) hoặc sử dụng máy theo dõi cơ học (ví dụ: máy đo hoạt động) để đánh giá mức độ hoạt động thể chất.

Tuy nhiên, các biện pháp như vậy thường không khả thi trong các can thiệp trên quy mô lớn hay nghiên cứu khảo sát.

Ngay cả khi các cá nhân sẵn sàng cung cấp kết quả tự báo cáo chính xác, thì họ có thể không có khả năng làm được điều đó. Các quá trình nhận thức và cảm xúc đa dạng có thể làm giảm tính chính xác của kết quả tự báo cáo (Kihlstrom, Eich, Sandbrand, & Tobias, 2000; Menon & Yorkston, 2000; Tourangeau, 2000). Một trong số hậu quả của những tác động xấu đến nhận thức và cảm xúc này đối với tính chính xác của kết quả tự báo cáo là làm giảm độ tin cậy. Chúng là nguồn gốc của sự sai lệch không theo hệ thống trong kết quả, và do đó sẽ làm giảm mức độ ảnh hưởng quan sát được dưới mức độ liên kết dự định ban đầu. Tuy nhiên, khi độ chính xác của người trả lời các tự báo cáo thấp, họ có thể dựa vào các quá trình khác trong khi hình thành các phản hồi, những thứ là nguồn gốc của sự sai lệch mang tính hệ thống không liên quan đến đối tượng, do đó làm giảm tính chính xác của thang đo mà không làm giảm độ tin cậy của nó. Ví dụ, tâm trạng của người phản hồi có thể ảnh hưởng đến ước lượng của họ về tần suất của hành vi sức khỏe, do họ nhớ lại nhiều hành vi tích cực hơn khi có tâm trạng tích cực và ít hơn khi có tâm trạng tiêu cực. Tương tự với ảnh hưởng của việc phản hồi điều xã hội mong muốn, nếu các biến chỉ báo trong các nghiên cứu liên quan cũng chia sẻ sự miễn cảm này với ảnh hưởng của tâm trạng (hoặc là chính chúng đo lường tâm trạng hiện tại hay tâm trạng đặc trưng), những ảnh hưởng này đối với thang đo tự báo cáo về hành vi sức khỏe sẽ dẫn tới đánh giá quá cao hiệu quả mong muốn. Nghĩa là, mỗi liên hệ quan sát được sẽ phản ánh một tổ hợp của các sai lệch trong phương pháp đo lường và hiệu quả thực sự được đo lường.

Trong một số bối cảnh đo lường, kết quả tự báo cáo không đáng tin cậy và không hợp lệ sẽ xuất hiện nhiều hơn khi các cá nhân thực hiện báo cáo trên toàn cầu trong thời gian dài, như khi họ mô tả số lượng bài tập họ tham gia hàng tuần hoặc thời lượng họ thường ngủ. Vì lý do này, các kết quả tự báo cáo ngay tại thời điểm đo lường về các trải nghiệm và hoạt động hàng ngày và các hoạt động học tập được trong môi trường tự nhiên đã trở thành một cách tiếp cận quan trọng trong tâm lý học sức khỏe và các lĩnh vực liên quan.

Một loại nghiên cứu thang đo thú vị liên quan đến việc kiểm tra sự tập trung của các kết quả tự báo cáo toàn cầu truyền thống về một cấu trúc với các thang đo

cùng một cấu trúc thu được thông qua nhật ký hàng ngày hoặc cách tiếp cận lấy mẫu dựa trên kinh nghiệm. Kết quả của các nghiên cứu như vậy thường chỉ ra sự tương ứng kém giữa các báo cáo toàn cầu về hành vi như hút thuốc và các báo cáo thu được thông qua phương pháp lấy mẫu kinh nghiệm tần suất cao hơn (Shiffman, 2000). Những phát hiện này rõ ràng đề xuất việc thận trọng trong việc diễn giải các thang đo tự báo cáo truyền thống nhưng cũng gợi ý các cách tiếp cận mới để đánh giá kết quả tự báo cáo và một mô hình có giá trị để đánh giá tính hợp lệ của cấu trúc.

Mối quan tâm cuối cùng của các nghiên cứu về hành vi sức khỏe bao gồm việc đo lường ảnh hưởng đến các hoạt động này. Những ảnh hưởng có thể có đối với đến hành vi sức khỏe gồm một loạt các đặc điểm, từ các quá trình sinh hóa của sự nghiện và sự ham muốn tới các yếu tố văn hóa xã hội như trạng thái kinh tế xã hội và sự tiếp biến văn hóa. Các vấn đề cơ bản về độ tin cậy và tính hợp lệ của các thang đo các cấu trúc này rõ ràng là rất cần thiết trong việc đánh giá chính xác các nghiên cứu liên quan. Điều đặc biệt quan trọng là liệu các thang đo lường các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe có đủ dẫn chứng về tính chính xác của sự hội tụ và sự phân biệt để hỗ trợ lập luận rằng đó là mối quan tâm cụ thể chứ không phải là các cấu trúc khác liên quan tới hành vi sức khỏe. Như đã được mô tả trước đó, điều xã hội mong muốn là một trong những cấu trúc bên lề liên quan đến sai lệch trong thang đo. Nếu đặt các phương pháp cổ điển sang một bên và chỉ xem xét các cấu trúc thay thế thực sự, thì các khía cạnh của giá trị cấu trúc thường là một mối quan tâm.

Một sự xem xét ngắn gọn về ảnh hưởng ở cấp độ cá nhân đối với hành vi sức khỏe sẽ minh họa cho vấn đề này. Kết quả mô tả các khái niệm trong lĩnh vực này về ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe bao gồm nhiều đặc điểm khác biệt ở các cá nhân. Ví dụ, đơn giản là trong quan điểm nhận thức - xã hội về các yếu tố quyết định hành vi sức khỏe (SM Miller, Shoda, & Hurley, 1996), danh sách các cấu trúc quan trọng bao gồm các danh mục mã hóa liên quan đến sức khỏe (ví dụ: cảm nhận bên trong về rủi ro sức khỏe, chú ý đến sức khỏe), niềm tin và kỳ vọng về sức khỏe (ví dụ: kết quả mong đợi đối với hành vi sức khỏe, năng lực bản thân), mục tiêu và giá trị sức khỏe và một số mục tiêu khác. Các thang đo các cấu trúc này thường được phát triển cho các nghiên cứu đơn lẻ, ngay cả khi được sử dụng thường xuyên thì thường không chịu sự đánh giá chuyên sâu về giá trị hội tụ và phân biệt của chúng. Kết quả là, dẫn

chứng thường không đủ ở mức độ mà các thang đo này thực sự đo lường đối tượng được quan tâm riêng biệt và cụ thể và không đo lường các đối tượng liên quan. Tên thang đo thường ngụ ý rất nhiều tính đặc trưng. Ví dụ, một thang đo lường mục tiêu liên quan đến sức khỏe thể hiện rằng thang đo đó đánh giá các mục tiêu nhưng không phải là kết quả mong đợi. Tuy nhiên, sự đặc trưng được thể hiện này hiếm khi được đánh giá thông qua các phân tích có cấu trúc được xác nhận về các items của một thang đo cụ thể và các items của một thang đo nhằm đo lường một đối tượng có liên quan nhưng khác biệt về mặt khái niệm hóa cấu trúc. Mô hình cấu trúc ngầm định dựa trên giả thuyết sẽ dự đoán yếu tố phù hợp nhất từ mô hình hai yếu tố. Tuy nhiên, nếu nội dung items hoàn toàn giống nhau trên hai bộ item (và thường là vậy), thì một mô hình một yếu tố là lựa chọn khả thi trừ khi được thử nghiệm và bị loại bỏ vì không phù hợp.

Hơn nữa, các đánh giá về giá trị hội tụ và khác biệt dưới dạng một phần các nghiên cứu MTMM là rất hiếm. Kết quả là tài liệu này dường như ủng hộ các kết luận về những ảnh hưởng cụ thể đối với hành vi sức khỏe rõ ràng hơn so với các ảnh hưởng được bảo đảm là đưa ra sự hỗ trợ bị hạn chế cho giả thuyết ngầm định rằng những ảnh hưởng này được đo bằng mức độ cụ thể thể hiện ở tên thang đo. Nghĩa là, việc các thang đo những đối tượng khác nhau về tên nhưng lại trùng nhau về bản chất bị hiểu sai là hỗ trợ cho các ảnh hưởng độc nhất đối với hành vi sức khỏe là hoàn toàn khả thi. Sự quan tâm nhiều hơn đến việc xây dựng tính hợp lệ trong tài liệu này có thể xác định các yếu tố quyết định toàn thể hoặc trùng lặp nhau của hành vi sức khỏe.

Căng thẳng và bệnh tật

Như đã mô tả ở trên, trong lịch sử của lĩnh vực này, ảnh hưởng của căng thẳng, đặc điểm tính cách và các yếu tố tâm lý xã hội có nguy cơ khác đối với sức khỏe thể chất đôi khi đã được nghiên cứu bằng các thang đo tự báo cáo sức khỏe như là biến hệ quả. Sức khỏe được tự đánh giá có mối liên hệ đáng tin cậy với tỷ lệ tử vong sau này (Idler & Benyamini, 1997; McGee, Liao, Cao, & Cooper, 1999), đã chỉ ra một cách thuyết phục rằng kết quả tự báo cáo về sức khỏe chứa những sai lệch hệ thống có liên quan đến đối tượng được quan tâm. Tuy nhiên, các thang đo tự báo cáo sức khỏe rõ ràng cũng bao gồm sai lệch hệ thống không phụ thuộc vào sức khỏe thực

tế (Barsky, 2000; Pennebaker, 2000). Một số cá nhân có xu hướng báo cáo các triệu chứng vật lý vượt quá mức độ thực tế, trong khi những người khác có xu hướng báo giảm thiểu các triệu chứng. Kết quả là, khi một chỉ báo tâm lý xã hội được phát hiện có liên quan đến sức khỏe tự báo cáo, ta không biết rõ liệu rằng mối liên hệ có bao gồm sai lệch trong thang đo hệ quả phản ánh sức khỏe thực tế, thành phần không liên quan đến sức khỏe thực tế, hay là sự kết hợp của các thành phần này hay không.

Tình hình này còn phức tạp hơn bởi thực tế rằng một sự khác biệt cá nhân lớn - ảnh hưởng tiêu cực hay sự nhiều tâm - có liên quan đến cả hai kết quả sức khỏe thực tế và các phản nản về vấn đề sức khỏe không liên quan tới căn bệnh thực tế (Suls & Bunde, 2005). Đặc điểm lớn này cũng có liên hệ với nhiều thang đo yếu tố tâm lý xã hội nguy cơ khác (Smith & Gallo, 2001). Do đó, bất cứ khi nào kết quả sức khỏe tự báo cáo được sử dụng như một thang đo hệ quả, việc các hiệu ứng quan sát được có liên quan đến sự khác biệt cá nhân trong xu hướng trải nghiệm ảnh hưởng tiêu cực và báo cáo các vấn đề sức khỏe thể chất quá mức là hoàn toàn khả thi. Sức khỏe được tự đánh giá là một khái niệm quan trọng trong chính nó và đối với chính nó, nhưng những sự mơ hồ này làm giảm tính hữu ích của khi câu hỏi nghiên cứu liên quan đến ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý xã hội đối với bệnh thực tế. Một vấn đề tương tự phát sinh khi các thang đo kết quả sức khỏe liên quan nhiều đến các báo cáo triệu chứng hơn là biện pháp khách quan (ví dụ, báo cáo của đau thắt ngực như là một chỉ báo của bệnh mạch vành, trái ngược với các chứng bệnh được ghi nhận y tế là có triệu chứng đó như nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ, hoặc tử vong do mạch vành). Cuối cùng, xu hướng tạo ra các phản nản về cơ thể quá mức có thể thay đổi quá trình lựa chọn một mẫu nghiên cứu y tế, có khả năng tạo ra sự định khuôn và kết quả sai lệch. Ví dụ, một tài liệu lớn chỉ ra rằng đặc điểm của ảnh hưởng tiêu cực hay sự nhiều tâm có liên quan với bệnh tim mạch vành thực tế (Suls & Brunde, 2005). Tuy nhiên, trong các nghiên cứu về bệnh nhân trải qua chụp mạch vành để đánh giá sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của bệnh động mạch vành cơ vành, sự nhiều tâm thường được tìm thấy là không liên quan hoặc thậm chí liên quan nghịch với sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của bệnh mạch vành. Phát hiện này có thể phản ánh thực tế những cá nhân có cảm xúc tiêu cực cao nhưng mặt khác khỏe mạnh phản nản một cách đủ thuyết phục về triệu chứng của bệnh tim có thể có mà họ được giới

thiệt về quá trình chẩn đoán. Kết quả sự quá mức của những người không mắc bệnh với sự nhiều tâm cao có thể dẫn đến các kết quả sai lệch.

Tương tự như vấn đề chỉ báo khác biệt cá nhân về hành vi sức khỏe được mô tả ở trên, các nghiên cứu về các chỉ báo tâm lý xã hội về sức khỏe sau can thiệp thường sử dụng các thang đo khác biệt cá nhân được đánh giá không đầy đủ. Trong một số trường hợp, các thang đo được sử dụng trong các nghiên cứu dịch tễ học lớn cần khá ngắn gọn, làm tăng mối lo ngại rằng độ tin cậy thấp có thể làm giảm mức độ quan trọng của các mối liên hệ với kết quả sức khỏe. Trong các trường hợp khác, các thang đo yếu tố tâm lý xã hội nguy cơ thậm chí không có sự phê chuẩn về cấu trúc tối thiểu, chẳng hạn như tương quan với các thang đo cùng đối tượng khác. Thông thường các thang đo được sử dụng mà không phải đưa ra các thử nghiệm bắt buộc về sự hội tụ và phân biệt của chúng. Kết quả là, việc các thang đo được sử dụng các cấu trúc đánh giá khác với thứ mà thang đo được cho là đo lường thường xảy ra. Hơn nữa, sự gia tăng mạnh mẽ các thang đo thiếu tính hợp lệ được sử dụng trong các nghiên cứu như vậy tạo ra khả năng rằng các yếu tố rủi ro được xác định trước đó đang được “tái phát hiện” khi các thang đo không hợp lệ với các tên mới vô tình chạm tới các cấu trúc rủi ro đã được thiết lập trước đó.

Một số tác giả đã lập luận rằng sự phản đối mãnh liệt trong tâm lý học này có thể cản trở sự tiến bộ có hệ thống trong lĩnh vực này, và việc sử dụng các phương pháp hợp pháp về cấu trúc được xác nhận cũng như các so sánh sự khác biệt cá nhân có tính hợp pháp cao trong nhân cách và hành vi xã hội có thể giúp xác định các yếu tố rủi ro lớn về sức khỏe, thứ được nghiên cứu dưới nhiều cái tên có khả năng gây hiểu lầm (Costa & McCrae, 1987; Friedman, Tucker, & Reise, 1995; Marshall, Wortman, Vickers, Kus Formula, & Hervig, 1994; Smith & Gallo, 2001; Smith & Williams, 1992). Suls và Bunde (2005) cung cấp một ví dụ gần đây về vấn đề này khi xem xét các tài liệu liên kết sự lo âu, các triệu chứng trầm cảm và sự tức giận với sự phát triển và tiến trình của bệnh mạch vành. Nếu không đo lường toàn diện các đặc điểm này và phân tích chu đáo về các tác động chồng chéo và độc nhất của chúng, thật khó để phân biệt được liệu chúng thể hiện những ảnh hưởng khác biệt đến sức khỏe tim mạch hay chúng là các khía cạnh của yếu tố rủi ro rộng duy nhất mà liên

quan đến xu hướng trải nghiệm ảnh hưởng tiêu cực (Friedman & BoothKewley, 1987).

Các vấn đề liên quan đến việc đo lường các đặc điểm tính cách và các yếu tố rủi ro tâm lý xã hội tương tự phát sinh không chỉ từ việc không sử dụng các tiếp cận hợp lý để xác nhận cấu trúc. Chúng cũng thường phát sinh từ một thất bại ban đầu khi xem xét kỹ lưỡng các vấn đề khái niệm như mối quan hệ của một yếu tố rủi ro được đề xuất với các yếu tố rủi ro được thiết lập trước đó và các nguyên tắc phân loại được đánh giá cao về sự khác biệt cá nhân liên quan. Về mặt sau, mô hình năm yếu tố về tính cách và chu vi giữa các cá nhân là những mạng danh nghĩa hữu ích. Được hoàn thành với các định nghĩa khái niệm rõ ràng và nhiều quy trình đánh giá được đánh giá cao bằng nhiều phương pháp đo lường, các mô hình này có thể tạo điều kiện so sánh, đối chiếu và tích hợp các yếu tố rủi ro tâm lý xã hội (Gallo & Smith, 1998; Marshall và cộng sự, 1994; Smith & Williams, 1992).

Như trong nghiên cứu về các yếu tố quyết định hành vi sức khỏe, tự báo cáo các yếu tố tâm lý xã hội nguy cơ đối với bệnh tật như đặc điểm tính cách, hỗ trợ xã hội và trải nghiệm cuộc sống căng thẳng thường được sử dụng vì dễ quản lý và chi phí thấp. Cho rằng một số đặc điểm này liên quan đến thái độ và trải nghiệm cảm xúc chủ quan, đây không phải là một lựa chọn không hợp lý. Mô hình đo lường sử dụng như vậy ngụ ý rằng các cá nhân có thể và sẽ cung cấp những báo cáo đáng tin cậy và hợp lệ. Tuy nhiên, có một số bằng chứng cho rằng giả định này phải được thực hiện một cách thận trọng. Ví dụ, xếp hạng hành vi của sự thù địch từ những người phỏng vấn có cấu trúc có liên quan chặt chẽ hơn đến kết quả sức khỏe sau đó hơn là tự báo cáo về các đặc điểm tương tự (Miller và cộng sự, 1996). Tương tự, trong các mẫu bệnh nhân có vấn đề về tim, các báo cáo của vợ/chồng bệnh nhân về sự tức giận và các đặc điểm cảm xúc tiêu cực khác có liên quan mật thiết đến mức độ nghiêm trọng của bệnh và việc chẩn đoán hơn so với các kết quả mà bệnh nhân tự báo cáo về các đặc điểm tương tự (Ketterer và cộng sự, 2004). Nhận thức bản thân thấp về các đặc điểm tiêu cực, sự giả mong muốn xã hội và bệnh nhân khước từ cảm xúc đau khổ khi họ đối phó với bệnh nghiêm trọng là tất cả các nguồn gây sai lệch trong tự báo cáo về các yếu tố nguy cơ này. Hiệu ứng thực cho các nghiên cứu sẽ là xu hướng tìm ra các hiệu ứng có tác động nhỏ hơn – thậm chí không đáng kể khi sử dụng các thang đo tự

báo cáo. Do đó, phương pháp đo lường tối ưu là một khía cạnh quan trọng của mô hình khái niệm xung quanh các yếu tố rủi ro này.

Tầm quan trọng của các mô hình khái niệm hướng dẫn phương pháp đo lường cũng có thể được tìm thấy trong các nghiên cứu về cơ chế liên kết các yếu tố nguy cơ tâm lý xã hội và bệnh tật. Cấu trúc của phản ứng tim mạch (CVR) cung cấp một ví dụ quan trọng về vấn đề này. Theo định nghĩa chung, CVR đề cập đến việc tăng nhịp tim và huyết áp để đáp ứng với các kích thích căng thẳng. Những phản ứng như vậy được đưa ra giả thuyết để bắt đầu và thúc đẩy sự phát triển của huyết áp cao, xơ vữa động mạch và những biểu hiện khác của bệnh tim mạch (Manuck, 1994). Tuy nhiên, khi đọc kỹ thuật ngữ này thực sự được sử dụng để chỉ hai đặc điểm khác biệt về mặt khái niệm. Đầu tiên, các phản ứng như vậy được coi là biến số đơn biệt ổn định, nhất quán về thời gian và trường hợp. Đó là, một số cá nhân thường xuyên bộc lộ các phản ứng tim mạch mạnh với các yếu tố tiềm ẩn gây căng thẳng, trong khi những người khác thường bộc lộ các phản ứng yếu hơn. Nhóm trước đây được đưa ra giả thuyết thiên về phát triển bệnh tim mạch hơn. Trong một ứng dụng sáng tạo và quan trọng về các nguyên tắc đo lường, Kamarck, Jennings, Pogue-Geile và Manuck (1994) đã chứng minh rằng nhiều phép đo sử dụng nhiều yếu tố gây căng thẳng làm tăng các ước tính về độ tin cậy của các đặc điểm này, giống như thêm các mục vào thang đo tự báo cáo có thể làm tăng các ước tính về tính ổn định nội tại. Hơn nữa, về sự ước tính đáng tin cậy này của CVR, không đáng ngạc nhiên, liên quan chặt chẽ hơn đến kết báo sức khỏe (ví dụ: huyết áp cứu thương) so với các phép đo CVR đơn lẻ, rất có thể là do độ tin cậy của phép đo được nâng cao. Với khái niệm cơ bản này của CVR và mô hình đo lường liên quan, việc tăng số lượng phép đo và thực hiện trên phạm vi rộng hơn của các yếu tố gây căng thẳng sẽ cải thiện các biện pháp – tùy vào mức giảm lợi nhuận.

Tuy nhiên, CVR cũng đề cập đến một cơ chế được giả thuyết hoá để liên kết các yếu tố nguy cơ tâm lý xã hội với bệnh tật, như trong trường hợp đặc điểm tính cách của sự thù địch (Williams, Barefoot, & Shekelle, 1985). Trong mô hình cụ thể này và nhiều mô hình khác giống như vậy, CVR không nhất thiết là một đặc tính ổn định của cá nhân nhất quán theo thời gian và các tình huống. Thay vào đó, đó là một phản hồi cụ thể theo tình huống rõ ràng hơn giữa những người thù địch hơn là trong

số các đối tác dễ chịu hơn của họ. Đặc điểm tính cách được cho là ổn định, cũng giống như xu hướng những người thù địch phản ứng với một số loại kích thích (ví dụ: khiêu khích, xung đột, quấy rối) nhưng không phải là những kích thích khác (ví dụ, thách thức thành tích) với CVR tăng cao. Tăng tần suất đo nhịp tim và huyết áp trong các tình huống có liên quan có thể cải thiện khả năng phát hiện mối liên hệ được giả thuyết hoá giữa đặc điểm tính cách và phản ứng sinh lý không lành mạnh, thông qua việc tăng độ tin cậy của CVR cụ thể theo tình huống. Tuy nhiên, chỉ tăng số lượng phép đo CVR, nếu nó bao gồm các tình huống không liên quan, thì sẽ không thể cải thiện độ tin cậy của phép đo trong trường hợp này.

Mô hình khái niệm cơ bản cần định hướng việc đo lường quan điểm khái niệm thứ hai này của CVR khá khác so với các đánh giá hướng dẫn về sự khác biệt liên cá nhân giữa các tình huống trong CVR. Các quan điểm khác nhau về bản chất và vị trí của sự ổn định ở các câu trả lời, được ngầm định trong các mạng danh nghĩa xung quanh hai cấu trúc này, mặc dù sử dụng tên giống hệt nhau. Theo quan điểm cụ thể dựa theo tình huống, các mô hình khái niệm gần đây từ các quan điểm nhận thức xã hội về nhân cách (Mischel & Shoda, 1995) sẽ cung cấp một hướng dẫn tốt hơn để thiết kế sơ đồ đánh giá cho CVR so với các quan điểm truyền thống về đánh giá các đặc điểm làm nền tảng cho mô hình đo CVR được đề xuất bởi Kamarck và cộng sự (1994). Theo quan điểm mới hơn này, sự khác biệt cá nhân được phản ánh trong hồ sơ hoặc mô hình phản hồi trong các tình huống cụ thể, thay vì mức độ phản ứng trong tất cả các tình huống. Sự đo lường phải được định hướng bởi lý thuyết, và cần chú ý để đảm bảo rằng mô hình đo lường phản ánh đúng các khía cạnh khác của mạng danh nghĩa xung quanh đối tượng cần đánh giá.

Trong các nghiên cứu đánh giá cơ chế sinh lý có khả năng liên kết các yếu tố tâm lý xã hội nguy cơ và sức khỏe, phải chú ý trong việc đo lường phản ứng sinh lý. Ví dụ, độ nhạy của các xét nghiệm để phát hiện phản ứng thần kinh hoặc hệ miễn dịch và các khía cạnh tạm thời của các phản ứng này phải định hướng cho việc đo lường. Mặt khác, các thang đo vô ý hoặc sai lầm có thể góp phần dẫn đến kết quả sai lầm. Tương tự, việc đo lường kết quả sức khỏe phải được định hướng bằng cách xem xét một cách thích hợp về khả năng xảy ra và mức độ biến đổi của các kết quả y tế trong thời gian nghiên cứu. Trong các nghiên cứu các yếu tố quyết định tâm lý xã hội

về sự tái phát của nhồi máu cơ tim, ví dụ, tần suất của các sự kiện tái phát trong các giai đoạn theo dõi có độ dài khác nhau phải được xem xét trước khi hệ thống đo lường kết quả sức khỏe được quan tâm. Những quyết định như vậy thường được kết luận một cách tốt nhất thông qua sự hợp tác với các nhà nghiên cứu y sinh khác.

Các khía cạnh tâm lý xã hội của bệnh y khoa và chăm sóc y tế

Với bản chất của nhiều giả thuyết, đối tượng trong lĩnh vực chủ đề rộng thứ ba này (ví dụ: nỗi đau, cảm xúc) là chủ quan, do đó, các phương pháp tự báo cáo là một cách tiếp cận thiết yếu để đo lường. Mạng danh nghĩa xung quanh thường sử dụng tự báo cáo toàn phần sẽ có thể dự đoán sự tương đồng với đối tượng nghiên cứu, tương tự như thu được thông qua nhật ký hàng ngày hoặc phương pháp lấy mẫu dựa trên kinh nghiệm (experience sampling methods). Tuy nhiên, kết quả cho thấy thường là ít hoặc không có sự tương ứng giữa hai phương pháp đo lường các cấu trúc này như việc ứng phó với căng thẳng hoặc sự biến đổi trong đau đớn mãn tính (Porter, Stone, & Schwartz, 1999). Do đó, việc giải thích các kết quả thu được với tự báo cáo toàn thể nên được thực hiện một cách thận trọng. Hơn nữa, mô hình kinh nghiệm hàng ngày và các biến thể gần đây (Kahneman et al, 2005) một lần nữa cung cấp một giải pháp thay thế quan trọng để kiểm tra các lý thuyết thích ứng trong bệnh mãn tính, cũng như một bối cảnh có giá trị để đánh giá các biện pháp khác. Tất nhiên, các biện pháp tự báo cáo kết quả của tất cả các mẫu có thể chứa phương sai hệ thống phản ánh mong muốn xã hội, một lần nữa làm tăng mối lo ngại được mô tả trước đó về việc giải thích các mối liên kết của chúng với các biện pháp của các biến dự đoán cũng chứa thành phần này và tính nhạy cảm của chúng đối với việc thổi phồng các đánh giá về hiệu quả can thiệp khi các phương pháp điều trị có chứa các đặc điểm nhu cầu.

Trong việc đo lường các dấu hiệu của sự thích ứng trong các bệnh y khoa cấp hoặc mãn tính, các vấn đề về construct validity (độ hiệu lực) được mô tả trong hai lĩnh vực nội dung trước lại có sự liên quan cao. Các nhân được áp dụng (quá phổ biến) cho các thang đo về các biến dự đoán bao hàm có nhiều đặc tính hơn so với được hỗ trợ bởi bằng chứng về giá trị hội tụ và giá trị phân biệt. Hơn nữa, kết quả mà các biện pháp này được sử dụng để dự đoán thường liên quan đến sự kiệt quệ distress về cảm xúc và thể chất. Kết quả là, một mối quan tâm đo lường được nêu ra trong

ngiên cứu về các mô hình thích ứng cảm xúc nói chung là khá phù hợp ở đây. Cụ thể, trong bài phê bình kinh điển của Coyne và Gotlib (1983) về các mô hình nhận thức về trầm cảm, họ đã lưu ý rằng một số biện pháp tự điều chỉnh của các cấu trúc nhận thức then chốt (ví dụ như dysfunctional attitudes (rối loạn thái độ chức năng), lỗi nhận thức) thường chứa đựng từ ngữ liên quan đến sự kiệt quệ cảm xúc, trong đó mối liên hệ giữa hai biện pháp với nội dung chồng chéo bị hiểu sai là bằng chứng của mối liên hệ thực chất được dự đoán giữa các cấu trúc. Đó là, phương sai phổ biến của phương thức dưới dạng hình thức của mục items tương tự góp phần vào nội dung nếu không hoàn toàn giải thích cho hiệu ứng quan sát được. Trong các tài liệu về các dấu hiệu tâm lý xã hội về thích ứng với bệnh y khoa và chăm sóc y tế, một số nghiên cứu đã chứng minh rằng các biện pháp dự đoán có đủ giá trị biệt thức liên quan đến các biện pháp kết quả để loại trừ các hiệu ứng do chủ quan người thiết kế nghiên cứu này như một lời giải thích thay thế cho các hiệu ứng quan sát được.

Nghiên cứu về sự thích ứng với bệnh mãn tính cũng cung cấp các ví dụ quan trọng về những khó khăn phát sinh khi các mô hình đo lường được nghiên cứu trước trong một bối cảnh nhất định được áp dụng trong một bối cảnh mới. Như đã lưu ý từ trước, trầm cảm phổ biến hơn ở những người mắc bệnh mãn tính hơn so với những người khoẻ mạnh về mặt y tế, có lẽ phản ánh lại ít nhất một phần về sự căng thẳng khi sống chung với một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Do đó, sự đánh giá về trầm cảm là một phần quan trọng trong nghiên cứu về sự thích ứng với bệnh mãn tính. Tuy nhiên, hầu hết các phép đo về trầm cảm được sử dụng đối với khách thể trong nghiên cứu này ban đầu được phát triển và sử dụng để nghiên cứu về trầm cảm ở khách thể khoẻ mạnh về thể chất. Trong các khách thể khoẻ mạnh về thể chất, các triệu chứng có thể thấy được bao gồm rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, lo lắng về ngoại hình, có thể được chẩn đoán dễ hơn. Tuy nhiên, đối với những người mắc bệnh nghiêm trọng về thể chất (hơn là tinh thần), những triệu chứng này có thể phản ánh tình trạng y tế thay vì kết quả cảm xúc của nó. Điều này có thể dẫn đến sự đánh giá quá cao mức độ trầm cảm trong bệnh y tế. Hơn nữa, mối tương quan của các phép đo về trầm cảm trong các quần thể như vậy phần nào có thể phản ánh mối tương quan về mức độ nghiêm trọng của bệnh y khoa thay vì chỉ có mối quan tâm đến đối tượng nghiên cứu. Hơn nữa, điều quan trọng cần lưu ý là mặc dù điểm số trên thang đo trầm cảm tự báo cáo

chắc chắn có liên quan đến các rối loạn trầm cảm có thể chẩn đoán được, nhưng các thang đo này được xem là tốt nhất khi đo lường các chiều cạnh của các ảnh hưởng tiêu cực chồng chéo nhau. Kết quả là, tên thang đo có thể gây hiểu nhầm.

Việc sử dụng các phép đo trầm cảm để đánh giá tác động cảm xúc của bệnh y khoa cũng đặt ra một câu hỏi về sự phù hợp của mô hình khái niệm cơ bản. Trầm cảm chắc chắn là một mối quan tâm quan trọng trong tình huống này. Tuy nhiên, bằng cách khái niệm sự thích nghi cảm xúc như sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng trầm cảm, các nhà nghiên cứu ngầm cho rằng mức độ sai lệch cảm xúc khác nhau là một cách tiếp cận phù hợp hơn so với sự thay đổi trong trải nghiệm tình cảm thông thường. Các mô hình trải nghiệm cảm xúc bình thường (ví dụ: Watson & Tellegen, 1983) xác định hai chiều cảm xúc tích cực và tiêu cực. Bệnh mãn tính có thể có những hậu quả cảm xúc không mong muốn không chỉ bằng cách tăng cảm xúc tiêu cực (NA) mà còn bằng cách giảm cảm xúc tích cực (PA). Quan trọng hơn, các phép đo trầm cảm có liên quan đến cả NA cao hơn và PA thấp hơn, và do đó các phép đo trầm cảm kết hợp NA và PA trong một chỉ số tình cảm không đặc hiệu. Hơn nữa, trong bệnh y khoa mãn tính, NA và PA bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác nhau (Smith & Christensen, 1996; Zautra et al., 1995). Do đó, việc sử dụng các phép đo trầm cảm để nắm bắt hậu quả cảm xúc của bệnh mãn tính có thể làm mất tính đặc hiệu trong việc xác định sự ảnh hưởng trên nhiều mặt khía cạnh của sự thích ứng. Theo cách này, việc lựa chọn một mô hình khái niệm và cách tiếp cận tương ứng để đo lường có thể dẫn đến một cái nhìn không chính xác về hiện tượng quan tâm.

Mặc dù tính đặc hiệu gia tăng trong đo lường kết quả thường được mong muốn nhiều, các biện pháp toàn cầu hợp lệ cũng có giá trị. Kaplan (1994) đã lập luận một cách thuyết phục rằng một thước đo chung để đo lường tình trạng sức khỏe sẽ cho phép đánh giá so sánh tác động của các bệnh khác nhau và một loạt các can thiệp sức khỏe. Khi kết hợp với đánh giá chi phí, như một số liệu phổ biến, áp dụng rộng rãi cũng cho phép phân tích tiện ích chi phí trong đó lợi ích sức khỏe của gần như mọi can thiệp để phòng ngừa hoặc quản lý hầu hết tình trạng có thể được so sánh với chi phí liên quan của chúng (Kaplan & Groessl, 2002). Chất lượng sống - The Quality Adjusted Life Year (QUALY; Kaplan, 1994) - là một chỉ số như vậy, trong

đó tỷ lệ tử vong được kết hợp với chất lượng cuộc sống. Trong mô hình đo lường này, chất lượng cuộc sống được định lượng như là sự kết hợp của các khía cạnh khác nhau của bệnh tật và hoạt động chức năng. Số liệu nằm trong khoảng từ 0.0 (tử vong hoặc không có chất lượng cuộc sống) đến 1.0 (không có triệu chứng bị bệnh, hoạt động tối ưu). Bằng cách nhân số năm sống với chất lượng cuộc sống của họ, chúng ta nhận được một số liệu chung cho kết quả sức khỏe. Đây là một ví dụ về mô hình đo lường “chỉ số nguyên nhân” thay vì mô hình đo “chỉ số hiệu ứng”, trong đó giá trị QUALY đã cho là kết quả của các biến đo được thay vì cấu trúc giả định mà “ các nguyên nhân” gây ra biến đổi trên các biến đo. Đây cũng là một ví dụ rõ ràng về bối cảnh kinh tế y tế của nghiên cứu tâm lý học y tế và các vấn đề liên quan của chính sách cộng đồng là một ảnh hưởng ngày càng quan trọng đối với sự phát triển của các phương thức đo lường mới.

Như được mô tả trong phần trước, các vấn đề quan trọng liên quan đến việc áp dụng các nguyên tắc đo lường cơ bản có thể được tìm thấy trong mỗi lĩnh vực nội dung chính của tâm lý học sức khỏe. Bài trình bày ngắn gọn này chỉ đơn thuần cung cấp minh họa chứ không phải bất cứ điều gì tiếp cận đánh giá toàn diện. Có nhiều trường hợp bổ sung trong đó các biện pháp được sử dụng rộng rãi đang cần đánh giá và sàng lọc thêm. Chắc chắn, có nhiều câu hỏi nghiên cứu trong tương lai trước mắt của lĩnh vực mà các vấn đề đo lường cơ bản này cần được áp dụng một cách thận trọng trong việc phát triển các phương thức mới và sử dụng các phương thức hiện có trong bối cảnh mới.

Tính chất liên ngành của lĩnh vực này tạo ra nhu cầu áp dụng các nguyên tắc phát triển và đánh giá đo lường cho một loạt các quá trình y sinh, tâm lý và xã hội. Quan tâm kỹ lưỡng đến những vấn đề này là một khía cạnh thiết yếu của các nhiệm vụ nghiên cứu cơ bản và ứng dụng trong tâm lý học sức khỏe. Cái nhìn tốt nhất về nó là một quá trình đang diễn ra trong một lĩnh vực đang hoạt động và đang phát triển, liên tục giải quyết các câu hỏi nghiên cứu mới và mở rộng nghiên cứu về các chủ đề đã được thiết lập sang bối cảnh mới. Do đó, việc thiết kế, đánh giá và hoàn thiện các quy trình đo lường không thể hiện thách thức nghiên cứu được giải quyết trong một lần và được gửi đi; thay vào đó, chúng phải được xem xét liên tục khi thiết kế nghiên cứu mới hoặc đánh giá công việc trước đó.

May mắn thay, các nguyên tắc cơ bản lâu đời và một loạt các phương pháp định lượng đang phát triển là có sẵn để giải quyết những thách thức phức tạp này. Điều cần thiết phải lưu ý là việc áp dụng các nguyên tắc và kỹ thuật này phải được dựa trên lý thuyết. Trong trường hợp này, đó không phải là những lý thuyết lớn về sức khỏe và hành vi hay tâm trí và cơ thể trong lịch sử lĩnh vực mà cần phải xem xét. Thay vào đó, chính là các lý thuyết nhỏ hơn nhưng không kém phần quan trọng của các cấu trúc đã được đánh giá và các phương pháp đo lường hướng dẫn công việc này. Những mạng lưới danh nghĩa này hiếm khi được nghiên cứu kỹ lưỡng trong nghiên cứu tâm lý học sức khỏe. Do đó, các nhà nghiên cứu tâm lý học sức khỏe và người sử dụng các nghiên cứu của họ được khuyến khích nên thận trọng khi đưa ra những suy luận từ những phương pháp đo lường mang tính chất tự báo cáo.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Sự khỏe mạnh trong xã hội hiện đại được hiểu như thế nào? Cách hiểu đó có điểm gì khác so với các quan niệm trong quá khứ không?
2. Hãy chọn ra một bệnh tật và lý giải bệnh tật đó bằng mô hình y sinh và mô hình tâm – sinh – xã hội?
3. Hãy thiết kế ba mô hình nghiên cứu tương ứng với ba lĩnh vực chính của tâm lý học sức khỏe?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Campbell, C., & Murray, M. (2004). Community health psychology: promoting analysis and action for social change. *Journal of Health Psychology*, 9, 187–95.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Friedman, H.S., & Silver, R.C. (Eds). (2007). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High Income Improves Evaluation of Life but not Emotional Well-Being. *Proceedings of the National Academy of Science*.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121-140.

- Lyon, A.C. & Chamberlain, K. (2005). *Health Psychology: A Critical Introduction*. New York: Cambridge University Press
- Marks, D.F. (2002). Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology (editorial essay). *Journal of Health Psychology*, 7, 5–19.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807–817.
- Matarazzo, J. D. (1983). Education and training in health psychology: Boulder or bolder. *Health Psychology*, 2, 73–113.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of student's psychological well-being and their measurement: Validation of a student's Psychological Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 134-145.
- OECD. 2013. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Paris: OECD
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

CHƯƠNG 2

TIẾP CẬN SINH THỂ VỀ SỨC KHỎE

Chương này mô tả ngắn gọn cấu trúc và cách tổ chức của hệ thống thần kinh, hệ nội tiết và hệ miễn dịch, cùng với vai trò của chúng trong việc điều chỉnh các phản ứng và hành vi sinh lý. Rối loạn chức năng trong các hệ thống này và giữa các hệ thống này có thể dẫn đến sức khỏe kém. Các kỹ thuật dùng để ghi chép và đo lường phản ứng của các hệ thống này được mô tả khái lược về vai trò của chúng trong việc chẩn đoán sức khỏe. Cuối cùng, sử dụng phản hồi sinh học như một phương pháp điều trị lâm sàng cho các rối loạn tâm sinh lý được bàn luận tại chương này.

2.1. CƠ CHẾ SINH HỌC CƠ BẢN CỦA HÀNH VI

2.1.1. Tổ chức hệ thần kinh trung ương, ngoại biên và hành vi

Hệ thần kinh của động vật có vú được tạo thành từ hàng triệu tế bào thần kinh riêng lẻ được sắp xếp trong các mạng lưới phức tạp. Các tế bào riêng lẻ và nhóm tế bào giao tiếp với nhau thông qua các hóa chất đặc biệt gọi là chất dẫn truyền thần kinh – thứ kích hoạt sự kiện điện (electrical events) trong các mạng lưới này. *Hành động tiềm năng* (action potentials), là phương tiện giúp thông tin mật mã hoặc ngôn ngữ được truyền trong hệ thống. Xét tổng thể, hệ thống thần kinh có thể được coi là một hệ thống giao tiếp rất tinh vi cho phép một sinh vật tương tác với thế giới vật chất mà nó sống. Các yếu tố đơn lẻ của hệ thống được sắp xếp trong một tổ chức có cấu trúc cao mà ta mong đợi ở bất cứ mạng truyền thông nào.

Khi mô tả cách tổ chức của hệ thần kinh động vật có vú, người ta thường chia ra hai thành phần: trung tâm và ngoại vi. Hệ thần kinh trung ương (CNS) bao gồm não và tủy sống, hệ thần kinh ngoại biên (PNS) là tập hợp các dây thần kinh từ CNS đến ngoại vi và từ ngoại vi đến CNS. Các dây thần kinh này có thể được chia ra thành hai phần là soma và tủy chủ. Trước khi xem xét từng thành phần, nhất thiết phải chỉ rõ rằng mặc dù chúng được mô tả riêng rẽ nhưng chúng không phải là các hệ thống tách biệt về chức năng. Cấu trúc của chúng được tích hợp hoàn toàn với nhau, những thay đổi xảy ra trong hoạt động của hệ thần kinh trung ương sẽ đi kèm với những thay đổi trong hệ thống ngoại vi và ngược lại. Hệ thống thần kinh phát triển

toàn diện để các sinh vật có thể thích nghi thành công với môi trường của chúng. Ốm đau và bệnh tật có thể được coi là những chỉ số cho thấy sự thích nghi thành công đã đạt được hay chưa.

2.1.1.1. Hệ thần kinh trung ương

Hệ thống thần kinh trung ương được tạo thành từ não và tủy sống. Chúng được phát triển từ cùng một mô thần kinh phôi thai, có tính tương tác trọn vẹn và dịch não tủy lưu thông bên trong, thứ chống lại tổn thương vật lý và cung cấp môi trường hóa học ổn định cho phép các tế bào thần kinh hoạt động. Các tế bào thần kinh được bao bọc bởi lớp vỏ xương sọ và cột sống. Nhìn chung, CNS được coi là có vai trò điều hành trong việc kiểm soát và điều chỉnh hành vi. Nó nhận thông tin từ thế giới bên ngoài, tích hợp thông tin hiện tại với kinh nghiệm trong quá khứ và đưa ra phản hồi của các tác nhân (agent) hoặc bộ phận tác động (effector) ảnh hưởng đến hành vi. Bộ phận tác động dễ thấy là các cơ của hệ thống xương gây ra hành động của chúng ta, nhưng còn có các bộ phận tác động khác là các hormones do hệ thống nội tiết tiết ra và phản ứng của hệ thống thần kinh tự động (ANS), chẳng hạn như thay đổi hoạt động tim hoặc tín hiệu điện từ da. Mặc dù CNS đảm nhiệm việc chỉ dẫn những thay đổi trong hoạt động của các bộ phận này, nhưng CNS không truyền dẫn, đó là công việc của hệ thần kinh ngoại biên (PNS). Tương tự, PNS truyền thông tin từ thế giới bên ngoài cho CNS. Mặc dù có thể nói CNS đóng vai trò điều hành, quy tắc về hành vi không nhất định phải tuân theo nó vì hoạt động của CNS bị ảnh hưởng rất lớn bởi phản hồi từ PNS.

2.1.1.2. Hệ thần kinh ngoại biên

Dây thần kinh của PNS được chia thành các hệ thần kinh soma hoặc tự chủ. Hệ thống soma bao gồm các dây thần kinh từ các cơ quan cảm giác (mắt, tai, da, lưỡi và mũi) mang thông tin từ thế giới bên ngoài đến CNS. Tuy nhiên, CNS không chỉ đơn giản tiếp nhận thụ động các thông tin cảm giác, nó còn có các dây thần kinh kết nối với các cơ quan cảm giác có khả năng chủ động chọn lọc thông tin. Cũng như các dây thần kinh cảm giác, hệ thống soma bao gồm các dây thần kinh vận động dịch chuyển từ CNS đến các cơ co thắt dẫn tới hành động (hành vi). Một lần nữa, đó không phải là hoạt động đơn phương, vì các dây thần kinh cảm giác cũng từ các cơ chuyển tiếp kết quả của những hành động đó trở về CNS. Sự tương tác giữa các dây

thần kinh cảm giác và vận động của hệ soma và CNS có thể được tổ chức độc lập trong tủy sống, ví dụ cho các phản xạ đơn giản như phản xạ giật đầu gối, nhưng thông thường nó bao hàm cả tủy sống và các cấu trúc thành phần khác nhau trong não.

ANS được chia thành hai bộ phận - giao cảm và phó giao cảm - có hành động trái ngược nhau và bổ sung lẫn nhau. Thông thường, mặc dù nhầm lẫn (though erroneously), hai bộ phận này được mô tả là chỉ có các dây thần kinh tác động đi từ CNS đến các cơ quan và tuyến trong cơ thể. Sự phân bố này cung cấp sự điều chỉnh cho các cấu trúc nội tạng, do đó điều chỉnh các phản ứng bên trong cơ thể. Tuy nhiên, cũng có những dây thần kinh tự chủ cảm giác mang phản hồi từ nội tạng đến CNS. Hiển nhiên đây là cách chúng ta nhận thức được cảm giác như trạng thái cảm xúc, cơn đói hoặc cơn đau nội tạng. Do đó, hệ thống soma và tự chủ được tổ chức tương tự nhau.

Hệ thống giao cảm và phó giao cảm vận hành trái ngược song đóng vai trò kết hợp trong việc điều hòa môi trường bên trong cơ thể. Thông thường, mỗi cơ quan của cơ thể đều nhận được đầu vào từ cả hai bộ phận giao cảm và phó giao cảm. Tuy nhiên, hệ thống giao cảm bao gồm các dây thần kinh giao cảm khuếch tán phân bố ở một số cơ quan và tuyến. Do vậy, khi được kích hoạt, một phản ứng giao cảm tổng quát (generalised) sẽ được ghi nhận ở nhiều cơ quan nội tạng của cơ thể. Ngược lại, hệ thống phó giao cảm phân bố dây thần kinh (innervation) rời rạc hơn và mỗi cơ quan có sự phân bố riêng, cho phép chúng điều chỉnh các phản ứng của mình thêm tách biệt (fractionated). Hoạt động giao cảm gây ra sự huy động các nguồn năng lượng cơ thể để chuẩn bị cho cơ thể hành động. Nó kéo theo nhiều phản hồi thay đổi bao gồm tăng cung lượng tim, đổ mồ hôi, ức chế tiêu hóa, tăng lưu lượng máu đến cơ bắp và giãn đồng tử. Những phản hồi này là nền tảng cho hành động của cơ thể. Mô hình kích hoạt giao cảm này thường được gọi là 'phản ứng đánh hoặc chạy' và được coi là đại diện cho phản ứng trước căng thẳng. Bộ phận phó giao cảm tạo ra hiệu ứng ngược lại. Hoạt động của nó là nhằm bảo tồn các nguồn năng lượng của cơ thể, đặc trưng bởi làm chậm tim, kích thích nước bọt, các hoạt động tiêu hóa như tiết dịch dạ dày, nhu động ruột và co thắt đồng tử (xem Bảng 2.1).

Bảng 2.1 Hoạt động trái ngược của các bộ phận ANS.

Cơ quan	Kích thích giao cảm	Kích thích phó giao cảm
Mắt	Giãn nở đồng tử	Co thắt đồng tử
Tuyến nước bọt	Tiết nước bọt nhầy	Tiết nước bọt nhiều
Mạch máu	Giãn nở	Co thắt
Da	Co thắt	Giãn nở
Tim	Tăng áp lực máu	Giảm áp lực máu
	Tăng nhịp tim	Giảm nhịp tim
Hệ thống tiêu hoá	Giảm động lực	Tăng động lực
Gan	Glycogenolysis	Glycogenesis

Sự điều chỉnh phản ứng thông qua hai bộ phận này rất nhạy cảm, vì chúng không hoạt động theo lối bật-tắt. Mỗi bộ phận duy trì một số đầu vào cho từng cơ quan nội tạng khác nhau và phản ứng tức thời của một cơ quan bất kỳ được xác định bởi sự cân bằng tương đối (relative) tồn tại giữa hai bộ phận tại thời điểm bất kỳ. Lấy một ví dụ cụ thể, việc kiểm soát nhịp tim phụ thuộc vào sự tương đối đầu vào (relative inputs) giữa mức độ dây thần kinh của hệ giao cảm và phó giao cảm. Khi nhịp tim thay đổi, nguyên nhân là do sự thay đổi trong cân bằng tổng thể giữa các hệ thống; ví dụ, làm chậm nhịp tim có thể được gây ra bằng cách tăng kích thích phó giao cảm hoặc duy trì đầu vào phó giao cảm nhưng giảm mức độ đầu vào giao cảm. Những thay đổi của các phản hồi bên trong được cảm nhận bởi các thụ thể cảm giác bên trong, chúng cung cấp phản hồi cho CNS và có thể dẫn đến việc khởi tạo hành vi. Ví dụ, những thay đổi trong nhu động dạ dày có thể được ghi nhận là ‘đói’, điều này dẫn đến việc khởi tạo các hành động thu thập thức ăn để tiêu thụ nhằm loại bỏ các cơn co thắt dạ dày: hành vi liên quan đến thức ăn sau đó sẽ chấm dứt. Trong vòng khép kín này không có sự điều hành; chỉ có sự phụ thuộc lẫn nhau giữa các thành phần khác nhau.

Dù có tên như vậy nhưng ta vẫn sẽ nhầm lẫn khi cho rằng ANS là một hệ thống tự động hiển thị các thay đổi phản xạ đơn giản trong hành động. Như các nghiên cứu về phản hồi sinh học đã chỉ rõ, ANS là một hệ thống thích ứng có khả năng học hỏi để đáp ứng yêu cầu của các môi trường khác nhau.

2.1.2. Hệ nội tiết, hệ thần kinh - miễn dịch và hành vi

Hệ thần kinh không phải là phương tiện duy nhất để điều chỉnh hành vi. Hệ nội tiết và hệ miễn dịch cũng có vai trò vô cùng quan trọng trong việc đảm bảo duy trì sức khỏe. Hai hệ thống này được mô tả rõ ràng bởi Rasmussen (1974) và Ader (1981) và chúng ta sẽ chỉ bàn luận khái quát về chúng trong phần này.

2.1.2.1. Hệ nội tiết

Hệ nội tiết tăng cường chức năng của hệ thần kinh và hoạt động của hai hệ thống này kết hợp với nhau cũng như tác động qua lại lẫn nhau. Hệ thần kinh nội tiết kiểm soát các tuyến nội tiết trong cơ thể sản xuất ra các chất dẫn truyền hóa học gọi là hormones và được vận chuyển trong máu để tới cơ quan đích. Khi tới các cơ quan đích, các hormones kết hợp với các thụ thể nằm tại thành của những cơ quan đích ấy, đưa ra các phản ứng cụ thể hoặc tự kích thích chính mình để tiết ra thêm nhiều hormones hơn, từ đó tác động lên những cơ quan khác bao gồm não bộ.

Sự tiết ra của những hormones này được gây ra bởi những loại hormones kích thích tiết ra từ tuyến yên, loại tuyến đóng vai trò quan trọng trong việc điều tiết các loại hormones đi khắp cơ thể. Hệ thống điều tiết hóa học phức tạp này được điều khiển bởi chính hệ thần kinh trung ương, cụ thể là vùng dưới đồi và hệ limbic – hai cấu trúc tham gia vào việc kiểm soát những trạng thái cảm xúc và động lực. Bản thân hệ thống nội tiết có mối liên hệ chặt chẽ với những chức năng sinh học cơ bản bao gồm phân hóa giới tính và sinh sản, quá trình trao đổi chất và tăng trưởng, cũng như phản ứng với các tác nhân gây căng thẳng. Sẽ rất khó khăn để có thể tìm hiểu về tất cả hoạt động của hệ nội tiết diễn ra bên trong cơ thể, nhưng một hoạt động điển hình của nó là ứng phó với trạng thái căng thẳng.

Trong cơ thể con người, bên cạnh mỗi quả thận là tuyến thượng thận. Tuyến này có cấu tạo từ miền vỏ và miền tủy, hay còn gọi là tủy tuyến thượng thận. Cả hai miền này đều tham gia quá trình phản ứng với tác nhân gây căng thẳng của cơ thể. Tủy tuyến thượng thận khi tiếp nhận kích thích từ hệ thần kinh tự chủ sẽ giải phóng adrenalin và noradrenalin vào mạch máu. Những loại hormones này chuẩn bị phản ứng của cơ thể đối với các kích thích gây căng thẳng này bằng cách làm tăng nhịp tim và tăng cường hô hấp. Những nghiên cứu trong phòng thí nghiệm và hoàn cảnh thực tế đã cho thấy những tác nhân gây căng thẳng về mặt tâm lý như đối mặt với

hiểm nguy, làm việc dưới áp lực hay phải nhập viện gây vô số những phản ứng khác nhau tùy theo cách con người đối mặt với những nhu cầu trong môi trường. Những nghiên cứu chỉ ra rằng với mỗi phản ứng khác nhau đều có liên kết với sự phát triển của những loại bệnh lý nhất định như các loại bệnh động mạch vành (Manuck, 1994).

Hệ nội tiết gây ra những ảnh hưởng lâu dài đối với cơ thể. Khi các hormones được giải phóng, chúng sẽ tuần hoàn và ảnh hưởng tới các chất sinh học trong cơ thể trong một khoảng thời gian nhất định. Một vài hormones sẽ tác động tới các thụ thể trong não bộ và ảnh hưởng trực tiếp tới cơ thể; một vài lại tác động gián tiếp thông qua phản hồi từ các cơ quan nội tạng. Một lượng lớn hormones trong hệ tuần hoàn thay đổi để đáp ứng được với các tác động tâm lý, đồng thời người ta đã chứng minh được rằng sự rối loạn chức năng trong hệ nội tiết như của trục HPA (trục hạ đồi thị - tuyến yên – tuyến thượng thận) có liên quan tới nhiều loại bệnh khác nhau (Chrousos và Gold, 1996). Ví dụ, để kiểm soát tác nhân gây căng thẳng ở loài chuột, điều này phụ thuộc vào mức độ và khoảng thời gian giải phóng các hormones tạo căng thẳng bởi hệ thống tuyến yên – tuyến thượng thận (Dantzer, 1989). Những thí nghiệm trên động vật đã cho thấy rằng mức độ gây căng thẳng do giải phóng hormone corticosteroid phụ thuộc vào việc hệ thống miễn dịch bị ức chế như thế nào (Cox and Mackay, 1982). Ở người, những cơ chế tâm sinh lý này có liên quan tới sự phát triển của khối u như ung thư vú (Stoll, 1988). Có thể giả định rằng giữa việc đáp ứng các tác nhân gây căng thẳng trong khoảng thời gian dài với sự phát triển của ung thư có mối liên hệ với nhau, dựa vào các cơ chế của hệ thần kinh và của hệ nội tiết cũng như ảnh hưởng của chúng tới khả năng đề kháng (Ben Nation và cộng sự, 1991; Cella và Holland, 1988).

2.1.2.2. Hệ miễn dịch

Hệ miễn dịch giúp con người bảo vệ cơ thể khỏi bệnh tật và sự nhiễm trùng. Sự phòng vệ trước các vi khuẩn và virus có hại nhờ các lớp bảo vệ như da, các màng dịch nhầy ở miệng và mũi, hay các quá trình miễn dịch tích cực như quá trình tiết ra các loại hóa chất có thể phát hiện, kìm hãm mầm bệnh trong cơ thể và kích hoạt kháng thể để tăng cường sức đề kháng đối với những loại bệnh cụ thể. Hệ miễn dịch hoạt động không ngừng nhưng độ hiệu quả của nó lệ thuộc vào các loại tác động tâm

lý, ví dụ như tác nhân căng thẳng từ xã hội (Koolhaas và Bohus, 1989). Mối liên hệ giữa những yếu tố tâm lý và chức năng của hệ miễn dịch được nghiên cứu thông qua Hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) đã cho thấy rằng sự ức chế miễn dịch của virus HIV bị ảnh hưởng bởi những yếu tố gây áp lực tâm lý. Tương tự, các bằng chứng khoa học khẳng định rằng tâm sinh lý có ảnh hưởng tới sự tiến triển của những loại ung thư như ung thư vú (Cox, 1988; Stoll, 1988). Cũng có những dấu hiệu cho thấy sự tái nhiễm với bệnh mụn rộp do virus lây qua đường sinh dục là do sự thay đổi trong chức năng của hệ miễn dịch cũng như do những căng thẳng trong cuộc sống (Kemeny et al., 1989). Mặc dù cần nghiên cứu sâu hơn về các cơ chế có liên quan, khả năng phòng vệ khỏi sự nhiễm bệnh và nhiễm trùng của hệ miễn dịch có lẽ chịu ảnh hưởng bởi các quá trình và trạng thái tâm lý như áp lực, trầm cảm do các sự kiện quan trọng trong cuộc đời như mất người thân, hay chỉ do những rắc rối nhỏ nhen như hỏng xe.

Hệ miễn dịch thực hiện nhiều chức năng khác nhau, bao gồm tiêu hủy và lọc sạch các thể gây bệnh ngoại lai (virus, vi khuẩn); tiêu hủy các tế bào chủ đã bị biến đổi, ví như trong trường hợp cấu thành các tế bào u. Một số “tế bào chủ chốt” tạo nên các tế bào trung tâm của phản ứng miễn dịch. Các tế bào miễn dịch là bạch cầu (hay WBC – số lượng bạch cầu trong một đơn vị máu) chia làm ba loại: bạch cầu hạt đa hình (ví dụ, bạch cầu trung tính), bạch huyết bào (ví dụ, tế bào T, tế bào B) và bạch cầu đơn nhân. Các tế bào này có thể được tìm thấy trong máu, trong các mạch và hạch bạch huyết, hoặc trong một loạt cơ quan miễn dịch như tủy xương, tuyến ức, lá lách và ống tiêu hóa. Khi một mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể (ví dụ, hít vào) và không bị đẩy ra hay tiêu hủy bởi đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu (ví dụ, ho), nó có thể tiếp xúc với các tế bào miễn dịch trong mô liên kết hoặc trong các mạch và hạch bạch huyết. Nếu không được bảo vệ đầy đủ, các mô có thể bị nhiễm trùng, dẫn đến tổn thương mô và suy tạng. Ví dụ, virus có thể lây nhiễm cho các tế bào chủ, nhân rộng trong các tế bào đó và phá hủy chúng.

Tuyến phòng thủ đầu tiên chống lại các thể xâm nhập là quá trình viêm. Viêm là sự kiện phức hợp đưa các tế bào miễn dịch vào vùng bị nhiễm bệnh nhằm tiêu diệt hoặc khử hoạt tính mầm bệnh, giảm thiểu thiệt hại cho vùng bị nhiễm. Do kết quả của việc sản sinh chất trung gian gây viêm, các mạch máu dẫn đến khu vực nhiễm

bệnh giãn ra và trở nên dễ thấm hơn, tạo điều kiện cho các thành phần miễn dịch đi vào. Các tế bào miễn dịch bị thu hút đến chỗ viêm (tác dụng hóa ứng); các mô sưng lên vì thoát dịch; thể xâm lược bị tấn công, làm yếu đi hoặc tiêu hủy; cả vùng bị ngăn cách và các mô được sửa chữa. Một phần của phản ứng thích nghi này là hiện tượng sốt, vì các tế bào miễn dịch sẽ dễ sinh sôi hơn ở nhiệt độ cao thay vì nhiệt độ thường, còn nhiều mầm bệnh lại kém hiệu quả đi khi ở mức nhiệt này.

Một tế bào đóng vai trò chính ở tuyến đầu tiên của quá trình phòng thủ: Đại thực bào. Các đại thực bào (hay bạch cầu đơn nhân) có thể nhấn chìm, tiêu hóa và xử lý các thể ngoại lai, cảnh báo các tế bào khác về sự nhiễm trùng, sản sinh ra các protein đặc hiệu – các cytokine tiền viêm, thúc đẩy các phản ứng viêm. Một số cytokine tiền viêm đóng vai trò chính trong quá trình này, bao gồm interleukin 1 và 6 (IL-1, IL-6) và yếu tố hoại tử khối u alpha. Ngoài ra, còn có các cytokine chống viêm, như interleukin-4, 5 và 10, làm giảm phản ứng viêm và ức chế chức năng của tế bào miễn dịch đặc hiệu liên quan đến viêm.

Một tế bào khác có khả năng đáp ứng nhanh không đặc hiệu ở giai đoạn đầu này là tế bào tiêu diệt tự nhiên (NK). Tế bào NK là các bạch huyết bào có thể tiêu diệt các tế bào bị nhiễm virus, đồng thời tạo ra các chất (được gọi là interferon) ức chế sự nhân lên của virus. Tế bào này cũng có thể tiêu diệt các tế bào ung thư trong ống nghiệm và cả trong cơ thể.

Tuyến phòng thủ thứ hai liên quan đến hai loại tế bào khác, tế bào T và B, đòi hỏi tính đặc hiệu (sự phù hợp giữa tế bào miễn dịch và mầm bệnh cụ thể hoặc thành phần mầm bệnh, được gọi là kháng nguyên). Tế bào T-CD8 (cụm biệt hóa 8) ức chế/độc tế bào có thể tiêu diệt các tế bào bị nhiễm virus. Tế bào T-CD4 trợ giúp giải phóng nhiều loại cytokine, thúc đẩy hoạt động của tế bào T độc tế bào và tế bào B, ví dụ (xem Bảng 2.1). Tế bào B sản sinh ra các phân tử kháng thể có khả năng vô hiệu hóa mầm bệnh, tham gia vào một số phản ứng miễn dịch khác (như dòng bổ sung), tạo điều kiện cho tế bào T độc tế bào và tế bào NK. Các tế bào T và B liên quan đến miễn dịch đặc hiệu ở chỗ chúng đòi hỏi sự phù hợp giữa thụ thể bề mặt với mầm bệnh trước khi kích hoạt và chức năng tế bào có thể xảy ra. Phần lớn những phối hợp, cân bằng nhằm trợ giúp và ngăn chặn quá trình miễn dịch khác nhau – kết quả hoạt

động của các loại phân tử truyền tin khác nhau – được gọi là cytokine (Sherwood, 1993).

Một số phương pháp đánh giá các quá trình miễn dịch được sử dụng nhằm xác định xem các yếu tố tâm lý có khả năng thay đổi hệ thống này hay không. Đầu tiên, các tế bào miễn dịch có thể được liệt kê hoặc tính toán. Việc biết được tác động của một yếu tố gây căng thẳng, ví dụ, lên số lượng và tỷ lệ các tập hợp miễn dịch khác nhau là rất quan trọng, vì mỗi một phản ứng miễn dịch đòi hỏi một lượng đầy đủ các phân lớp tế bào riêng. Ví dụ, virus HIV có khả năng lây nhiễm và tiêu diệt tế bào T-CD4 trợ giúp, dẫn đến sự biến mất của các tế bào này. Mất mát ấy đóng vai trò lớn trong sự suy giảm miễn dịch bởi nhiễm HIV, khiến vật chủ dễ mắc một loạt bệnh. Số lượng tế bào T-CD4 trợ giúp (trên một milimét máu) rất quan trọng trong dự đoán khởi phát và tử vong của AIDS.

Thứ hai, các xét nghiệm miễn dịch có thể kiểm tra chức năng của các tế bào miễn dịch. Ví dụ, các xét nghiệm có thể xác định xem các tế bào miễn dịch có sản sinh ra các kháng thể đáp ứng với kích thích hay không, có khả năng tiêu diệt các tế bào bị nhiễm virus hoặc tế bào u, tạo ra các loại cytokine khác nhau hay không, v.v. Không một xét nghiệm miễn dịch nào có thể xác định khả năng bảo vệ cơ thể khỏi mầm bệnh của hệ thống miễn dịch, nhưng xét nghiệm chức năng có thể xác định khả năng tham gia vào một loạt các chức năng miễn dịch thiết yếu của tế bào.

Bảng 2.2. Phân hóa chức năng tế bào miễn dịch (% Tổng số bạch cầu)

Đại thực bào / bạch cầu đơn nhân (2–8%)

- Engulf / tiêu hóa sinh vật
- Trình bày kháng nguyên
- Sản xuất Cytokine (IL-1, IL-6, TNF- α)

Tế bào lympho (20 – 40%)

Tế bào sát thủ tự nhiên

- Tiêu diệt các tế bào bị nhiễm virus không rõ ràng
- Sản xuất interferon
- Diệt tế bào khối u

Tế bào trợ giúp T (CD4)

- Sản xuất Cytokine (IL-2, g IFN)

- Kích hoạt tế bào gây độc T
- Kích thích sự trưởng thành của tế bào B và sản xuất kháng thể

Tế bào gây độc tế bào / ức chế (CD8)

- Diệt các tế bào bị nhiễm virus đặc biệt

Tế bào B

- Sản xuất kháng thể
- Trung hòa virus
- Tiêu diệt virus thông qua tạo điều kiện tổng hợp số lượng lớn của tế bào T và NK cytotoxicity

Bạch cầu hạt đa hình (50 – 70%)

Bạch cầu trung tính

- Vi khuẩn tiêu hóa

Bạch cầu ái toan

- Tiêu diệt ký sinh trùng

Bạch cầu Basophils

- Tăng tính thấm của mạch trong phản ứng viêm

Có ba loại xét nghiệm miễn dịch thường được sử dụng trong các nghiên cứu về tâm sinh lý. Xét nghiệm hoạt động của tế bào sát thủ tự nhiên (NKCA) xác định liệu các tế bào sát thủ tự nhiên có khả năng tiêu diệt các tế bào khối u trong ống nghiệm. Khả năng tăng sinh tế bào lympho nắm bắt một chức năng trung tâm của tế bào lympho, khả năng tăng sinh để đáp ứng với tác động ngoại nhập. Sự tăng sinh này (phân chia tế bào) cung cấp đội quân tế bào cần thiết để chống lại những mầm bệnh cụ thể. Sản xuất Cytokine có thể được xác định để có thể xác định khả năng của các tế bào tạo ra các phân tử truyền thông quan trọng này. Có rất nhiều sự quan tâm đến các cytokine, vì các protein này phối hợp nhiều chức năng miễn dịch.

Mặc dù hầu hết các tế bào miễn dịch sử dụng trong các phương pháp này đều có nguồn gốc từ máu, nhưng điều quan trọng là phải xác định chức năng của các tế bào miễn dịch trong các cơ quan miễn dịch và các mô có liên quan trực tiếp đến phản ứng miễn dịch với mầm bệnh. Ví dụ, các nhà nghiên cứu hiện đang tạo ra vết thương ngoài da nhằm quan sát các cơ chế sửa chữa mô và chữa lành vết thương. Ngoài ra,

các chất (ví dụ, kháng nguyên) có thể được đặt dưới da để tạo ra phản ứng miễn dịch và mô có thể được kiểm tra bằng hóa mô miễn dịch để xác định, ví dụ, tế bào nào có mặt và được kích hoạt. Các tế bào từ phổi, đường tiêu hóa và các cơ quan khác có thể được thử nghiệm để đánh giá tương tự như các tế bào được sử dụng để kiểm tra các chức năng của các tế bào miễn dịch trong máu.

2.2. HỆ MIỄN DỊCH TÂM THẦN KINH

2.2.1. Khái quát về hệ miễn dịch tâm thần kinh

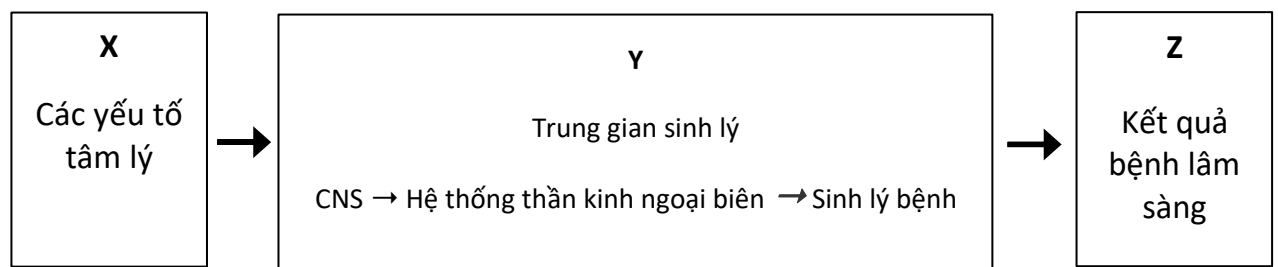
2.2.1.1. Vai trò của nghiên cứu hệ miễn dịch tâm thần kinh

Tâm thần kinh học là một lĩnh vực liên ngành liên quan đến việc điều tra hai chiều mối quan hệ giữa tâm trí, não bộ và miễn dịch hệ thống và ý nghĩa của các mối quan hệ này cho bệnh lâm sàng. Lĩnh vực này rất phù hợp với sức khỏe tâm thần vì một vài lý do.

Thứ nhất, các nghiên cứu trong lĩnh vực này kiểm tra các mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và nguyên nhân và sự tiến triển của bệnh. Hệ thống miễn dịch là một hệ thống sinh lý bệnh học chính của cơ thể mà sự rối loạn chức năng của nó có thể đóng vai trò quan trọng đối với sự hình thành nguyên nhân và tiến triển của một loạt các bệnh bao gồm nhiễm trùng, các bệnh tự miễn (như viêm khớp dạng thấp), một số dạng ung thư và thậm chí là các bệnh tim mạch. Bằng cách hiểu về các yếu tố trong tâm lý học và các mối tương quan sinh lý thần kinh của chúng ảnh hưởng tới hệ thống miễn dịch như thế nào, có thể xác định được một phần cơ chế liên kết giữa các yếu tố tâm lý với bệnh tật. Việc xác định động cơ hoặc đường trung gian là quan trọng để thành lập quan hệ nhân quả giữa yếu tố tâm lý cụ thể và kết quả của sức khỏe. Các nghiên cứu về tâm sinh lý học có thể cung cấp bằng chứng cho từng liên kết trong con đường này và có thể chỉ ra các biện pháp khơi gợi tâm lý và hệ thống trung gian.

Thứ hai, hệ thống miễn dịch có thể ảnh hưởng tới não và thay đổi việc học, trí nhớ, tâm trạng, nhận thức và động lực. Các phát hiện liên quan đến những tác động này có thể thúc đẩy sự hiểu biết sâu sắc hơn về di chứng tâm lý của các bệnh liên quan đến miễn dịch và có thể góp phần phát triển các biện pháp can thiệp hiệu quả để giảm các tác động tâm lý bất lợi của các tình trạng đó. Ví dụ, sự thay đổi ở nhận thức và tâm trạng có thể xảy ra với các bệnh viêm nhiễm, chẳng hạn như lupus ban đỏ hệ

thống (SLE), và có bằng chứng cho thấy một số tác động sinh lý thần kinh này có thể là một chức năng của các quá trình viêm nhiễm tác động lên não. Cuối cùng, ở cấp độ khái niệm, nghiên cứu về tâm sinh lý có thể làm sáng tỏ mối liên kết hai chiều thích ứng trên các hệ thống sinh lý thần kinh, hành vi và miễn dịch. Ví dụ, lĩnh vực đang chứng minh rằng hành vi có thể được định hình bằng các sản phẩm của hệ thống miễn dịch như là một phần của phản ứng phục hồi sau chấn thương hoặc nhiễm trùng.



Sơ đồ 2.1. Mô hình X–Y–Z nghiên cứu mối liên kết giữa các quá trình tâm lý, các trung gian sinh lý và tiến triển bệnh. (Kemeny, 2003) Mô hình nghiên cứu liên ngành nghiên cứu các yếu tố tâm lý xã hội trong bệnh

2.2.1.2. Hệ miễn dịch tâm thần kinh và sức khỏe

Hệ thần kinh được biết là để điều chỉnh hầu hết các hệ thống cơ quan (ví dụ: hệ thống nội tiết, hệ tim mạch, hệ hô hấp). Tuy nhiên, cho đến gần đây, hệ thống miễn dịch đã được giả định rằng có thể tự chủ, không cần đến sự điều khiển của não. Nghiên cứu về tâm sinh lý trong 20 năm qua đã không thừa nhận giả thuyết này bằng cách ghi nhận sự giao tiếp giữa hệ thống thần kinh trung ương (CNS; não và tủy sống) và hệ thống miễn dịch (các tế bào và cơ quan đóng vai trò phản ứng với mầm bệnh). Những phát hiện sớm nhất đã đặt nền móng cho bước nhảy vọt về khái niệm cần thiết cho các nhà điều tra để bắt đầu xem xét mối liên kết có thể giữa hai hệ thống này. Ví dụ, vào đầu những năm 1960, Rasmussen và các đồng nghiệp (Solomon, 1969) đã chứng minh rằng việc chịu stress ở động vật có thể ảnh hưởng tới quá trình nhiễm virus. Vấn đề quan trọng đầu tiên trong sự thừa nhận của chúng tôi về CNS có khả năng điều chỉnh các quá trình miễn dịch bắt đầu với sản phẩm của nhà tâm lý học Robert Ader và nhà miễn dịch học Nicholas Cohen. Năm 1975, Ader và Cohen báo cáo rằng hệ thống miễn dịch có thể điều hòa theo kiểu cổ điển. Sử

dụng mẩu gặm nhấm, một loại thuốc ức chế miễn dịch, cyclophosphamide (kích thích không điều kiện), kết hợp với saccharin (kích thích có điều kiện) dẫn đến ức chế miễn dịch. Tiếp xúc với kích thích có điều kiện đã có thể gây ra ức chế miễn dịch. Rõ ràng, học tập xảy ra trong não, vì vậy những nghiên cứu này đã lần đầu tiên chứng minh sự giao tiếp từ não đến hệ thống miễn dịch. Đồng thời, các nhà điều tra Nga đã có những đóng góp đáng kể khác về cấp độ sinh lý thần kinh bằng cách chứng minh rằng các tổn thương của vùng đồi dưới ở loài gặm nhấm có thể thay đổi các phản ứng miễn dịch ở ngoại vi (Korneva, 1967).

“Hệ thống lý thuyết giả định” đầu tiên đã đặt ra một khuôn khổ cho việc tìm hiểu mối liên hệ có thể có giữa não bộ và hệ thống miễn dịch đã được viết vào năm 1964 bởi George Solomon và Rudolph Moos. Họ cho rằng các quá trình thần kinh có thể điều chỉnh miễn dịch và đưa ra khái niệm về “trải nghiệm” có thể tác động đến hệ thống này. Solomon và đồng nghiệp – nhà miễn dịch học Alfred Amkraut đã tiếp tục cho thấy những ảnh hưởng của trải nghiệm ban đầu, các yếu tố gây căng thẳng (stressors), và hành vi tự phát trên khả năng miễn dịch ở động vật. Một cột mốc quan trọng khác là chứng minh của David Felten và Suzanne Felten (1988) rằng các sợi hệ thống thần kinh giao cảm có liên quan đến các cơ quan miễn dịch và làm thay đổi hoạt động của các tế bào miễn dịch, từ đó cung cấp một liên kết chặt chẽ giữa não và hệ thống miễn dịch. Lĩnh vực này đã được đặt nền móng vào đầu những năm 1980, khi nhóm nghiên cứu đứng đầu do Janice Kiecolt–Glaser và Ronald Glaser bắt đầu chương trình nghiên cứu tài liệu về ảnh hưởng của trải nghiệm căng thẳng lên một loạt các chức năng miễn dịch ở người (Kiecolt–Glaser et al., 1984). Tuy nhiên, mãi đến thập niên 1990, các nhà nghiên cứu mới bắt đầu nhận ra rằng không chỉ hành vi và CNS có thể ảnh hưởng tới hệ thống miễn dịch mà các sản phẩm miễn dịch cũng có thể ảnh hưởng đến não và hành vi, cho thấy mối quan hệ hai chiều hoàn toàn trên các hệ thống này.

Hệ thống tích hợp thích nghi (An adaptive integrated system)

Những thay đổi trong quá trình miễn dịch trùng với tiếp xúc với các yếu tố gây căng thẳng, các phản ứng và hành vi tâm lý đặc biệt dường như không chỉ là tác dụng phụ của các tác động sinh lý thần kinh của các phơi nhiễm như vậy. Kích hoạt các hệ thống phản ứng với căng thẳng, chẳng hạn như trục hạ đồi–tuyến yên–tuyến

thượng thân (HPA), để đối phó với một mối đe dọa liên quan đến một tập hợp thay đổi sinh lý thích nghi, như giải phóng nhiên liệu cơ thể để sẵn sàng hoạt động. Tuy nhiên, cho đến gần đây, những thay đổi về miễn dịch thường xảy ra sau những khiêu khích như vậy được cho là tác dụng phụ không có chức năng kích hoạt các hệ thống căng thẳng này. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy một số thay đổi hệ thống miễn dịch đóng vai trò thích nghi quan trọng trong việc đáp ứng không chỉ với sự tấn công của mầm bệnh mà còn đối với các tình trạng ứng xử (Behavioral conditions). Những thay đổi miễn dịch này có thể xem như là một phần của phản ứng tâm sinh lý tích hợp với các điều kiện khơi gợi cụ thể (Weiner, 1992).

Bây giờ rõ ràng bộ não và hệ thống miễn dịch có hệ thống lập trình để cho phép loại giao tiếp liên tục này diễn ra. Như được mô tả chi tiết hơn ở phần sau của chương này, có rất nhiều cách mà não có thể “nói chuyện” với hệ thống miễn dịch. Ví dụ, các tế bào miễn dịch thể hiện thụ thể không chỉ đối với các protein được sản xuất bởi các tế bào miễn dịch khác mà còn cho các phân tử được sản xuất bởi não và hệ thần kinh. Do đó, hệ thống miễn dịch được trang bị để “nghe” các tin nhắn được truyền bởi các phân tử này và được điều chỉnh bởi các hệ thống này. Ngoài ra, tất cả các loại cơ quan miễn dịch được phân bố bởi các sợi hệ thống thần kinh tự trị, có kết nối chức năng với các tế bào miễn dịch trong các cơ quan này. Hệ thống lập trình thần kinh này cho phép hệ thống thần kinh tự trị ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động của các tế bào miễn dịch này, điều chỉnh phản ứng của chúng với mầm bệnh.

Chúng tôi rằng hệ thống miễn dịch có thể đóng vai trò thích ứng trong ba phản ứng hành vi. Phản ứng chiến hay chạy (fight-or-flight), phục hồi sau chấn thương hoặc nhiễm trùng và phản thu hồi tổng quát hơn. Phản ứng chiến hay chạy là khớp nối rõ ràng liên quan đến việc nhận biết mối đe dọa ở vùng não cao hơn có thể cần phải có hoạt động thể chất và huy động các nguồn lực để thúc đẩy các hệ thống cơ thể có thể sử dụng trong tình huống như vậy, khi hệ thống giảm điều tiết (down-regulating systems) không phải là ưu tiên trong các điều kiện đe dọa, chẳng hạn như phát triển và sinh sản (Sapolsky, 1993). Mục tiêu này chuyển từ xây dựng tài nguyên trong hoàn cảnh không có mối đe dọa (nonthreat) sang sử dụng tài nguyên khi có một mối đe dọa kích hoạt hệ thống thần kinh giao cảm, HPA và các hệ thống điều tiết khác. Trong những trường hợp này, những thay đổi khuôn mẫu trong hệ thống miễn

dịch cũng xảy ra đồng thời. Trên các loài động vật, các tế bào bạch cầu được chuyển từ mạch máu (bloodstream) đến các cơ quan miễn dịch như hạch bạch huyết, tủy, đường tiêu hóa và da (Dhabhar, 2003), và tế bào “tuyến phòng vệ đầu tiên” như tế bào tiêu diệt đầu tiên (natural killer cells – tế bào NK) đã tăng về số lượng. Dhabhar và McEwen (2001) cho rằng sự phân phối lại các tế bào miễn dịch này đến các cơ quan miễn dịch có thể là một phần không thể thiếu trong phản ứng chiến hay chạy, trong đó huy động các hệ thống sinh lý nhằm đáp ứng thích nghi với các mối đe dọa vật lý, chẳng hạn như săn mồi. Một phần của đáp ứng thích nghi này có thể là sự chuẩn bị cho thách thức từ các vết thương hoặc nhiễm trùng – điều dễ xảy đến khi cơ thể bị căng thẳng, ví dụ vì đánh nhau hay chạy trốn (Dhabhar, 2003; Dhabhar & McEwen, 2001). Nồng độ tế bào bạch cầu trong các cơ quan cao hơn khi ở “trạng thái chiến đấu” sẽ làm tăng hiệu quả của khả năng phản ứng với các vết thương và nhiễm trùng. Sự gia tăng nhanh chóng một phân lớp riêng biệt tế bào bạch cầu được gọi là tuyến phòng thủ tế bào đầu tiên, cho phép tiêu diệt nhanh và không đặc hiệu các mầm bệnh có thể xâm nhập vào hệ thống thông qua các vết thương hoặc tổn thương khác (Kemeny & Gruenewald, 2000). Do đó, giống như việc kích hoạt hệ thống căng thẳng làm tăng nhịp tim và nhịp hô hấp để cơ thể ứng phó với thách thức, hệ thống chiến–hay–chạy này cũng giúp cơ thể chuẩn bị sẵn sàng trước các vết thương và tăng cơ hội sống sót khỏi các tác nhân truyền nhiễm. Trung gian của các tác động cấp tính này là hệ thần kinh giao cảm (SNS), vì SNS khiến nhịp tim tăng cao, đồng thời, ảnh hưởng đến việc lưu thông tế bào bạch cầu cũng như sự vận hành các phân tử miễn dịch đóng vai trò trung tâm trong lưu thông.

Hệ miễn dịch cũng đóng vai trò chính trong việc hỗ trợ hành vi phục hồi sau chấn thương và nhiễm trùng. Như sẽ mô tả chi tiết sau, các protein còn gọi là cytokine tiền viêm được giải phóng từ vết thương hoặc nhiễm trùng, và các chất này phối hợp với một số hoạt động miễn dịch có vai trò tiêu diệt mầm bệnh, sửa chữa mô hỏng. Đồng thời, các phân tử này tác động lên não, khiến động vật không thực hiện các hoạt động bình thường (hành vi tình dục, khám phá, chải chuốt) mà tham gia vào các hoạt động phục hồi, trong đó có ngủ. Sự sắp xếp lại các ưu tiên này, cùng với kết quả thay đổi hành vi, chính là sự thích ứng bởi nó làm giảm việc tiêu hao năng lượng,

tập trung năng lượng sẵn có hỗ trợ quá trình thiết yếu chống lại nhiễm trùng (ví dụ, sốt); tương tự khi bị bệnh hoặc chấn thương (Maier & Watkins, 1998).

Ngoài việc từ bỏ các hành vi cần thiết để tối ưu hóa sự phục hồi những chấn thương hoặc nhiễm trùng, hệ miễn dịch cũng có thể đóng vai trò trong việc từ bỏ các hành vi tổng quát hơn nhằm đáp ứng các căng thẳng tâm lý cụ thể. Một số nghiên cứu ở người và động vật chứng minh rằng các cytokine tiền viêm cũng có thể được kích hoạt khi tiếp xúc với các yếu tố gây căng thẳng tâm lý, vượt ra khỏi trường hợp chấn thương hay nhiễm trùng (Maier & Watkins, 1998). Sự từ bỏ hành vi do kích hoạt các cytokine này là đáp ứng thích nghi đặc biệt trước các tác nhân gây căng thẳng không kiểm soát được, ví dụ đối đầu với sinh vật hung dữ, có ưu thế hơn (Kemeny, Gruenewald, & Dickerson, 2005). Trong bối cảnh như vậy, các hành vi rút lui, cản trở xâm lược, hành vi tình dục, thăm dò xã hội... gây ra bởi các cytokine sẽ nhằm mục tiêu thích nghi bởi chúng làm giảm khả năng bị tấn công hoặc gây thương tích. Khái niệm về mối liên hệ giữa hoạt động của cytokine tiền viêm và sự thích nghi bằng cách từ bỏ các hành vi để đối phó với các đe dọa không thể kiểm soát được dựa trên các nghiên cứu về tái tổ chức xã hội bằng mô hình đối đầu xâm nhập. Cytokine tiền viêm thúc đẩy hành vi của động vật trong các cuộc đối đầu. Tái tổ chức xã hội (đưa một loài gặm nhấm chiếm ưu thế vào lồng của các loài gặm nhấm khác) thúc đẩy đáp ứng viêm đối với một tác nhân truyền nhiễm và làm tăng mức độ corticosterone toàn thân của vật nuôi trong lồng, cho thấy tình trạng kháng glucocorticoid ở tế bào miễn dịch. Nói cách khác, vì corticosteroid thường ức chế miễn dịch, mô hình kết quả này cho thấy các tế bào miễn dịch chống lại tác động của hormone này. Công việc tiếp theo khẳng định rằng các động vật cấp dưới trong bối cảnh tái tổ chức xã hội biểu lộ tình trạng kháng glucocorticoid, dẫn đến nồng độ cytokine tiền viêm tăng cao và mức độ kháng glucocorticoid tương quan với tần suất các hành vi phục tùng (Avitsur, Stark, & Sheridan, 2001).

Những phát hiện tương quan này được chứng thực trong một mô hình thí nghiệm mà ở đó, động vật khỏe mạnh được tiêm cytokine tiền viêm. Để đáp ứng cuộc đối đầu với một con vật khác, động vật thường thể hiện hành vi tấn công và chuyển sang hành vi phòng thủ nếu thấy mình yếu thế hơn. Tuy nhiên, động vật được tiêm cytokine tiền viêm không có hành vi tấn công mà thay vào đó, chúng chỉ bộc lộ

các tư thế phòng thủ thẳng đứng và tư thế phục tùng (Cirulli, De Acetis, & Alleva, 1998). Do vậy, một mối đe dọa xã hội không thể kiểm soát có thể gây ra sự giải phóng các cytokine hoặc kháng lại tác dụng chống viêm của corticosteroid, dẫn đến gia tăng mức độ các cytokine tiền viêm, sau đó thúc đẩy hoặc duy trì hành vi phòng thủ và phục tùng ở động vật yếu thế. Vì những động vật này dễ bị thương hơn động vật ưu thế, nên sự hoạt hóa cytokine cũng sẽ thích ứng với việc thúc đẩy quá trình lành vết thương.

Trong một số nghiên cứu ở con người về các yếu tố gây căng thẳng trong phòng thí nghiệm cấp tính, mức độ các cytokine tiền viêm tăng lên, nhưng trong những trường hợp khác thì không. Người ta chỉ ra rằng những nghiên cứu sử dụng mối đe dọa xã hội không thể kiểm soát (thực hiện các nhiệm vụ khó khăn mà không có khả năng thành công trước người chứng kiến) cho thấy sự gia tăng nhất quán các cytokine này, trong khi những nghiên cứu không có mối đe dọa xã hội không thể kiểm soát này thì không (Ackerman, Martino, Heyman, Moyna, & Rabin, 1998; Dickerson, Gruenewald, & Kemeny, 2004). Các mối đe dọa xã hội không thể kiểm soát có thể đại diện cho một tập hợp các điều kiện không thể kiểm soát được, có khả năng kích hoạt việc sản sinh các cytokine tiền viêm và khơi gợi sự từ bỏ hành vi ở động vật và con người.

Mặc dù kích hoạt cơ chế căng thẳng và dẫn đến thay đổi hệ miễn dịch giúp thích nghi trong một số trường hợp nhất định và trong một thời gian ngắn, thì sự thay đổi liên tục các hệ thống này có thể khiến cơ thể dễ bị tổn thương. Tải trọng phân bố, một khái niệm do Bruce McEwen (1998) đưa ra, đề cập đến hậu quả của việc tiếp xúc lâu với hoặc môn gây căng thẳng, hoặc tích lũy chúng trong cơ thể do hệ thống đáp ứng căng thẳng hoạt động quá mức. Những kiểu đáp ứng này được cho là làm tăng nguy cơ gặp phải các vấn đề sức khỏe tiêu cực, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư và bệnh tim mạch (McEwen, 1998). Đối với hệ miễn dịch, việc điều chỉnh lâu dài các thông số miễn dịch nhất định do tiếp xúc thường xuyên với các yếu tố gây căng thẳng có thể dễ gây ra sự nhiễm trùng, trong một số trường hợp thì phát triển cả các khối u. Đồng thời, việc hoạt động quá mức mãn tính trong một số quá trình miễn dịch nhất định, như trong các hệ thống được mô tả trước đó điều chỉnh tình trạng viêm, có thể làm tăng nguy cơ mắc rối loạn miễn dịch tự động

(liên quan đến hoạt động quá mức của một số quá trình miễn dịch) hoặc dễ bị tổn thương tim mạch (có thể được thúc đẩy bởi trung gian gây viêm).

2.2.2. Hệ thống sinh lý ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch

Làm thế nào để não tiếp xúc với hệ thống miễn dịch và đóng một vai trò quyết định? Một trong số đó là thông qua hệ thống thần kinh tự trị. Con đường thứ hai là thông qua các yếu tố được giải phóng trong não kích hoạt các cơ quan sản xuất hormone ảnh hưởng đến các tế bào và cơ quan miễn dịch. Trục HPA giải phóng glucocorticoids (ví dụ: cortisol) là một chuyển tiếp nội tiết chính từ CNS đến hệ thống miễn dịch.

2.2.2.1. Trục hypothalamic–tuyến yên–thượng thận

Vùng dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận (HPA) là một hệ thống có thể được kích hoạt để đáp ứng với các kích thích căng thẳng cụ thể. Hệ thống thần kinh liên kết nhận thức và đánh giá một kích thích với một phản ứng tích hợp ở vùng dưới đồi, dẫn đến việc giải phóng hormone giải phóng corticotropin (CRH). CRH đi đến tuyến yên trước và kích thích các tế bào tuyến thượng thận giải phóng hormone tuyến thượng thận (ACTH) vào máu. ACTH đi đến tuyến thượng thận và khiến vỏ thượng thận giải phóng cortisol vào máu. Những thay đổi này xảy ra như là một phần của chức năng sinh lý bình thường và có thể trở nên nổi bật trong các tình huống căng thẳng. Các glucocorticoids là một phần của hệ thống tín hiệu phức tạp, tích hợp não và cơ thể để đáp ứng với môi trường, điều chỉnh các hành vi như chu kỳ ngủ với các phản ứng sinh lý như trao đổi chất (McEwen et al., 1997).

Cortisol có thể được xem là sức đề kháng của cơ thể vì nó có thể hoạt động như các tế bào miễn dịch nhằm ức chế sự sản xuất của các cytokines gây viêm (chẳng hạn như IL–1, IL–6), như dạng tổng hợp của nó, cortisone, làm giảm viêm trên da và các cơ quan khác. Cùng thời điểm, các cytokines gây viêm có thể kích hoạt HPA, gây ra sự giải phóng của cortisol. Hơn 10 năm trước, rõ ràng rằng đây là một sự kết nối hai chiều giữa cytokine–HPA mà phản ứng với sự tiếp xúc trong tình huống áp lực.

2.2.2.2. Hệ thống thần kinh tự động (ANS)

Hệ thống thần kinh tự động (ANS) được chia làm 3 phần, hệ thống thần kinh giao cảm, hệ thống thần kinh đối giao cảm, và hệ thần kinh ruột (làm điều hoà đường tiêu hoá). hệ thống thần kinh giao cảm điều khiển đa dạng các chức năng không tự

nguyên trên cơ thể mà cần điều chỉnh để đối phó với các mối đe dọa, giả sử, hệ tim mạch và hệ hô hấp. nó được xem là một hệ thống được tạo ra để duy động. Do đó, để đối phó với căng thẳng cấp tính, các cá nhân thường gặp các triệu chứng phản ánh kích hoạt hệ thống này (ví dụ nhịp tim, nhịp thở tăng nhanh). Hệ thống thần kinh đối giao cảm kiểm soát các chức năng nghỉ ngơi không tự nguyện (tiêu hoá, sinh sản) và hoạt động các hệ cơ quan đóng vai trò phục hồi khi các sinh vật không bị đe dọa. Bên cạnh đó, nó chủ động ức chế giao cảm, ví dụ, bằng cách ức chế nhịp tim, tạo ra sự ổn định của chủ thể. Chất dẫn truyền thần kinh được giải phóng bởi các sợi giao cảm là norepinephrine (noradrenalin), và chất dẫn truyền thần kinh được giải phóng bởi các sợi giao cảm là acetylcholine. Walter Cannon, vào những năm 1930, đã chứng minh rằng việc tiếp xúc với các tình huống khẩn cấp dẫn đến sự giải phóng hormone epinephrine (adrenalin) từ tủy thượng thận. Sự bảo tồn giao cảm của tủy thượng thận và sự giải phóng của norepinephrine gây ra sự giải phóng của epinephrine từ tủy thượng thận trong mạch máu.

Các sợi hệ thống thần kinh tự động được kết nối trực tiếp với hệ thống miễn dịch. Các sợi Noradrenergic kích thích hầu như tất cả các cơ quan miễn dịch, bao gồm các cơ quan miễn dịch chính (tuyến ức và tủy xương) và các cơ quan thứ cấp (các hạch bạch huyết, các mảng Peyer trong ruột). Những sợi thần kinh này giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh của chúng gần với các tế bào miễn dịch trong các cơ quan này. Các tế bào miễn dịch biểu đạt thụ thể cho các chất dẫn truyền thần kinh này (thụ thể adrenergic α và β), cho phép chúng bị ảnh hưởng bởi ANS. Các nghiên cứu liên quan đến việc can thiệp với các kết nối ANS đến các cơ quan miễn dịch (ví dụ, phân tích các cơ quan này) cho thấy sự thay đổi trong cơ chế của các tế bào miễn dịch thường trú, do đó chỉ ra 1 mối liên hệ chức năng giữa ANS và hoạt động của các tế bào cư trú trong các cơ quan này (Bellinger et al., 2001).

Một loạt các nghiên cứu của con người chứng minh mối liên kết giữa hai hệ thống này. Ví dụ, sử dụng epinephrine có thể làm thay đổi đáng kể số lượng tế bào T trợ giúp CD4 lưu hành trong vòng 15 phút. Bằng chứng cũng cho rằng hoạt động giao cảm làm trung gian tác động của căng thẳng cấp tính đối với các chức năng miễn dịch nhất định, kể từ khi sử dụng thuốc đối kháng beta, ngăn chặn hoạt động

của hormone giao cảm, có thể loại bỏ tác động của các yếu tố gây căng thẳng cấp tính lên một số chức năng miễn dịch (Elenkov, Wilder, Chrousos, & Vizi, 2000).

2.2.2.3. Các hệ thống sinh lý khác

Các hệ thống sinh lý khác cũng ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch và có thể đóng một vai trò trong mối quan hệ giữa các yếu tố tâm lý và các quá trình miễn dịch. Ví dụ, các hormone khác, chẳng hạn như hormone tăng trưởng và prolactin, có thể làm thay đổi chức năng miễn dịch. Các neuropeptide khác, chẳng hạn như opioids (bao gồm beta-endorphin và enkaphalins), được thể hiện sự ảnh hưởng đến các chức năng miễn dịch trong ống nghiệm (Carr & Weber, 2001).

2.2.3. Mối liên hệ giữa hệ thống miễn dịch và tâm trí

2.2.3.1. Khả năng điều hòa hệ miễn dịch

Một trong những nghiên cứu đáng chú ý nhất cho thấy mối liên hệ giữa tâm trí, não bộ và hệ miễn dịch có liên quan đến khả năng điều hòa hệ miễn dịch kinh điển. Như đã nói trước đó, Ader và Cohen lần đầu tiên chứng minh vào năm 1975 rằng ban đầu hương vị của chất saccharin kết hợp với một loại thuốc ức chế miễn dịch có khả năng ngăn chặn phản ứng kháng thể trong mô hình điều hòa kinh điển. Những phát hiện này đã được sao lưu và mở rộng để phục vụ cho các nghiên cứu về các kích thích có điều kiện và không điều kiện và các phản ứng khác nhau. Ví dụ, người ta đã chứng minh rằng có việc tăng cường miễn dịch có điều kiện (Solvason, Ghanta, & Hiramoto, 1988). Tuy các cơ chế tạo ra các hiệu ứng này không rõ ràng nhưng Ader và các đồng nghiệp đã chứng minh rằng chúng không phải do phản ứng căng thẳng có điều kiện, vì những hiệu ứng này có thể được thấy ở những động vật có tuyến thượng thận đã bị cắt bỏ. Có một câu hỏi thú vị liên quan đến bản chất của các hạn chế của các hiệu ứng này: liệu có thể ‘nghiên cứu’ về bất kỳ sự thay đổi nào của hệ miễn dịch và tác động tới nó bằng CNS không, hoặc có giới hạn cụ thể nào đối với bản chất của các tác động có thể được điều chỉnh không? Một trong những ý nghĩa quan trọng của lĩnh vực nghiên cứu này là khả năng có thể sử dụng các mô hình như vậy để thay đổi các quá trình miễn dịch theo cách có lợi cho sức khỏe. Những thay đổi miễn dịch có điều kiện, mặc dù nhỏ, trên thực tế đã cho thấy có ý nghĩa lâm sàng ở động vật. Cụ thể, người ta áp dụng mô hình điều hòa cho những con chuột nhạy cảm với bệnh tự miễn giống bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Ở những con chuột

này, thuốc ức chế miễn dịch cyclophosphamide kéo dài tuổi thọ vì nó kiểm soát phản ứng miễn dịch hoạt động quá mức, phản ứng này là trung tâm của bệnh tự miễn dịch này. Chuột được cho uống nước có vị saccharin kết hợp với cyclophosphamide theo thời gian biểu cho thấy có thể kéo dài mạng sống (Ader & Cohen, 1982). Các nghiên cứu này xác nhận rằng CNS có thể kiểm soát các quá trình điều hòa miễn dịch và cho thấy các mối quan hệ này có ý nghĩa lâm sàng (một ví dụ về đường mòn cơ học X–Y–Z). Một vài nghiên cứu cho thấy rằng các phản ứng miễn dịch cũng có thể được tác động ở người. Ví dụ, có thể điều hòa sự buồn nôn sau khi hóa trị liệu cho môi trường bệnh viện, điều đó giải thích việc bệnh nhân ung thư bắt đầu buồn nôn khi họ vào bệnh viện để điều trị hóa trị liệu (Bovjberg et al., 1990).

Một số ứng dụng khả thi của lĩnh vực nghiên cứu này có thể xuất phát từ nhóm công việc này. Ví dụ, có thể kết hợp một chất vô hại với một loại thuốc có tác dụng phụ độc hại và sau đó, sau khi điều hòa, giảm liều lượng của thuốc độc hại, thay thế liều lượng của chất được điều hòa. Tuy nhiên, chất vô hại không thể thay thế hoàn toàn tác nhân dược lý, vì các tác dụng điều hòa cuối cùng sẽ biến mất. Ngoài ra, có thể xác định được liệu một số ảnh hưởng tiêu cực về sinh lý hoặc sức khỏe được điều hòa theo các môi trường cụ thể hay các kích thích khác. Nếu vậy, ảnh hưởng bất lợi về sức khỏe có thể được giảm qua các quá trình tuyệt chủng. Với những phát hiện được đề cập trước đó, việc buồn nôn liên quan đến hóa trị liệu đã được điều hòa với môi trường bệnh viện có thể được giảm bớt bằng cách thử nghiệm tiếp xúc với môi trường bệnh viện mà không có hóa trị liệu.

Một ứng dụng tiềm năng khác của phản xạ có điều kiện cổ điển đối với hệ miễn dịch là các tác động mang hiệu ứng placebo đến những bệnh liên quan đến miễn dịch. Trong cơ sở lý thuyết về placebo, đã có bằng chứng cho thấy sự cải thiện của nhiều loại bệnh nhờ sử dụng thuốc giả và các phương thức chữa trị không chuyên môn khác (Guess, Kleinman, Kusek, & Engel, 2002). Lĩnh vực này còn mang nhiều tranh cãi về triệu chứng, nguyên nhân tạo ra hiệu ứng placebo, dù vậy các ý tưởng mới trong lĩnh vực này có thể dẫn tới kiến thức về cách mà hiệu ứng placebo diễn ra. Một mảng được quan tâm, nghiên cứu khác lại tập trung vào câu hỏi, liệu hiệu ứng placebo diễn ra do có các trải nghiệm kết hợp với phương pháp điều trị hữu ích (kích thích không điều kiện) với uống thuốc (kích thích có điều kiện) hay chỉ uống thuốc

(không có kích thích dược lý) có thể tạo ra các phản ứng sinh lý có ích như nhau. Ví dụ, một viên thuốc giả (placebo) để điều trị cơn đau do viêm khớp có thể làm giảm cơn đau vì bệnh nhân đã từng nhận được điều trị có hiệu quả để giảm triệu chứng từ trước đó. Trong trường hợp này, viên thuốc đã được kết hợp với các phương thức dược lý hữu hiệu khác, từ đó làm thay đổi triệu chứng. Nói cách khác, việc “đạt được năng lực thuốc giả chữa bệnh thật” có thể cần dựa vào sự thử nghiệm các yếu tố điều kiện để tối ưu hóa hiệu lực của các kích thích có điều kiện (Ader, 2000). Một lý giải khác cho hiệu ứng placebo nằm ở các biện pháp trung gian nhờ trị liệu tích cực–và giảm kỳ vọng vụ thể khi được điều trị (xem phần sau về kỳ vọng trong cùng chương). Các nghiên cứu về không chế hiệu ứng placebo nhằm giảm đau củng cố quan điểm rằng việc xác minh lại kỳ vọng ở vùng nào trên não có thể điều hòa các hoạt động thần kinh mang hiệu quả giả tượng – placebo (Wager và cộng sự, 2004).

2.2.3.2. Stress và hệ miễn dịch

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng “stress” có thể tác động tới hệ miễn dịch. Dữ liệu nghiên cứu thường sử dụng thuật ngữ stress theo cách mơ hồ và thiếu nhất quán, khi thì coi stress là tác nhân kích thích, khi là phản ứng tâm lý, đôi khi lại là phản ứng sinh lý đối với các tình huống căng thẳng. Ta có thể sử dụng một số thuật ngữ cụ thể hơn. Tác nhân gây stress hay các trải nghiệm đời sống căng thẳng là môi trường gây nguy hại đến các chức năng căn bản là một cú công kích đe dọa đến chức năng duy trì khả năng sinh tồn và thể chất. Một số chức năng quan trọng khác gồm gìn giữ hình ảnh xã hội tích cực (vị thế), sự kết nối xã hội và kết nối tài nguyên. Đau buồn là phản ứng tâm lý tiêu cực đối với các mối đe dọa, bao hàm nhiều phản ứng nhận thức – phản ứng tác động khác như nỗi sợ, sự tuyệt vọng, sự lo âu, sự cáu giận, vân vân. Theo cơ sở lý thuyết, khoảng 20 đến 30 phút tiếp xúc với các quy trình gây căng thẳng sẽ gây ra tác nhân gây stress cấp tính trong phòng thí nghiệm. Các tác nhân gây stress tự nhiên cấp tính hay ngắn hạn thường là các tình huống tạm thời kéo dài vài ngày, vài tuần, ví dụ như chuẩn bị cho kì thi ở trường. Các tác nhân gây stress mãn tính thường kéo dài, trong nhiều tuần, nhiều tháng hay nhiều năm, với tác động tăng giảm thất thường (mất đi người thân, thất nghiệp, sự chia ly).

Việc tiếp xúc với nhiều loại tác nhân gây stress tự nhiên có thể ảnh hưởng đến hệ miễn dịch. Ở động vật, tác nhân gây stress như giật điện, bị nhốt, bơi trong nước

lạnh, tách biệt với mẹ hay thất bại trong tương tác xã hội đã được chứng minh là có thể tạo ra một loạt các thay đổi lâu dài đến hệ miễn dịch (Ader, Felten, & Cohen, 2001). Ở con người, các tác nhân gây stress ngắn hạn như kỳ thi ở trường y, các biến cố lớn trong cuộc đời như vợ/chồng qua đời hay ly hôn, các khó khăn liên tục và dai dẳng như chăm sóc người thân bị Alzheimer, tất cả đều có tương quan đến sự thay đổi về mặt số lượng, tỷ lệ nhiều nhánh tế bào lympho khác nhau. Thông thường, sau một tình huống căng thẳng, lượng tế bào T hỗ trợ, tế bào T độc sát tế bào, và số tế bào NK đều giảm. Thêm vào đó, các tác nhân gây stress này thường liên quan đến việc tế bào miễn dịch có thiếu hụt trong khả năng sinh sôi, tiêu diệt tế bào u, tạo ra kháng thể, phản ứng với các tín hiệu phân bào, thực hiện các chức năng miễn dịch (Segerstrom & Miller, 2004). Các tác nhân gây stress như đi thi cũng có khả năng tăng mức độ kháng thể đối với một số vi-rút ngầm như vi-rút Epstein-Barr và vi-rút mụn giộp (HSV), đồng nghĩa với việc hệ miễn dịch giảm khả năng kiểm soát các vi-rút tiềm tàng (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2001). Với mẫu là kỳ thi ở trường y, Kiecolt-Glaser và Glasser đã chứng minh một số thay đổi đáng tin cậy trong hệ miễn dịch khi tiếp xúc với các tác nhân gây stress tự nhiên cấp tính (Kiecolt-Glaser cùng đồng sự, 1984; Kiecolt-Glaser và đồng sự, 1986). Gần đây hơn, các nghiên cứu bắt đầu đánh giá tổng hòa các phản ứng miễn dịch tại chỗ, ví dụ như tác nhân gây stress tự nhiên có thể làm chậm khả năng phục hồi (Kiecolt-Glaser, Marucha, Malarkey, Mercado, & Glaser, 1995). Những biến đổi miễn dịch có liên quan đến stress này không chỉ là nguyên nhân cho các biến đổi hành vi sức khỏe như sử dụng đồ uống có cồn, luyện tập, thay đổi dinh dưỡng.

Tiếp xúc với tác nhân gây stress có thể tăng cường một số chức năng miễn dịch nhất định. Ví dụ, một số tác nhân gây stress làm tăng phản ứng viêm khi gia tăng lượng cytokine gây viêm. Dù viêm là phản ứng thích nghi nhằm loại bỏ mầm bệnh và vá lại các mô bị thương, viêm mãn tính và viêm bất thường được cho là nguyên nhân cũng như kích thích phát triển các bệnh viêm, ví dụ như viêm khớp dạng thấp, viêm ruột,... Đã có bằng chứng cho việc tiếp xúc tác nhân gây stress làm tăng chất trung gian gây viêm – các tế bào miễn dịch giảm độ nhạy với khả năng ức chế của cortisol, hay còn gọi là mô hình kháng glucocorticoid (Miller, Cohen, & Ritchey, 2002). Cụ thể là, các tế bào miễn dịch có thụ cảm thể glucocorticoid cho

phép các tế bào này tiếp nhận cortisol, diễn hình như cortisol ức chế sự sản xuất của các loại cytokine. Khi các thụ cảm thể này ít hoạt động, các tế bào không phản ứng với cortisol nữa để bản thân chúng không bị ức chế khi lượng cortisol tăng. Tiếp xúc thường xuyên với các trải nghiệm căng thẳng lâu dài làm giảm độ nhạy của tế bào miễn dịch khi bị cortisol ức chế, khiến cho lượng chất trung gian gây viêm tăng – điều vốn thường được kiểm soát bởi cortisol (Miller, Cohen, cùng đồng sự, 2002).

Mức độ ảnh hưởng của các tác nhân gây stress lên hệ miễn dịch rất rộng, tùy theo tính chất, độ lâu dài của các tác nhân gây stress và loại thang miễn dịch được đánh giá. Trong hầu hết các trường hợp, việc các loại biến đổi miễn dịch do căng thẳng có tăng khả năng nhiễm bệnh hay không (sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở phần sau của chương này).

Nhiều nghiên cứu chứng minh việc tiếp xúc với các tình huống căng thẳng trong phòng thí nghiệm cũng có thể thay đổi các quá trình miễn dịch. Các thí nghiệm điển hình thông thường cho các khách thể tiếp xúc với các tác nhân gây stress ngắn (khoảng 20 phút), như phải nhẩm tính, tiếng ồn lớn, các câu đố khó, hay diễn thuyết. Mẫu máu được xét nghiệm ngay trước và sau khi kết thúc các bài tập căng thẳng. Với các nghiên cứu theo chủ nghĩa tự nhiên, các tiếp xúc ngắn này có thể gây hại đến các chức năng của lympho như phản ứng tăng sinh, suy giảm tế bào B và tế bào T hỗ trợ CD4 (Herbert & Cohen, 1993b). Tuy nhiên, đối lập với các tác động được đưa ra theo nghiên cứu chủ nghĩa tự nhiên, hoạt động và số lượng tế bào NK (cũng như tế bào CD8) gia tăng khi có sự góp mặt của tác nhân gây stress cấp tính trong phòng thí nghiệm. Các biến đổi về mặt chức năng này có thể bắt nguồn từ sự gia tăng lượng tế bào NK trong mạch máu ngay sau kích thích, không hẳn là do sự thay đổi chức năng tế bào ở từng cá thể tế bào. Các hiệu quả của hệ miễn dịch quan sát được trong quá trình gây stress cấp tính ở phòng thí nghiệm diễn ra rất nhanh, khoảng 5 phút, rồi trở về trạng thái tiêu chuẩn trong khoảng từ 30 phút đến 1 tiếng. Sự hiện diện của các tác nhân gây stress mãn tính trong cuộc sống có thể làm trầm trọng thêm các tác động của tác nhân gây stress cấp tính trong phòng thí nghiệm trên một số chức năng miễn dịch nhất định (Pike và cộng sự, 1997).

Các loại tác nhân gây stress và đặc tính khác nhau của chúng có thể gây ra các kiểu hình biến đổi miễn dịch đặc trưng. Thời lượng, cường độ và thời điểm của tác

nhân gây stress có thể ảnh hưởng đến các chức năng miễn dịch. Ví dụ, việc tăng dần số lần giật điện bàn chân theo từng phiên làm giảm đáp ứng tăng sinh ở chuột (Lysle, Lyte, Fowler, & Rabin, 1987). Stress kéo dài liên tục, hay ngắt quãng, gây ra hậu quả khác nhau ở chuột lang (Shavit và cộng sự, 1987). Tuy nhiên, còn ít tri thức về sự tương quan giữa đặc tính tác nhân gây stress và hệ miễn dịch ở người. Trong khi tác nhân gây stress cấp tính tự nhiên và ở phòng thí nghiệm đem lại những hiệu quả miễn dịch khác nhau, như đã mô tả ở trên, vẫn chưa rõ các khác biệt nói trên là do yếu tố thời gian, bối cảnh, các thang đo, như thời điểm, hay là do bản chất cụ thể nào đó của tác nhân gây stress. Ví dụ, tác nhân gây stress ở phòng thí nghiệm (như diễn thuyết) thường ngắn hơn tác nhân gây stress tự nhiên (thi cuối kỳ), không bao gồm thời gian chờ đợi lâu dài, kết quả nguy cơ, bối cảnh xã hội khác nhau, vì thế mà tạo ra các phản ứng nhận thức, phản ứng tác động khác nhau. Các phản ứng tâm lý đặc trưng này cũng có tương quan với thần kinh nội tiết và kết quả miễn dịch học khác nhau.

Có khả năng một đặc điểm cụ thể nào đó của tác nhân gây stress, ngoài yếu tố thời điểm, tạo ra các mẫu hình thay đổi sinh học thần kinh và khu vực ngoại biên đặc trưng đáp ứng đặc điểm cụ thể nào của bối cảnh (Weiner, 1992). Các nghiên cứu trên cơ thể người có thể hệ thống hóa các đặc điểm của tác nhân gây stress vẫn chưa được thực hiện, nên ta vẫn chưa rõ yếu tố nào giải thích các mẫu tác động miễn khác nhau. Dù vậy, bằng chứng cho thấy các loại tác nhân gây stress khác nhau tạo ra các mẫu thay đổi sinh lý đặc trưng trong các hệ thống có ảnh hưởng đến hệ miễn dịch, như HPA và ANS, gợi ý rằng một loại tác nhân gây stress cụ thể nào đó có thể liên quan đến mẫu ảnh hưởng miễn dịch (Blascovich & Tomaka, 1996; Dickerson & Kemeny, 2004; Pacak & Palkovits, 2001).

Yếu tố Sinh lý Điều hòa Hiệu ứng của Tác nhân gây căng thẳng

Cơ chế kích thích giao cảm xảy ra để điều hòa tác động của tác nhân gây căng thẳng cấp tính ảnh hưởng lên NKCA cùng các hiệu ứng miễn dịch khác. Ví dụ, trong một nghiên cứu coi việc nhảy dù là tác nhân gây căng thẳng, người ta đo được sự gia tăng kích thích giao cảm rõ ràng diễn ra trước và sau cú nhảy, bao gồm việc tăng nhịp tim, tăng nhịp hô hấp, tăng việc tiết epinephrine và các chất tạo epinephrine. Thêm vào đó, lượng tế bào NK và NKCA cũng tăng trong quá trình trải nghiệm tác nhân kích thích (trung bình tăng gấp đôi). Tính điều hòa giao cảm của tác nhân NK

được minh chứng từ việc, mức độ chất tạo epinephrine trong lúc nhảy dù càng cao, lượng NKCA càng tăng (Schedlowski cùng cộng sự, 1993). Việc tăng lượng tế bào NK và các tương tác sau khi gặp phải tác nhân gây căng thẳng cấp tính dường như cũng được điều hòa bởi các kích thích giao cảm – có sự tương quan giữa việc kích hoạt giao cảm và tăng cường NK (Herbert cùng cộng sự, 1994). Khả năng hỗ trợ mạnh mẽ để các chất ANS mang vai trò điều hòa đến từ các nghiên cứu cho thấy những hiệu ứng miễn dịch tương tự có thể được tạo ra nhờ việc tiêm epinephrine (Van Tits cùng cộng sự, 1990), các tác động của căng thẳng lên mảng miễn dịch này sẽ biến mất khi có sự chống đỡ của b-adrenergic (Benschop cùng cộng sự, 1994). Vì việc tiếp xúc với các tác nhân gây căng thẳng có thể tăng mức glucocorticoids, mà glucocorticoids có là các chất có ức chế miễn dịch, từ lâu trục HPA là chất điều hòa tác nhân gây căng thẳng quan trọng đối với hệ miễn dịch. Mặc dù nhiều dữ liệu đã có củng cố luận điệu này, nhiều nghiên cứu không thành công khi đi tìm liên hệ nói trên. Ví dụ, các chất ức chế miễn dịch gây căng thẳng có thể xuất hiện ở loài động vật có tuyến thượng thận bị hủy (Keller, Weiss, Schleifer, Miller, & Stein, 1983). Trong vài trường hợp, dù các glucocorticoid còn có thể tạo ra các biến đổi miễn dịch liên quan đến căng thẳng, chúng còn chưa thể điều kiện đủ (Moynihan & Stevens, 2001). Các hệ thống khác đã được chứng minh là có ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch và điều hòa ảnh hưởng của stress bao gồm các opioid peptide. Có khả năng là sự điều hòa tâm lý của các ảnh hưởng này sẽ bao gồm những hệ thống đa dạng, tương tác và phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm bản chất của các tác nhân gây stress, tình trạng của vật chủ, sự hiện diện của mầm bệnh và các thông số miễn dịch cụ thể được nghiên cứu. Vì vậy, con đường đơn giản từ stress đến miễn dịch là không phổ biến.

Các nhân tố khác biệt cá nhân

Mặc dù các tác nhân gây stress ảnh hưởng đến một loạt các thông số miễn dịch, tuy vậy tác động của chúng không đồng nhất giữa các cá thể. Ngay cả khi bản chất tự nhiên của các tác nhân gây stress và các yếu tố bối cảnh khác được giữ cố định nhiều nhất có thể, một số cá thể vẫn cho thấy sự thay đổi miễn dịch, trong khi một số khác thì không. Có sự biến đổi lớn về cường độ thay đổi, quỹ đạo của chúng (tốc độ khởi phát và phục hồi) và các khía cạnh của chức năng miễn dịch đã bị biến đổi. Có nhiều nguồn tiềm năng, bao gồm cấu trúc di truyền của từng cá thể, tình trạng

sức khỏe, các tác động của hành vi lên tình trạng miễn dịch của họ (bao gồm sử dụng thuốc nhằm mục đích tiêu khiển, đồ uống có cồn, tập thể dục, chế độ dinh dưỡng, hút thuốc), các loại thuốc điều trị, vân vân... Mặc dù có rất ít nghiên cứu về vấn đề này, ví dụ: vai trò kiểm duyệt của các yếu tố di truyền đối với mối quan hệ giữa phơi nhiễm stress và sự biến đổi miễn dịch ở người, nó có khả năng sẽ là một lĩnh vực nghiên cứu đem lại nhiều kết quả, sẽ đưa ra nhiều kết quả hữu ích hơn là những nghiên cứu về các yếu tố môi trường hoặc tâm lý đơn lẻ. Ví dụ, nghiên cứu về sự khác biệt giữa loài chuột Lewis và Fischer đã tìm ra nhiều thông tin phong phú về mối liên hệ giữa HPA và bệnh viêm nhiễm. Cụ thể, Sternberg và các cộng sự (Sternberg, 1997) phát hiện ra rằng chuột Lewis và Fisher khác nhau về khả năng phản ứng của HPA, cũng như khác nhau về độ nhạy cảm đối với các thử nghiệm gây ra bởi bệnh viêm khớp dạng thấp và viêm não. Chuột Lewis cho thấy sự cắt giảm các hoạt động trong môi trường mở (một sự đo lường về mức độ lo lắng), có ít hoạt động HPA hơn và dễ mắc các bệnh tự nhiên hơn.

Các nhân tố khác biệt cá nhân liên quan đến các đặc điểm và trạng thái tâm lý đều rất được quan tâm trong lĩnh vực hệ miễn dịch tâm thần kinh. Có rất nhiều sự khác biệt trong phản ứng tâm lý đối với các tác nhân gây stress giữa các cá nhân và trong mỗi cá nhân theo thời gian. Những phản ứng này có thể được gắn với sự khác biệt cá nhân trong các đặc điểm tâm lý ổn định như tính cách hay khí chất. Bản chất tự nhiên của phản ứng tâm lý đối với tác nhân gây stress đóng hay trò quan trọng trong việc hình thành sinh lý thần kinh và có thể quan sát được hệ quả của phản ứng miễn dịch (Kemeny & Laudenslager, 1999; Segerstrom, Kemeny, & Laudenslager, 1999). Sự khác biệt chính của mỗi cá nhân là trong phản ứng với từng hoàn cảnh sẽ bao gồm đánh giá nhận thức và phản ứng xúc động.

2.2.3.3. Sự xúc động và hệ thống miễn dịch

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy phản ứng xúc động có thể đóng vai trò quan trọng trong việc xác định những thay đổi miễn dịch liên kết với phơi nhiễm để trở thành một tác nhân gây stress. Một ý kiến ủng hộ chính cho giả thuyết này dựa trên bằng chứng mới nổi cho thấy các trạng thái xúc động đặc biệt có mối tương quan giữa CNS và ANS khác nhau. Ví dụ, các nghiên cứu về thần kinh cho thấy các vùng khác nhau của não được kích hoạt bởi các trạng thái cảm xúc khác nhau (Damasio et

al., 2000; Lane, Reiman, Ahern, Schwartz, & Davidson, 1997). Một vài nghiên cứu đã đi tới kết luận rằng các phản ứng xúc động đa dạng đã cho thấy các mô hình hưng phấn tự chủ khác nhau đối với các trạng thái cảm xúc nhất định (Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). Ví dụ, nhiệt độ của da tăng lên nhiều hơn khi tức giận hơn là khi sợ hãi. Những mô hình thần kinh riêng biệt này sẽ dẫn đến những ảnh hưởng khác nhau đối với hệ miễn dịch, vì các sợi tự chủ kích thích các cơ quan miễn dịch và điều chỉnh hoạt động của các tế bào miễn dịch cư trú.

Hầu hết các nghiên cứu về miễn dịch trong lĩnh vực này tập trung vào các trạng thái xúc động hơn là các đặc điểm. Một vài nghiên cứu cho thấy mối quan hệ giữa các đặc điểm của xúc động với trạng thái miễn dịch cơ bản hoặc phản ứng với các tác nhân gây stress, nhưng kết quả có phần bị hạn chế tại thời điểm này. Một phạm vi nghiên cứu đầy hứa hẹn chính là sử dụng những ghi chép về hoạt động của điện não đồ ở thùy trước trán bên trái và bên phải của vỏ não như là một thang đo sự xúc động. Davidson (1998) đã chỉ ra rằng sự kích hoạt thùy trước trán phải càng lớn sẽ tạo ra sự xúc động ít tích cực và nhiều tiêu cực hơn. Các cá nhân với mô hình kích hoạt này cũng có phản ứng mạnh mẽ hơn với những thử thách xúc động tiêu cực và mức độ cortisol cơ bản cao hơn (Kalin, Larson, Shelton, & Davidson, 1998). Davidson và các cộng sự đã cho thấy chức năng miễn dịch cơ bản thấp hơn (NKCA) và một sự suy giảm mạnh mẽ hơn các chức năng sau một bài kiểm tra về tác nhân gây stress ở các cá nhân có sự kích hoạt thùy trước trán bên phải tốt hơn (Davidson, Coe, Dolski, & Donzella, 1999; Kang et al., 1991). Do đó, mô hình sinh lý thần kinh có liên quan đến cảm xúc này có thể dự đoán được cả những thay đổi cơ bản và những thay đổi liên quan tới các tác nhân gây stress ở hệ miễn dịch. Các loại cảm xúc thông thường khác, như là lo lắng hay ức chế, đều được đưa ra để dự đoán phản ứng miễn dịch với các tác nhân gây stress trong phòng thí nghiệm và ngoài tự nhiên trong một số nghiên cứu (Esterling, Antoni, Kumar, & Schneiderman, 1990; Segerstrom, Glover, Craske, & Fahey, 1999; Segerstrom, Solomon, Kemeny, & Fahey, 1998).

Phần lớn chúng ta đều biết về mối quan hệ giữa trầm cảm và hệ thống miễn dịch. Hội chứng trầm cảm chính (major depression) chủ yếu liên quan tới sự thay đổi miễn dịch, bao gồm thay đổi về mặt chức năng tương tự với những thay đổi được

quan sát với các tác nhân gây stress tự nhiên (Irwin, Daniels, Bloom, & Weiner, 1986; Schleifer et al., 1984). Một đánh giá phân tích tổng hợp đã chỉ ra rằng trầm cảm có liên quan đến sự gia tăng đáng kể các tập hợp miễn dịch nhất định (ví dụ: bạch cầu trung tính) và giảm ở một số khác (tế bào B và T). Sự suy giảm về khả năng tăng sinh, cũng như trong NKCA, là phổ biến (Herbert & Cohen, 1993a). Người bị trầm cảm dễ bị tổn thương hệ miễn dịch nhất là những người bị trầm cảm nặng, lớn tuổi và mắc chứng u uất (melancholia) (trầm cảm nặng hơn với nhiều rối loạn tâm thần – vận động và sức sống hơn), và cả những người bị chứng rối loạn giấc ngủ hoặc nghiện rượu (Irwin, 2001). Cũng có một số bằng chứng cho thấy sự gia tăng các chức năng miễn dịch này có thể được quan sát ở các bệnh nhân trầm cảm đang điều trị (Irwin, Lacher, & Caldwell, 1992).

Có bằng chứng cho rằng sự tăng cường hệ miễn dịch cũng xảy ra khi mắc trầm cảm. Trong một loạt các nghiên cứu của Maes và các đồng nghiệp, những bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm hoặc các hội chứng trầm cảm chỉ ra bằng chứng về mức độ tăng của các cytokine gây viêm, mặc dù những phát hiện này không phải lúc nào cũng nhất quán (Maes et al., 1994). Kiểm soát một loạt các giải thích tiềm năng, chẳng hạn như sự hiện diện của các điều kiện y tế khác, thuốc men và các hành vi sức khỏe như là hút thuốc, các cá nhân mắc trầm cảm bệnh lý đã được chứng minh là có mức IL – 6 cao hơn khi so sánh với mức nhân khẩu học phù hợp (Miller, Stetler, et al., 2002). Trong một số nghiên cứu, điều trị được lý được cho là có liên quan tới việc giảm các mức này. Người ta đã có sự tranh luận về mối quan hệ giữa trầm cảm và tăng nồng độ các cytokines gây viêm có thể được điều hòa bởi khác thể glucocorticoid, như đã được mô tả trước đó liên quan tới phơi nhiễm các tác nhân gây stress mãn tính.

Một trong những điều gây tranh cãi nhất trong các nghiên cứu về trầm cảm và các cytokine gây viêm là giả thuyết rằng những cytokine là nguyên nhân căn nguyên của trầm cảm. Có 4 phát hiện hỗ trợ cho khả năng này. Đầu tiên, các nghiên cứu, như đã được mô tả trước đó, chứng minh mối liên hệ giữa một chẩn đoán trầm cảm và mức độ tăng lên của những cytokine này. Thứ hai, tiêm cytokine gây viêm vào cơ thể người có thể gây ra các triệu chứng giống như trầm cảm, bao gồm chứng dysphoria, anhedonia, bất lực, mệt mỏi, thờ ơ, sẽ giảm đi khi việc điều trị kết thúc (Dunn,

Swiergiel, & de Peurepaire, 2005). Thứ ba, những bệnh nhân mắc bệnh viêm nhiễm thường đi kèm với mức độ cytokine gây viêm cao có nguy cơ cao mắc trầm cảm. Cuối cùng, động viên được tiêm loại cytokine này qua đường tĩnh mạch ngoại vi hay đường tĩnh mạch trung tâm đều cho thấy sự gia tăng của một số hành vi chồng chéo với trầm cảm (Dantzer et al., 2001; Kent, Bluthé, Kelley, & Dantzer, 1992). Cụ thể, các cytokine này có thể gây ra thứ gọi là “hành vi đau ốm”, bao gồm làm chậm phát triển vận động (locomotor retardation), bất động (immobility), rối loạn giấc ngủ (sleep disorders), chán ăn (anorexia), tăng nhạy cảm với đau (hyperalgesia), hạn chế thăm dò xã hội, ức chế hành vi tình dục (inhibition of sexual behavior) và anhedonia. Đây là những triệu chứng của nhiều bệnh, nhưng hầu hết trùng lặp với các triệu chứng thực vật của trầm cảm. Những thay đổi trong hành vi được quan sát dựa theo sự chi phối của một cytokine gây viêm không phải là kết quả của thể chất yếu hay suy nhược cơ thể mà là biểu hiện của một sự thay đổi tích cực làm thay đổi sự ưu tiên để đương đầu với việc chống nhiễm trùng (Dantzer et al., 2001). Những thay đổi này có tính thích nghi ở chỗ chúng làm giảm việc sử dụng năng lượng không cần thiết, sau đó có thể chuyển hướng sang tiêu hao năng lượng quá trình viêm nhiễm, như là tiến trình của một cơn sốt (Maier & Watkins, 1998). Điều thú vị là hành vi đau ốm ở chuột do tiêm cytokine gây viêm có thể được ngăn chặn nếu loài động vật này được điều trị trước bằng một số loại thuốc chống trầm cảm nhất định (Castanon, Bluthé, & Dantzer, 2001).

Maier và Watkins (1998) đã lập luận rằng việc phơi nhiễm tác nhân gây stress có thể làm gia tăng các cytokine gây viêm, rồi sau đó góp phần vào sự khởi phát trầm cảm thông qua ảnh hưởng của cytokine trên CNS. Nói cách khác, trong một số trường hợp, mối liên quan đã biết giữa phơi nhiễm từ một trải nghiệm căng thẳng trong cuộc sống và trầm cảm có thể được điều hòa do sự gia tăng của các tác nhân gây stress trong các cytokine gây viêm và những hành vi đau ốm gây ra. Ý kiến này được hỗ trợ bởi nghiên cứu đã được đề cập trước đó trong chương này, trong đó chỉ ra một loạt các tác nhân gây stress cấp tính có liên quan tới mức độ phát triển của các cytokine này, ở cả động vật và con người. Tuy nhiên, dường như các tác nhân gây stress không kiểm soát có thể đã ưu tiên kích hoạt mạng lưới này, dẫn tới trầm cảm, kể từ sự thay đổi của sự thay đổi tích cực được làm rõ sau khi tiêm IL – 1b phù hợp

với phản ứng mang tính hành vi trong bối cảnh không kiểm soát. Như đã được mô tả trước đây, động vật được tiêm IL – 1 thể hiện tư thế phòng thủ và tấn công trong suốt cuộc đối chiếu, tư thế mà chúng đã thể hiện nếu bối cảnh đã không thể kiểm soát và chúng đã thua. Những động vật bị đánh bại công khai cho thấy sự sản sinh nhiều hơn những cytokine này so với những con vật không bị (Avitsur et al., 2001; Stark et al., 2001). Ở người, kết quả này là không thuyết phục. Tuy nhiên, trong một số ít các nghiên cứu về stress trong phòng thí nghiệm đã được thực hiện, những nghiên cứu sử dụng mối đe dọa đánh giá xã hội không kiểm soát chứng minh sự gia tăng nhất định những cytokine này, trong khi những người không gặp phải mối đe dọa xã hội này thì không có sự gia tăng (Ackerman et al., 1998). Chẳng hạn, nó sẽ là một sự thích nghi cho những tác nhân gây stress không kiểm soát có khả năng làm lộ ra sự giải phóng các cytokine giống như trầm cảm từ bối cảnh “conservation – withdrawal”. Dù vậy, các chỉ số về hành vi của trầm cảm sẽ không dễ thích nghi để đáp ứng với hoàn cảnh có thể kiểm soát được. Các trạng thái xúc động khác liên quan tới sự giải phóng tích cực cũng có thể liên quan đến sự gia tăng của các cytokine gây viêm (xem bằng chứng về sự gia tăng của những cytokine này với sự hổ thẹn; Dickerson, Kemeny, Azia, Kim, & Fahey, 2004).

Các trạng thái xúc động tích cực cũng có thể liên quan đến sự thay đổi hệ thống miễn dịch. Sự xúc động tích cực có liên quan tới sự gia tăng của các phân tử immunoglobulin A (SIga), một kháng thể được tìm thấy trong hệ thống miễn dịch niêm mạc (ví dụ: trong nước bọt). Sự tăng lên này đã được chứng minh thông qua việc đáp ứng sự thu hút các tâm trạng tích cực, như xem một bộ phim hài, song song với việc tâm trạng tích cực được đo lường trên nền tảng ngày qua ngày. Tuy nhiên, tính xác đáng của sự thay đổi này đối với căn bệnh là không rõ ràng. Sự xúc động tích cực cũng có thể tương quan với sự tăng lên của số lượng cá thể của các tế bào bạch cầu nhất định, mặc dù kết quả không hoàn toàn nhất quán, và hướng của hiện ứng này tương đồng với kết quả của việc phơi nhiễm tác nhân gây stress. Một số nghiên cứu đã xem xét mối quan hệ giữa sự xúc động tích cực và thước đo chức năng của phản ứng miễn dịch hoặc toàn bộ các phản ứng miễn dịch (ví dụ: đặt kháng nguyên dưới da và kiểm tra phản ứng miễn dịch trên bề mặt da; Pressman & Cohen, 2005).

Các trạng thái xúc động khác nhau có thể có các tác động khác nhau lên hệ miễn dịch. Ví dụ, Futterman, Kemeny, Shapiro và Fahey (1994) đã thực hiện một nghiên cứu thử nghiệm, trong đó điều khiển tâm trạng tích cực và tiêu cực trong khoảng thời gian 25 phút. Kết quả chỉ ra rằng cả tâm trạng tích cực và tiêu cực đều làm tăng NKCA; tuy nhiên, phản ứng tăng sinh tăng lên với tâm trạng tích cực còn giảm với tâm trạng tiêu cực. Các đáp ứng kháng thể kháng nguyên đặc hiệu IgA khác nhau được tìm thấy là có liên quan tới xếp hạng tâm trạng tích cực và tiêu cực hàng ngày (Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf, & Neale, 1987). Đã có ít hơn các công việc được thực hiện để phân biệt tương quan miễn dịch của các cảm xúc tiêu cực khác nhau. Trong một nghiên cứu được tiết lộ, những người tham gia đã viết về một chủ đề bình thường hoặc một tình huống mà họ đổ lỗi cho bản thân, để gợi lên trải nghiệm về sự xấu hổ (Dickerson, Kemeny, et al., 2004). Trạng thái tự đổ lỗi cho bản thân tạo ra sự xấu hổ và cảm giác tội lỗi nhiều hơn đáng kể so với các cảm xúc khác và cũng gia tăng mức độ của TNF – một thụ thể, một dấu hiệu cho hoạt động của các cytokine gây viêm. TNF gia tăng nhiều nhất được ghi nhận ở những cá nhân báo cáo sự gia tăng mạnh mẽ nhất của sự xấu hổ trong suốt quá trình thu hút tâm trạng, trong khi những thay đổi này trong cảm xúc của những người khác không tương quan với các thông số miễn dịch này. Những phát hiện này cho rằng những trải nghiệm xúc động cấp tính có tương quan miễn dịch, và bản chất và mức độ thay đổi miễn dịch sẽ dựa vào bản chất cụ thể của cảm xúc đã trải qua.

2.2.3.4. Nhận thức và hệ thống miễn dịch

Mỗi cá nhân khác nhau từ cách họ nghĩ về bản thân, cuộc sống của họ cho đến cách nghĩ về cuộc sống của người khác. Sự tự nhận thức bản thân (representations of the self) đã được điều tra trong tâm lý học như một sự đóng góp to lớn cho tâm trạng và động lực của con người. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tự nhận thức bản thân như thế nào cũng có thể ảnh hưởng đến hệ thống sinh lý thần kinh và hệ thống miễn dịch. Như những gì sẽ được mô tả sau đây, những đánh giá tiêu cực về bản thân đã được đưa ra để dự đoán sự hoạt động của HPA ở những cá nhân khỏe mạnh, những hệ miễn dịch quan trọng và ở điểm cuối (end points) của những nghiên cứu lâm sàng về những người bị nhiễm HIV (Dickerson, Gruenewald, et al., 2004). Ngoài ra, đi cùng với sự tự nhận thức bản thân là sự lớn hơn về sự khác biệt bản thân (sự

khác biệt bản thân là khoảng cách giữa nhận thức thực tế về bản thân của một cá nhân và hình mẫu lý tưởng của họ) (self discrepancy) có liên kết với việc NKCA hoạt động thấp hơn (Strauman, Lemieux, & Coe, 1993). Tương tự, một trạng thái tiêu cực (quy trách nhiệm các trạng thái tiêu cực cho bên trong cá nhân, sự không thay đổi và những điều chung chung thay vì cụ thể nguyên nhân) có liên kết với sự hoạt động thấp hơn của tế bào cơ bản và các thông số của chức năng hệ miễn dịch.

Việc tự nhận thức bản thân trong tương lai cũng đã được nghiên cứu. Trong khi những người có tính cách lạc quan hoặc mong đợi những kết quả tích cực đã được đưa ra để dự đoán một loạt các kết quả sức khỏe, vẫn có một số nghiên cứu chưa thấy sự tương quan giữa sức khỏe và sự tự nhận thức này, phản ánh rằng có khả năng khuynh hướng này có thể phù hợp đối với một số bối cảnh và cá nhân nhưng không phải với tất cả mọi người. Tuy nhiên, sự tự nhận thức bản thân trong tương lai (ví dụ: kỳ vọng về sức khỏe trong tương lai) đã được đưa ra để dự đoán kết quả sức khỏe ở HIV (phần nghiên cứu về HIV ở phần sau). Ảnh hưởng của trạng thái này đã được đề xuất để tăng mối liên kết giữa sự tự nhận thức bản thân và các thông số sinh lý của cơ thể, tuy nhiên, trạng thái nhận thức và chất nền thần kinh có thể kích hoạt và làm thay đổi sinh lý mà không cần qua các trung gian có vai trò ảnh hưởng (Kenedy & Gruenewald, 2000).

Bối cảnh xã hội

Có một truyền thống nghiên cứu lâu dài về vai trò của việc tự nhận thức bản thân trong việc hỗ trợ xã hội đóng vai trò thúc đẩy và duy trì sức khỏe thể chất. Trên một số lượng lớn nghiên cứu, các cá nhân có sự tự tin (những người mà họ có thể nói chuyện về các vấn đề) và những người có nhiều sự thỏa mãn trong các mối quan hệ xã hội có thể chất vượt trội hơn so với những người có ít sự hỗ trợ xã hội. Một điều có thể của cơ chế của một số hiệu ứng này là thông qua lợi ích miễn dịch liên kết đến hỗ trợ xã hội. Các cá nhân có hỗ trợ xã hội lớn hơn có thể có hệ thống miễn dịch mạnh hơn (giả thuyết ảnh hưởng chính), hoặc hỗ trợ xã hội có thể là bước đệm cho tác động của các tác nhân gây stress đến quá trình miễn dịch (giả thuyết bước đệm), hoặc cả hai (Cohen & Wills, 1985).

Bằng chứng ngày càng tăng cho thấy hỗ trợ xã hội có khả năng ức chế lại tác động của các trải nghiệm căng thẳng đến sự phản ứng của hệ miễn dịch. Ví dụ: ở loài

khí sóc sơ sinh, sự hiện diện của con cùng loài giúp kiểm soát cả nội tiết tố và miễn dịch từ ảnh hưởng của việc tách mẹ (Coe, Rosenberg, & Levine, 1988). Khi các sinh viên y khoa đương đầu với thời gian làm bài kiểm tra, mức độ thay đổi miễn dịch (NKCA, phản ứng kháng thể với EBV) đã được liên kết với cấp độ trải nghiệm cô đơn (Kiecolt– Glaser et al., 1984). Trong bối cảnh khác, mức độ thay đổi miễn dịch sau khi ly thân hoặc ly hôn phụ thuộc vào mức độ gắn bó với vợ/chồng cũ (Kiecolt– Glaser et al., 1984). Những kết luận này được hỗ trợ bởi các tài liệu chứng minh bảo vệ luận điểm ảnh hưởng của hỗ trợ xã hội liên quan đến hệ thống sinh lý tác động đến hệ thống miễn dịch, chẳng hạn như hệ thống thần kinh tự trị và HPA.

Một quá trình xã hội trọng yếu khác xuất hiện đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh các mối quan hệ xã hội của hầu hết các loài động vật và con người là hệ thống phân cấp xã hội. Động vật thống trị và động vật phục tùng không biểu lộ rõ ràng sự giống nhau của sinh lý thần kinh và sự thay đổi trong phản ứng của hệ miễn dịch đối với các cuộc đối đầu xã hội. Động vật yếu thế hơn cho thấy nhiều thay đổi sinh lý tiêu cực (ức chế sản xuất kháng thể) thậm chí đến tận sau ba tuần sau một cuộc chạm trán với động vật thống trị (Fleshner, Laudenslager, Simons, & Maier, 1989). Lượng thời gian khi động vật đang trong tư thế bị đánh bại với mức kháng thể có mối tương quan cao trong nghiên cứu này ($r = -.80$). Sự khác biệt về miễn dịch ở động vật thống trị so với động vật phục tùng đã được chứng minh ở nhiều loài khác nhau, bao gồm cá, động vật gặm nhấm và linh trưởng. Ví dụ, trong một tập hợp các nghiên cứu của Stefanski và đồng nghiệp (Stenfanski, 1998), họ làm thí nghiệm các con chuột khi phải đối mặt với sự đối đầu và phản ứng hành vi đặc trưng của kẻ xâm nhập vào là phục tùng (trong tư thái bị đánh bại) hoặc tự phục tùng (không có đánh bại). Các thông số miễn dịch cơ bản không khác nhau giữa các nhóm, tuy nhiên, sau 7 ngày đối đầu, người ta quan sát thấy sự thay đổi trong tập hợp tế bào lympho, với sự giảm mạnh ở các cá thể tự phục tùng. Sheridan và các đồng nghiệp (Avitsur et al., 2001) đã chỉ ra rằng khi các loài gặm nhấm phải đối mặt với một kẻ xâm nhập rất hung hăng, chúng thể hiện bằng tín hiệu phi ngôn ngữ sự thất bại trong cuộc đối đầu và kháng glucocorticoid hơn so với động vật không phải trải qua các cuộc đối đầu xã hội. Mức độ kháng glucocorticoid tương quan với mức độ hiển thị sự phục tùng. Một tài liệu lớn hơn chỉ ra rằng động vật phục tùng sau khi bị đánh bại cũng cho thấy mức

độ corticosteroid tăng lên, với mức độ tương quan lớn với số lượng hành vi phục tùng được hiển thị. Do đó, các kiểu hoạt động của HPA bị thay đổi có thể làm trung gian cho các mối tương quan miễn dịch ở trạng thái thấp. Phép ngoại suy của những phát hiện này đối với sự khác biệt về tình trạng ở người đã được thực hiện (Kemeny et al., 2005).

Sự can thiệp

Nếu gặp các tác nhân gây căng thẳng, tâm trạng tiêu cực và tự đánh giá nhận thức tiêu cực có thể ảnh hưởng xấu đến hệ thống miễn dịch, liệu các biện pháp can thiệp tâm lý có thể làm giảm trạng thái tiêu cực của tâm trí từ đó cải thiện hệ miễn dịch? Ít nhất 100 nghiên cứu về việc can thiệp đã được thực hiện với các điểm cuối miễn dịch ở những người khỏe mạnh, những người mắc bệnh ung thư, bệnh tự miễn và các tình trạng khác. Một số nghiên cứu đã chứng minh được có sự tăng cường miễn dịch ngắn hạn sau các can thiệp, mặc dù mức độ tăng cường phụ thuộc vào loại can thiệp và khía cạnh miễn dịch được kiểm tra (Kemeny & Miller, 1999; Miller & Cohen, 2001).

Một trong những phát hiện bất ngờ thú vị trong lĩnh vực nghiên cứu này liên quan đến thực tế là các cách can thiệp đã được tìm thấy trong quá khứ cho thấy tác dụng mạnh nhất đối với căn bệnh ví dụ như trầm cảm, và dường như không cho thấy tác dụng mạnh nhất đối với hệ thống miễn dịch. Ví dụ, các biện pháp can thiệp hành vi nhận thức, tập trung vào việc thay đổi các phản ứng nhận thức không đúng cách đã cho thấy lợi ích tâm lý đối với những người bị trầm cảm, cũng như cho thấy hiệu quả miễn dịch ở một số cá nhân và không hiệu quả ở một số cá nhân khác. Điều này có thể là do phần lớn những người tham gia các nghiên cứu can thiệp này không có mức độ trầm cảm cao và do đó ít có khả năng thu được hiệu quả mà một mẫu trầm cảm sẽ thu được (Miller & Cohen, 2001).

Các mô hình đã tiết lộ có liên quan đến việc viết các bài tiểu luận về các sự kiện chấn thương. Việc viết diễn ra trong thời gian ngắn (ví dụ: 20 phút) trong 4 ngày trở lên. Tham gia vào hình thức viết về cảm xúc này đã cho thấy tác động tích cực đến việc sử dụng các biện pháp chăm sóc sức khỏe, phản ứng của hệ thống thần kinh tự trị và các quá trình khác; tuy nhiên, ảnh hưởng của việc này đến hệ thống miễn dịch là tùy từng trường hợp. Ví dụ, các lợi ích của việc này được đưa ra bởi Petrie,

Booth, Pennebaker, Davison, & Thomas (1995), người đã nghiên cứu tiết lộ ở 40 sinh viên y khoa đã được tiêm vắc-xin viêm gan B với thuốc tăng cường vào 1 và 4 tháng sau các buổi biểu lộ cảm xúc. Chuẩn độ kháng thể đối với viêm gan B cao hơn đáng kể ở 1, 4 và 6 tháng sau khi tiêm vắc-xin đối với nhóm biểu lộ cảm xúc của mình so với nhóm đè nén cảm xúc. Ảnh hưởng đến các thông số miễn dịch khác, bao gồm cả NKCA và tập hợp tế bào lympho, đã không được quan sát. Hiệu quả nhất quán của việc bộc lộ cảm xúc trên các thông số miễn dịch cụ thể chưa được chứng minh.

Mặc dù có số lượng tài liệu lớn về việc giảm sự phiền muộn và kích thích sinh lý với sự thư giãn, nghiên cứu không đề xuất những miễn dịch phù hợp với nó (Miller & Cohen, 2001). Trong các nghiên cứu này, một loạt các kỹ thuật đã được sử dụng để tạo ra một trạng thái thư giãn, bao gồm thư giãn cơ tiến bộ, phản hồi sinh học, hình ảnh tượng trưng và thiền định hoặc kết hợp các kỹ thuật này. Trong một số trường hợp, đã thu được hiệu quả đáng kể. Ví dụ, trong một nghiên cứu ban đầu về những người già ở viện dưỡng lão, những người tham gia được chỉ định ngẫu nhiên nhận các bài tập thư giãn cơ mỗi tuần một lần trong 6 tuần, tiếp xúc xã hội với một sinh viên đại học trong cùng khung thời gian hoặc không can thiệp (Kiecolt-Glaser et al., 1985). Sự gia tăng đáng kể trong NKCA và giảm kháng thể đối với HSV (gợi ý kiểm soát nhiều hơn về độ trễ của virus) đã được phát hiện ngay sau khi can thiệp. Hiệu ứng HSV được duy trì sau 1 tháng theo dõi. Các điều kiện hỗ trợ xã hội cho thấy không có hiệu quả. Mặt khác, các nghiên cứu can thiệp thư giãn khác không cho thấy lợi ích miễn dịch. Nó có thể là phương pháp thư giãn nhất định có lợi hơn so với những phương pháp khác. Ví dụ, một nghiên cứu đã chứng minh rằng chương trình hòa giải kéo dài 8 tuần (giảm căng thẳng dựa trên sự quan tâm) đã làm tăng đáng kể nồng độ kháng thể đối với vắc-xin cúm so với khi ở trong điều kiện kiểm soát (Davidson et al., 2003). Thật thú vị, hoạt động của vùng vỏ não trái trước trán (left prefrontal cortex) lớn hơn đáng kể do can thiệp, sử dụng các bản ghi hoạt động điện não đồ (brain electrical activity). Như được mô tả trước đó, Davidson và các đồng nghiệp đã chỉ ra rằng các cá nhân có báo cáo về việc hoạt động của vùng vỏ não trái trước trán lớn hơn thì sẽ ít tiêu cực hơn, tâm trạng tích cực hơn và phản ứng ít tiêu cực hơn với những thách thức cảm xúc (Davidson, 1998). Thiền có thể tác động đến

một loạt các quá trình tâm lý, ví dụ, sự chú ý và nhận thức, và nó có thể là những hiệu ứng này, thay vì hiệu ứng thư giãn, giải thích những lợi ích quan sát được.

Mặt khác, có nhiều bằng chứng nhất quán về lợi ích miễn dịch đối với thôi miên và điều hòa. Những can thiệp này rất thú vị bởi vì, thay vì tập trung vào việc giảm tâm trạng tiêu cực và đau khổ, chúng liên quan đến một sự thao túng trực tiếp về "kỳ vọng" với các quy trình miễn dịch cụ thể được kiểm tra. Do đó, những nghiên cứu này dựa trên tiền đề rằng có thể điều khiển hướng phản ứng miễn dịch thông qua các con đường sinh lý thần kinh. Có một số cách khác mà các nghiên cứu này khác với các nghiên cứu can thiệp khác. Ví dụ, nhiều nghiên cứu về tác động của thôi miên và điều hòa bị đánh giá là có thể sẽ cho các kết quả là phản ứng quá mẫn cảm. Một kháng nguyên được đặt dưới da, và độ sưng phù (là sưng hay mảng xuất hiện sưng lên ở da thường có màu hồng) (wheal) được dùng như một chỉ số để đo phản ứng miễn dịch với kháng nguyên.

2.3. CÁC PHƯƠNG PHÁP THEO DÕI KHÓA CẠNH SINH LÝ CỦA HÀNH VI

2.3.1. Ghi lại các phản ứng sinh lý

Tâm sinh lý có liên quan đến sự ảnh hưởng của các quá trình tâm lý hoặc sự thay đổi hành vi theo phản ứng sinh lý. Nó đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của tâm lý học sức khỏe. Phương pháp nghiên cứu tâm sinh lý phụ thuộc vào việc đo lường các phản ứng của các hành vi diễn ra trong khi thực hiện các hoạt động có tính thách thức như giải quyết vấn đề, học tập, v.v. Các kỹ thuật được sử dụng để thu thập dữ liệu trong các hành vi này cũng như các hành vi khác, dù không phải luôn luôn, nhưng thường là kỹ thuật không tác động vào bên trong cơ thể và có tính cục bộ (non-invasive). Các dữ liệu tâm sinh lý có tương quan với hành vi và có thể được sử dụng để ghi lại các quá trình tâm lý như chú ý, sợ hãi hoặc căng thẳng. Tuy nhiên, dữ liệu có thể được sử dụng một cách hiệu quả hơn để xác định các quá trình liên kết giữa sinh lý và hành vi (Obrist, 1981; Phillips, 1987). Chỉ khi các dữ liệu được sử dụng theo cách này thì tâm sinh lý học, với tư cách một khía cạnh nghiên cứu, mới có ảnh hưởng lớn tới tâm lý học sức khỏe. Cách tiếp cận tâm lý - sinh học đòi hỏi các nhà điều tra phải vượt ra khỏi những khẳng định đơn giản đã có, ví dụ như từ “căng thẳng tâm lý có thể gây ra cao huyết áp” để đến với những lời giải thích chính xác

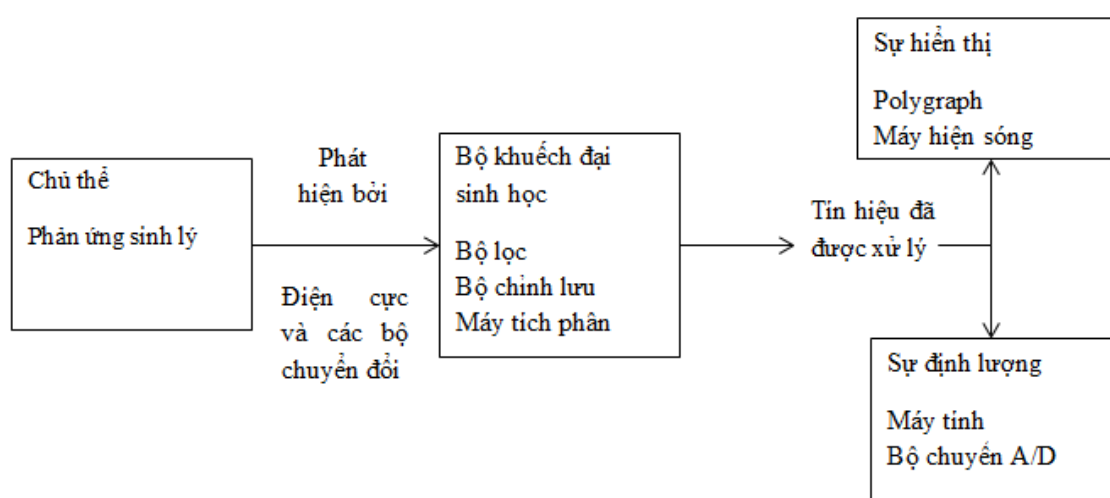
hơn cho việc nhận dạng quá trình chuyển từ các tác nhân bên ngoài tới những nguyên nhân gây căng thẳng về tâm lý và tới những trạng thái bệnh lý như cao huyết áp. Điều này đòi hỏi cao hơn, vì nó bao gồm nhiều thứ hơn là chỉ xác định các mối tương quan tâm sinh lý về cao huyết áp, nhưng nó sẽ đáng giá hơn nhiều nếu thành công, như nghiên cứu của Obrist (1981) đã chứng minh. Các kỹ thuật theo dõi phản ứng tâm sinh lý (psychophysiological recording techniques) đã phát triển đến mức cho phép chúng ta định lượng các phản ứng sinh lý khác nhau bao gồm các hoạt động trong hệ thần kinh trung ương (phản ứng thần kinh của cá nhân, điện não đồ EEG), hệ thần kinh tự chủ (ví dụ như nhịp tim), phản ứng nội tiết như nồng độ máu khi lưu thông các hormone gây căng thẳng, và chỉ số của chức năng hệ miễn dịch như nồng độ của kháng thể trong nước bọt. Mỗi phản ứng đã nói ở trên đều yêu cầu kỹ thuật theo dõi chuyên biệt mà để mô tả thì nó nằm ngoài phạm vi của cuộc thảo luận này. May mắn thay, đã có nhiều bản giới thiệu khá hoàn chỉnh đưa ra một bức phác họa về kỹ thuật này nằm trong việc đo lường các phản ứng tâm sinh lý (Andreassi, 1980; Hassett, 1978) cũng như tuyển tập các tài liệu mang tính khái quát dành cho những người muốn sử dụng nó (Coles et al., 1986; Martin and Venables, 1980). Một số nguyên tắc của kỹ thuật này được nêu dưới đây.

2.3.2. Ghi lại các phản ứng điện sinh

Mặc dù các kỹ thuật riêng biệt được sử dụng một cách khác nhau cho những hệ thống phản ứng khác nhau, nhưng chúng vẫn có một đặc điểm chung. Điều này sẽ được minh họa ở sơ đồ 2.2 bên dưới. Việc đo lường tín hiệu điện sinh học có thể phụ thuộc vào việc ghi lại trực tiếp hoặc gián tiếp, hoặc ghi lại những tín hiệu điện sinh học đã được chuyển đổi. Sự khác biệt đó liên quan đến nguồn gốc của các tín hiệu cần đo. Tín hiệu điện sinh học trực tiếp bắt nguồn từ các mô sống là kết quả của hoạt động trao đổi chất, và các điện cực phù hợp được đặt phía trên hoặc gần với những mô đó sẽ tìm cách phát hiện các tín hiệu đó như những tín hiệu điện thế. Những ví dụ về loại tín hiệu này bao gồm kỹ thuật đo điện não đồ từ các mô não, điện tâm đồ từ các sợi cơ xương. Các tín hiệu gián tiếp cũng được ghi lại một cách gián tiếp từ các mô, ví dụ bằng cách đo điện trở của da khi truyền một dòng điện nhẹ qua các điện cực kèm theo (điện trở bề mặt da). Với các dấu hiệu khác mang tính vật lý và không mang điện như áp suất, nhiệt độ, thì các thiết bị đặc biệt như bộ chuyển đổi

(transducer) cần phải được sử dụng để chuyển đổi tín hiệu vật lý thành một tín hiệu mang điện tương đương trước khi chúng được ghi chép lại.

Sau khi được phát hiện qua các điện cực hoặc các bộ chuyển đổi, các tín hiệu mang điện sẽ được khuếch đại lên vì cường độ của chúng khá nhỏ, một số được tính bằng millivolt nhưng một số khác khi được đo lường bằng điện não đồ lại chỉ tính bằng đơn vị microvolt. Ngoài ra, người ta còn sử dụng thêm các thiết bị điện tử như bộ lọc, máy tích hợp và máy chỉnh lưu để phân tách sâu hơn về tín hiệu đó và loại bỏ các sai số có thể phát sinh từ các kỹ thuật theo dõi đó.



Sơ đồ 2.2. Các tính năng tổng quát của ghi lại và hệ thống đo lường tâm sinh lý

Sau khi được xử lý, tín hiệu sẽ có sẵn để được hiển thị qua một chiếc máy là máy hiện sóng hoặc sẽ được ghi chép cố định trên giấy vẽ đồ thị bằng cách sử dụng một thiết bị được gọi là Polygraph (nghĩa đen là “đa ký”) cho phép hiện ra đồng thời một số bản ghi chép phản ứng trên một biểu đồ duy nhất. Trong đa số các trường hợp, đây là cách cần thiết để định lượng những thay đổi xảy ra trong những tín hiệu được ghi lại. Điều này có thể liên quan đến việc xử lý sâu thêm như sự chuyển đổi một tín hiệu liên tục (tín hiệu Analog) thành đo lường kỹ thuật số hoặc lấy mẫu phản ứng trong các khoảng thời gian cố định. Hầu hết các hệ thống định lượng ngày nay đều dựa trên các máy tính nhỏ với các nhóm phần mềm được thiết kế riêng phục vụ cho mục đích cụ thể. Giả định cơ bản làm cơ sở cho cách tiếp cận tâm sinh lý là những thay đổi quan sát được trong những tín hiệu đã được ghi lại có tương đương với những quá trình tâm lý hoặc hành vi có ý nghĩa với chủ thể hoặc bệnh nhân.

2.3.3. Theo dõi lưu động

Hệ thống ghi chép lại các phản ứng điện sinh học từ các mô sống đã nói đến ở trên được sử dụng trong các nghiên cứu thực hiện tại phòng thí nghiệm và phòng khám. Tuy nhiên, có trường hợp phản ứng của chủ thể hoặc bệnh nhân trong phòng thí nghiệm hoặc phòng khám không đồng nhất được với phản ứng của họ trong các môi trường khác như trong khi làm việc hay khi ở nhà. Sự hạn chế này đã thúc đẩy sự phát triển của các thiết bị theo dõi cầm tay dựa trên các thiết bị sử dụng kỹ thuật truyền sóng radio (radiotelemetry) hoặc lưu trữ dữ liệu cầm tay (portable data storage) bằng băng cassette hoặc các bộ vi xử lý, mà có thể gắn lên người các bệnh nhân, đi theo họ trong cuộc sống thường ngày. Những tiến bộ đáng kể trên đã được thực hiện với những thiết bị này trong những năm gần đây và hiện tại đã có sẵn trong một số hệ thống giám sát lưu động. Chúng đã được sử dụng khá thành công để ghi lại những phản ứng trong một khoảng thời gian dài trong cuộc sống thường ngày của bệnh nhân bao gồm cả khi ở nhà và khi đang làm việc (Turpin, 1985). Ví dụ, để đo nhịp tim của bệnh nhân đã trải qua những cơn hoảng loạn tột độ không thể kiểm soát được (Rối loạn hoảng sợ), kỹ thuật này đã chỉ ra rằng những đợt tấn công cảm xúc đó xuất hiện cùng với sự tăng nhịp tim đột ngột trên mức bình thường gợi ra một điều rằng cơn hoảng sợ đó có thể đến từ các cảm giác bên trong mà cá nhân diễn giải chúng theo xu hướng thảm họa hóa.

2.3.4. Vai trò của các phương pháp trên đối với tâm lý học sức khỏe

Như đã chỉ ra trong phần đầu tiên của chương này, tâm sinh lý học không phải chỉ là về những phản ứng của hệ thần kinh trung ương. Phần quan trọng không kém là các phản ứng của hệ bài tiết, hệ miễn dịch và các kỹ thuật sinh hóa đặc biệt đã được phát triển để đo đạc những phản ứng của các hệ cơ quan này (Ader, 1981; Christie and Woodman, 1980). Trong một số trường hợp các cách đo lường sinh hóa có thể cung cấp thêm các dữ liệu thêm vào hoặc bổ khuyết cho những dữ liệu thu được từ bản ghi điện sinh học (electrophysiological recordings). Ở những trường hợp khác như bệnh tiểu đường, các phương pháp sinh hóa được sử dụng để theo dõi phản ứng đường huyết của bệnh nhân, và điều đó rất cần thiết cho việc hiểu căn nguyên của căn bệnh và cơ hội để điều trị bệnh cho bệnh nhân đó.

Khái niệm tâm lý học sức khỏe được đề cập ở Chương 1 đã nhấn mạnh những khả năng mà tâm lý học có thể giúp ta nâng cao sức khỏe, phòng ngừa và điều trị bệnh lý, xác định căn nguyên của bệnh, cũng như định hình các chính sách chăm sóc sức khỏe. Còn tâm sinh lý học thì đã có đóng góp trực tiếp vào việc nguyên cứu nguyên nhân của bệnh lý, và gợi ý những biện pháp can thiệp, nhằm để ngăn chặn cũng như điều trị bệnh. Lĩnh vực nghiên cứu của tâm sinh lý học đã đem lại sự liên kết giữa những yếu tố tâm lý xã hội và bệnh tật, gián tiếp hỗ trợ cho các chiến lược nâng cao chất lượng sức khỏe và hoạch định các chính sách chăm sóc sức khỏe. Tuy vậy, những đóng góp trên cần được kết hợp với những lĩnh vực nghiên cứu khác thuộc tâm lý học, trong đó bao gồm tiếp cận về mặt xã hội và nhận thức. Thách thức đặt ra đối với những nhà tâm lý học sức khỏe là cần phát triển các mô hình, trong đó cần cân nhắc cẩn thận về các quan điểm khác nhau về sức khỏe, đồng thời chuyển hoá dữ liệu có được từ những chuyên ngành nghiên cứu khác nhau.

Các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện rằng các chứng bệnh tật không phát tán một cách ngẫu nhiên. Các yếu tố tâm lý xã hội như tình trạng kinh tế chung, di động xã hội và thất nghiệp đã được chứng minh là có mối tương quan đáng tin cậy với tỉ lệ mắc một số bệnh, như bệnh mạch vành (Marmot và cộng sự, 1978). Tương tự, yếu tố tâm lý xã hội mà cá nhân gặp phải khi đi làm, như quyền hạn quyết định, các cơ hội áp dụng và phát triển kỹ năng, là những tác nhân góp phần tác động tới phạm vi quyết định và ý thức kiểm soát cá nhân, chúng đều có mối liên hệ với các phản ứng sinh lý như thay đổi huyết áp, và có thể góp phần gây ra bệnh. Nói rộng ra, ta có thể nhận ra rằng phạm vi quyết định trong công việc càng rộng thì sức khỏe của người lao động càng tốt (Theorell, 1989). Các nghiên cứu lâm sàng đã tập trung vào mối quan hệ giữa bệnh tật với những sự kiện tiêu cực hoặc quan trọng, và đã tìm ra điểm liên quan giữa các sự kiện này với các rối loạn tâm thần như trầm cảm (Brown và Harris, 1986). Một số nghiên cứu khác thì chỉ ra rằng ngay cả những sự kiện không đáng kể, như sự may rủi, cũng dự đoán được giới hạn chức năng của hệ thống miễn dịch và mức độ dễ bị lây nhiễm một số bệnh nhẹ, ví dụ như cảm lạnh thông thường (Evans và cộng sự, 1993). Nhân cách kiểu A và bệnh tim mạch vành có mối liên hệ với nhau. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch vành tăng lên ở những cá nhân có biểu hiện hành vi của nhân cách kiểu A. Những phát hiện về sự tương quan giữa các biến

số tâm lý xã hội và bệnh tật, hoặc nguy cơ mắc bệnh, đã đặt ra những câu hỏi cơ bản cho ngành tâm lý học sức khỏe. Các yếu tố tâm lý xã hội đã ảnh hưởng như thế nào đến mô hình bệnh lý và bệnh tật trong dân cư? Tại sao người này dễ bị ảnh hưởng bởi một yếu tố tâm lý xã hội nào đó, nhưng người khác lại không?

Trong tâm lý học sức khỏe, một trong những mô hình nổi tiếng là thuyết mô hình tạng đặc biệt - stress ('stress-diathesis' model, cố gắng giải thích một rối loạn, hoặc quỹ đạo của nó, dưới tư cách là kết quả của sự tương tác giữa một yếu điểm có khuynh hướng dễ bị tác động, các tạng và sự căng thẳng gây ra trong quá trình sống) (Stephoe, 1989), hay còn gọi là "mô hình Tâm lý - Sinh học - Xã hội", bởi đã nhấn mạnh tầm ảnh hưởng của mối quan hệ tương tác qua lại giữa các yếu tố môi trường và các cá nhân dễ bị tổn thương (những đặc điểm di truyền và tâm lý) đối với sức khỏe.

Theo mô hình này, sự tự lực cá nhân và khả năng đối phó là yếu tố cần thiết để tạo ra các phản ứng sinh lý bao gồm kích hoạt hệ thần kinh tự chủ, hệ thống nội tiết và miễn dịch của cơ thể, nhằm đối phó với các mối đe dọa đến tình trạng tâm lý và thể chất. Những tác động xấu này, dù chỉ nhất thời hay lâu dài, đều có thể để lại hậu quả về sức khỏe, tùy thuộc vào bản chất và sức đề kháng cá nhân trước các tác động gây hại. Các phản ứng sinh lý của chúng ta nhìn chung đều phù hợp với các vấn đề cần giải quyết, nhưng vẫn có khả năng gây ra các mối nguy hại cho sức khỏe. Sterling và Eyer (1988) đã đưa ra thuật ngữ "allostasis" (quá trình mà cơ thể phản ứng với các yếu tố gây căng thẳng để lấy lại cân bằng) để diễn tả việc đáp ứng các nhu cầu sinh lý nảy sinh từ mối tương tác giữa môi trường với cá nhân. Việc một số hoặc tất cả các phản ứng của cơ thể có ảnh hưởng đến sức khỏe hay không tùy thuộc vào khuynh hướng bản chất hoặc tạng người của cá nhân đó. Những người dễ bị tổn thương sẽ phát sinh các phản ứng sinh lý mà về lâu dài bào mòn sức khỏe, làm suy giảm sức đề kháng, phóng đại các phản ứng giao cảm của hệ thần kinh tự chủ, hoặc gia tăng tiết hormone tuyến thượng thận. Điều này có liên quan tới việc làm tăng mức độ trầm trọng của tình trạng bệnh, trong đó bao gồm ung thư, các bệnh về tim mạch, cũng như nguy cơ nhiễm trùng cao. Theo mô hình tạng đặc biệt - stress, có một số giai đoạn riêng biệt là nguồn gốc dẫn đến tình trạng bệnh biến chuyển xấu đi. Việc cá nhân có mối tương tác với môi trường đã giúp phát sinh các phản ứng sinh lý cần

thiết, nhưng những khiếm khuyết về mặt sinh học của cá nhân đã tạo cơ hội để những phản ứng ấy biến chuyển thành các vấn đề sức khỏe, hoặc các chứng bệnh.

Bên cạnh việc cung cấp các phương pháp với mục đích làm sáng tỏ các cơ chế liên quan đến căn nguyên của bệnh, tâm sinh lý học cũng góp phần vào xây dựng các cách điều trị bệnh. Nguồn kiến thức thu được từ các nguyên cứu tâm sinh lý về bệnh tật có thể được dùng để xây dựng các can thiệp lâm sàng, nhằm phòng ngừa và điều trị các rối loạn đó. Steptoe (1989) đã mô tả cách ngành y học hành vi đã áp dụng các biện pháp can thiệp dựa trên mô hình tạng đặc biệt - stress của bệnh. Sự can thiệp này có thể có hiệu quả ở tùy từng giai đoạn diễn biến của bệnh. Vì lẽ đó, các tác động về mặt nhận thức sẽ có hiệu quả trong việc định hình lại các vấn đề tâm lý xã hội của cá nhân trong suốt quá trình bị bệnh. Nếu cho rằng, sự gia tăng của chứng huyết áp cao là hậu quả của quá trình các phản ứng tim mạch bị quá tải, thì các phương pháp can thiệp giúp làm giảm cường độ các phản ứng có thể có hiệu quả, ví dụ như áp dụng kỹ thuật thư giãn dưỡng sức hoặc liệu pháp phản hồi sinh học. Ngoài ra, các biện pháp trợ giúp cũng có thể góp phần khắc phục các nhược điểm sinh học của cá nhân, ví dụ như rèn luyện thể chất. Đến nay, hiệu quả mà những giải pháp này đem lại vẫn đang được tiếp tục đánh giá. Những kết quả ban đầu đã củng cố sự tin tưởng vào tính hiệu quả của các biện pháp can thiệp, và như Steptoe (1989) đã nhận định, việc điều trị y tế đối với các chứng rối loạn là một khía cạnh quan trọng của ngành tâm sinh lý lâm sàng đương đại, và những phương pháp đã được phát triển có thể sẽ góp phần tích cực trong công cuộc chăm sóc sức khỏe trong tương lai. Trong ngành y học hành vi, phản hồi sinh học được coi như là một trong những liệu pháp lâm sàng giúp tác động đến các chứng rối loạn sức khỏe (xem Steptoe, 1989).

2.4. PHẢN HỒI SINH HỌC (BIOFEEDBACK)

2.4.1. Khái niệm

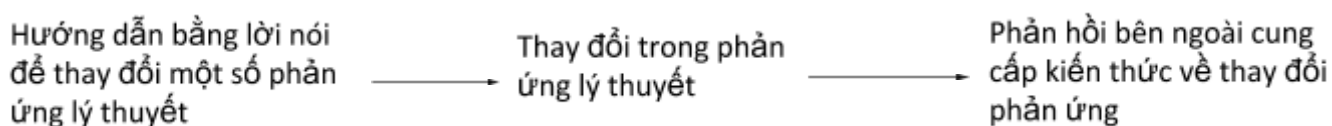
Phản hồi sinh học là một phương pháp được sử dụng để điều chỉnh những phản ứng sinh lý hoặc mô hình của các phản ứng sinh lý và được sử dụng như một phương pháp can thiệp lâm sàng nhằm đạt được sự tự điều chỉnh của các phản ứng thích nghi không tốt và các trạng thái rối loạn. Phương thức này được định nghĩa là ‘sự tổng hợp của những quy trình cho phép cá nhân kiểm soát một vài quá trình sinh

lý nhất định bằng cách cho họ thấy các tín hiệu bên ngoài hoặc trên màn hình để diễn giải hoạt động của quá trình đó' (Miller, 1969).

Liệu pháp phản hồi sinh học được phát triển từ những nghiên cứu trên động vật để điều chỉnh những phản ứng sinh lý nhằm nâng cao tính tích cực hay tiêu cực của những phản ứng đó. Những nghiên cứu này chỉ ra rằng, ngược lại với những gì chúng ta biết trước đó, mọi phản ứng, kể cả những phản ứng được điều hành bởi hệ thần kinh tự chủ, đều có thể được kiểm soát bởi tự cá nhân đó (Miller, 1969).

Nguyên lý đào tạo phương pháp phản hồi sinh học (phản hồi sinh học – kỹ thuật dùng để kiểm soát chức năng tự động của cơ thể)

Các nghiên cứu về phản hồi sinh học bắt đầu được thực hiện vào cuối những năm 1960 khi nó chỉ ra rằng một số phản ứng sinh lý nhất định được điều chỉnh bởi hệ thống thần kinh tự trị và cái mà trước đây được cho là nằm ngoài sự kiểm soát tự nguyện có thể được sửa đổi và kiểm soát theo hướng dẫn ở người. Kết quả của việc đào tạo này cung cấp thông tin hoặc kiến thức về kết quả của phản hồi. Việc hướng dẫn luyện tập như vậy được gọi là mô hình kiểm soát tự nguyện (sơ đồ 2.3).



Sơ đồ 2.3. Phản hồi sinh học – Mô hình kiểm soát tự nguyện

Có bốn yếu tố cần thiết của việc đào tạo phản hồi sinh học:

a. Hướng dẫn.

Hướng dẫn bằng lời nói phù hợp được đưa ra để xác định một phản ứng cụ thể cần được thay đổi, ví dụ ‘cố gắng hạ huyết áp của bạn’ hoặc ‘làm giảm nhịp tim của bạn lại’. Hướng dẫn này chỉ ra rằng hệ thống sinh lý có thể được điều chỉnh và những phản ứng sẽ được định hướng (tăng / giảm, tốc độ / chậm, tăng / giảm) để sửa đổi.

b. Động lực của bệnh nhân/ đối tượng.

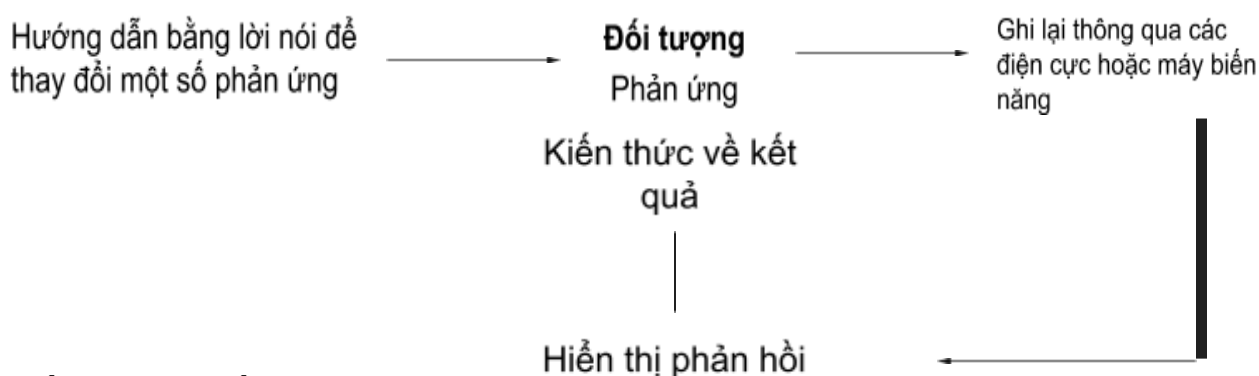
Để liệu pháp thành công, đối tượng nên được thúc đẩy để cố gắng thay đổi các phản ứng mà hướng dẫn cho là cần thiết. Giả sử rằng bệnh nhân, hoặc đối tượng trong một nghiên cứu thử nghiệm, được thúc đẩy, sự cố gắng sẽ được tạo ra để thay đổi các phản ứng.

c. Một số phương tiện *ghi lại* và *theo dõi* phản ứng sinh lý được chỉ định bởi những người hướng dẫn cho đối tượng.

Điều này khá đơn giản, vì nhiều loại thay đổi trong phản ứng cơ thể về bản chất là điện, ví dụ, liên quan đến sự thay đổi điện thế hoặc điện trở, những thay đổi này có thể được ghi lại thông qua các điện cực gắn trên bề mặt da. Các loại phản ứng khác có thể liên quan đến những thay đổi vật lý mà không có điện. Huyết áp, một ví dụ liên quan đến sự thay đổi áp lực trong một hệ thống tuần hoàn kín. Tuy nhiên, trong trường hợp này, các thiết bị được gọi là máy biến năng (bộ chuyển đổi) được sử dụng để chuyển đổi các thay đổi vật lý thành các tín hiệu điện. Các kỹ thuật đo lường một loạt các phản ứng sinh lý bao gồm các phản ứng đo từ da (hoạt động điện da), hệ thống tim mạch như huyết áp và nhịp tim, mô hình hoạt động sóng não, phản ứng dạ dày và mô hình hoạt động cơ bắp (phản ứng điện cơ) có uy tín tốt (Martin và Venables, 1980). Có sẵn nhiều thiết bị thương mại để đo các phản hồi và sử dụng các phản hồi này để tạo tín hiệu phản hồi thông tin bên ngoài.

d. Tín hiệu phản hồi

Các tín hiệu điện được ghi lại thông qua các điện cực hoặc bộ chuyển đổi được sử dụng để phát ra một tín hiệu bên ngoài như một loại âm thanh có thể thay đổi âm lượng hoặc cường độ/ những cú nhấp chuột có tốc độ thay đổi bất thường/ thiết bị ánh sáng có số điểm sáng thay đổi. Bệnh nhân hoặc đối tượng được yêu cầu tập trung vào tín hiệu bên ngoài và được thông báo rằng những tín hiệu được thay đổi sẽ cung cấp cho họ thêm kiến thức về việc kiểm soát thành công phản ứng được chỉ định bởi các hướng dẫn ban đầu.



Sơ đồ 2.4. Phản hồi sinh học

Các ứng dụng lâm sàng của liệu pháp phản hồi sinh học dựa trên mô hình kiểm soát tự nguyện, theo đó một cá nhân có thể tự điều chỉnh một số phản ứng sinh lý hoặc trạng thái mà không cần phải phụ thuộc vào tín hiệu phản hồi bên ngoài. Theo một cách nào đó, cá nhân phải học cách nhận thức và đạt được mục tiêu mong muốn thông qua các quá trình tự kiểm soát của chính mình. Các cơ chế mà việc kiểm soát đó có thể nhận thức được vẫn còn mơ hồ và mặc dù một vài mô hình lý thuyết đã được đề xuất, nhưng không có sự đồng nhất chung nào về cách để thiết lập sự kiểm soát. Dù các cơ chế là gì, việc phát hiện ra liệu pháp phản hồi sinh học có thể được sử dụng để rèn luyện sự tự điều chỉnh là một phát hiện đã được nhân rộng và nhất quán cho nhiều phản ứng sinh lý khác nhau. Do đó, phản hồi sinh học đã được áp dụng như một biện pháp can thiệp lâm sàng đối với các rối loạn liên quan đến việc điều hòa hoạt động sinh lý.

2.4.2. Ứng dụng lâm sàng của phản hồi sinh học

Phản hồi sinh học đã và đang được dùng để điều trị cho rất nhiều chứng rối loạn lâm sàng (McManus, 1996). Trong một số trường hợp, lý do sử dụng phương pháp này khá rõ ràng, nhưng trong những trường hợp khác, lý do cho việc sử dụng phương pháp này, trong tình huống thuận lợi nhất, có thể được suy đoán ra. Các vấn đề khác xuất hiện khi kiểm tra tài liệu về hiệu quả lâm sàng của phản hồi sinh học, bao gồm việc bản thân các kỹ thuật đào tạo và các nghiên cứu đa chiều có sự khác biệt đáng kể. Ví dụ, số lượng và thời gian của các buổi đào tạo, loại hình và số lượng các phản hồi được đưa ra, sự hỗ trợ bằng các bài tập bổ sung, v.v. Không chỉ vậy, các phương pháp được sử dụng để đánh giá hiệu quả của việc đào tạo cũng có sự khác biệt đáng kể so với các thiết kế nghiên cứu trường hợp đơn lẻ không kiểm soát hay với nghiên cứu nhóm điều trị đơn lẻ trước và sau thiết kế và nghiên cứu kết quả nhóm có quy mô lớn hơn (Blanchard và Young, 1974). Đây là yếu tố thứ hai mà chúng ta muốn có để đánh giá chính xác về mức độ hiệu quả lâm sàng của phương pháp phản hồi sinh học. Tuy nhiên, những thiết kế này hiếm khi được sử dụng và phần lớn các tài liệu báo cáo lâm sàng trong các nghiên cứu sử dụng các phương pháp thiết kế chưa hiệu quả, làm hạn chế các kết luận có thể được rút ra. Ta có thể thấy có hai phương pháp ứng dụng phản hồi sinh học như một biện pháp can thiệp lâm sàng khác nhau.

Đầu tiên trong số này có thể được gọi là phương pháp ‘kiểm soát triệu chứng trực tiếp’. Trong phương pháp này, một số triệu chứng hoặc phản ứng có mục đích rõ ràng được coi là cần sửa đổi và việc tập luyện phản hồi sinh học chỉ dựa trên một đặc tính đó. Một ví dụ điển hình của phương pháp này là điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân huyết áp cao bằng cách tập luyện dựa trên tín hiệu phản hồi nhận được từ việc theo dõi huyết áp bệnh nhân. Trong trường hợp này, phản ứng được lựa chọn để luyện tập có thể được coi là triệu chứng nổi bật nhất của chứng rối loạn này. Các ví dụ khác của phương pháp kiểm soát trực tiếp bao gồm phản hồi về mô hình hoạt động sóng não (EEG) để điều trị động kinh, phản hồi hoạt động cơ bắp (EMG) cho các rối loạn thần kinh cơ khác nhau bao gồm co cứng cơ hoặc liệt (Jahanshahi và Marsden, 1989), phản hồi về nhịp tim cho chứng rối loạn nhịp tim (Pickering và Miller, 1977) và phản hồi về nhiệt độ để điều trị bệnh Raynaud, một chứng rối loạn khá nghiêm trọng đặc trưng với sự co mạch của các mạch máu ngoại biên ở ngón tay hoặc ngón chân do căng thẳng về cảm xúc hoặc nhiệt độ thấp (Freedman và Ianni, 1985).

Loại ứng dụng thứ hai liên quan đến việc sử dụng phản hồi sinh học để luyện tập thư giãn nhằm đạt được sự thay đổi tổng thể về trạng thái sinh lý, thay vì kiểm soát trực tiếp một phản ứng duy nhất. Trong 15 năm qua, đây là cách tiếp cận đã trở nên phổ biến nhất và nó đã được sử dụng để điều trị một loạt các rối loạn với sự đa dạng đáng kinh ngạc. Đối với các trường hợp ứng dụng này, cách lựa chọn phản ứng sinh lý để cung cấp tín hiệu phản hồi bên ngoài về cơ bản là tùy ý. Tất cả những gì chúng ta cần có cho phương pháp này là một nguồn các phản hồi cho thấy một trạng thái riêng lẻ của kích thích gây hưng phấn hoặc thư giãn. Bất kỳ phản ứng nào thay đổi theo các trạng thái này đều phù hợp và có thể được sử dụng. Trong thực tế, các phản ứng đặc biệt đã được áp dụng vào những thời điểm nhất định, bao gồm hoạt động của một loại sóng não được gọi là sóng alpha trong các nghiên cứu sớm trước đây, và với những nghiên cứu gần đây là sự đáp ứng điện da – hay hoạt động dẫn điện của da – và hoạt động EMG. Việc luyện tập thư giãn đã trở thành một trong những cách can thiệp chính của y học hành vi (Blumenthal, 1985). Việc sử dụng phương pháp này được chứng minh dựa trên giả định rằng rối loạn đang được điều trị có liên quan đến sự căng thẳng và đi kèm với trạng thái chung của việc kích hoạt hệ

thống thần kinh giao cảm duy trì sự rối loạn. Việc tập thư giãn được sử dụng để khôi phục sự điều chỉnh bình thường, bằng cách loại bỏ trạng thái không thích nghi và thay thế nó bằng một trạng thái đối lập được mô tả là “kích thích thấp được trau dồi” (Stoyva và Budzynski, 1974), trong đó đáp ứng thần kinh đối giao cảm chiếm vị trí chủ đạo. Các phương pháp thư giãn khác nhau bao gồm thư giãn cơ tiến bộ, yoga, thiền, luyện tập tự sinh (autogenic training) cũng như phản hồi sinh học đã được sử dụng để tạo ra sự thay đổi trong các phản ứng tự động và phản ứng trong xương theo hướng kiểm soát đối giao cảm và giảm căng cơ. Người ta thường cho rằng các cơ chế tác dụng của những phương pháp này là giống nhau. Tuy nhiên, điều này có thể không hẳn như vậy; chưa có chứng minh nào cho thấy rằng thiền, ví dụ, có thể làm giảm bớt các phản ứng tự nhiên của cơ thể và hoạt động nội tiết mặc dù chúng đều là cách tập luyện để thư giãn cơ bắp (đọc thêm Steptoe, 1989).

Phản hồi sinh học có thể được sử dụng độc lập mà không kết hợp thêm với các phương pháp khác để luyện các phản ứng thư giãn, hoặc có thể dùng kết hợp với các kỹ thuật thư giãn khác như một phần của tổ hợp các hoạt động trị liệu (Phillips, 1979). Phản hồi sinh học có thể được sử dụng để tập thư giãn bằng cách tự điều chỉnh các phản ứng sinh lý. Lý do căn bản của việc áp dụng phương pháp này được dựa trên giả định rằng những thay đổi đã học được trong một hệ thống phản hồi sẽ đi kèm với những thay đổi song song của các hệ thống phản hồi khác. Do đó, ví dụ như việc giảm nhịp tim sẽ đi kèm với việc giảm hoạt động tương tự trong các phản ứng tự nhiên khác. Nếu giả định tổng quát hóa này là phù hợp, thì về nguyên tắc, hệ thống đáp ứng nào được sử dụng để tạo tín hiệu phản hồi cho bệnh nhân không phải là vấn đề quan trọng. Các nghiên cứu lâm sàng ban đầu thường sử dụng thông tin phản hồi có nguồn gốc từ một tần số cụ thể của hoạt động sóng não được đo bằng điện não đồ (EEG), được gọi là hoạt động sóng EEG alpha. Hoạt động EEG alpha thường được thấy trong trạng thái thiền định (Elson et al., 1977) và người ta cho rằng việc tăng cường alpha sẽ thúc đẩy trạng thái thư giãn. Tuy nhiên, trong khi phản hồi sinh học có thể được sử dụng một cách hiệu quả để điều chỉnh hoạt động EEG, không có bằng chứng nào cho thấy hoạt động của sóng alpha có liên quan đến bất kỳ lợi ích trị liệu cụ thể nào, hay bản thân nó có thể tạo ra sự thư giãn nói chung. Trong những năm gần đây, hầu hết các nghiên cứu về tập luyện phản hồi sinh học để thư giãn rất hay áp

dụng phản hồi EMG. Nhiều rối loạn liên quan đến căng thẳng đi kèm với căng thẳng ở các cơ cụ thể hoặc ở toàn bộ cơ xương. Ban đầu việc cung cấp tập luyện phản hồi sinh học EMG để giảm hoạt động đó dường như là lựa chọn thích hợp.

Tuy nhiên, lại xuất hiện một giả định ngầm rằng việc khái quát hóa sẽ xảy ra, và điều đó có thể không chính đáng. Hầu hết các phương pháp điều trị bằng phản hồi sinh học EMG tạo ra tín hiệu phản hồi từ quá trình ghi lại hoạt động bằng điện cực của một cơ duy nhất là cơ trước trán. Bệnh nhân được khuyến khích học cách giảm sự căng thẳng trong cơ này với niềm tin rằng sẽ có hiệu ứng ảnh hưởng đến các nhóm cơ khác trong cơ thể. Các nghiên cứu thực nghiệm đã tìm thấy rằng điều này không thật sự chính xác như vậy. Ví dụ, Alexander (1975) không tìm thấy bằng chứng về sự khái quát hóa từ việc giảm EMG ở mặt trước đến hệ thần kinh ở cẳng tay hoặc chân. Một vấn đề nữa là ngay cả khi đã giảm thiểu hoạt động của EMG thành công, những yếu tố này chắc chắn không đi kèm với cảm giác thư giãn chủ quan (Shedivy và Kleinman, 1977). Một điều rõ ràng là, trừ khi bệnh nhân cảm thấy thoải mái, dù có bất kỳ thay đổi nào diễn ra trong hoạt động EMG, việc điều trị có rất ít hy vọng sẽ thành công.

Cuối cùng, không có gì có thể đảm bảo rằng việc tập thư giãn dựa trên phản hồi sinh học EMG trong các tình huống thực tế sẽ có tác dụng giống như khi ở trong phòng khám, bởi trong cuộc sống hàng ngày chúng ta có thể gặp phải các tác nhân có khả năng gây ra căng thẳng. Ngay cả sau khi trải qua quá trình luyện tập kéo dài, sự thay đổi có thể vẫn không diễn ra, và có rất ít bằng chứng ủng hộ quan niệm rằng sự tác động thống nhất sẽ diễn ra sau khi tập luyện EMG, dựa trên các bản ghi từ một vị trí cơ cụ thể như cơ trước (Carlson et al., 1983). Bên cạnh những lưu ý đáng chú ý này, có bằng chứng cho thấy luyện tập phản hồi sinh học EMG có thể có lợi đối với một số rối loạn và đặc biệt là trong điều trị các dạng nỗi đau khác nhau. Tuy vậy, sự thành công của việc áp dụng phản hồi sinh học trong những trường hợp này có thể không liên quan đến những thay đổi về do chính các trạng thái sinh lý, mà là do những thay đổi trong nhận thức của bệnh nhân. Ví dụ, luyện tập phản hồi sinh học có thể thay đổi nhận thức về nỗi đau và niềm tin của bệnh nhân vào khả năng và sự hiệu quả của chính họ trong việc kiểm soát cơn đau (Andrasik và Holroyd, 1983; Flor et al., 1983). Việc thay đổi nhận thức có thể không liên quan tới những thay đổi được

đo từ các phản ứng được ghi lại và từ những theo dõi trong quá trình huấn luyện. Các hình thức phản hồi sinh học khác, bao gồm phản hồi nhiệt độ và điện da, cũng được sử dụng cho việc tập thư giãn. Một lần nữa, lý do cơ bản cho lựa chọn này và sự hiệu quả của chúng vẫn còn nhiều nghi ngờ. Nói chung, việc sử dụng phản hồi sinh học để tập thư giãn chung không đem lại bất kỳ lợi thế cụ thể nào so với các kỹ thuật truyền thống hơn như trị liệu nhận thức hoặc giãn cơ. Những gì phương pháp này làm là tập trung sự chú ý vào việc bệnh nhân đang “làm một điều gì đó cho bản thân mình”. Đặc điểm không mang tính đặc trưng này của luyện tập phản hồi sinh học mang tính tự động cao và có thể hữu ích cho việc đạt được những thay đổi về mặt nhận thức có liên quan đến hiệu quả của nó trong điều trị đau đầu và các cơn đau khác (Arena et al., 1995).

Sự tồn tại của hai loại ứng dụng rất khác nhau này thể hiện một khía cạnh của vấn đề mà chúng ta cần phải giải thích thêm, hay như những gì Yates (1980) gọi là "nghịch lý của huấn luyện phản hồi sinh học", vì nó đặt ra một câu hỏi về loại ảnh hưởng nào việc tập luyện này có đối với các hệ thống sinh lý liên quan và với quá trình học tập. Phản hồi sinh học là một phương tiện luyện tập kiểm soát cụ thể trong đó đặc tính riêng của phản ứng đã được luyện tập có thể được cải thiện? Hay nó chỉ đơn giản là một phương tiện báo hiệu cho một cá nhân việc trạng thái của họ được kích hoạt? Nếu nó là giả thuyết đầu tiên thì các ứng dụng để thư giãn có vẻ không phù hợp, nhưng nếu giả thuyết thứ hai là đúng, các ứng dụng để kiểm soát cụ thể các câu trả lời riêng lẻ sẽ bị loại trừ.

Nếu chúng ta xem xét không cẩn thận về bản chất của các cơ chế liên quan đến phản hồi sinh học thì chắc chắn sự thành công trong việc phát triển lâm sàng các ứng dụng của phản hồi sinh học sẽ bị cản trở.

2.4.3. Hạn chế trong ứng dụng phản hồi sinh học

Đặc điểm của đào tạo phản hồi sinh học là cung cấp thông tin phản hồi, hay tín hiệu bên ngoài có ý nghĩa, và mang lại kinh nghiệm, thứ sẽ ảnh hưởng đến khả năng của bệnh nhân trong việc tự điều chỉnh một số phản ứng hoặc trạng thái được chỉ định. Tuy nhiên, ngoài khía cạnh này, đào tạo phản hồi sinh học chắc chắn cũng liên quan đến các tác dụng không đặc hiệu đối với bệnh nhân. Thực tế là việc bệnh nhân tham gia vào một chương trình lâm sàng có thể tự khiến cả họ lẫn bác sĩ lâm

sàng mong đợi những thay đổi có lợi để có thể theo dõi. Những mong đợi đó không đặc trưng cho phản hồi sinh học và có thể đi kèm với các loại điều trị khác nhau. Tuy nhiên, riêng mình chúng có thể gây ra thay đổi bất kỳ trong khi tình trạng của bệnh nhân lại độc lập với các hiệu ứng cụ thể được đem lại bởi phản hồi. Đã có những đề xuất cho rằng các hiệu ứng không đặc hiệu hay “giả dược” có thể tạo ra bất kỳ lợi ích lâm sàng có lợi thông qua đào tạo phản hồi sinh học (Stroebel và Glameck, 1973). Sức mạnh của “giả dược” trong môi trường lâm sàng được ghi chép chi tiết và đào tạo phản hồi sinh học đáp ứng nhiều tiêu chí đặc trưng cho giả dược. Đó là sự đổi mới, ấn tượng trong công nghệ và liên quan đến việc đầu tư thời gian và công sức cho cả bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng (Miller và Dworkin, 1977).

Về kết quả của bệnh nhân, việc cải thiện lâm sàng nhờ kết quả sử dụng phương pháp cụ thể hay hoặc sử dụng phương pháp không cụ thể không phải là vấn đề to tát, nhưng từ quan điểm đi tìm hiểu các cơ chế tạo nên thành công lâm sàng, điều quan trọng là phải phân biệt được chúng. Điều này có thể được thực hiện bằng cách áp dụng các thiết kế lâm sàng phù hợp khi đánh giá đào tạo phản hồi sinh học. Vấn đề này đã được Blanchard và Young (1974) thể hiện khá tốt. Họ đề xuất năm loại thiết kế khác nhau, từ cấp độ yếu nhất, đến thiết kế mạnh mẽ nhất được báo cáo lại của các nghiên cứu kết quả nhóm kiểm soát. Những nghiên cứu này so sánh hiệu quả của việc đào tạo phản hồi sinh học cho một nhóm các bệnh nhân giống nhau với nhóm bệnh nhân mắc căn bệnh tương tự nhưng không được đào tạo phản hồi sinh học. Các hiệu ứng không đặc hiệu phải giống nhau cho cả hai nhóm nhưng nhóm được thử nghiệm phản hồi sinh học hưởng lợi từ những ảnh hưởng cụ thể thông qua đào tạo phản hồi. Thật không may, một số nghiên cứu phản hồi sinh học đã sử dụng kiểu thiết kế này cùng với các nghiên cứu với thiết kế còn thiếu sót khiến việc đánh giá rất khó khăn, vì các tác động đặc hiệu và không đặc hiệu dễ bị nhầm lẫn với nhau.

Ngoài các yếu tố về thiết kế, Blanchard (1979) đã xác định các khía cạnh khác mà ông cho rằng có thể được sử dụng để đánh giá các ứng dụng lâm sàng của phản hồi sinh học. Kết hợp với nhau, chúng có thể được xem như là chỉ số về mức độ mà kết quả của đào tạo phản hồi sinh học có liên quan đến lâm sàng và khả năng áp dụng cho cuộc sống của bệnh nhân. Tuy Blanchard đưa ra quan điểm đơn giản nhưng nó thường bị bỏ qua donhững thay đổi trong phản hồi hoặc triệu chứng có thể có ý nghĩa

thống kê nhưng vẫn thiếu ý nghĩa lâm sàng. Ví dụ, nếu tập luyện phản hồi sinh học làm giảm đáng kể một hoặc hai milimet thủy ngân trong huyết áp, hiệu quả sẽ có ý nghĩa thống kê, mặc dù khó có thể khẳng định rằng nó đã thay đổi tình trạng bệnh nhân ở mức độ đáng kể hay chưa. Một cách khác để đo lường thành công là về số lượng bệnh nhân được điều trị cho thấy sự cải thiện lâm sàng. Có lẽ phản hồi sinh học có hiệu quả đối với một số cá nhân nhưng không phải với cả những người khác. Khi đánh giá hiệu quả tổng thể của nó, điều quan trọng là phải biết tỷ lệ bệnh nhân mắc một rối loạn đặc biệt nào đó có thể được dự kiến sẽ được hưởng lợi từ hình thức điều trị này.

Một vấn đề nữa liên quan đến việc chuyển giao đào tạo. Kết quả của đào tạo phản hồi sinh học thường được đo ngay sau khi điều trị tại phòng khám. Hiệu quả có lợi của đào tạo phản hồi sinh học có thể được đo một cách đáng tin cậy trong phòng khám nhưng kết quả không thể được coi là đã thành công trừ khi hiệu quả kéo dài trong khoảng thời gian bệnh nhân về nhà và quay lại môi trường làm việc. Đánh giá các yếu tố này đòi hỏi phải thử nghiệm trong môi trường thực tế, với các nghiên cứu tiếp theo để đánh giá hiệu quả lâu dài của đào tạo. Một lần nữa các thủ tục này thường bị bỏ qua trong các nghiên cứu phản hồi sinh học lâm sàng.

Khi đánh giá hiệu quả lâm sàng của nó, không nên quên rằng đào tạo phản hồi sinh học thường được áp dụng cho các rối loạn đã được chứng minh là rất khó điều trị đối với các liệu pháp khác. Thật không tương xứng khi đo lường tỷ lệ thành công tuyệt đối của một biện pháp thích hợp hơn là hiệu quả của nó so với các phương pháp điều trị thay thế. Khi thực hiện so sánh này, có một số yếu tố ngoài kết quả điều trị có liên quan, mặc dù đó rõ ràng kết quả điều trị là điều quan trọng nhất. Các yếu tố khác cũng có thể được xem xét bao gồm hiệu quả, sự thuận tiện, hiệu quả chi phí, tính tổng quát và độ bền của điều trị. Mỗi yếu tố trong số này có thể được đánh giá, mặc dù tất cả chúng quá thường xuyên là không. Khi xem xét các lợi ích tương đối của phản hồi sinh học so với đào tạo thư giãn, Silver và Blanchard (1978) đã kết luận rằng đối với những rối loạn mà việc so sánh đã được thực hiện như tăng huyết áp, đau nửa đầu, đau đầu do căng thẳng và đau đốn, 'không có lợi thế phù hợp cho một dạng điều trị với loại khác.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Hãy tìm các bằng chứng nghiên cứu phân tích mối liên hệ giữa stress và hệ miễn dịch?
2. Các yếu tố tâm lý xã hội đã ảnh hưởng như thế nào đến mô hình bệnh lý và bệnh tật trong dân cư? Hãy lý giải bằng cơ chế sinh học hành vi?
3. Tại sao người này dễ bị ảnh hưởng bởi một yếu tố tâm lý xã hội nào đó, nhưng người khác lại không? Hãy lý giải bằng cơ chế sinh học hành vi?
4. Hãy phân tích ứng dụng của phản hồi sinh học (biofeedback) trong chăm sóc bệnh tật?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dhabhar, F. S. (2003). Stress, leukocyte trafficking, and the augmentation of skin immune function. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 992, 205–217.
- Dickerson, S. S., Kemeny, M. E., Aziz, N., Kim, K. H., & Fahey, J. L. (2004). Immunological effects of induced shame and guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 124–131.
- Friedman, H.S., & Silver, R.C. (Eds.). (2007). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.
- Irwin, M. (2001). Depression and immunity. In R. Ader, D. L. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 383– 398). New York: Academic Press.
- Pitts, M. & Phillips, K.(Eds.). (2003). *The Psychology of Health: An introduction*, New York: Routledge
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630.

CHƯƠNG 3

CÁC MÔ HÌNH NHẬN THỨC – XÃ HỘI VỀ SỨC KHỎE

Hành vi của cá nhân tác động mạnh đến sức khỏe của người đó. Làm thế nào để hình thành hành vi có lợi, thay đổi hành vi có hại? Vì sao có những hành vi được cá nhân xác định là có hại, nhưng họ vẫn duy trì hành vi đó? Chương này sẽ mang đến những cách lý giải cho việc hình thành, duy trì, thay đổi một hành vi sức khỏe thông qua các mô hình nhận thức – xã hội về sức khỏe được các nhà tâm lý nghiên cứu kể từ thập niên 1970. Bên cạnh đó, việc trải qua đau ốm, bệnh tật cũng dẫn đến sự hình thành các mẫu nhận thức và những hành vi ứng phó chưa từng có trước đây.

3.1. HÀNH VI SỨC KHỎE

3.1.1. Khái niệm

Như đã nêu ở Chương 1, sức khỏe, theo tiếp cận tâm – sinh – xã hội, chịu ảnh hưởng bởi những yếu tố mà cá nhân và cộng đồng có thể thay đổi. Hành vi cá nhân và cộng đồng ứng xử với cơ thể, với môi trường có tác động mạnh đến tình trạng sức khỏe, và là yếu tố có khả năng cải thiện được. Kasl và Cobb (1966) đã chỉ ra 3 loại hành vi sức khỏe. Họ cho rằng:

- *Hành vi sức khỏe* là hành vi nhằm ngăn chặn các chứng bệnh (ví dụ: ăn theo 1 chế độ lành mạnh);
- *Hành vi đau ốm* là hành vi nhằm tìm đến sự chữa trị (ví dụ: đi bác sĩ);
- *Hành vi vai trò bệnh nhân* bao gồm tất cả những hành động để có thể khỏe hơn (uống thuốc kê đơn, nghỉ ngơi).

Sau đó Matarazzo (1984) đã định nghĩa lại hành vi sức khỏe:

- *Thói quen làm hại sức khỏe*, được gọi là “hành vi mầm bệnh” (hút thuốc, chế độ ăn nhiều mỡ),
- *Hành vi bảo vệ sức khỏe*, được gọi là “hành vi miễn dịch” (tham gia kiểm tra sức khỏe)

Tóm lại, Matarazzo đã phân biệt hành vi bởi các tác động tiêu cực (hành vi mầm bệnh - hút thuốc, chế độ ăn nhiều mỡ uống nhiều nước có cồn) và những hành vi có tác động tích cực (hành vi miễn dịch - đánh răng, thắt dây an toàn, tìm hiểu kiến

thức sức khỏe, thường xuyên khám tổng quát, ngủ đủ giấc). Nói chung các hành vi sức khỏe được coi là những hành vi liên quan đến tình trạng sức khỏe của một cá nhân.

3.1.2. Mục đích nghiên cứu hành vi sức khỏe

3.1.2.1. Lý thuyết của McKeown

Từ thế kỉ trước, hành vi sức khỏe đã ngày càng đóng vai trò quan trọng trong vấn đề sức khỏe và bệnh tật. Mối liên quan này đã được McKeown (1979) đặc biệt nhấn mạnh. Lý thuyết của McKeown lý giải sự suy giảm của các loại bệnh truyền nhiễm. Trong cuốn sách “Vai trò của thuốc”, Thomas McKeown (1979) phân tích tác động của thuốc lên sức khỏe từ thế kỉ 17. Đặc biệt, ông đã đánh giá niềm tin rộng rãi vào công dụng của thuốc và vai trò của thuốc trong việc làm giảm các loại bệnh lây nhiễm phổ biến - như bệnh lao, viêm phổi, sởi, cúm, bạch hầu, đậu mùa và ho gà. McKeown chỉ ra người ta tin rằng các bệnh như lao, sởi, đậu mùa và ho gà đã ít đi là do sự can thiệp của thuốc, như hóa trị và vắc-xin; ví dụ như kháng sinh được dùng để chữa viêm phổi và cúm. Tuy nhiên, ông cũng cho thấy rằng sự suy giảm ở các chứng bệnh này cũng đã bắt đầu từ trước khi có những loại thuốc đó.

Vì vậy, McKeown kết luận rằng sự suy yếu của các loại bệnh truyền nhiễm trong suốt 3 thế kỉ trước không phải là nhờ sự can thiệp của thuốc, mà phải hiểu rằng đó là do các yếu tố môi trường và xã hội. Ông cho rằng sự ảnh hưởng đã dẫn đến sự phát triển (của bệnh truyền nhiễm) vào khoảng thời gian cách mạng nông nghiệp đầu tiên từ 10000 năm trước là do vấn đề thiếu lương thực, thiên tai và đông dân; và những yếu tố đã làm chúng suy yếu trong khoảng thời gian của nền nông nghiệp hiện đại và cách mạng công nghiệp là do sự cải tiến của chế độ dinh dưỡng, vệ sinh tốt và kế hoạch hóa gia đình.

McKeown cũng đã nghiên cứu về vấn đề sức khỏe và bệnh tật trong suốt thế kỉ 20. Ông cho rằng các triệu chứng bệnh tật đương thời bị gây ra bởi các ảnh hưởng mà các cá nhân tạo ra bằng chính hành vi của mình (hút thuốc, ăn uống, tập thể dục, và những hành vi tương tự (McKeown, 1979) và khẳng định rằng chính sự thay đổi trong các thói quen cá nhân như hút thuốc và phong cách sống lười vận động là những thứ đầu tiên tác động lên sức khỏe (McKeown, 1979). Để củng cố giả thuyết của mình, McKeown đã phân tích các nguyên nhân chủ yếu của cái chết trong một xã

hội giàu có và quan sát thấy hầu hết các loại bệnh như ung thư phổi, tim mạch vành, xơ gan đều có nguyên nhân là hành vi.

3.1.2.2. Những thuyết không chuyên môn về sức khỏe

Các nhà y học xã hội và nhân chủng học xã hội đã xem xét niềm tin về sức khỏe theo phương diện những lý thuyết hoặc những luận điểm không chuyên môn. Áp dụng những cuộc phỏng vấn sâu để khuyến khích khách thể nói chuyện tự do, các nghiên cứu đã khám phá ra nhiều niềm tin phức tạp ở những cá nhân này. Nghiên cứu trong lĩnh vực này đã chỉ rằng những lý thuyết không chuyên môn này cũng rắc rối và phức tạp không kém gì các mô hình giải thích y học, mặc dù chúng có lẽ là khác nhau. Ví dụ, y học mô tả những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp như cảm lạnh thông thường thực chất là những bệnh tự giới hạn (tự khỏi) gây ra bởi virus. Tuy nhiên, Helman (1978) khẳng định, cá nhân hãy ăn để giữ sức khi cảm lạnh và mặc kệ cơn sốt. Tiếp cận của ông khám phá cách cá nhân ý thức về cảm lạnh thông thường và các vấn đề liên quan khác và thấy rằng những sự đau ốm tương tự như vậy được phân tích theo kích thước nóng-lạnh, ướt-khô liên quan tới nguyên nhân và phương pháp điều trị khả thi. Trong một nghiên cứu, Pill và Stott (1982) đã phát hiện ra rằng những bà mẹ thuộc tầng lớp lao động có nhiều khả năng mắc những chứng bệnh không thể kiểm soát hơn và họ thường tin vào quan điểm vận mệnh khi nói về sức khỏe của mình. Trong một nghiên cứu, Graham (1987) thấy rằng, mặc dù nhiều phụ nữ hút thuốc lá đều nhận thức được sự nguy hiểm đối với sức khỏe của họ khi hút thuốc, họ vẫn cho rằng việc hút thuốc là cần thiết cho trạng thái khỏe mạnh của họ và là một phương tiện không thể thiếu để ứng phó với sự căng thẳng. Những lý thuyết không chuyên môn có ngụ ý rõ ràng cho các can thiệp bởi các chuyên gia y tế; giao tiếp giữa chuyên gia y tế và bệnh nhân sẽ là không thể nếu bệnh nhân giữ vững niềm tin về sức khỏe của họ cái mà mâu thuẫn với những hiểu biết của chuyên gia.

3.2. CÁC MÔ HÌNH VỀ SỨC KHỎE

3.2.1. Lý thuyết nhận thức xã hội

Mô hình nhận thức xã hội kiểm tra các yếu tố dự đoán hành vi và (hoặc) hành vi dự định và ngoài ra xem xét tại sao các cá nhân không duy trì một hành vi mà họ cam kết. Lý thuyết nhận thức xã hội được phát triển bởi Bandura (1977, 1986) cho

thấy rằng hành vi được điều chỉnh bởi kỳ vọng, khuyến khích và nhận thức xã hội.

Kỳ vọng bao gồm:

1. *Kỳ vọng kết quả hiện trạng* : các kì vọng mà một hành vi có thể gây nguy hiểm (Ví dụ như "hút thuốc có thể gây ung thư phổi");
2. *Kỳ vọng kết quả* : các kì vọng mà một hành vi có thể giảm thiểu tác hại đối với sức khỏe (Ví dụ như “ngưng hút thuốc lá có thể làm giảm nguy cơ ung thư phổi”);
3. *Kỳ vọng tính tự chủ* : các kì vọng mà các cá nhân có khả năng thực hiện các hành vi mong muốn (ví dụ như "tôi có thể ngừng thuốc nếu tôi muốn”).

Các khái niệm về khuyến khích cho thấy một hành vi được điều chỉnh bởi kết quả của nó. Ví dụ, hành vi hút thuốc có thể được tăng cường bởi kinh nghiệm trong việc giảm lo lắng; khả năng ung thư cổ tử cung có thể bị tăng lên bởi cảm giác an tâm sau khi có một kết quả âm tính.

Nhận thức xã hội là một thành phần trung tâm của mô hình nhận thức xã hội. Mặc dù (như với các mô hình nhận thức) mô hình nhận thức xã hội coi cá nhân như bộ máy xử lý thông tin, có một sự khác biệt quan trọng giữa các mô hình nhận thức và mô hình nhận thức xã hội - mô hình nhận thức xã hội bao gồm các biện pháp của cơ quan đại diện cá nhân trong thế giới xã hội của họ. Theo đó, các mô hình nhận thức xã hội cố gắng đặt cá nhân trong bối cảnh có cả người khác và thế giới xã hội rộng lớn hơn. Nó được đo bằng niềm tin chuẩn mực của họ (ví dụ như "những người quan trọng với tôi muốn tôi dừng hút thuốc").

Một số mô hình đã được phát triển sử dụng quan điểm này. Phần này xem xét lý thuyết hành vi dự định (có nguồn gốc từ các lý thuyết về hành vi hợp lý) và cách tiếp cận quá trình hành vi sức khỏe.

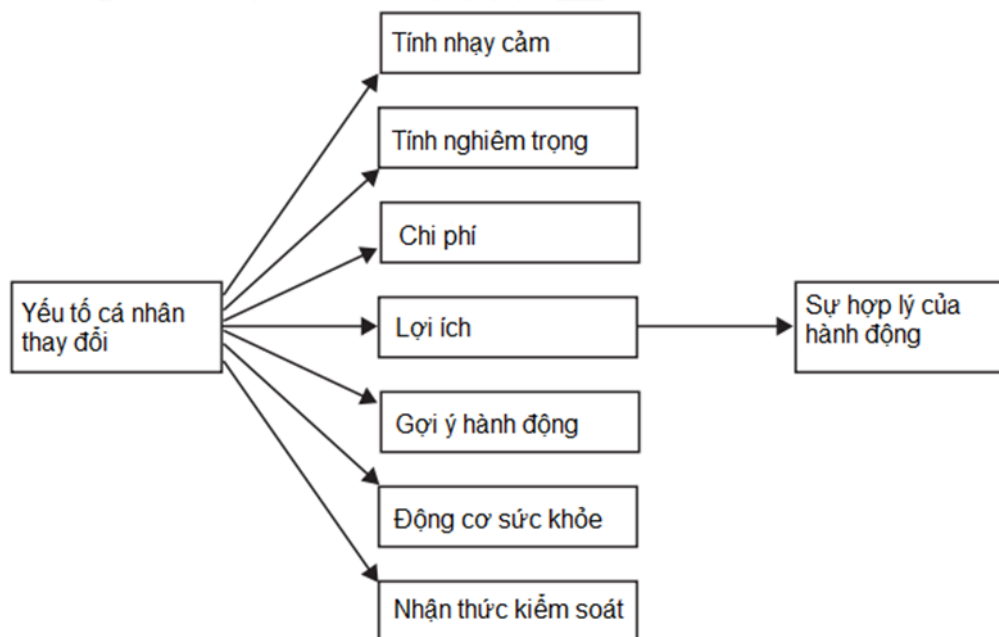
3.2.2. Mô hình niềm tin sức khỏe

Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM, xem Sơ đồ 3.1) được phát triển đầu tiên bởi Rosenstock (1966) và sau này được Becker và cộng sự tiếp tục nghiên cứu và phát triển vào những năm 1970, 1980 nhằm dự đoán các hành vi phòng bệnh và các hành vi phản ứng của các bệnh nhân bị bệnh nặng và lâu năm đối với sự chữa trị. Tuy nhiên trong các năm gần đây, mô hình niềm tin sức khỏe được sử dụng để dự đoán sự đa dạng trong các hành vi liên quan đến sức khỏe.

Cấu trúc của HBM

HBM dự đoán các hành vi là kết quả của một tập hợp các niềm tin cốt lõi, các niềm tin này được thiết lập qua nhiều năm. Các niềm tin cốt lõi là nhận thức của các cá nhân về:

- Tính nhạy cảm đối với bệnh tật (ví dụ:” khả năng tôi bị mắc bệnh ung thư phổi tương đối cao”)
- Mức độ nghiêm trọng của bệnh tật (“ung thư phổi là một bệnh nguy hiểm”)
- Các thiệt hại của việc thực hiện một hành vi (“ngừng hút thuốc sẽ khiến tôi cáu kỉnh”)
- Các lợi ích của việc thực hiện một hành vi (“ngừng hút thuốc sẽ giúp tôi tiết kiệm tiền”)
- Tín hiệu để hành động, có thể là bên trong (triệu chứng khó thở) hoặc bên ngoài (thông tin được thể hiện dưới dạng những tờ rơi về giáo dục sức khỏe).



Sơ đồ 3.1. Cơ sở của mô hình hành vi sức khỏe

HBM đưa ra giả thuyết rằng những niềm tin mấu chốt này có thể được sử dụng để dự đoán khả năng xảy ra của một hành vi. Đáp lại những chỉ trích, HBM đã tiến hành những sửa đổi căn bản, thêm vào cấu trúc “hành vi sức khỏe” nhằm phản ánh sự sẵn sàng quan tâm đến những vấn đề sức khỏe của cá nhân (VD: ‘Tôi biết

rằng hút thuốc có thể hủy hoại sức khỏe của tôi'). Gần hơn, Becker and Rosenstock (1987) cho rằng nhận thức kiểm soát (VD: 'Tôi tự tin rằng tôi có thể ngừng hút thuốc') cũng nên được thêm vào mô hình này.

Sử dụng HBM

Nếu áp dụng đối với một hành vi liên quan đến sức khỏe như việc kiểm soát phòng ngừa ung thư cổ tử cung, HBM có thể dự đoán cho những hành vi phòng ngừa kiểm soát bệnh nếu một cá nhân nhận thức được rằng cô ấy có khả năng cao bị mắc ung thư cổ tử cung, rằng ung thư cổ tử cung là một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe, rằng lợi ích của việc phòng ngừa thường xuyên là rất cao, và rằng chi phí cho hoạt động này lại tương đối thấp. Điều đó sẽ xảy ra nếu cô ấy phải chịu những áp lực thúc đẩy bên ngoài ví như một tờ rơi trong phòng chờ khi đến gặp bác sĩ, hay bên trong như những dấu hiệu cơ thể nghi ngờ ung thư (dù đúng hay không) như đau hay kích ứng. Mô hình HBM sửa đổi cũng dự đoán rằng một phụ nữ sẽ tham gia phòng ngừa ung thư cổ tử cung nếu cô ấy tự tin rằng mình có thể làm vậy và nếu cô ấy có đủ động lực mong muốn duy trì sức khỏe của mình.

Ủng hộ HBM

Một số nghiên cứu ủng hộ cho những dự đoán của HBM. Những điều tra đã chỉ ra rằng cá nhân có chế độ ăn uống nghiêm ngặt, đời sống tình dục lành mạnh, tiêm phòng đầy đủ, thăm khám và tập thể dục thường xuyên thường nhạy cảm hơn với những vấn đề liên quan đến sức khỏe, họ tin rằng mọi vấn đề luôn nghiêm trọng và công tác phòng ngừa quan trọng hơn tất cả dù chi phí cho những hoạt động này có thể cao đi chăng nữa (Becker 1974, Becker và cộng sự 1977; Becker và Rosenstock 1984).

Nghiên cứu cũng bổ sung cho những cấu thành đơn lẻ trong mô hình. Norman và Fitter (1989) đã tiến hành kiểm tra những hành vi phòng ngừa sức khỏe và phát hiện ra rằng những rào cản nhận thức là yếu tố dự báo lớn nhất của thăm khám lâm sàng. Một vài nghiên cứu yêu cầu nghiệm thể thực hiện những bài tự kiểm tra ngực và nhận thấy rằng những rào cản (Lashley 1987; Wyper 1990) cùng sự nhạy cảm trong nhận thức (Wyper 1990) chính là những tiên đoán tốt nhất cho hành vi sức khỏe.

Nghiên cứu cũng đưa ra nhiều bằng chứng chứng minh vai trò của những gợi ý hành vi có ảnh hưởng như thế nào tới hành vi sức khỏe ví dụ như những thông tin đầu vào. Trong thực tế, công tác nâng cao sức khỏe sử dụng những thông tin đầu vào đó nhằm thay đổi niềm tin, từ đó thúc đẩy những hành vi lành mạnh trong tương lai. Thông tin dưới dạng những hình thức cảnh báo gây sợ hãi có thể làm thay đổi thái độ và hành vi sức khỏe trong một vài lĩnh vực như sức khỏe răng miệng, giao thông hay hút thuốc (Sutton 1982; Sutton và Hallett 1989). Những thông tin chung nhất liên quan đến hậu quả tiêu cực của hành vi cũng được sử dụng trong phòng và chống hành vi hút thuốc lá (Sutton 1982; Flay 1985). Những thông tin về sức khỏe nhằm mục đích nâng cao kiến thức và một vài nghiên cứu cũng cho thấy mối quan hệ có ý nghĩa giữa kiến thức bệnh tật và những hành vi bảo vệ sức khỏe. Rimer và cộng sự (1991) thấy rằng kiến thức về ung thư vú có liên quan đến việc chụp X-quang thường xuyên. Một số nghiên cứu cũng kết luận rằng tồn tại một mối quan hệ tích cực giữa kiến thức về việc tự kiểm tra ngực (BSE) và ung thư vú với việc thực hiện BSE (Alagna and Reddy 1984; Lashley 1987; Champion 1990). Một nghiên cứu về nâng cao kiến thức thao tác của chủ thể liên quan đến kỹ năng thực hiện test pap (chẩn đoán ung thư cổ tử cung) thông qua việc xem video đã cho thấy việc gia tăng kiến thức có liên quan đến những hành vi sức khỏe trong tương lai (O'Brien và Lee 1990).

Sự mâu thuẫn trong kết quả nghiên cứu

Tuy nhiên, một vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng tồn tại những thiếu sót. Janz và Becker (1984) phát hiện thấy có mối tương quan chặt chẽ giữa mục đích của hành vi sức khỏe và nhận thức thấp về tính nghiêm trọng, ở mức dự đoán thấp hơn, một vài điều tra cũng đưa ra giả thuyết rằng có mối liên quan giữa sự nhạy cảm thấp (không cao) và những hành vi sức khỏe (Becker và cộng sự 1975; Langlie 1977). Hill và cộng sự (1985) đã tiến hành áp dụng HBM đối với bệnh ung thư cổ tử cung, nhằm kiểm tra những nhân tố mang tính dự đoán đến hành vi phòng chống căn bệnh này. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng những rào cản của hoạt động này là những dự đoán tốt nhất cho mục đích của hành vi và tính dễ xúc động trong nhận thức đối với bệnh ung thư cổ tử cung cũng liên quan một cách đáng kể tới những hành vi mang tính phòng chống. Tuy nhiên, lợi ích và việc nhận thức được tính nghiêm trọng thực sự không liên quan đến nhau. Janz và Becker (1984) đã tiến hành một nghiên cứu sử

dụng mô hình niềm tin sức khỏe và nhận thấy rằng những dự đoán tốt nhất của hành vi sức khỏe chính là việc nhận thức về những rào cản và sự miễn cảm với bệnh tật. Dù vậy, Becker và Rosenstock (1984) trong một đánh giá về 19 nghiên cứu sử dụng một phân tích sẵn có bao gồm thang đo về mô hình niềm tin sức khỏe nhằm dự đoán tính phù hợp, cho rằng những dự đoán tốt nhất của tính phù hợp chính là chi phí, lợi ích và việc nhận thức được tính nghiêm trọng.

Những phê bình/chỉ trích về HBM

HBM phải đứng trước nhiều chỉ trích cho những kết quả gây mâu thuẫn và một vài điểm yếu khác của mình, bao gồm:

- Tập trung vào những quá trình có ý thức;
- Nhấn mạnh tính cá nhân (VD. Vai trò xã hội và môi trường kinh tế nào được áp dụng?);
- Mối tương quan giữa những niềm tin mấu chốt (vd. Làm thế nào để đo được những điều này và làm thế nào mà chúng có liên quan với nhau? Đây là mô hình tuyến tính hay đa nhân tố?);
- Sự vắng mặt vai trò của các nhân tố cảm xúc như sợ hãi hay phủ nhận;
- Cho rằng những nhân tố loại trừ nhau có thể dự đoán những hành vi sức khỏe ví dụ như những hệ quả của sự kì vọng và tính tự chủ của cá nhân (Seydel và cộng sự 1990; Schwarzer 1992);
- Schwarzer (1992) đã có những phê bình sâu hơn về tính ổn định của nó trong việc tiếp cận niềm tin sức khỏe và đưa nó vào bên trong HBM, niềm tin được mô tả như một sự xuất hiện đồng thời với những thay đổi không nguyên có, sự phát triển hay các quá trình;
- Leventhal và cộng sự (1985) tranh luận rằng những hành vi liên quan đến sức khỏe là kết quả của sự nhận thức về các triệu chứng hơn là những nhân tố cá nhân được đưa ra bởi HBM.

Mặc dù có rất nhiều những tranh cãi xoay quanh HBM, các nghiên cứu đã sử dụng nhiều khía cạnh của mô hình này để dự đoán trong công tác phòng chống bệnh cao huyết áp, ung thư cổ tử cung, thay đổi chế độ ăn, hạn chế sử dụng đồ uống có cồn và ngừng hút thuốc.

3.2.3. Lý thuyết bảo toàn động cơ (động cơ phòng vệ)

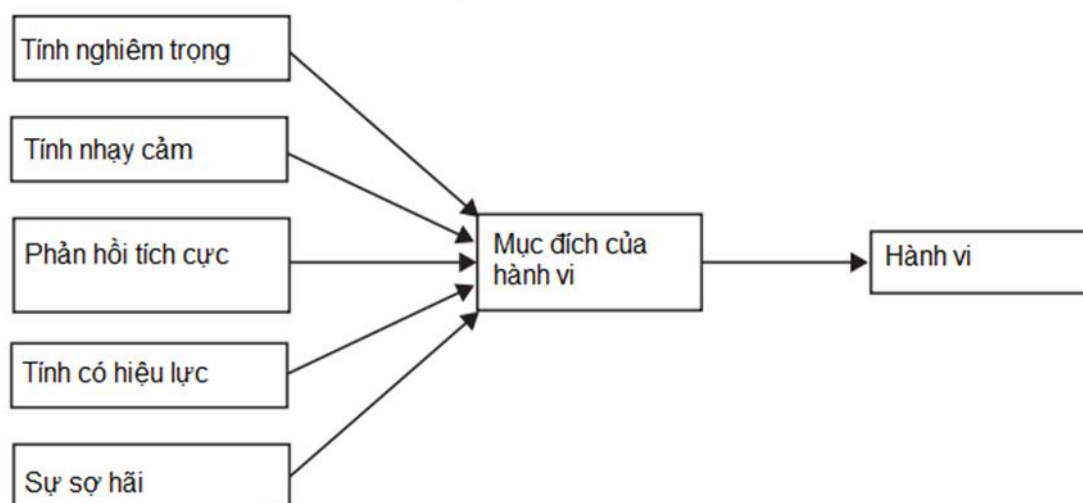
Rogers (1975, 1983, 1985) đã phát triển lý thuyết về động cơ phòng vệ (PMT) (xem sơ đồ 3.2), một phiên bản mở rộng của HBM với sự tham gia của các nhân tố bổ sung.

Thành tố của PMT

Lý thuyết căn bản về động cơ phòng vệ cho rằng những hành vi liên quan đến sức khỏe là sản phẩm của 4 thành tố sau:

1. Tính nghiêm trọng (vd ‘Ung thư đường ruột là một căn bệnh nguy hiểm’)
2. Tính nhạy cảm/mẫn cảm (vd. ‘Khả năng bị ung thư đường ruột là rất cao’)
3. Phản hồi tích cực (vd. ‘Thay đổi chế độ ăn có thể cải thiện sức khỏe’)
4. Tính tự chủ (vd. ‘Tôi tự tin rằng tôi có thể thay đổi chế độ ăn của mình’)

Những thành tố này giúp dự đoán mục đích của hành vi (vd. ‘Tôi dự định thay đổi hành vi của mình’) – cái có liên quan tới hành vi. Rogers (1985) cũng đã đưa ra quan điểm về nhân tố thứ 5 – nỗi sợ hãi (vd. Một phản ứng cảm xúc), trong ảnh hưởng tới giáo dục hoặc thông tin.



Sơ đồ 3.2. Cơ sở của lý thuyết động cơ phòng vệ

PMT mô tả tính nghiêm trọng, sự nhạy cảm và nỗi sợ là một cái gì đó gần với những đánh giá mang tính đe dọa (vd. Những đánh giá về mối đe dọa bên ngoài) và những phản hồi tích cực và tính tự chủ của cá nhân là những thành tố liên quan tới những đánh giá mang tính mô phỏng (vd. Sự đánh giá của cá nhân về chính bản thân họ). Theo PMT, có 2 kiểu nguồn gốc của thông tin đó là nguồn gốc bên ngoài – môi trường xung quanh (vd. Sự thuyết phục bằng lời nói, học tập qua quan sát) và nguồn

gốc bên trong –suy nghĩ của cá nhân (vd. Kinh nghiệm sẵn có). Những thông tin này bao gồm 4 thành tố của PMT, từ đó tạo ra những phản ứng mô phỏng “thích nghi” (vd. Mục đích của hành vi) hoặc những phản ứng mô phỏng “kém thích nghi” (vd. Tránh né, khước từ).

Sử dụng PMT

Nếu áp dụng PMT với mục đích thay đổi chế độ ăn, nó có thể tạo ra những dự đoán sau đây: thông tin liên quan đến việc chế độ ăn nhiều chất béo của những người mắc bệnh tim có thể làm gia tăng nỗi sợ hãi, nhận thức cá nhân về mức độ nghiêm trọng của căn bệnh (nhận thức về sự nghiêm trọng) hay gia tăng niềm tin rằng họ có thể có một trái tim quá nhạy cảm (nhận thức về sự nhạy cảm). Nếu cá nhân cũng cảm thấy tự tin rằng họ có thể thay đổi chế độ ăn của mình và điều này sẽ đưa đến những kết quả có lợi (phản hồi tích cực) họ sẽ có đủ động lực để thay đổi hành vi (mục đích của hành vi). Một ví dụ sử dụng PMT:

NGHIÊN CỨU THỬ NGHIỆM MỘT LÝ THUYẾT – DỰ ĐOÁN TÍNH CÁCH TÌNH DỤC

Một nghiên cứu dự đoán hành vi tình dục và khuynh hướng hành vi sử dụng lý thuyết động cơ phòng vệ (Van der Velde và Van der Pligt 1991).

Nghiên cứu này tích hợp các lý thuyết động cơ phòng vệ (Protection Motivation Theory - PMT) với những nhận thức khác về yêu cầu để dự đoán hành vi tình dục trong bối cảnh HIV. Nó làm nổi bật khả năng thích ứng với mô hình để phù hợp với các yếu tố liên quan đến một hành vi cụ thể. Nghiên cứu này khá thú vị vì nó đại diện cho một nỗ lực tích hợp các mô hình khác nhau của hành vi sức khỏe.

Hoàn cảnh ra đời

Từ khi phát hiện ra vi rút HIV, nhiều nghiên cứu đã phát triển phương tiện để dự phòng và nhờ đó thúc đẩy hành vi tình dục an toàn. PMT cho rằng hành vi là kết quả của việc đánh giá về các mối đe dọa và việc ứng phó của cá nhân trước các nguồn lực. Nó cho thấy rằng những yếu tố này gợi ra một trạng thái gọi là "động cơ phòng vệ" - thứ duy trì mọi hoạt động nhằm ứng phó với các mối đe dọa. Nghiên cứu này xem xét vai trò của PMT trong việc dự đoán hành vi tình dục, đồng thời cũng xem xét các tác động mở rộng của PMT bao

gồm các biến như kiểu ứng phó, chuẩn mực xã hội và hành vi quá khứ.

Phương pháp luận

Đối tượng Tổng cộng có 147 người đồng tính và 84 đối tượng dị tính với các bạn tình trong sáu tháng trở lại, tham gia vào nghiên cứu. Họ được tuyển chọn từ Amsterdam thông qua nhiều nguồn khác nhau bao gồm cả thông tin, quảng cáo và dịch vụ nhà ở .

Cách thức thực hiện Đối tượng đã hoàn thành một bảng câu hỏi (qua bưu điện hoặc chuyển phát nhanh).

Bảng câu hỏi Bảng câu hỏi bao gồm các vấn đề trên các lĩnh vực sau đánh giá theo thang Likert 5 điểm:

1. *Hành vi tình dục và hành vi dự định*: các đối tượng được hỏi về Hành vi tình dục trong sáu tháng trước đó, bao gồm cả số lượng và kiểu hành vi với bạn tình, các tần số của các kỹ thuật tình dục khác nhau, sử dụng bao cao su và ý định trong tương lai.
2. *Các biến số của động lực phòng vệ* : (a) Nhận thức về sự nghiêm trọng , (b) Tính nhạy cảm nhận thức , (c) hiệu quả phản ứng , (d) tính tự chủ, (e) sợ hãi.
3. *Niềm tin bổ sung*: (a) chuẩn mực xã hội, (b) chi phí, (c) lợi ích, (d) kiến thức, (e) tình huống rào cản.
4. Ngoài ra, các tác giả bao gồm các biến từ Thuyết xung đột của Janis và Mann (1977): (a) cảnh giác, (b) thận trọng, (c) phòng ngự né tránh.

Kết quả

Các kết quả được phân tích để kiểm tra những dự đoán chuẩn xác nhất của hành vi tình dục ở cả người đồng tính và các người thích người khác giới. Nghiên cứu cho thấy mặc dù các biến số của PMT có tính tiên đoán về cả hành vi lẫn dự định hành vi ở cả hai đối tượng, các kết quả đã bổ sung thêm nhiều biến số. Ví dụ, khi chuẩn mực xã hội và các hành vi trước đó được xem xét, kết quả được cải thiện với hành vi tương lai. Ngoài ra, kết quả cho thấy rằng mặc dù có một mối quan hệ giữa sợ hãi và dự định hành vi, vẫn có mức độ cao của sự sợ hãi chuyển dịch từ mối quan hệ này. Các tác giả cho rằng khi trải qua sự sợ hãi quá mức, sự quan tâm có thể sẽ dành cho việc làm

giảm sự lo lắng, hơn là bằng cách tránh những nguy hiểm thông qua thay đổi hành vi.

Tổng kết

Các kết quả từ nghiên cứu này hỗ trợ việc sử dụng PMT để dự đoán hành vi tình dục trong môi trường HIV. Hơn nữa, mô hình được cải thiện bằng cách thêm biến số bổ sung. Có lẽ, thay vì phát triển các mô hình có thể được áp dụng cho một loạt các hành vi, mô hình cá nhân cần được điều chỉnh cho từng hành vi cụ thể. Hơn nữa, kết quả có ý nghĩa đối với việc phát triển các can thiệp, và chỉ ra rằng chiến dịch giáo dục sức khỏe, cái mà thúc đẩy sự sợ hãi có thể có tác động tiêu cực với các cá nhân phải ứng phó với nỗi sợ hãi hơn là thay đổi hành vi của họ.

Hỗ trợ cho PMT

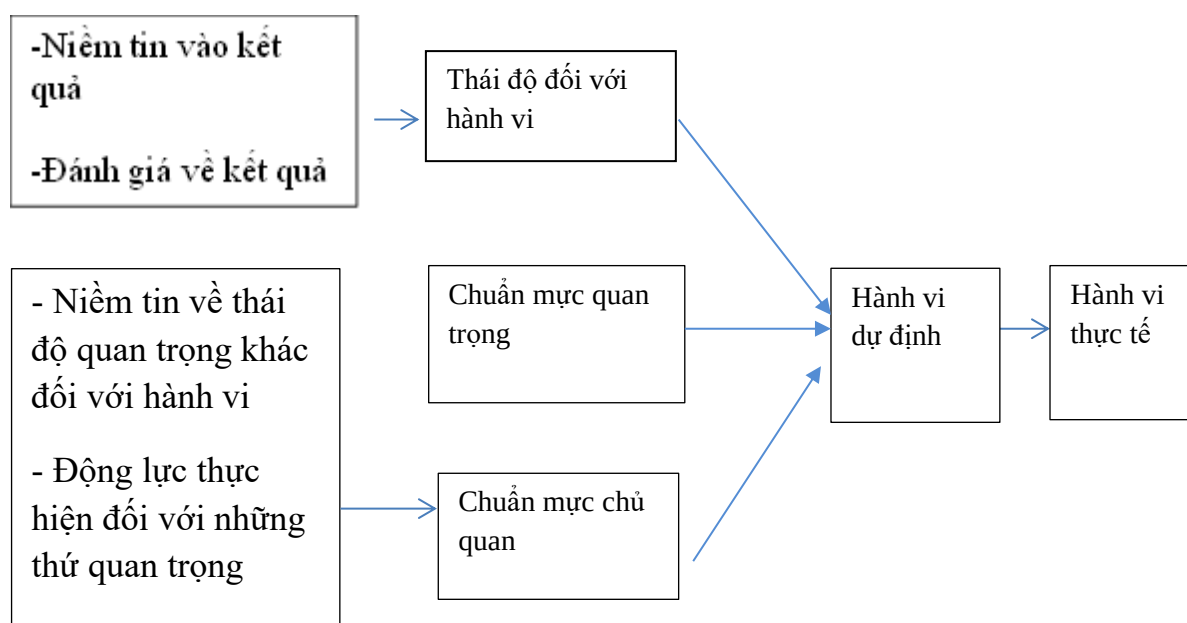
Rippetoe và Rogers (1987) đã cho phụ nữ thông tin về bệnh ung thư vú và kiểm tra ảnh hưởng của các thông tin này trên các thành phần của PMT và trên mối quan hệ của họ đối với ý định của thực hành tự kiểm tra vú (BSE). Kết quả cho thấy dự đoán tốt nhất về ý định để thực hành BSE là những đáp ứng hiệu quả, mức độ nghiêm trọng và tính tự chủ. Trong một nghiên cứu sâu hơn, các tác động của lời kêu gọi có sức thuyết phục để tăng ý định để tập thể dục được đánh giá bằng cách sử dụng các thành phần của PMT. Kết quả cho thấy tính nhạy cảm và tính tự chủ dự đoán ý định tập thể dục nhưng không cái nào trong số các biến có liên quan đến bản tự báo cáo về hành vi thực tế. Trong một nghiên cứu khác, Beck và Lund (1981) điều khiển niềm tin của sinh viên nha khoa về sâu răng bằng cách giao tiếp mang tính thuyết phục. Kết quả cho thấy rằng thông tin tăng sự sợ hãi, mức độ nghiêm trọng và tính tự chủ có liên quan đến dự định hành vi. Norman và đồng nghiệp (2003) cũng sử dụng PMT để dự đoán sự tuân thủ của trẻ em trong việc dùng miếng che mắt. Phụ huynh của trẻ được chẩn đoán có những vấn đề về mắt hoàn thành một bảng câu hỏi cơ bản liên quan đến niềm tin của họ và một câu hỏi tiếp theo sau hai tháng mô tả mức độ của trẻ tuân thủ. Kết quả cho thấy nhận thức nhạy cảm và chi phí đáp ứng có ý nghĩa dự đoán sự tuân thủ.

Những phê bình về PMT

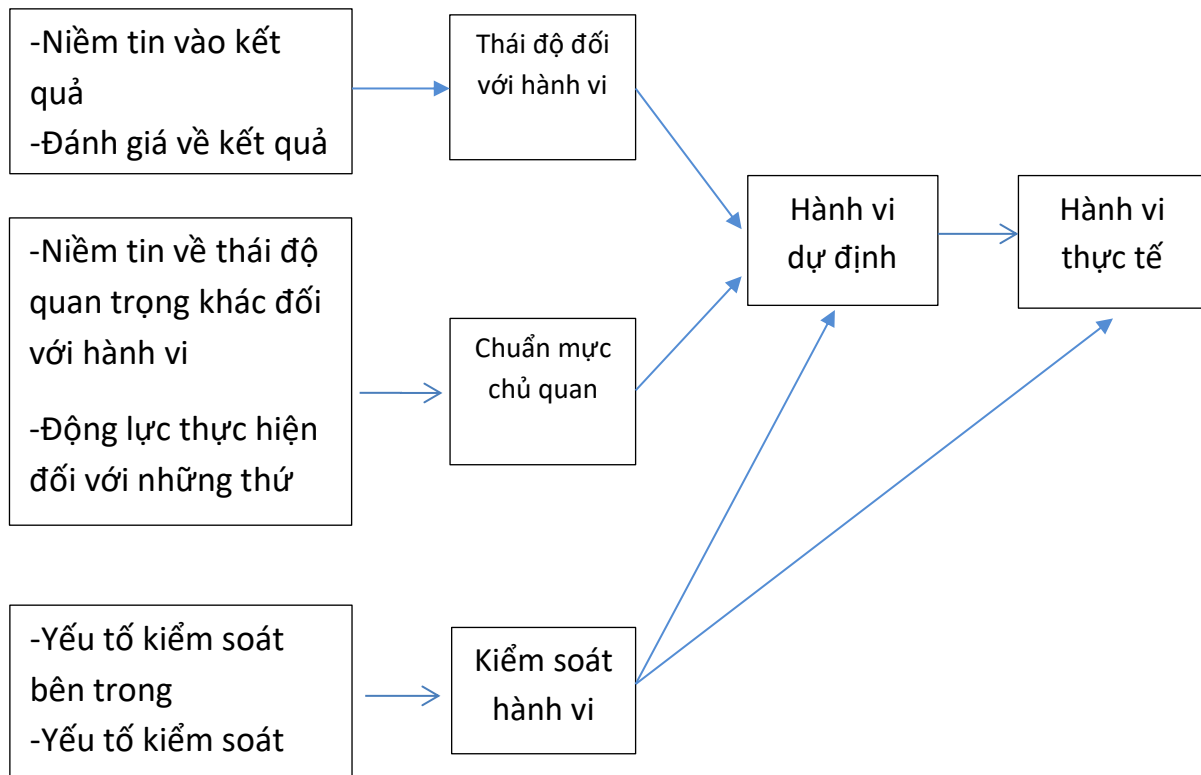
PMT đã bị chỉ trích nhiều hơn so với mô hình niềm tin sức khỏe; Tuy nhiên, cũng có nhiều những phê bình về HBM cũng có liên quan tới PMT. Ví dụ, PMT cho rằng cá nhân là bộ máy xử lý thông tin có ý thức, nó không giải thích cho hành vi thói quen, và cũng không bao gồm vai trò của các yếu tố xã hội và môi trường.

3.2.4. Mô hình hành vi hợp lý

Lý thuyết về hành vi hợp lý (Theory of reasoned action - TRA) (xem sơ đồ 3.3) đã được sử dụng rộng rãi để kiểm tra dự đoán các hành vi và là trung tâm của các cuộc tranh luận tâm lý học xã hội liên quan đến mối quan hệ giữa thái độ và hành vi (Fishbein 1967; Ajzen và Fishbein 1970; Fishbein và Ajzen 1975). Lý thuyết về hành vi hợp lý nhấn mạnh vai trò trung tâm của nhận thức xã hội trong các hình thức của chuẩn mực chủ quan (niềm tin của cá nhân về thể giới xã hội của họ) và bao gồm cả niềm tin và đánh giá về những niềm tin (Cả hai yếu tố hình thành thái độ của cá nhân). Do đó, TRA là một mô hình quan trọng vì nó đặt cá nhân trong bối cảnh xã hội và ngoài ra thêm một vai trò của các giá trị cái mà trái ngược với cách tiếp cận hợp lý hơn là truyền thống của hành vi. Lý thuyết về hành vi dự định (Theory of planned behaviors – TPB) (xem sơ đồ 3.4) đã được phát triển bởi Ajzen và các đồng nghiệp (Ajzen 1985; Ajzen và Madden 1986; Ajzen 1988) và đại diện cho một sự tiến triển từ TRA.



Sơ đồ 3.3. Những khái niệm cơ bản của lý thuyết hành vi hợp lý



Sơ đồ 3.4. Những lý thuyết cơ bản của hành vi dự định

Các thành phần của TPB:

Các TPB nhấn mạnh đến ý định thực hiện hành vi là kết quả của sự kết hợp của một số niềm tin. Các lý thuyết chỉ ra rằng ý định được coi là "kế hoạch hành động trong việc theo đuổi các mục tiêu của hành vi" (Ajzen và Madden 1986) và là kết quả của niềm tin sau đây:

- Thái độ đối với một hành vi, trong đó gồm cả đánh giá tích cực hay tiêu cực của một hành vi cụ thể và niềm tin về kết quả của hành vi (ví dụ “tập thể dục là niềm vui và sẽ cải thiện sức khỏe của tôi”);
- Tiêu chuẩn chủ quan, trong đó gồm có sự nhận thức về những chuẩn mực xã hội, áp lực để thực hiện một hành vi và đánh giá của mỗi cá nhân là động lực để thực hiện theo áp lực này (ví dụ như “những người quan trọng với tôi sẽ chấp thuận nếu tôi giảm cân và tôi muốn sự tán thành của họ”).
- Yếu tố kiểm soát hành vi nhận thức, trong đó gồm có niềm tin rằng các cá nhân có thể thực hiện một hành vi cụ thể dựa trên việc xem xét các nhân tố kiểm soát bên trong (ví dụ như kỹ năng, khả năng, thông tin) và các yếu tố

kiểm soát bên ngoài (ví dụ như những trở ngại, cơ hội), cả hai đều liên quan đến các hành vi trong quá khứ.

Theo TPB, ba yếu tố dự đoán ý định thực hiện hành vi, sau đó được liên kết đến hành vi. TPB cũng chỉ ra rằng sự kiểm soát hành vi có thể ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi kể cả không có tác động của ý định thực hiện hành vi.

Cách sử dụng TPB

Nếu áp dụng vào việc uống rượu, TPB sẽ đưa ra những dự đoán như sau: nếu một cá nhân tin rằng việc giảm uống rượu của họ sẽ làm cho cuộc sống của họ hiệu quả hơn, có lợi ích đến sức khỏe của mình (thái độ đối với hành vi), và họ tin rằng những người quan trọng trong cuộc sống của họ muốn họ phải giảm lượng rượu xuống (quy tắc chủ quan), thêm vào đó, họ tin rằng họ có khả năng uống rượu ít hơn dựa trên hành vi trong quá khứ của họ và đánh giá các yếu tố kiểm soát bên trong bản thân và bên ngoài (kiểm soát hành vi cao), thì điều này sẽ dự đoán khuynh hướng cao họ giảm lượng rượu xuống (ý định thực hiện hành vi). Mô hình này cũng dự đoán rằng kiểm soát hành vi có thể dự đoán hành vi mà không chịu ảnh hưởng của ý định. Ví dụ, nếu kiểm soát hành vi nhận thức mang lại sự kiểm soát thực tế, niềm tin rằng cá nhân không thể tập thể dục vì thể chất của họ không cho phép sẽ là một yếu tố dự báo tốt về hành vi tập thể dục hơn là ý định mạnh mẽ rằng họ tập thể dục.

Hỗ trợ cho TPB

Lý thuyết về hành vi dự định đã được sử dụng để đánh giá một loạt hành vi liên quan đến sức khỏe. Ví dụ, Brubaker và Wickersham (1990) đã khảo sát vai trò các thành phần khác nhau của lý thuyết trong việc dự đoán việc tự kiểm tra tinh hoàn và báo cáo rằng thái độ dẫn đến hành vi, tiêu chuẩn chủ quan và tính kiểm soát hành vi (được đo tương tự như tính tự chủ) có tương quan với ý định thực hiện hành vi. Một nghiên cứu sâu hơn đã đánh giá TPB trong vấn đề giảm cân (Schifter và Ajzen, 1985). Kết quả cho thấy rằng giảm cân đã được dự đoán bởi các thành phần của mô hình; đặc biệt, đạt được mục tiêu (giảm cân) có liên quan đến kiểm soát hành vi cảm nhận.

Những phê bình về TPB

Schwarzer (1992) đã chỉ trích TPB về sự thiếu sót của yếu tố thời gian và lập luận rằng TPB không mô tả hoặc đưa ra thứ tự của các niềm tin khác nhau hoặc bất

kỳ phương diện nào của quan hệ nhân quả. Tuy nhiên, trái ngược với HBM và PMT, mô hình cố gắng để giải quyết vấn đề về yếu tố xã hội và môi trường (theo hình thức niềm tin chuẩn mực).

Thêm vào đó, TPB bao gồm cả vai trò của hành vi quá khứ trong các biện pháp kiểm soát hành vi nhận thức.

Hành vi dự định: khám phá khoảng cách giữa ý định – hành vi.

Sutton (1998a) lập luận rằng, mặc dù mô hình cấu trúc không hiệu quả ở việc dự đoán hành vi, nó thậm chí còn kém hiệu quả hơn ở việc dự đoán hành vi thực tế. Thực tế, ông cho rằng, các nghiên cứu sử dụng mô hình này chỉ dự đoán được 19 – 38% sự biến động trong hành vi. Một số thất bại trong dự đoán hành vi có thể do chịu tác động từ những hành vi nằm ngoài sự kiểm soát của các cá nhân liên quan. Ví dụ, “tôi có ý định học tại trường đại học”, không thể suy ra “Tôi đang theo học tại trường đại học” do yếu tố kinh tế, giáo dục. Thêm nữa, “Tôi có ý định ăn uống lành mạnh”. Không thể suy ra “Tôi ăn uống lành mạnh” do sự vắng mặt của thực phẩm lành mạnh. Trong trường hợp như vậy, sự tương quan giữa ý định và hành vi sẽ là số 0. Tuy nhiên, hầu hết những hành vi có sự tương quan giữa ý định và hành vi không phải là 0, chỉ là nhỏ thôi, cũng cho thấy rằng cá nhân đó có khả năng kiểm soát được một số hành vi. Tâm lý học đã giải quyết các vấn đề về dự đoán hành vi thực tế bằng 3 cách: (1) khái niệm về khuynh hướng hành vi đã được mở rộng, (2) hành vi trước đây đã được sử dụng như một yếu tố dự báo trực tiếp của hành vi, và (3) các biến gây ra khoảng cách giữa ý định và hành vi đã được nghiên cứu.

Phát triển ý định hành vi

Phần lớn, các nghiên cứu sử dụng mô hình để dự đoán hành vi sức khỏe tập trung vào ý định thực hiện hành vi – đây là yếu tố dự báo tốt nhất của hành vi thực tế. Tuy nhiên, gần đây các nhà nghiên cứu đã gọi thêm các biến khác được thêm vào và mở rộng ý định hành vi. Chúng bao gồm những điều sau đây:

- Tự dự đoán – Sheppard cùng cộng sự (1988) cho rằng, thay vì chỉ đo khuynh hướng hành vi (ví dụ: “Tôi dự định sẽ bắt đầu bơi lội trong tuần tới”) nó là yếu tố quan trọng để đánh giá sự dự đoán của một cá nhân rằng ý định này có khả năng thực hiện được (ví dụ, “có khả năng là tôi sẽ bắt đầu bơi lội trong tuần tới”). Họ cho rằng, những sự tự dự đoán như vậy có nhiều khả năng phản

ảnh thái độ của cá nhân về những yếu tố có thể giúp đỡ hoặc cản trở hành vi của chính họ. Đến nay, đã có một số nghiên cứu hỗ trợ tính hữu dụng của các biến mới này (Sheppard và đồng nghiệp 1988); trong khi một số khác cho rằng, mối tương quan giữa ý định với sự tự dự đoán là quá cao, để có thể dùng sự tự dự để thêm điều gì để vào một mô hình hành vi sức khỏe (Norman & Smith, 1995).

- Hành vi tự nguyện – cũng giống như cách đề xuất sự tự dự đoán, các nhà nghiên cứu đã sử dụng hành vi tự nguyện. Ví dụ, một cá nhân có thể không chỉ có ý định thực hiện một hành vi (vd, “Tôi có ý định ăn nhiều trái cây”); mà còn tự nguyện làm như vậy (vd, “Tôi tự nguyện ăn nhiều trái cây”). Gibbons et al, 1998, đã khám phá sự hữu ích của cả hai: ý định và tự nguyện; và cho rằng, tự nguyện có thể có tầm quan trọng đặc biệt khi khám phá hành vi thiếu niên, như thanh thiếu niên có thể hành xử một cách ít lý luận, và không tự nguyện để thực hiện hành vi không mong muốn (vd, “Tôi có ý định dừng hút thuốc lá”).
- Nhận thức được nhu cầu – Nó không chỉ có ý định để hành động, hoặc tự dự đoán, hay thậm chí là sự tự nguyện quan trọng trên. Paisley và Sparks (1998) cho rằng, nó là nhận thức của một cá nhân cho rằng họ cần phải thay đổi hành vi của mình, đó là điều rất quan trọng. Ví dụ, một ý định: “Tôi có ý định dừng hút thuốc”, có thể ít ảnh hưởng hơn so với một nhận thức cần phải ngừng hút thuốc “Tôi cần phải ngừng hút thuốc”. Họ kiểm tra vai trò của nhu cầu nhận thức trong việc dự đoán sự mong đợi của việc giảm chất béo trong chế độ ăn uống và lập luận cho việc sử dụng các biến này vào nghiên cứu trong tương lai.

Vì vậy, bằng cách mở rộng mục đích hành vi bao gồm: tự dự đoán, hành vi tự nguyện và nhận thức được nhu cầu có ý kiến cho rằng các mô hình sẽ thực hiện việc dự đoán hành vi thực tế tốt hơn.

Vai trò của các hành vi trong quá khứ

Hầu hết các nghiên cứu đều đưa ra giả định là nhận thức dự đoán khuynh hướng hành vi và do đó, dự đoán hành vi. Việc này cũng giống như từ sự suy ra từ “Tôi nghĩ, rồi tôi có ý định làm, rồi tôi làm”. Điều đó là có thể, tuy nhiên, hành vi đó

không được dự đoán bởi nhận thức, mà là bởi hành vi. Từ quan điểm này, các cá nhân có nhiều khả năng sẽ ăn uống lành mạnh vào ngày mai nếu họ ăn uống lành mạnh vào hôm nay. Có nhiều khả năng họ phải nhập viện vì ung thư cổ tử cung nếu họ đã làm vậy trong quá khứ. Hành vi đã được ước lượng dựa trên cả hành vi quá khứ và cả thói quen. Về mặt hành vi quá khứ, nghiên cứu chỉ ra rằng nó dự đoán các hành vi như dùng nón bảo hiểm, tự kiểm tra bầu ngực dẫn tới việc dùng bao cao su, đeo miếng che mắt và quan tâm tới khám sức khỏe. Hơn nữa, hành vi quá khứ có thể tự chẩn đoán nhận thức và rồi dự đoán hành vi. Về mặt thói quen, nghiên cứu vạch ra một vai trò trong việc giải thích việc sử dụng bao cao su và thói quen cắt giảm việc sử dụng thông tin của con người.

Thu hẹp khoảng cách giữa ý định - hành vi

Phương pháp thứ ba để giải quyết hạn chế trong nghiên cứu dự đoán về hành vi là đưa ra các biến số có thể thu hẹp khoảng cách giữa ý định thực hiện hành vi và hành vi thực tế. Đặc biệt, một số nghiên cứu đã nhấn mạnh vai trò của kế hoạch trong hành động, cam kết về mục tiêu y tế và cố gắng như một phương tiện để khai thác vào các loại nhận thức có thể chịu trách nhiệm với sự chuyển đổi của những ý định thành hành vi. Tuy nhiên, Hầu hết các nghiên cứu đã tập trung vào khái niệm của Gollwitzer (1993) về ý định thực hiện. Theo Gollwitzer, đưa ra một ý định liên quan đến việc phát triển kế hoạch cụ thể về một cá nhân sẽ đưa ra khuynh hướng cụ thể gì các yếu tố môi trường. Vì vậy, ý định thực hiện mô tả "cái gì" và "khi" của một hành vi cụ thể Ví dụ, ý định "Tôi có ý định dừng hút thuốc" sẽ có nhiều khả năng được chuyển thành "Tôi đã ngừng hút thuốc" nếu các cá nhân làm cho ý định thực hiện "Tôi có ý định bỏ thuốc lá". Nếu cá nhân có ý định thực hiện "Tôi có ý định ngừng hút thuốc vào ngày mai tại 12 giờ trưa khi tôi dùng hết gói thuốc cuối cùng. Hơn nữa, "Tôi có ý định ăn uống lành mạnh" có nhiều khả năng được dịch ra "Tôi đang ăn lành mạnh" nếu ý định thực hiện "Tôi sẽ bắt đầu ăn uống lành mạnh bằng cách ăn một quả táo vào bữa trưa ngày mai". Một số nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng, khuyến khích cá nhân để thực hiện có thể làm tăng sự tương quan giữa ý định và hành vi hoặc những hành vi như uống một viên thuốc vitamin C (Sheeran và Orbell 1999), thực hiện tự kiểm tra ngực Orbell và đồng nghiệp (1997) và viết báo cáo (Gollwitzer và Brandstatter 1997). Cách tiếp cận này cũng được hỗ trợ bởi các

phương pháp tiếp cận mục tiêu thiết lập của liệu pháp nhận thức hành vi. Vì vậy, bằng cách khai thác các biến số như dự định thực hiện được lập luận rằng các mô hình có thể trở thành yếu tố dự báo tốt hơn về hành vi thực tế.

3.2.5. Lý thuyết chuyển đổi theo giai đoạn của hành vi

Các giai đoạn của mô hình thay đổi

Mô hình liên lý thuyết về sự thay đổi hành vi được phát triển đầu tiên bởi Prochaska và Diclemente (1982) với tư cách là sự tổng hợp của 18 phương pháp trị liệu miêu tả các quá trình bao gồm việc tạo ra và duy trì sự thay đổi. Hiện nay nó được biết đến là các giai đoạn của mô hình thay đổi. Prochaska và Diclemente nghiên cứu các cách tiếp cận trị liệu khác nhau về các quá trình phổ biến và đưa ra một mô hình mới về thay đổi hành vi dựa trên các giai đoạn sau:

1. *Tiền dự định*: không có dự định về việc thay đổi bất kì điều gì
2. *Dự định*: xem xét về một sự thay đổi
3. *Chuẩn bị*: tạo ra những sự thay đổi nhỏ
4. *Hành động*: chủ động gắn kết với hành vi mới
5. *Duy trì*: duy trì hành vi mới lâu dài

Tuy nhiên, các giai đoạn này không phải lúc nào cũng xảy ra theo đúng thứ tự (từ 1 đến 5) và lý thuyết miêu tả quá trình thay đổi hành vi có tính chất linh hoạt. Ví dụ, một cá nhân có thể thực hiện giai đoạn chuẩn bị sau đó trở về giai đoạn dự định một vài lần trước khi bước vào giai đoạn hành động. Hơn nữa, kể cả khi cá nhân đã đạt đến giai đoạn duy trì, họ có thể quay lại giai đoạn dự định sau khoảng một thời gian.

Mô hình đồng thời nghiên cứu cách thức một cá nhân đánh giá các lợi ích và thiệt hại của một hành vi cụ thể. Cụ thể, các tác giả cho rằng các cá nhân ở các giai đoạn thay đổi khác nhau chắc chắn sẽ tập trung vào hoặc thiệt hại mà hành vi đem lại (ví dụ: ngừng hút thuốc có thể khiến tôi cảm thấy bất an ở công ty) hoặc lợi ích của hành vi đó (ví dụ: ngừng hút thuốc sẽ cải thiện sức khỏe của tôi). Ví dụ, một người hút thuốc trong giai đoạn hành động (Tôi đã ngừng hút thuốc) và giai đoạn duy trì (được 4 tháng) có xu hướng tập trung vào các đặc điểm tích cực và tốt đẹp trong hành vi của họ (tôi cảm thấy khỏe hơn bởi tôi đã ngừng hút thuốc), trong khi đó những

người hút thuốc trong giai đoạn tiền dự định có xu hướng tập trung vào các đặc điểm tiêu cực của hành vi (nó sẽ khiến tôi bất an).

Các giai đoạn của mô hình thay đổi được áp dụng cho một số hành vi liên quan đến sức khỏe, ví dụ như hút thuốc, uống rượu bia, tập thể dục và khám sức khỏe (ví dụ: DiClemente, 1991; Marcus, 1992). Ví dụ nếu áp dụng cho việc ngừng hút thuốc, một mô hình có thể đưa ra các tổ hợp niềm tin và hành vi trong các giai đoạn khác nhau như sau:

1. *Tiền dự định*: “tôi vui vẻ khi hút thuốc và sẽ tiếp tục hút thuốc”
2. *Dự định*: “Gần đây tôi ho rất nhiều, có thể tôi nên tính đến chuyện ngừng hút thuốc”
3. *Chuẩn bị*: “Tôi sẽ ngừng đến sàn nhảy và sẽ hút các loại nhẹ hơn”
4. *Hành động*: “Tôi đã ngừng hút thuốc”
5. *Duy trì*: “Tôi đã ngừng hút thuốc được bốn tháng”

Tuy nhiên cá nhân này đôi khi có thể quay trở lại quãng thời gian mà họ tin rằng họ sẽ hút thuốc và có thể tái nghiện (được gọi là biểu đồ cửa xoay).

Các giai đoạn của mô hình thay đổi đang ngày càng được áp dụng nhiều hơn trong các lĩnh vực nghiên cứu và với tư cách là nền tảng để phát triển các biện pháp can thiệp được thiết kế riêng cho một giai đoạn cụ thể của một cá nhân nhất định. Ví dụ, một người hút thuốc được xác định đang trong giai đoạn chuẩn bị có thể sẽ nhận được sự can thiệp khác so với một cá nhân được nhận diện đang ở giai đoạn dự định. Tuy nhiên gần đây mô hình này bị chỉ trích bởi các lý do sau (Weinstein, 1998; Sutton 2000):

- Không thể xác định được rõ ràng liệu hành vi thay đổi theo từng giai đoạn hay theo một thể liên tục không phân chia. Các nhà nghiên cứu miêu tả sự khác biệt giữa các mẫu tuyến tính giữa các giai đoạn mà không nhất quán với mô hình các giai đoạn với các mẫu có sự nhất quán.
- Tuy nhiên, sự thiếu hụt trong khác biệt về bản chất giữa các giai đoạn có thể xuất phát từ việc thiếu hụt trong các giai đoạn hoặc có thể do các giai đoạn không được đánh giá và xác định chính xác.
- Các sự thay đổi giữa các giai đoạn có thể xảy ra nhanh đến mức khiến cho các giai đoạn trở nên không quan trọng.

- Các biện pháp can thiệp được xây dựng dựa trên các giai đoạn của sự thay đổi có thể có hiệu quả bởi cá nhân tin rằng họ đang nhận được sự chú ý đặc biệt thay vì tính hiệu quả của bản thân mô hình đó.
- Hầu hết các nghiên cứu dựa trên các giai đoạn của sự thay đổi sử dụng các thiết kế đa thành phần để nghiên cứu sự khác biệt giữa những người khác nhau trong các giai đoạn khác nhau của sự thay đổi. Những thiết kế kiểu đó không cho phép đưa ra kết luận về vai trò của các yếu tố nguyên nhân khác nhau trong các giai đoạn khác nhau (cụ thể, cá nhân trong giai đoạn chuẩn bị có thể bị thúc đẩy bởi các yếu tố khác so với các cá nhân trong giai đoạn dự định). Các nghiên cứu thực nghiệm và nghiên cứu theo chiều dọc cần thiết để có thể xác thực bất kỳ kết luận nào về nguyên nhân.
- Thuật ngữ “giai đoạn” có thể không phải là một thuật ngữ dễ hiểu bởi nó bao gồm nhiều biến số: các hành vi hiện tại, các cố gắng đã bị loại bỏ, dự định thay đổi và khoảng thời gian từ khi bỏ cuộc. Có thể những biến số đó nên được đo một cách độc lập.

3.2.6. Lý thuyết quy gán

Sự phát triển của lý thuyết quy gán

Nguồn gốc của lý thuyết quy gán có thể được tìm thấy trong các tác phẩm của Heider (1944, 1958) - người đã lập luận rằng các cá nhân có động lực để nghĩ rằng thế giới xã hội của họ là có thể dự đoán và có thể kiểm soát - đó là nhu cầu nhận thức về quan hệ nhân quả. Kelley (1967, 1971) đã phát triển những ý tưởng ban đầu này và đưa ra một lý thuyết quy gán được xác định rõ ràng cho thấy rằng sự quy gán trong quan hệ nhân quả được cấu trúc theo lược đồ được nhân quả và được cấu thành các tiêu chí sau:

- *Tính phân biệt*: sự quy gán về nguyên nhân của một hành vi là đặc trưng, riêng biệt đối với cá nhân thực hiện hành vi.
- *Sự đồng thuận*: sự quy gán về nguyên nhân của một hành vi sẽ được chia sẻ bởi những người khác.
- *Tính nhất quán theo thời gian*: sự quy gán không thay đổi về quan hệ nhân quả sẽ được tạo ra tại bất kỳ thời điểm nào.

- *Tính nhất quán trong phương thức*: sự quy gán vẫn như trước sẽ được tạo ra trong một tình huống khác.

Kelley chỉ ra rằng sự quy gán được tạo ra theo các tiêu chí khác nhau và các loại quy gán được tạo (ví dụ như tính khác biệt cao, sự đồng thuận thấp, tính nhất quán theo thời gian thấp, tính nhất quán theo phương thức thấp) quyết định mức độ mà ở đó nguyên nhân của một hành vi được coi là một sản phẩm của đặc tính bên trong hoặc bên ngoài của một cá nhân (tức là môi trường hoặc tình huống).

Từ hình thức ban đầu của nó, lý thuyết quy gán đã được phát triển rộng rãi và sự khác biệt được tạo ra giữa sự tự quy gán (nghĩa là quy gán về hành vi của chính mình) và những sự quy gán khác (ví dụ: sự quy gán về hành vi của những người khác). Ngoài ra, kích thước của sự quy gán đã được xác định lại như sau:

- *Bên trong so với bên ngoài* (ví dụ: tôi không có được một công việc là do tôi thể hiện kém trong các cuộc phỏng vấn so với định kiến của người phỏng vấn);
- *Ổn định so với không ổn định* (ví dụ: các nguyên nhân khiến tôi thất bại trong tìm việc làm sẽ luôn luôn tồn tại xung quanh tôi trái ngược với chỉ riêng trong sự kiện đó);
- *Bao trùm so với riêng biệt* (ví dụ: các nguyên nhân khiến tôi thất bại trong tìm việc làm ảnh hưởng đến những lĩnh vực khác trong cuộc sống của tôi trái ngược với chỉ ảnh hưởng tới cuộc phỏng vấn công việc cụ thể này);
- *Kiểm soát được so với không kiểm soát được* (ví dụ: các nguyên nhân khiến tôi thất bại trong tìm việc làm có thể kiểm soát được bởi tôi trái ngược với không thể kiểm soát bởi tôi).

Brickman và đồng nghiệp (1982) cũng đã phân biệt giữa sự quy gán về nguyên nhân của vấn đề và sự quy gán về các giải pháp có thể. Ví dụ, họ cho rằng trong khi một người nghiện rượu tin rằng anh ta chịu trách nhiệm cho việc trở thành một người nghiện rượu do thiếu ý chí (sự quy gán cho nguyên nhân), anh ta có thể tin rằng chuyên gia y tế có trách nhiệm làm cho anh ta tốt trở lại (một quy gán cho giải pháp).

Sự quy gán cho những hành vi liên quan đến sức khỏe

Lý thuyết quy gán đã được áp dụng cho các nghiên cứu về sức khỏe và hành vi liên quan đến sức khỏe. Herzlich (1973) đã phỏng vấn 80 người về những nguyên nhân chung tạo nên sức khỏe và bệnh tật, và nhận thấy rằng sức khỏe được coi là yếu tố bên trong cá nhân và đau ốm được xem như là một cái gì đó đi vào cơ thể từ thế giới bên ngoài.

Cụ thể hơn, sự quy gán về bệnh tật có lẽ liên quan đến hành vi. Ví dụ, Bradley (1985) đã kiểm tra sự quy gán của bệnh nhân về trách nhiệm đối với bệnh tiểu đường của họ và báo cáo rằng nhận thức sự kiểm soát bệnh tật (“là bệnh tiểu đường có thể được kiểm soát bởi tôi hay một quyền lực khác?”) ảnh hưởng đến sự lựa chọn điều trị của những bệnh nhân này. Bệnh nhân có thể chọn lựa một trong hai lựa chọn (1) một máy bơm insulin (một thiết bị nhỏ gắn vào da, cung cấp một dòng chảy liên tục của insulin); (2) điều trị thông thường với cường độ mạnh; hoặc (3) tiếp tục tiêm thuốc hàng ngày. Kết quả cho thấy rằng bệnh nhân chọn bơm insulin cho thấy sự giảm kiểm soát đối với bệnh tiểu đường của họ và tăng kiểm soát quy cho bác sĩ. Vì vậy, nếu một cá nhân quy gán bệnh tật của họ theo yếu tố bên ngoài và cảm thấy rằng cá nhân họ không phải chịu trách nhiệm về nó, họ có nhiều khả năng để lựa chọn bơm insulin và có nhiều khả năng để chuyển trách nhiệm cho bác sĩ. Một nghiên cứu xa hơn được thực hiện bởi King (1982) đã xem xét mối quan hệ giữa sự quy gán cho một căn bệnh và việc đến một phòng khám sàng lọc cho chứng tăng huyết áp. Kết quả cho thấy rằng nếu tăng huyết áp được xem là yếu tố bên ngoài nhưng có thể được kiểm soát bởi cá nhân, nhiều khả năng họ sẽ đến các phòng khám sàng lọc (“tôi không chịu trách nhiệm cho chứng tăng huyết áp của tôi nhưng tôi có thể kiểm soát nó”).

Tiêu điểm kiểm soát sức khỏe

Các chiều kích bên trong và bên ngoài của lý thuyết quy gán đã được áp dụng đặc biệt đối với sức khỏe về phương diện quan niệm về điểm kiểm soát sức khỏe. Các cá nhân phân biệt xem liệu họ có xu hướng nghĩ rằng các sự kiện là có thể kiểm soát bởi họ (điểm kiểm soát bên trong) hay không thể kiểm soát bởi họ (điểm kiểm soát bên ngoài). Wallston và Wallston (1982) đã phát triển một đo lường về tiêu điểm kiểm soát sức khỏe đánh giá xem một cá nhân coi sức khỏe của họ là có thể kiểm soát bởi họ (ví dụ "Tôi trực tiếp chịu trách nhiệm về sức khỏe của tôi"), hay họ tin

rằng sức khỏe của họ là không thể kiểm soát bởi họ và thuộc về số phận (ví dụ: “Tôi khỏe hay không là vấn đề thuộc về may mắn”), hoặc liệu có phải họ cho rằng sức khỏe của họ là dưới sự kiểm soát của những người có năng lực khác (ví dụ: “Tôi chỉ có thể làm những gì bác sĩ nói tôi làm”). Tiêu điểm kiểm soát sức khỏe đã được chứng minh là có liên quan đến việc một cá nhân có thay đổi hành vi của họ hay không (ví dụ như bỏ hút thuốc) và kiểu phong cách giao tiếp mà họ yêu cầu từ các chuyên gia sức khỏe. Ví dụ, nếu một bác sĩ khuyến khích một cá nhân không chịu trách nhiệm cho việc thay đổi lối sống của họ, cá nhân đó thường sẽ tuân theo nếu họ không cho rằng chính họ là người có trách nhiệm cho sức khỏe của họ.

Mặc dù, quan niệm về tiêu điểm kiểm soát sức khỏe rất thú vị, nó vẫn có một vài vấn đề:

- Tiêu điểm kiểm soát sức khỏe là một trạng thái hay một đặc điểm? (Tôi có luôn luôn thuộc về bên trong?)
- Có thể vừa là nội lực vừa là ngoại lực hay không (vừa thuộc về bên trong vừa thuộc về bên ngoài)?
- Bác sĩ giúp đỡ từ bên ngoài (các bác sĩ là một người có năng lực khác có thể làm tôi khỏe mạnh) hay bên trong (tôi đang xác định tình trạng sức khỏe của tôi bằng cách tìm kiếm những can thiệp thích hợp)?

Ảo tưởng lạc quan

Weinstein (1983, 1984) đưa ra quan điểm rằng một trong các lý do dẫn tới hành vi không lành mạnh ở con người là nhận thức sai lệch về nguy cơ và tính nhạy cảm – ảo tưởng lạc quan của họ. Ông yêu cầu khách thể nghiên cứu một danh sách liệt kê các vấn đề sức khỏe và nhận xét rằng “so với những người khác cùng độ tuổi và giới tính với bạn, khả năng bạn gặp phải vấn đề tương tự là lớn hơn, ngang bằng hay nhỏ hơn của họ?” Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng phần lớn các khách thể tin rằng họ ít gặp phải những vấn đề về sức khỏe hơn so với người khác. Weinstein gọi hiện tượng này là ảo tưởng lạc quan khi ông chỉ ra rằng tất cả mọi người đều có khả năng gặp các vấn đề sức khỏe như nhau. Weinstein (1987) miêu tả bốn yếu tố nhận thức góp phần dẫn tới sự ảo tưởng lạc quan: (1) thiếu kinh nghiệm cá nhân về các vấn đề, (2) niềm tin rằng vấn đề đó có thể được ngăn chặn bởi những hành động đơn lẻ, (3) niềm tin rằng nếu vấn đề chưa xuất hiện thì trong tương lai nó sẽ không xuất hiện, (4)

niềm tin rằng vấn đề không phổ biến. Những yếu tố này cho thấy rằng nhận thức về các mối nguy hại của một người không phải là một quá trình lý tính.

Khi tìm cách giải thích tại sao sự đánh giá của một cá nhân về các nguy cơ của họ có thể bị sai lệch, và tại sao lại có sự ảo tưởng lạc quan, Weinstein (1983) cho rằng các cá nhân phân bổ sự tập trung một cách có chọn lựa. Ông khẳng định rằng các cá nhân bỏ qua những hành vi làm gia tăng nguy cơ (“có thể tôi không phải lúc nào cũng thực hiện tình dục an toàn nhưng điều đó không quan trọng”) và chủ yếu tập trung vào những hành vi giảm thiểu nguy cơ (“nhưng ít ra thì tôi không sử dụng chất kích thích”). Weinstein cũng cho rằng sự lựa chọn này được hình thành từ thuyết cho mình là trung tâm (egocentrism): các cá nhân có xu hướng bỏ qua các hành vi giảm thiểu nguy cơ của cá nhân khác (“tất cả những người bạn của tôi đều thực hiện tình dục an toàn những điều đó không liên quan đến tôi”), Bởi vậy, một cá nhân có bị ảo tưởng lạc quan nếu họ tập trung vào những lần mà họ sử dụng bao cao su khi đánh giá nguy cơ của bản thân và bỏ qua những lần mà họ không sử dụng, đồng thời, tập trung vào những lần mà mọi người xung họ không thực hiện tình dục an toàn và bỏ qua những lần mà mọi người thực hiện điều đó.

Trong một nghiên cứu khác, các khách thể được yêu cầu tập trung vào hoặc hành vi tăng nguy cơ (“tình dục không an toàn”) hoặc hành vi giảm nguy cơ (“tình dục an toàn”). Tác động của điều này tới sự ảo tưởng lạc quan của các khách thể về nguy cơ HIV được nghiên cứu (Hoppe và Ogden, 1996). Các khách thể đồng tính được yêu cầu hoàn thành một bảng hỏi liên quan đến niềm tin của họ về HIV và hành vi tình dục. Các khách thể được đặt vào các môi trường làm tăng nguy cơ hoặc giảm nguy cơ. Các khách thể trong môi trường tăng nguy cơ được yêu cầu trả lời các câu hỏi như “từ khi thực hiện hành vi tình dục, bạn có thường xuyên hỏi bạn tình của mình về tình trạng HIV?”. Giả thuyết được đưa ra là chỉ một số ít khách thể có thể trả lời rằng họ thực hiện điều này thường xuyên và điều đó khiến cho họ cảm thấy rằng họ gặp nhiều nguy cơ hơn. Các khách thể trong môi trường giảm nguy cơ được hỏi các câu hỏi như “từ khi thực hiện các hành vi tình dục, bạn có thể cho biết mức độ thường xuyên trong việc bạn cố gắng lựa chọn bạn tình một cách cẩn thận?”. Giả thuyết được đưa ra là hầu hết các khách thể đều có thể trả lời là họ thường xuyên thực hiện điều này, và điều đó khiến cho họ nghĩ rằng họ gặp ít nguy cơ hơn. Kết quả

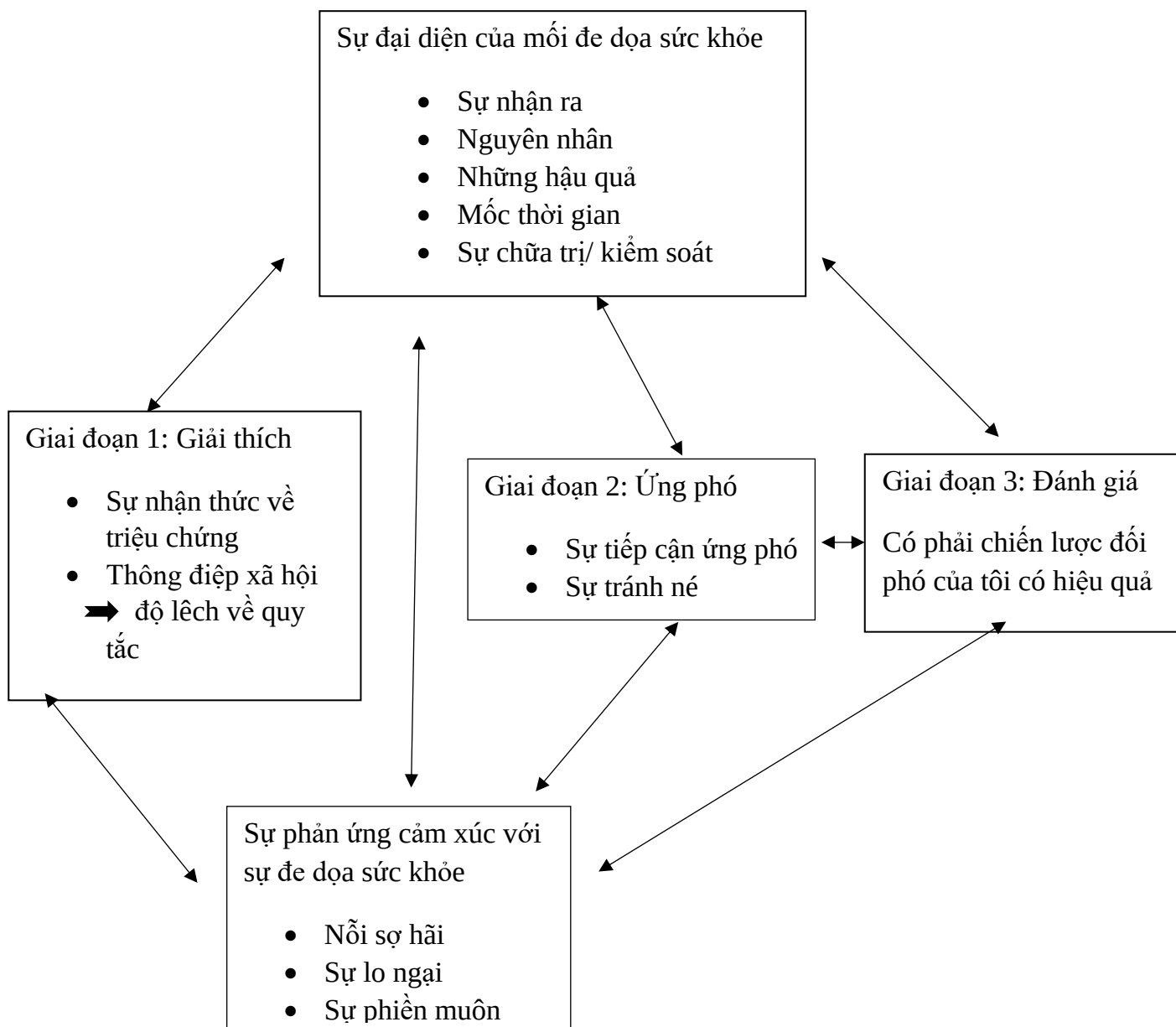
chỉ ra rằng tập trung vào các yếu tố giảm thiểu nguy cơ sẽ làm tăng sự lạc quan thông qua việc làm tăng nhận thức của họ về nguy cơ của người khác. Bởi vậy, bằng cách khuyến khích các khách thể tập trung vào hành vi lành mạnh của bản thân (“Tôi lựa chọn bạn tình một cách cẩn thận”), họ sẽ dễ có sự ảo tưởng lạc quan hơn và đánh giá bản thân gặp phải ít nguy cơ hơn so với những người họ đánh giá đang gặp nhiều nguy cơ.

3.3. MÔ HÌNH VỀ BỆNH TẬT (MÔ HÌNH TỰ ĐIỀU CHỈNH CỦA LEVENTHAL)

3.3.1. Các giai đoạn trong mô hình

Trong mô hình tự điều chỉnh (the Leventhal self-regulatory model), Leventhal kết hợp miêu tả của ông về nhận thức về bệnh tật trong mô hình tự điều chỉnh hành vi bệnh tật của ông. Mô hình này dựa trên các cách tiếp cận trong giải quyết vấn đề và đề xuất rằng bệnh/ các triệu chứng được giải quyết bởi chính các cá nhân giống như khi giải quyết các vấn đề khác. Người ta cho rằng khi có một vấn đề hay một sự thay đổi với nguyên trạng thì cá nhân sẽ được thúc đẩy để giải quyết vấn đề và thiết lập lại trạng thái bình thường của mình. Các mô hình truyền thống miêu tả việc giải quyết vấn đề với 3 giai đoạn : (1) giải thích – interpretation (làm cho vấn đề có ý nghĩa); (2) ứng phó (giải quyết vấn đề để trở lại trạng thái cân bằng); và (3) đánh giá (đánh giá mức độ thành công của giai đoạn ứng phó). Theo mô hình giải quyết vấn đề thì ba giai đoạn này sẽ vẫn tiếp diễn cho đến khi các chiến lược ứng phó được coi là thành công và trạng thái cân bằng đã đạt được. Xét về mặt sức khỏe và bệnh tật, nếu như sự khỏe mạnh là trạng thái bình thường của cá nhân, thì bất kì một sự phát sinh bệnh tật nào cũng sẽ được giải thích như là một vấn đề và cá nhân sẽ được thúc đẩy để thiết lập lại trạng thái khỏe mạnh của họ (nghĩa là : bệnh là không phải là trạng thái bình thường).

Các giai đoạn này được áp dụng đối với sức khỏe bằng cách sử dụng mô hình tự điều chỉnh hành vi bệnh tật như sau:



Sơ đồ 3.5 Mô hình tự điều chỉnh hành vi bệnh tật của Leventhal

Giai đoạn 1: Giải thích – Interpretation

Một cá nhân có thể phải đối mặt với vấn đề rằng mình có một căn bệnh có khả năng xảy ra thông qua 2 kênh: nhận thức triệu chứng (tôi đau lồng ngực), hoặc thông điệp xã hội (bác sĩ chẩn đoán đó là đau thắt lưng).

Một khi cá nhân nhận được thông tin về khả năng bệnh thông qua các kênh này, theo lí thuyết giải quyết vấn đề, cá nhân sau đó sẽ có động lực trở lại trạng thái bình thường “không vấn đề”. Điều này liên quan đến việc gán ý nghĩa cho vấn đề. Theo Leventhal, vấn đề có thể có ý nghĩa bằng cách truy cập nhận thức về bệnh của

cá nhân. Do đó, các triệu chứng và thông điệp xã hội sẽ góp phần vào việc phát triển nhận thức về bệnh, cái mà sẽ được xây dựng dựa theo các khía cạnh sau: sự nhận dạng, nguyên nhân, hệ quả, mốc thời gian, sự chữa trị/ sự kiểm soát. Những đại diện nhận thức của “vấn đề” sẽ tạo cho vấn đề có ý nghĩa và sẽ cho phép cá nhân phát triển và xem xét chiến lược ứng phó phù hợp.

Tuy nhiên một đại diện nhận thức không phải là kết quả duy nhất của nhận thức về triệu chứng và thông điệp xã hội. Việc xác định vấn đề về bệnh sẽ dẫn đến những thay đổi trạng thái cảm xúc. Ví dụ, việc nhận ra các triệu chứng đau và tiếp nhận thông tin xã hội rằng sự đau đớn đó có thể liên quan đến bệnh tim mạch có thể dẫn đến trạng thái lo lắng. Do đó, bất kì chiến lược ứng phó nào cũng phải liên quan đến cả những nhận thức về bệnh và cả trạng thái cảm xúc của cá nhân.

Giai đoạn 2: Ứng phó

Giai đoạn tiếp theo trong mô hình tự điều chỉnh là phát triển và xác định chiến lược ứng phó phù hợp. Tuy nhiên, hai loại khái quát của sự ứng phó đã được xác định từ sự kết hợp vô số các chiến lược khác: Đối mặt – approach coping (ví dụ : uống thuốc, gặp bác sĩ, nghỉ ngơi, nói chuyện với bạn bè về cảm xúc) và tránh né – avoidance coping (ví dụ : từ chối, mơ tưởng). Do đó khi đối mặt với vấn đề về bệnh tật, cá nhân sẽ phát triển các chiến lược ứng phó để trở lại trạng thái sức khỏe bình thường.

Giai đoạn 3: Đánh giá

Giai đoạn thứ 3 của mô hình tự điều chỉnh là đánh giá. Điều này bao gồm việc cá nhân đánh giá hiệu quả của chiến lược ứng phó và xác định xem có nên tiếp tục với chiến lược hay lựa chọn phương án khác.

3.3.2. Ý nghĩa và các lưu ý của mô hình

Quá trình này được coi là quá trình tự điều chỉnh bởi vì ba thành phần của mô hình (giải thích, ứng phó, đánh giá) tương quan với nhau để duy trì nguyên trạng thái (tức là: chúng điều hòa bản thân cá nhân). Do đó, nếu trạng thái bình thường của cá nhân (khỏe mạnh) bị phá vỡ (do bệnh tật), thì theo mô hình này cá nhân được thúc đẩy để đem sự cân bằng trở lại bình thường. Quá trình tự điều chỉnh này gồm 3 giai đoạn tương quan với nhau theo một kiểu liên tục và năng động. Do đó, tương tác xảy ra giữa các giai đoạn khác nhau. Ví dụ :

Sự nhận thức triệu chứng có thể dẫn đến sự thay đổi về cảm xúc và từ đó có thể làm trầm trọng thêm nhận thức về triệu chứng đó (ví dụ: “Tôi cảm thấy lồng ngực đau. Bây giờ tôi rất lo lắng. Bây giờ tôi có thể cảm thấy đau hơn vì tất cả sự chú ý của tôi đã tập trung vào nó”)

Nếu như cá nhân chọn cách từ chối làm chiến lược ứng phó của họ, điều này có thể dẫn đến sự giảm đi trong nhận thức về triệu chứng, sự giảm đi bất kỳ một cảm xúc tiêu cực nào và từ đó có sự thay đổi trong nhận thức về bệnh của họ (ví dụ : “Nỗi đau này không đến nỗi quá tệ” (từ chối); “Bây giờ tôi cảm thấy ít lo lắng hơn” (cảm xúc); “Cơn đau này sẽ không kéo dài” (thời gian); “Căn bệnh này sẽ không có bất kỳ một hậu quả nghiêm trọng nào đến cuộc sống của tôi” (hệ quả).

Một đánh giá tích cực về hiệu quả của chiến lược ứng phó tự nó có thể đã là một chiến lược ứng phó (ví dụ: “Các triệu chứng của tôi dường như đã giảm đi bằng các bài tập thư giãn” có thể là một hình thức từ chối).

Những quá trình riêng biệt liên quan đến mô hình tự điều chỉnh giờ sẽ được xem xét một cách chi tiết hơn.

GIAI ĐOẠN 1: GIẢI THÍCH

Nhận thức triệu chứng

Sự khác biệt cá nhân trong nhận thức triệu chứng

Những triệu chứng như nhiệt độ cơ thể, đau, chảy nước mũi hoặc phát hiện một khối u có thể chỉ ra cho các cá nhân có khả năng mắc bệnh. Tuy nhiên, nhận thức triệu chứng không phải là một quá trình đơn giản. Ví dụ, đối với một người là đau họng nhưng đối với người khác lại là viêm a-mi-đan, hay đối với một người đã nghỉ hưu thì cơn ho có thể được coi là một vấn đề nghiêm trọng, trong khi đối với một người đang đi làm thì họ quá bận để nghĩ về cơn ho của mình. Pennebaker (1983) đã lập luận rằng có những sự khác biệt cá nhân trong mức độ chú ý mà mọi người dành cho những trạng thái bên trong của họ. Trong khi một số cá nhân đôi khi có thể tập trung vào bên và nhạy cảm hơn với các triệu chứng, thì có những cá nhân khác có thể tập trung bên ngoài nhiều hơn và ít nhạy cảm với bất kỳ thay đổi bên trong nào. Tuy nhiên, sự khác biệt này không phải luôn luôn phù hợp với những khác biệt về độ chính xác. Một số nghiên cứu cho thấy sự tập trung bên trong liên quan đến việc đánh giá quá cao. Ví dụ, Pennebaker (1983) báo cáo rằng những cá

nhân, người tập trung hơn vào các trạng thái bên trong của họ có xu hướng đánh giá quá cao những thay đổi trong nhịp tim của họ so với những đối tượng mà tập trung bên ngoài. Ngược lại, Kohlmann và cộng sự (2001) đã kiểm tra mối quan hệ giữa cảnh giác liên quan đến tim và phát hiện nhịp tim (heart beat detection) trong phòng thí nghiệm và cho thấy sự tương quan nghịch; những người nói rằng họ có nhận thức rõ hơn về trái tim của họ thì đã đánh giá thấp nhịp tim của họ. Việc tập trung bên trong cũng đã được chứng minh là liên quan đến nhận thức về sự phục hồi chậm (Miller và cộng sự 1987) và liên quan đến hành vi bảo vệ sức khỏe hơn (Kohlmann và cộng sự 2001). Sự tập trung bên trong có thể dẫn đến một nhận thức khác về sự thay đổi triệu chứng, chứ không phải là một nhận thức chính xác hơn.

Tâm trạng, nhận thức, môi trường và nhận thức triệu chứng

Skelton và Pennebaker (1982) cho rằng nhận thức triệu chứng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như tâm trạng, nhận thức và môi trường xã hội.

Tâm trạng: Vai trò của tâm trạng trong nhận thức triệu chứng đặc biệt rõ ràng trong trường hợp nhận thức sự đau đớn với sự lo lắng làm tăng tự thuật về trải nghiệm sự đau đớn. Ngoài ra, sự lo lắng đã được đề xuất như là một lời giải thích cho việc giảm đau có được từ giả dược vì việc dùng bất cứ dạng thuốc nào (ngay cả khi dùng đường) đều có thể làm giảm sự lo lắng của cá nhân, làm tăng cảm giác kiểm soát của họ và từ đó giúp giảm đau. Stegen và cộng sự (2000) đã trực tiếp khám phá tác động của yếu tố tình cảm tiêu cực lên cả trải nghiệm các triệu chứng và cả những quy kết về những triệu chứng này. Trong một nghiên cứu thực nghiệm, người tham gia đã tiếp xúc với những cảm giác soma cường độ thấp được gây ra do hít phải không khí có nồng độ carbon dioxide cao. Sau đó họ được cho bảo rằng cảm giác đó sẽ là tích cực, tiêu cực hay ở giữa tiêu cực và tích cực và được yêu cầu đánh giá cả sự dễ chịu và cường độ của các triệu chứng của họ. Kết quả cho thấy rằng điều mà những người tham gia được bảo về cảm giác đã ảnh hưởng đến những đánh giá của họ về sự dễ chịu. Kết quả cũng cho thấy rằng mặc dù những người có nhiều yếu tố cảm xúc tiêu cực có sự đánh giá về sự dễ chịu giống với những người có ít yếu tố cảm xúc tiêu cực, nhưng ở những người này lại có nhiều ý nghĩ tiêu cực và nhiều lo lắng về những triệu chứng. Điều này chỉ ra rằng những kì vọng về bản chất của triệu chứng có thể thay đổi trải nghiệm triệu chứng đó và chỉ ra rằng tâm trạng

tiêu cực có thể ảnh hưởng đến những quy kết của người tham gia về triệu chứng của mình.

Sự nhận thức: Tình trạng nhận thức của cá nhân cũng có thể ảnh hưởng đến nhận thức triệu chứng của họ. Điều này được minh họa bằng hiệu ứng giả dược với các kỳ vọng của cá nhân vào sự phục hồi dẫn đến nhận thức triệu chứng giảm đi. Điều này cũng được minh họa trong nghiên cứu của Stegen và cộng sự (2000) về các triệu chứng hô hấp với những kỳ vọng đã thay đổi nhận thức triệu chứng. Ruble (1977) đã thực hiện một nghiên cứu trong đó bà kiểm soát mong đợi của các phụ nữ về thời gian khi họ bắt đầu đến kì. Bà đã đưa cho các nghiệm thể một ‘bài kiểm tra sinh lý chính xác’ và bảo những người phụ nữ này rằng thời gian hành kinh của họ sẽ rất ngắn hoặc bảo rằng thời gian hành kinh sẽ kéo dài ít nhất một tuần. Những người phụ nữ này sau đó được yêu cầu báo cáo bất kì triệu chứng tiền kinh nguyệt nào. Kết quả cho thấy rằng việc tin tưởng rằng sắp bắt đầu đến kì kinh nguyệt (mặc dù không phải như vậy) đã làm tăng những nhận thức triệu chứng tiền kinh nguyệt được báo cáo. Điều này cho thấy sự liên kết giữa trạng thái nhận thức và sự nhận thức triệu chứng. Pennebaker cũng báo cáo rằng nhận thức triệu chứng liên quan đến trạng thái chú ý của một cá nhân và rằng nỗi buồn chán và sự vắng mặt các kích thích môi trường có thể dẫn đến báo cáo tăng lên (over-reporting), trong khi sự xao lãng và phân tán sự chú ý có thể dẫn đến sự báo cáo giảm đi (under-reporting) (Pennebaker 1983). Một nghiên cứu cung cấp hỗ trợ cho thuyết của Pennebaker. Sáu mươi một phụ nữ nhập viện trước khi lâm bồn đã ngẫu nhiên nhận được hoặc là thông tin, sự phân tán hoặc là không gì cả (Van Zuuren 1998). Kết quả cho thấy sự phân tán có những tác động có lợi nhất đến những đo lường cả về triệu chứng thể chất và tâm lý, điều này đề xuất ra rằng nhận thức triệu chứng trong thời gian trước hạn lao động được chọn ngẫu nhiên để hoặc nhận thông tin gây mất tập trung hoặc không có gì (vanZuuren 1998). Kết quả cho thấy phân tâm có tác dụng có lợi nhất biện pháp của cả hai triệu chứng về thể chất và tâm lý cho thấy triệu chứng nhạy với sự chú ý. Nhận thức triệu chứng cũng có thể chịu ảnh hưởng từ cách các triệu chứng được tạo ra. Ví dụ, Eiser (2000) đã tiến hành một nghiên cứu thực nghiệm trong đó các học sinh được yêu cầu chỉ ra các triệu chứng của họ, từ một danh sách 30 triệu chứng, có trong một tháng qua và trong một năm qua và học sinh cũng được yêu cầu

đánh giá tình trạng sức khỏe của mình. Tuy nhiên, trong khi một nửa học sinh được yêu cầu ghi nhận những triệu chứng của họ (đánh dấu những triệu chứng mà họ đã từng có), còn nửa còn lại được yêu cầu loại ra những triệu chứng của họ (đánh dấu những triệu chứng mà họ không có). Kết quả cho thấy rằng những học sinh trong điều kiện “loại ra” đã đưa ra nhiều hơn 70% số triệu chứng so với những học sinh trong điều kiện “ghi nhận”. Thêm vào đó, những học sinh đã ghi nhận những triệu chứng đã đánh giá sức khỏe của mình tiêu cực hơn so với những người đã loại đi các triệu chứng. Điều này cho thấy rằng không phải chỉ sự tập trung và chú ý mới có thể ảnh hưởng đến nhận thức triệu chứng mà cả cái cách mà sự tập trung được hướng đến cũng ảnh hưởng đến nhận thức về bệnh.

Môi trường: Nhận thức triệu chứng do vậy chịu ảnh hưởng của tâm trạng và nhận thức. Nó cũng chịu ảnh hưởng bởi bối cảnh xã hội của một cá nhân. Những nhân tố khác nhau này đã được minh họa trong một điều kiện gọi là “bệnh của sinh viên trường y”, đã được miêu tả bởi Mechanic (1962). Một phần lớn trong chương trình học của ngành y liên quan đến việc học về các triệu chứng liên quan đến vô số các loại bệnh khác nhau. Hơn 2/3 những sinh viên trường y báo cáo không đúng (incorrectly report – không biết dịch là gì) rằng thỉnh thoảng họ có những triệu chứng mà họ đang được học. Có lẽ hiện tượng này có thể được hiểu theo cách như sau:

- *Tâm trạng:* sinh viên y khoa trở nên khá lo lắng vì khối lượng bài tập của họ. Sự lo lắng này có thể làm tăng nhận thức của họ về bất kỳ sự thay đổi sinh lý nào và khiến họ tập trung hơn vào bên trong.
- *Nhận thức:* Sinh viên y khoa đang suy nghĩ về các triệu chứng như là một phần của khóa học của họ, điều đó có thể là lí do khiến họ tập trung vào những trạng thái bên trong của chính họ.
- *Xã hội:* khi một sinh viên bắt đầu nhận thức các triệu chứng, những sinh viên khác có thể tự bắt chước hành vi này.

Do đó, nhận thức triệu chứng ảnh hưởng đến cách một cá nhân giải thích vấn đề bệnh tật.

Thông điệp xã hội

Thông tin về bệnh cũng đến từ những người khác. Điều này có thể đến dưới hình thức một chẩn đoán chính thức từ một chuyên gia y tế hoặc một kết quả xét nghiệm dương tính từ việc kiểm tra sức khỏe định kì. Những thông điệp như vậy có thể phải hoặc không phải là một hệ quả từ nhận thức triệu chứng. Ví dụ, một chẩn đoán chính thức có thể xảy ra sau khi các triệu chứng đã được cảm nhận, cá nhân sau đó có động lực để đi đến gặp bác sĩ và nhận được một chẩn đoán. Tuy nhiên, việc kiểm tra sức khỏe có thể phát hiện bệnh ở một giai đoạn phát triển của triệu chứng và do đó tham gia một thử nghiệm như vậy có thể không được thúc đẩy bởi sự nhận thức triệu chứng. Thông tin về bệnh cũng có thể đến từ cá nhân không phải là các chuyên gia y tế. Trước (và sau) khi tìm đến sự tư vấn của chuyên gia về sức khỏe, mọi người thường truy cập mạng xã hội, điều mà đã được Freidson (1970) gọi là “hệ thống giới thiệu không chuyên”. Điều này có thể có dưới hình thức các đồng nghiệp, bạn bè hay gia đình và bao gồm việc tìm kiếm thông tin và lời khuyên từ nhiều nguồn. Ví dụ, họ trước mặt một người bạn có thể dẫn đến lời khuyên là hãy nói chuyện với một người bạn khác cũng bị ho tương tự, hoặc là một gợi ý về một phương thuốc dân gian được ưa chuộng. Ngoài ra, nó có thể dẫn đến một chẩn đoán không chuyên hay một gợi ý tìm kiếm sự giúp đỡ chuyên môn từ bác sĩ. Thực tế là, Scambler và cộng sự (1981) đưa ra báo cáo rằng ba phần tư những người tham gia nghiên cứu của họ về những người tham gia chăm sóc sức khỏe ban đầu đã tìm kiếm lời khuyên từ gia đình hoặc bạn bè trước khi tìm kiếm trợ giúp từ chuyên gia. Những thông điệp xã hội như vậy sẽ ảnh hưởng đến cách các cá nhân giải thích ‘vấn đề’ của bệnh.

GIAI ĐOẠN 2: ỨNG PHÓ

Số lượng tài liệu về cách mọi người ứng phó với một loạt các vấn đề bao gồm stress, đau đớn và bệnh tật là rất phong phú. Phần mục này sẽ xem xét ba tiếp cận với ứng phó với căn bệnh: (1) ứng phó với chẩn đoán; (2) ứng phó với cuộc khủng hoảng của bệnh; và (3) điều chỉnh bệnh tật về thể chất và lý thuyết thích ứng về nhận thức. Những cách tiếp cận lý thuyết khác nhau này có liên quan mật thiết đối với việc hiểu những khác biệt giữa ứng phó tốt và ứng phó không tốt (thích nghi tốt và thích nghi không tốt), và hiểu về vai trò của thực tế và ảo tưởng trong quá trình ứng phó. Từ

đây, những nội dung này sẽ dẫn dắt chúng ta hiểu được các kết quả của quá trình ứng phó.

Ứng phó với một chẩn đoán

Shontz (1975) mô tả sự ứng phó mà cá nhân thường xuyên có sau một chẩn đoán về một bệnh mãn tính nào đó gồm các giai đoạn sau:

- *Sốc (shock)*: ban đầu, theo Shontz hầu hết mọi người đi vào trạng thái sốc sau một chẩn đoán của một bệnh nghiêm trọng. Trạng thái sốc được đặc trưng bởi sự choáng váng và hoang mang, cá nhân hành xử một cách tự động và có những cảm xúc như tách biệt khỏi tình hình hiện tại.

- *Phản ứng chạm trán (Encounter reaction)*: sau giai đoạn sốc, Shontz lập luận rằng giai đoạn tiếp theo là một phản ứng chạm trán. Giai đoạn này được đặc trưng bởi việc suy nghĩ không tổ chức và cảm giác mất mát, đau buồn, bất lực và tuyệt vọng.

- *Rút lui (Retreat)*: rút lui là giai đoạn thứ ba trong quá trình ứng phó với một chẩn đoán. Shontz lập luận rằng giai đoạn này được đặc trưng bởi sự từ chối vấn đề và những gì liên quan đến sự thu mình lại

Những ý nghĩa liên quan về kết quả của một quá trình ứng phó

Shontz phát triển các giai đoạn này từ việc quan sát các cá nhân trong bệnh viện và đề xuất rằng một khi ở giai đoạn rút lui, những cá nhân được chẩn đoán mắc phải một căn bệnh nghiêm trọng có thể từng bước ứng phó với thực tế bệnh tật của họ. Theo Shontz, rút lui chỉ là giai đoạn tạm thời và cách chối bỏ thực tế không thể kéo dài mãi mãi. Do đó, giai đoạn rút lui hoạt động như một bộ phóng để từ đó cá nhân định hướng lại dần theo hướng thực tế của tình hình và nó cũng như một sự thật buộc cá nhân phải chịu đựng khi bắt đầu đối mặt với bệnh tật của mình. Vì vậy, mô hình ứng phó này tập trung vào những thay đổi ngay lập tức của cá nhân sau khi nhận được một chẩn đoán. Theo mô hình này, kết quả mong muốn của bất cứ quá trình ứng phó nào là sự đối mặt với thực tế và sự định hướng trước thực tế (reality orientation) là một cơ chế ứng phó thích ứng.

Ứng phó với cuộc khủng hoảng của bệnh – Coping with the crisis of illness

Trong một tiếp cận khác với ứng phó với bệnh tật, Moos và Schaefer (1984) đã áp dụng "thuyết khủng hoảng" để xem xét sự khủng hoảng từ bệnh tật về mặt thể chất.

Thuyết khủng hoảng là gì?

Thuyết khủng hoảng thường được sử dụng để xem xét mọi người ứng phó với những khủng hoảng và chuyển biến chính trong cuộc sống như thế nào và từ đó cung cấp một khung nền cho sự hiểu biết tác động của bệnh tật hoặc chấn thương. Lý thuyết này được phát triển từ việc thao tác trên sự đau buồn và sự thương tiếc và một mô hình phát triển khủng hoảng phát tại các điểm chuyển biến trong vòng đời của con người. Nói chung, học thuyết khủng hoảng xem xét tác động của bất kỳ hình thức phá vỡ nào đối với bản sắc cá nhân và bản sắc xã hội đã được hình thành của một cá nhân. Nó cho thấy rằng các hệ thống tâm lý được thúc đẩy để duy trì cân bằng nội môi và vận hành một cách cân bằng thống nhất với hệ thống thể chất vật lý. Trong khung mẫu này, bất kỳ khủng hoảng nào đều là giới hạn tự thân (self-limiting) vì cá nhân sẽ tìm một cách để trở về trạng thái ổn định; do đó các cá nhân được coi là tự điều chỉnh (self-regulator).

Bệnh tật thể xác như một khủng hoảng

Moos và Schaefer (1984) lập luận rằng bệnh lý có thể được coi là một cuộc khủng hoảng vì nó biểu thị một bước ngoặt trong cuộc đời của một cá nhân. Họ cho rằng bệnh lý gây ra những thay đổi sau đây, và những thay đổi này có thể được hiểu khái quát là một khủng hoảng:

- *Những thay đổi trong bản sắc:* bệnh tật có thể tạo ra một sự thay đổi trong bản sắc cá nhân, chẳng hạn như từ người chăm sóc thành bệnh nhân, hoặc từ trụ cột gia đình thành người có bệnh.

- *Thay đổi vị trí:* bệnh tật có thể dẫn đến di chuyển đến một môi trường mới như nằm liệt trên giường bệnh hoặc nhập viện.

- *Thay đổi trong vai trò:* Có thể thay đổi từ người lớn độc lập thành một cá nhân thụ động phụ thuộc, dẫn đến sự thay đổi về vai trò.

- *Thay đổi về sự ủng hộ từ xã hội:* bệnh tật có thể làm cá nhân trở nên cô lập, tách biệt với bạn bè và gia đình, từ đó gây ra những thay đổi trong hỗ trợ xã hội (thiếu thốn những ủng hộ từ xã hội chẳng hạn).

■ *Thay đổi trong tương lai*: một tương lai với con cái, sự nghiệp hoặc đi du lịch có thể trở nên mong manh, không chắc chắn.

Ngoài ra, khủng hoảng bệnh tật thể xác có thể bị trầm trọng hơn bởi các yếu tố cụ thể của căn bệnh như:

■ *Bệnh tật thường không đoán trước được*: nếu mắc phải một căn bệnh không mong đợi thì cá nhân sẽ không có cơ hội để xem xét các chiến lược ứng phó khả thi.

■ *Thông tin về căn bệnh không rõ ràng*: phần lớn các thông tin về bệnh tật là mơ hồ và không rõ ràng, đặc biệt là về nguyên nhân và hệ quả.

■ *Cần có một quyết định một cách nhanh chóng*: bệnh tật thường xuyên đòi hỏi các quyết định về hành động được thực hiện nhanh chóng (ví dụ, chúng ta có nên mổ không, chúng ta nên dùng thuốc không, chúng ta nên nghỉ công việc không, chúng ta nên nói với bạn bè không?).

■ *Ý nghĩa không rõ ràng*: vì không chắc chắn về nguyên nhân và kết quả, ý nghĩa của căn bệnh đối với một cá nhân thường sẽ không rõ ràng (ví dụ: Nó có nghiêm trọng không? Nó sẽ ảnh hưởng đến tôi trong bao lâu?).

■ *Sự hạn chế về kinh nghiệm*: hầu hết các cá nhân đều khỏe mạnh trong phần lớn thời gian trong cuộc đời. Vì thế, họ không có kinh nghiệm ứng phó với những bệnh tật bất thường có thể xảy ra. Sự thiếu hụt kinh nghiệm này liên quan mật thiết tới sự phát triển các chiến lược ứng phó và hiệu quả ở các tình huống tương tự khác (ví dụ: ‘Tôi chưa bao giờ bị ung thư trước đó, tôi nên làm gì tiếp theo?’).

Nhiều cuộc khủng hoảng khác có thể dự đoán dễ dàng hơn, có ý nghĩa rõ ràng hơn và mức liên quan đến kinh nghiệm trước đây lớn hơn. Trong khuôn khổ này, Moos và Schaefer coi bệnh tật là một dạng khủng hoảng đặc biệt, và áp dụng lý thuyết khủng hoảng để xem xét bệnh tật với nỗ lực để kiểm tra cách cá nhân ứng phó với loại khủng hoảng này.

Quá trình ứng phó

Khi phải đối mặt với khủng hoảng của bệnh thể xác, Moos và Schaefer (1984) đã mô tả ba quá trình tạo thành quá trình ứng phó: (1) nhận thức đánh giá; (2) nhiệm vụ thích nghi; và (3) kỹ năng ứng phó.

Quy trình 1: Nhận thức đánh giá – Cognitive appraisal. Ở giai đoạn mất cân bằng gây ra bởi bệnh tật, đầu tiên cá nhân sẽ đánh giá độ nghiêm trọng và ảnh

hưởng của bệnh (Ví dụ như: Bệnh ung thư của tôi có nghiêm trọng không? Bệnh ung thư sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống của tôi như thế nào về lâu dài?). Các yếu tố như kiến thức, kinh nghiệm trước đây và hỗ trợ xã hội có thể ảnh hưởng đến quá trình đánh giá này. Ngoài ra, có thể tích hợp nhận thức về bệnh theo Leventhal vào giai đoạn này của quá trình ứng phó vì những niềm tin về bệnh này liên quan đến việc căn bệnh đó sẽ được đánh giá như thế nào.

Quy trình 2: Nhiệm vụ thích ứng – Adaptive tasks: Theo sau đánh giá nhận thức, Moos và Schaefer mô tả bảy nhiệm vụ thích ứng được sử dụng như là một phần của quá trình ứng phó. Những nhiệm vụ này có thể chia thành ba nhiệm vụ cụ thể và bốn nhiệm vụ chung. Cách phân chia này được minh họa trong Bảng 3.1.

Bảng 3.1. Các nhiệm vụ thích ứng

Các nhiệm vụ liên quan đến bệnh tật
■ Ứng phó với cơn đau và các triệu chứng khác
■ Đối mặt, thích nghi với môi trường bệnh viện và thủ tục điều trị
■ Phát triển và duy trì các mối quan hệ với các chuyên gia về sức khỏe
Các nhiệm vụ chung
■ Duy trì sự cân bằng về cảm xúc
■ Giữ gìn hình ảnh bản thân, năng lực bản thân và sự làm chủ.
■ Duy trì mối quan hệ với gia đình và bạn bè
■ Chuẩn bị cho một tương lai không chắc chắn, không dự đoán được trước.

Ba nhiệm vụ cụ thể về bệnh có thể được mô tả như sau:

1 Ứng phó với cơn đau, sự mất sức và các triệu chứng khác. Nhiệm vụ này liên quan đến việc ứng phó với các triệu chứng như đau, chóng mặt, mất kiểm soát và nhận thức được các thay đổi trong tính nghiêm trọng của các triệu chứng.

2 Ứng phó với môi trường bệnh viện và các quy trình điều trị đặc biệt. Nhiệm vụ này liên quan đến việc ứng phó với các can thiệp y tế như phẫu thuật, hóa trị liệu và bất kỳ tác dụng phụ liên quan.

3 Phát triển và duy trì các mối quan hệ thích hợp với các nhân viên chăm sóc sức khỏe. Việc trở nên bệnh tật đòi hỏi một loạt các mối quan hệ mới với nhiều

chuyên gia sức khỏe khác nhau. Nhiệm vụ này mô tả sự phát triển của những mối quan hệ này.

Bốn nhiệm vụ chung có thể được mô tả như sau:

1 Duy trì một sự cân bằng cảm xúc hợp lý. Điều này liên quan đến việc cân bằng các cảm xúc tiêu cực gây ra bởi bệnh bằng các cảm xúc đủ tích cực.

2 Giữ gìn một hình ảnh bản thân vừa ý và duy trì ý thức về năng lực bản thân và sự làm chủ. Điều này liên quan đến việc ứng phó với những thay đổi trong diện mạo do bệnh gây ra (ví dụ : sự biến dạng) và thích ứng với một sự phụ thuộc vào máy móc (ví dụ : máy tạo nhịp tim).

3 Duy trì mối quan hệ với gia đình và bạn bè. Điều này liên quan đến việc duy trì các mạng lưới hỗ trợ xã hội khi mà giao tiếp có thể trở thành vấn đề khó khăn do sự thay đổi trong vị trí và di chuyển.

4 Chuẩn bị cho một tương lai không chắc chắn. Bệnh tật thường có thể dẫn đến sự mất mát (ví dụ : về thị giác, lối sống, sự di chuyển, cuộc sống). Nhiệm vụ này bao gồm việc chấp nhận những mất mát và xác định lại tương lai.

Quy trình 3: Kỹ năng ứng phó: Theo sau sự đánh giá và việc thực hiện các nhiệm vụ thích nghi, Moos và Schaefer đã mô tả một loạt các kỹ năng ứng phó được chọn để ứng phó với khủng hoảng bệnh lý. Các kỹ năng ứng phó có thể được phân loại thành ba hình thức: (1) Ứng phó tập trung vào sự đánh giá; (2) Ứng phó tập trung vào vấn đề; và (3) Ứng phó tập trung vào cảm xúc (Xem Bảng 3.2).

Bảng 3.2. Các kỹ năng ứng phó

Tập trung vào sự đánh giá

- Phân tích logic và chuẩn bị tinh thần
- Xác định lại nhận thức
- Tránh nhận thức hoặc chối bỏ

Tập trung vào vấn đề

- Tìm kiếm thông tin và hỗ trợ
- Thực hiện hành động mang tính giải quyết vấn đề
- Xác định phần thưởng

Tập trung vào cảm xúc

- Điều chỉnh cảm xúc/sự xúc động

- Xả cảm xúc
- Chấp nhận, sẵn sàng chịu đựng

Ứng phó tập trung vào sự đánh giá bao gồm những nỗ lực để hiểu biết được căn bệnh và được biểu thị bằng việc tìm kiếm ý nghĩa. Ba bộ kỹ năng ứng phó tập trung vào sự đánh giá được xác định gồm :

1 Phân tích logic và chuẩn bị tinh thần, bao gồm việc biến một sự kiện hiển nhiên khó có thể kiểm soát thành loạt các sự kiện có thể kiểm soát.

2 Xác định lại trong nhận thức – Cognitive redefinition, bao gồm việc chấp nhận thực tế của tình hình và xác định lại nó theo một cách tích cực và chấp nhận được.

3 Tránh nhận thức và sự phủ nhận, bao gồm việc giảm thiểu mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Ứng phó tập trung vào vấn đề, bao gồm việc đối mặt với các vấn đề và xây dựng lại nó sao cho có thể kiểm soát được. Ba loại kỹ năng ứng phó tập trung vào vấn đề đã được xác định:

1 Tìm kiếm thông tin và hỗ trợ, liên quan đến việc xây dựng một nền tảng kiến thức bằng cách tìm kiếm tất cả thông tin có sẵn.

2 Thực hiện hành động mang tính giải quyết vấn đề, liên quan đến việc học các quy trình và hành vi cụ thể (ví dụ : tiêm insulin).

3 Xác định các phần thưởng khác, liên quan đến sự phát triển và lên kế hoạch các sự kiện và mục tiêu có thể đem lại sự hài lòng trong ngắn hạn.

Ứng phó tập trung vào cảm xúc bao gồm việc quản lý cảm xúc và duy trì sự cân bằng về cảm xúc. Ba loại kỹ năng ứng phó tập trung vào cảm xúc đã được xác định:

1 Điều chỉnh sự xúc động, liên quan đến các nỗ lực để duy trì hy vọng khi phải đối mặt với một tình huống căng thẳng.

2 Xả cảm xúc, liên quan đến sự trút bỏ những cảm xúc tức giận hoặc thất vọng.

3 Chấp nhận, sẵn sàng chịu đựng, liên quan đến việc bằng lòng với kết quả không thể tránh khỏi của một bệnh.

Do đó, theo lý thuyết ứng phó với khủng hoảng từ căn bệnh về thể xác này, cá nhân đánh giá bệnh và sau đó sử dụng một loạt các nhiệm vụ thích ứng và các kỹ năng ứng phó và những việc làm này cho ra một kết quả.

Tuy nhiên, không phải tất cả các cá nhân phản ứng với bệnh tật theo cùng một cách và Moos và Schaefer (1984) lập luận rằng việc sử dụng các nhiệm vụ và kỹ năng được xác định bởi ba yếu tố:

1 Yếu tố nhân khẩu học và cá nhân, chẳng hạn như độ tuổi, giới tính, giai cấp, tôn giáo.

2 Yếu tố thể chất và xã hội, chẳng hạn như khả năng tiếp cận các mạng lưới hỗ trợ xã hội và sự chấp nhận đối với môi trường vật lý (ví dụ : các bệnh viện có thể là nơi buồn tẻ và gây thất vọng).

3 Các yếu tố liên quan đến bệnh tật, chẳng hạn như kết quả của một cơn đau, sự biến dạng hay sự kỳ thị.

Kết quả của quá trình

Trong mô hình này, các cá nhân cố gắng để ứng phó với cuộc khủng hoảng từ bệnh lý qua các giai đoạn đánh giá, việc sử dụng các nhiệm vụ thích ứng và các kỹ năng ứng phó. Các loại nhiệm vụ và kỹ năng được sử dụng có thể quyết định kết quả của quá trình này và kết quả như vậy có thể điều chỉnh tâm lý hay trạng thái khỏe mạnh, hoặc có thể liên quan đến tuổi thọ hoặc chất lượng cuộc sống (xem Chương 16). Theo thuyết khủng hoảng (crisis theory), các cá nhân được thúc đẩy để thiết lập lại trạng thái cân bằng và bình thường. Mong muốn này có thể được thỏa mãn bằng giải pháp ngắn hạn hoặc dài hạn. Thuyết khủng hoảng phân biệt giữa hai loại trạng thái cân bằng mới: thích ứng khỏe mạnh (healthy adaptation) – có thể mang đến sự trưởng thành và phản ứng thích nghi không tốt (maladaptive response) – có thể dẫn đến suy thoái. Trong quan điểm này, thích ứng khỏe mạnh liên quan đến định hướng thực tế (reality orientation) và những nhiệm vụ thích ứng và các kỹ năng ứng phó mang tính chất xây dựng. Vì vậy theo mô hình này, kết quả được mong đợi của quá trình ứng phó là định hướng thực tế.

Sự điều chỉnh liên quan bệnh thể chất và lý thuyết thích ứng nhận thức

Trong một mô hình khác về ứng phó, Taylor và các đồng nghiệp (1984) đã kiểm tra cách các cá nhân thích nghi với các sự kiện mang tính đe dọa. Dựa trên một

loạt các cuộc phỏng vấn các nạn nhân bị hiếp dâm, bệnh nhân bị tim mạch và bệnh nhân ung thư, họ đã đề xuất rằng việc ứng phó với các sự kiện mang tính đe dọa (bao gồm bệnh tật) bao gồm 3 quá trình: (1) a search for meaning - tìm kiếm ý nghĩa; (2) a search for mastery – tìm kiếm sự kiểm soát (3) a process of self-enhancement – quá trình tự phát triển. Họ lập luận rằng cả ba quá trình này là trung tâm phát triển và duy trì những ảo tưởng và rằng những ảo tưởng này tạo thành một quá trình thích ứng về nhận thức. Một lần nữa, mô hình mô tả các cá nhân như tự điều chỉnh và được thúc đẩy để nguyên trạng (status quo). Ngoài ra, nhiều thành phần của mô hình này tương đương với những thành phần đã được mô tả đến trong những nhận thức về bệnh (ví dụ : phương diện nguyên nhân và hệ quả). Quan điểm lý thuyết này sẽ được mô tả đặt trong kết quả từ những phụ nữ gần đây đã bị ung thư vú (Taylor và cộng sự 1984).

Tìm kiếm ý nghĩa

Tìm kiếm ý nghĩa được phản ánh trong các câu hỏi như “Tại sao nó lại xảy ra?”, “Nó có ảnh hưởng gì?”, “Cuộc sống của tôi bây giờ có ý nghĩa gì?”. Tìm kiếm ý nghĩa có thể được hiểu là tìm kiếm nguyên nhân và tìm kiếm để hiểu được những gì liên quan.

Tìm kiếm nguyên nhân (Tại sao nó lại xảy ra?)

Lý thuyết quy kết đề xuất rằng cá nhân cần phải hiểu, dự đoán và kiểm soát môi trường của họ (ví dụ : Weiner 1986). Taylor và cộng sự (1984) đã báo cáo rằng 95% những người phụ nữ được phỏng vấn đã đưa ra lời giải thích về nguyên nhân của bệnh ung thư vú của họ. Ví dụ, 41% giải thích rằng bệnh ung thư của họ là do căng thẳng, 32% là cho rằng là do các chất gây ung thư như thuốc tránh thai, chất thải hóa học hoặc chất thải hạt nhân, 26% cho rằng nguyên nhân là do di truyền, 17% đổ cho chế độ ăn uống và 10% coi đó là tai họa giáng lên họ. Một số phụ nữ đưa ra khá nhiều nguyên nhân. Taylor (1983) cho rằng không một nhận thức về nguyên nhân nào là tốt so với những nhận thức khác, nhưng ông cũng cho rằng điều quan trọng cho sự thích ứng nhận thức là sự tìm kiếm nguyên nhân. Mọi người cần phải hỏi "Tại sao nó xảy ra?".

Hiểu được những liên quan – Understanding the implications (Bệnh tật có ảnh hưởng gì đến cuộc sống của tôi?)

Taylor (1983) cũng lập luận rằng điều quan trọng là cho phụ nữ hiểu được những điều liên quan của căn bệnh ung thư tới cuộc sống hiện tại của họ. Theo đó, hơn 50% những người phụ nữ nói rằng ung thư đã khiến họ đánh giá lại cuộc sống của họ, và những người khác thì đề cập được cải thiện sự hiểu biết về bản thân, sự tự thay đổi và quá trình sắp xếp lại các ưu tiên (reprioritization).

Việc hiểu được nguyên nhân của bệnh tật và việc phát triển một cái nhìn sâu sắc về những điều liên quan đến bệnh tạo ra ý nghĩa liên quan đến bệnh. Theo mô hình ứng phó này, việc hiểu ý nghĩa góp phần vào quá trình ứng phó và thích nghi về nhận thức.

Tìm kiếm sự làm chủ (A search for mastery)

Một tìm kiếm sự làm chủ được phản ánh trong các câu hỏi như "Làm thế nào tôi có thể ngăn chặn một trường hợp tương tự xảy ra?", "Bây giờ tôi có thể làm gì để quản lý được trường hợp đó?". Taylor và cộng sự (1984) báo cáo rằng cảm giác làm chủ có thể có được từ việc tin rằng căn bệnh có thể được kiểm soát. Theo như nhận định này, 66% những người phụ nữ trong nghiên cứu tin rằng chúng có thể tác động đến quá trình hay sự tái bùng phát của bệnh ung thư. Những người phụ nữ còn lại tin rằng các chuyên gia y tế có thể kiểm soát được bệnh ung thư. Taylor cho biết cảm giác làm chủ có được thông qua những kỹ thuật tâm lý như phát triển một thái độ tích cực, suy ngẫm, tự thôi miên (self-hypnosis) hay một loại quy kết nguyên nhân, hoặc bằng các kỹ thuật hành vi như thay đổi chế độ ăn uống, thay đổi thuốc, tiếp cận thông tin hay kiểm soát bất kỳ tác dụng phụ nào. Các quá trình này góp vào trạng thái làm chủ, là trung tâm của tiến triển hướng tới một trạng thái thích ứng về nhận thức.

Quá trình tự nâng cao (The process of self-enhancement)

Theo sau bệnh tật, một số cá nhân có thể bị giảm lòng tự (self-esteem). Học thuyết thích ứng nhận thức đề xuất rằng, các cá nhân mắc bệnh cố gắng xây dựng lòng tự trọng thông qua một quá trình gọi là quá trình tự nâng cao. Taylor và đồng nghiệp (1984) đưa ra số liệu chỉ có 17% những người phụ nữ trong nghiên cứu chỉ nói về những thay đổi tiêu cực có từ căn bệnh của họ, trong khi 53% chỉ nói về những thay đổi tích cực. Để giải thích kết quả này, Taylor và đồng nghiệp (1984) đã phát triển lý thuyết so sánh xã hội (social comparison theory) (Festinger 1957). Lý thuyết này đề xuất rằng các cá nhân hiểu về thế giới của họ bằng cách so sánh bản

thân mình với những người khác. Những so sánh như thế có thể hoặc so sánh hướng xuống (downward comparisons) (ví dụ : sự so sánh với những người có tình trạng tồi tệ hơn: “Ít nhất tôi chỉ bị ung thư có một lần”), hoặc những so sánh hướng lên (upward comparisons) (ví dụ : so sánh với những người có tình trạng tốt hơn: “Tại sao cái khối u của tôi là ác tính trong khi cô ấy chỉ là một u nang?”). Cũng trong nghiên cứu của họ về phụ nữ bị ung thư vú, Taylor và cộng sự (1984) đã chỉ ra rằng, mặc dù rất nhiều phụ nữ trong nghiên cứu của họ đã phải trải qua phẫu thuật biến dạng và đã được chẩn đoán có một căn bệnh đe dọa tính mạng, nhưng hầu hết trong số họ đã đưa ra những so sánh hướng xuống. Điều này cho thấy rằng gần như tất cả những người phụ nữ đã so sánh mình với những người trong tình trạng tồi tệ hơn bản thân họ để nâng cao lòng tự trọng của mình. Ví dụ, những người phụ nữ đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ khối u ở vú đã so sánh bản thân họ với những người phụ nữ đã phải cắt bỏ vú. Những người phải cắt bỏ vú thì so sánh bản thân họ với những người có khả năng bị ung thư tổng quát (generalized). Những người phụ nữ lớn tuổi thấy thuận lợi khi so sánh bản thân họ với phụ nữ trẻ, những phụ nữ trẻ thấy thuận lợi khi so sánh bản thân họ với phụ nữ lớn tuổi. Taylor và các đồng nghiệp của bà đề xuất rằng những người phụ nữ đã chọn ra các tiêu chí để so sánh sao cho có thể giúp họ nâng cao lòng tự trọng như là một phần của quá trình tự nâng cao.

Vai trò của những ảo tưởng (The role of illusions)

Theo lý thuyết về sự thích nghi về nhận thức, theo sau một sự kiện mang tính đe dọa, các cá nhân được thúc đẩy tìm kiếm ý nghĩa, tìm kiếm sự làm chủ để cảm giác của họ về lòng tự trọng. Các quá trình này được cho rằng liên quan đến sự phát triển các ảo tưởng. Những ảo tưởng như vậy không nhất thiết phải trái ngược với thực tế mà có thể là những giải thích tích cực về thực tại. Ví dụ, mặc dù có thể có ít bằng chứng về nguyên nhân thực sự của ung thư, hay bằng chứng cho khả năng cá nhân có thể kiểm soát được quá trình bệnh tật của họ, thì những người bị ung thư vẫn muốn giữ những ảo tưởng của mình về những nhân tố này (ví dụ: ‘Tôi hiểu cái gì đã gây ra căn bệnh ung thư và tin rằng tôi có thể kiểm soát được nó có quay lại hay không’). Taylor và các đồng nghiệp lập luận rằng những ảo tưởng này là một thành phần cần thiết và quan trọng cho sự thích ứng nhận thức và lập luận rằng định hướng

thực tế (như được đưa ra bởi các mô hình ứng phó khác) thực sự có thể gây bất lợi cho điều chỉnh.

Sự cần thiết có những ảo tưởng đặt ra vấn đề gặp phải khi các ảo tưởng bị phá vỡ (Điều gì sẽ xảy ra khi ung thư tái phát không kiểm soát được?). Taylor lập luận rằng sự cần thiết của ảo tưởng cho phép các cá nhân thay đổi các mục tiêu và trọng tâm của ảo tưởng của họ để mà những ảo tưởng có thể được duy trì và sự điều chỉnh được tiếp tục.

Ứng dụng liên quan đến kết quả của quá trình ứng phó

Theo mô hình ứng phó này, cá nhân ứng phó với bệnh tật bằng cách đạt được sự thích nghi về nhận thức. Điều này liên quan đến việc tìm kiếm ý nghĩa (“Tôi biết điều gì gây ra căn bệnh của tôi”), sự làm chủ (“Tôi có thể kiểm soát bệnh tật của tôi”) và sự phát triển lòng tự trọng (“Tôi còn khá hơn rất nhiều người”). Những niềm tin này có thể không chính xác, nhưng chúng rất cần thiết để duy trì những ảo tưởng thúc đẩy điều chỉnh với bệnh tật. Vì vậy, trong quan điểm này, kết quả mong muốn của quá trình ứng phó là sự phát triển các ảo tưởng, không phải định hướng thực tế.

Sự luận giải tích cực về bệnh (The Positive Interpretation of Illness)

Hầu hết các học thuyết ứng phó nhấn mạnh vào mong muốn thiết lập lại trạng thái cân bằng và trở lại nguyên trạng ban đầu. Vì thế, việc ứng phó hiệu quả cho phép ta điều chỉnh căn bệnh và trở lại bình thường. Tuy nhiên một vài nghiên cứu chỉ ra rằng có những người nhận được những ích lợi từ chính căn bệnh của họ và cảm thấy tốt hơn sau khi bị bệnh. Cách lý giải này khá phù hợp với ngành tâm lý học tích cực và nó nhấn mạnh vào mặt tích cực hơn là những ảnh hưởng tiêu cực. Ví dụ, Laerum và cộng sự (1988) đã phỏng vấn 84 người đã từng bị bệnh đau tim và phát hiện ra rằng mặc dù họ vẫn thuật lại về một số hệ quả tiêu cực của bệnh tim tới lối sống và chất lượng cuộc sống của họ, nhưng trong đó có 33% người cho rằng cuộc sống của họ đã phần nào đó đã được cải thiện đáng kể. Tương tự như vậy, Collins và cộng sự (1990) đã phỏng vấn 55 bệnh nhân mắc bệnh ung thư và họ cũng thuật lại về những chuyển biến tích cực sau căn bệnh. Sodergren và các đồng nghiệp đã khám phá được những chuyển biến tích cực sau bệnh tật và đã phát triển một bảng hỏi tên là Silver Lining Questionnaire (SLQ) (Sodergren & Hyland 2000; Sodergren và cộng sự, 2002). Kết luận từ nghiên cứu của mình, họ cho rằng những hệ quả tích cực từ bệnh

tật rất phong phú và ở ngay xung quanh mà ta thường không nhận ra. Họ cũng đưa ra giả thuyết rằng sự tích cực cũng được củng cố bởi sự hồi phục (rehabilitation).

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Hãy lựa chọn một bệnh tật, mô tả bối cảnh của bệnh tật đó. Sau đó, hãy xác định hành vi mầm bệnh đối với bệnh tật đó, và giải thích hành vi này theo:

- ✓ Lý thuyết nhận thức xã hội
- ✓ Mô hình niềm tin sức khỏe
- ✓ Lý thuyết động cơ phòng vệ
- ✓ Lý thuyết hành vi hợp lý
- ✓ Lý thuyết chuyển đổi theo giai đoạn của hành vi
- ✓ Lý thuyết quy gán

2. Hãy nghĩ về một bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện, vận dụng các giai đoạn trong mô hình tự điều chỉnh của Leventhal để mô tả tâm lý của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ajzen, I. and Madden, T.J. (1986) Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453–74.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980) The common sense representation of illness danger, *Medical Psychology*, 2, 7–30.
- Ogden, J. (2004). Health psychology (3rd ed). New York: Open University Press

CHƯƠNG 4

KHÁC BIỆT CÁ NHÂN VÀ SỨC KHỎE

Liệu những khác biệt cá nhân có ảnh hưởng đến sức khỏe hay không? Các nhà tâm lý học sức khỏe đi tìm câu trả lời cho câu hỏi này với kỳ vọng là sẽ dự đoán được hành vi sức khỏe và sức khỏe của một cá nhân nào đó dựa trên những đặc điểm riêng biệt của họ. Chẳng hạn, một người lạc quan liệu có sức khỏe tốt hơn một người bi quan hay không? Những dữ liệu cá nhân như vậy được kỳ vọng trở thành “chìa khóa” dự báo hành vi sức khỏe và sức khỏe nói chung, từ đó có thể áp dụng những chiến lược dự phòng và can thiệp khác nhau để nâng cao sức khỏe cho con người.

Khác biệt cá nhân được xem xét từ nhiều góc độ khác nhau: sinh học, sinh lý thần kinh và tâm lý. Từ tiếp cận sinh học, yếu tố khác biệt cá nhân được nghiên cứu nhiều là giới tính (nam, nữ và giới tính khác). Trong khi đó, tiếp cận sinh lý học thần kinh xem xét sự cân bằng hoạt động giữa hai bán cầu não, chẳng hạn sự thuận tay trái hay tay phải hay mối tương liên giữa hưng phấn và ức chế biểu hiện thông qua tính ổn định hay không ổn định thần kinh – cảm xúc (neuroticism). Còn tiếp cận tâm lý học quan tâm đến các khác biệt thuộc về nhân cách như tính lạc quan/bi quan (optimism/pessimism), tiêu điểm kiểm soát (locus of control), hiệu lực bản thân (self-efficacy), thói quen (habit), các kiểu tính cách và các dạng nhân cách khác nhau.

Nội dung cơ bản của chương này tập trung vào làm rõ mối liên hệ giữa tính lạc quan, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe, hiệu lực bản thân và kiểu tính cách với hành vi sức khỏe, hành vi nguy cơ và sức khỏe nói chung.

4.1. TÍNH LẠC QUAN

Tính lạc quan là một chiều cạnh của nhân cách, biểu hiện ở thái độ tích cực khi đánh giá, xem xét một sự việc hay tình huống nào đó. Người lạc quan thường nhấn mạnh đến những điểm tích cực trong các tình huống, hoàn cảnh. Người lạc quan thường mong đợi những điều tốt đẹp đang chờ mình phía trước, trong khi những người bi quan lại chờ

“So với tuổi của tôi, rủi ro về sức khỏe của tôi so với người khác cùng độ tuổi là cao, trung bình hay thấp hơn??

Phần lớn câu trả lời nhận được cho câu hỏi trên là “thấp hơn”

đợi những điều tồi tệ sẽ xảy đến trong tương lai (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Những người lạc quan xem các mục tiêu mong muốn là có thể đạt được, vì vậy họ thường đối mặt với nghịch cảnh bằng những ứng xử tích cực, gia tăng sự kiên trì và tăng mục tiêu đạt được.

Liên quan đến sức khỏe, người lạc quan đánh giá bản thân ít có nguy cơ về sức khỏe. Thông thường, mỗi cá nhân đánh giá nguy cơ rủi ro nói chung và rủi ro về mặt sức khỏe nói riêng của bản thân mình thường thấp hơn người khác (Pitts, 2003). Tính lạc quan này biểu hiện cao nhất ở độ tuổi thiếu niên (Quadrel, Fischhoff & Davis, 1993).

Tính lạc quan được cho là có ảnh hưởng hai chiều đến hành vi sức khỏe và tình trạng sức khỏe. Một mặt, người lạc quan có sức khỏe tốt hơn, ít các than phiền về triệu chứng cơ thể (Honmore & Jadhav, 2015; Scheier & Caver, 1985). Điều này có thể là do người lạc quan mong đợi có sức khỏe tốt hơn nên họ thực hiện nhiều hành vi sức khỏe hơn, giúp họ ứng phó tốt hơn với stress và lạc quan có tương

Tính lạc quan và sức khỏe

- * Tăng phản ứng miễn dịch
- * Thúc đẩy thực hiện nhiều hành vi sức khỏe
- * Gia tăng sức khỏe thể chất
- * Kích hoạt chiến lược ứng phó thích ứng
- * Gia tăng hỗ trợ xã hội
- * Tương quan thuận với hiệu lực bản thân
- * Tương quan thuận với hạnh phúc tâm lý
- * Giúp duy trì tâm trạng tích cực và bảo vệ sức khỏe tâm thần.

quan với hiệu lực bản thân (Pitts, 2003). Lạc quan có tương quan thuận với hạnh phúc tâm lý (Tadhy, Chelli & Padiri, 2015), có thể tạo ra các kháng thể giúp cho cơ thể có nhiều năng lượng tích cực để phòng bệnh hoặc đối phó với bệnh tật (Avvenuti, Baiardini & Giardini, 2016). Ngược lại, bi quan là thái độ tiêu cực, hướng sự tập trung vào những mặt/chi tiết hạn chế, không phù hợp, không thuận lợi của đối tượng hay tình huống nào đó. Người bi quan có sức đề kháng kém hơn, hệ thống miễn dịch yếu hơn, dễ bị trầm cảm và lão hóa cơ thể nhanh hơn so với những người lạc quan (Clark, 1997).

Mặt khác, tính lạc quan cũng có thể ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe, nếu như đó là lạc quan mang tính chủ quan, dẫn đến việc ít thực hiện các hành vi sức

khỏe. Wallston (1994) đã đưa ra hai khái niệm thú vị về sự lạc quan, đó là lạc quan “thận trọng” (“cautious” optimism) và lạc quan “mắc kẹt” (“cockeyed” optimism). Người lạc quan thận trọng vẫn tin rằng nguy cơ rủi ro về sức khỏe đối với bản thân là ít, tuy nhiên họ vẫn thực hiện đầy đủ các biện pháp trong khả năng của mình để đảm bảo sức khỏe cho bản thân. Trong khi đó, người lạc quan theo kiểu “mắc kẹt” thường mắc vào hy vọng là bản thân mình sẽ không gặp rủi ro về sức khỏe. Họ sống với ảo tưởng đó và không thực hiện các hành vi sức khỏe cũng như các biện pháp phòng ngừa rủi ro. Nói cách khác, sự đánh giá bản thân ít rủi ro sức khỏe so với người khác có thể dẫn đến phản ứng phòng vệ chống lại sự thay đổi hành vi. Theo đó, cá nhân cho rằng “Người khác cần phải thay đổi hành vi của họ chứ không phải tôi”. Đây là kiểu lạc quan phi chức năng (Pitts, 2003).

Sự lạc quan/bi quan là một biến số quan trọng trong nhiều nghiên cứu thuộc lĩnh vực tâm lý học nói chung và tâm lý học sức khỏe nói riêng. Các nhà tâm lý học sức khỏe quan tâm đến ảnh hưởng của tính lạc quan đến sự khởi phát, tiến triển và tỷ lệ tử vong của các căn bệnh khác nhau, chẳng hạn như tim mạch, ung thư, đau mãn tính và các bệnh mãn tính khác. Ngoài ra, mối liên hệ giữa tính lạc quan và các chỉ số cơ thể hay tuổi thọ cũng được nghiên cứu khá nhiều.

Một nhóm tác giả đã lựa chọn được 29 bài báo khoa học từ năm 1998 đến 2015 nghiên cứu về tính lạc quan và hy vọng ở những bệnh nhân mắc bệnh mãn tính. Kết quả phân tích tổng quan cho thấy, có mối liên hệ giữa tính lạc quan và hy vọng với sự thuyên giảm triệu chứng của bệnh mãn tính. Tuy nhiên, mối liên hệ này phụ thuộc vào bối cảnh của loại bệnh mãn tính cụ thể. Cụ thể hơn, mối liên hệ này biểu hiện rõ nhất ở bệnh nhân tim mạch, theo đó, những người có mức độ lạc quan và hy vọng cao hơn cũng có mức độ cải thiện sức khỏe tốt hơn. Trong khi đó, mối liên hệ này yếu hơn ở bệnh nhân ung thư. Những người lạc quan và hy vọng thường thực hiện hành vi sức khỏe nhiều hơn, bất kể tình trạng lâm sàng của họ ra sao. Họ cũng báo cáo chất lượng cuộc sống và hài lòng với cuộc sống cao hơn. Điều này đã góp phần tích cực vào điều trị bệnh mãn tính mà họ đang mắc phải (Schiavon, Marchetti, Gurgel, Busnello & Reppold, 2017).

Một nghiên cứu tổng quan khác đã lựa chọn những nghiên cứu nào có khả năng giải thích được mối liên hệ giữa tính lạc quan và sự cải thiện tình trạng sức

khỏe để phân tích. Các nghiên cứu được đưa vào phân tích đã tiến hành trên bốn nhóm bệnh nhân mắc bốn loại bệnh khác nhau, bao gồm: tim mạch, ung thư, suy hô hấp (Respiratory failure), lão hóa với chứng bệnh đa hồng cầu (Aging with multimorbidity). Kết quả phân tích các nghiên cứu cho thấy: a) sự lạc quan có thể kích hoạt các chiến lược ứng phó thích ứng (Adaptive coping strategies) thúc đẩy việc tìm kiếm hỗ trợ xã hội, từ đó nâng cao sức khỏe chủ quan; b) sự lạc quan trực tiếp thúc đẩy cá nhân thực hiện nhiều hành vi bảo vệ sức khỏe như tập thể dục, ăn uống khoa học, sinh hoạt điều độ, hạn chế sử dụng các chất kích thích; c) lạc quan cũng có thể tham gia vào điều chế hệ thống thần kinh làm tăng phản ứng miễn dịch của cơ thể; d) Thái độ sống lạc quan có thể duy trì tâm trạng tích cực và bảo vệ sức khỏe tinh thần (Avvenuti & cs, 2016).

Sự lạc quan dường như cũng có thể dự báo sự tiến triển tích cực ở bệnh nhân nhiễm HIV. Một nghiên cứu đã theo dõi sự tiến triển của bệnh trong khoảng thời gian 2 năm ở một nhóm người nhiễm HIV đang trong giai đoạn giữa của bệnh khi tham gia nghiên cứu (Ironson & cs, 2005). Những người tham gia được đánh giá về mức độ lạc quan hay bi quan và đo số lượng tế bào CD4 (là một phân nhóm quan trọng nhất của tế bào lympho T), đo chỉ số tải virus (index of viral load). Kết quả nghiên cứu cho biết, người lạc quan hơn đã duy trì số lượng tế bào CD4 cao hơn đáng kể và chỉ số tải virus thấp hơn theo thời gian so với những người có mức độ lạc quan thấp hơn. Các kết quả tương tự cũng đã được báo cáo bởi Milam, Richardson, Marks, Kemper và Mccutchan (2004). Tuy nhiên, không phải tất cả các nghiên cứu đều tìm thấy mối liên hệ quan trọng này (ví dụ, Tomakowsky, Lumley, Markowitz & Frank, 2001).

Về ứng dụng can thiệp, với lịch sử nghiên cứu mối liên hệ giữa lạc quan và bi quan đã 35 năm tính từ năm 1985 khi ra đời thang đo Định hướng lạc quan (Life orientation test – LOI), các nhà tâm lý học sức khỏe đã có nhiều bằng chứng về sự ảnh hưởng tích cực của lạc quan và ảnh hưởng tiêu cực của bi quan đến sức khỏe thể chất. Tuy nhiên, “cho đến nay có rất ít các nỗ lực can thiệp có hệ thống vào các biến số này” (Scheier & Carver, 2018).

Một trong số ít các nghiên cứu xác lập bằng chứng trong can thiệp được thực hiện gần đây đã xác định xem liệu mức độ lạc quan có thể tăng lên thông qua cách

tác động rất đơn giản là bài tập tưởng tượng hay không. Theo đó, người tham gia nghiên cứu được yêu cầu tưởng tượng ra bản thân trong tình trạng tốt nhất có thể của họ trong 5 phút mỗi ngày. So với nhóm kiểm chứng, những người trong nhóm can thiệp đã có mức độ lạc quan cao hơn trong giai đoạn can thiệp là 2 tuần (Meevissen, Peters & Alberts, 2011). Tuy nhiên, tác dụng lâu dài của can thiệp đó vẫn chưa được làm sáng tỏ (Scheier & Caver, 2018).

Một cách tiếp cận can thiệp khác tập trung vào các chiến lược ứng phó kém thích nghi (Maladaptive coping strategies) mà những người bị quan sử dụng và giúp người đó thay thế chúng bằng những phản ứng thích nghi hơn như của người lạc quan. Trên cơ sở này, nhiều chương trình quản lý stress được thiết kế để tập trung vào việc cải thiện chiến lược ứng phó theo cách này (Nezu & Nezu, 2016). Cách thức này có thể giúp người bị quan nhìn thấy rõ hiệu quả của sự thay đổi chiến lược ứng phó, từ đó họ dần trở nên lạc quan hơn. Điều này có nghĩa là hiệu quả ứng phó đóng vai trò là yếu tố củng cố làm thay đổi hành vi và năng lực, từ đó dẫn đến thay đổi đặc điểm cá nhân.

Như vậy, nghiên cứu về sự lạc quan và tình trạng sức khỏe đã xác lập bằng chứng về vai trò tích cực của tính lạc quan đối với sức khỏe. Quan trọng hơn, một số nghiên cứu đã làm sáng tỏ các cơ chế tâm lý dẫn đến sự ảnh hưởng tích cực của tính lạc quan lên các triệu chứng thể chất, làm thuyên giảm bệnh tật. Tuy nhiên, thực trạng nghiên cứu hiện nay về lĩnh vực này vẫn còn một số hạn chế. *Thứ nhất*, các cơ chế ảnh hưởng đã nói ở trên vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. *Thứ hai*, các nghiên cứu chủ yếu mới chỉ dừng lại với việc mô tả tính lạc quan như một đặc điểm cá nhân. Liệu tính lạc quan có thể được coi là một năng lực và có thay đổi trong suốt vòng đời hay không? *Thứ ba*, các nhóm khách thể nghiên cứu phần nhiều là người bệnh ở tuổi trưởng thành, còn hiếm các nghiên cứu về mối liên hệ giữa lạc quan và sức khỏe ở trẻ em và thanh thiếu niên (Avvenuti, Baiardini & Giardini, 2016). Những hạn chế này đồng thời cũng là những hướng phát triển triển vọng cho các nghiên cứu trong tương lai. *Thứ tư*, cần trả lời câu hỏi: yếu tố nào là quan trọng hơn – lạc quan hay bị quan – đối với việc dự báo kết quả sức khỏe thể chất? Câu trả lời cho câu hỏi này sẽ giúp khám phá và phát triển cách can thiệp tốt nhất, tạo điều kiện thuận lợi để trợ giúp cho những người có định hướng bị quan hơn.

Hộp 4.1

THANG ĐO LẠC QUAN

1. Trong hoàn cảnh bất định, tôi thường mong đợi điều tốt đẹp nhất
2. Tôi rất dễ thư giãn
3. Nếu như có nguy cơ nào xấu với tôi, thì nó chắc chắn sẽ xảy ra
4. Tôi luôn nhìn sự vật sự việc theo hướng tích cực
5. Tôi luôn lạc quan về tương lai của mình
6. Tôi rất mến bạn bè của mình
7. Tôi luôn giữ bản thân mình bận rộn
8. Tôi không mấy khi mong đợi mọi thứ sẽ xảy ra theo ý mình
9. Mọi thứ không bao giờ đi theo hướng tôi muốn
10. Tôi không dễ buồn
11. Tôi tin rằng trong cái rủi có cái may
12. Tôi hiếm khi trông cậy vào điều tốt sẽ đến với mình

Nguồn: Scheier & Carver, 1985

4.2. TIÊU ĐIỂM KIỂM SOÁT

Vào giữa những năm 1960, khái niệm “tiêu điểm kiểm soát” (“Locus of control”) lần đầu tiên được đưa ra bởi Rotter (Rotter, 1966). Khái niệm này được phát triển từ lý thuyết học tập xã hội, xem xét kỳ vọng của các cá nhân và nó liên quan như thế nào đến sự củng cố (Pitts, 2003). Những người có tiêu điểm kiểm soát bên trong (Internal locus of control) tin rằng, rằng hiệu quả hành động của họ phụ thuộc vào chính họ và niềm tin này đóng vai trò là yếu tố củng cố, giúp họ nỗ lực thực hiện hành vi nhiều hơn nữa. Trong khi đó, những người có tiêu điểm kiểm soát bên ngoài (External locus of control) thường tin rằng, cuộc sống và thành quả họ đạt được chủ yếu là do các yếu tố bên ngoài tạo ra (chẳng hạn như số phận, người có uy quyền). Vậy là, bản chất của tiêu điểm kiểm soát là niềm tin vào bản thân, người khác hay số phận làm nên thành công trong hoạt động và hành vi của cá nhân.

Khi khái niệm tiêu điểm kiểm soát được đưa vào lĩnh vực sức khỏe làm xuất hiện khái niệm tiêu điểm kiểm soát sức khỏe (Health locus of control – HLOC). *Tiêu*

điểm kiểm soát sức khỏe là niềm tin của cá nhân rằng sức khỏe của bản thân bị ảnh hưởng bởi chính mình, người khác hay số phận (Levenson, 1981; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). Tiêu điểm kiểm soát sức khỏe (cũng thường được gọi là niềm tin kiểm soát sức khỏe) thường được đánh giá trên ba chiều cạnh: a) tiêu điểm kiểm soát sức khỏe bên trong (Internal health locus of control – IHLOC, nghĩa là cá nhân tin rằng sức khỏe của mình do chính mình tạo ra; b) tiêu điểm kiểm soát dựa vào người khác (Powerfull other health locus of control – PHLOC); c) tiêu điểm kiểm soát sức khỏe do may mắn (Chance of health locus of control – CHLOC). Trong ba chiều cạnh trên, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe bên trong được cho là có lợi nhất cho sức khỏe bởi những người có đặc điểm này thường tự nguyện thực hiện các hành vi tăng cường sức khỏe và không hoặc hạn chế các hành vi rủi ro cho sức khỏe (Sarafino, 2006; Williams & Rhodes, 2016). Tuy nhiên, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe có tương quan mạnh hơn với đánh giá của cá nhân về sức khỏe chung và tương quan yếu hơn với các hành vi sức khỏe cụ thể mặc dù sự tương quan nhỏ này vẫn có ý nghĩa.

Cheng, Cheung & Lo (2016) cũng đã phân tích tổng hợp kết quả từ 3,151 nghiên cứu khác nhau (trong đó có 144 nghiên cứu siêu phân tích) và phát hiện ra một số điểm thú vị về mối liên hệ giữa PHLOC và một số biến nhân khẩu. Theo đó, phụ nữ, người cao tuổi và những người ở các quốc gia có khoảng cách quyền lực cao hơn (from countries with a higher degree of power distance) có PHLOC tương quan tích cực với hành vi tăng cường sức khỏe. Điều này trái ngược với quan điểm của các lý thuyết truyền thống cho rằng, PHLOC có ảnh hưởng tiêu cực đến hành vi tăng cường sức khỏe. Kết quả nghiên cứu này cho phép nhận định rằng, ở những cá nhân có khuynh hướng khoan dung và chấp nhận kiểm soát bên ngoài thì sự ảnh hưởng của người có uy quyền có thể góp phần thúc đẩy các hành vi tăng cường sức khỏe. Như vậy, việc kiểm soát sức khỏe của những người có nhiều quyền lực hơn có thể được một số nhóm người ngầm hiểu như là mong muốn và động lực để cải thiện sức khỏe, trong khi những người khác có thể không nghĩ như vậy.

Phát hiện này rất quan trọng trong việc thiết kế các nghiên cứu và chương trình can thiệp nhằm nâng cao hành vi sức khỏe lành mạnh cho cộng đồng ở bất kỳ quốc gia nào bởi ở đâu cũng có phụ nữ, người già. Tuy nhiên, trong bối cảnh văn hóa

mang màu sắc cộng đồng rõ nét như Việt Nam, điều này có thể dễ dàng quan sát thấy. Đối với người Việt Nam, sự quan tâm và chăm sóc sức khỏe của người khác đối với một cá nhân nào đó có ý nghĩa đặc biệt quan trọng vì điều này được cá nhân hiểu là bản thân mình đang được yêu thương, được coi trọng. Vì vậy, các nhà tâm lý học sức khỏe đặc biệt cần lưu ý khía cạnh tinh tế này để có thể xây dựng những chương trình giáo dục sức khỏe hay can thiệp sức khỏe phù hợp trên cơ sở cân nhắc sự tham gia của những người thân, những người có uy quyền với cá nhân hay nhóm đích mà chương trình đang hướng đến.

Tuy nhiên, nghiên cứu siêu phân tích trên đây cũng cho thấy, PHLOC và IHLOC ảnh hưởng khác nhau đến các hành vi sức khỏe khác nhau. Cụ thể, PHLOC ảnh hưởng nhiều hơn đến hành vi tập thể dục, trong khi IHLOC ảnh hưởng mạnh hơn đến các hành vi ăn uống. Mặc dù ý thức kiểm soát cá nhân thường được đánh giá cao hơn bởi nam giới và những người ở các nước thuộc văn hóa cá nhân, tuy nhiên, ở đây các tác giả phát hiện ra một điều thú vị là có mối tương quan thuận tương đối mạnh giữa IHLOC và chế độ ăn uống ở các nhóm mẫu có nhiều phụ nữ hoặc những người thuộc các quốc gia mà văn hóa ít mang tính cá nhân (Cheng & cs, 2016). Điều này được giải thích là do khác biệt cá nhân trong nhận thức và sở thích đối với thực phẩm. Theo đó, phụ nữ thường có xu hướng giữ thái độ tiêu cực hơn đối với đồ ăn vặt (snacks) và thức ăn nhanh, trong khi đàn ông có xu hướng quan tâm ít hơn đến giá trị dinh dưỡng của thực phẩm và ăn nhiều hơn những thức ăn đó (Labrecque, Dufour, & Charlebois, 2011). Thêm vào đó, phụ nữ có xu hướng lựa chọn chế độ ăn uống lành mạnh hơn nam giới bằng cách điều chỉnh số lượng và chất lượng thực phẩm họ dùng (Darviri & cs, 2014).

Những kết quả nghiên cứu được phân tích ở trên cho thấy mối liên hệ đa chiều và phức tạp giữa niềm tin kiểm soát sức khỏe và hành vi sức khỏe cụ thể giữa các cá nhân khác nhau. Từ hiện trạng này, các nhà tâm lý học sức khỏe cho rằng, cần phải xây dựng một lý thuyết đa tầng (Multilevel theory) có thể giải thích được mức độ khác biệt cá nhân của các mối liên hệ này. Cụ thể hơn, những khác biệt cá nhân trong niềm tin kiểm soát sức khỏe phải được giải thích bằng sự tương tác của các biến điều tiết ở các cấp độ khác nhau, từ phát sinh cá thể (Individual/ontogenetic level) như giới tính, tuổi, đến cấp độ văn hóa – xã hội (Macro levels) như chuẩn mực xã hội, giá

trị văn hóa. Một lý thuyết như vậy phải dựa trên nền tảng của lý thuyết nhận thức và hành vi nhưng mở rộng, bao gồm thêm cả các yếu tố cá nhân và môi trường (Cheng & cs, 2016).

Những tồn tại về mặt tiếp cận nghiên cứu hiện nay là khâu chọn mẫu nghiên cứu. Cụ thể, phần lớn các nghiên cứu đang chỉ chọn những mẫu nghiên cứu đồng nhất, nghĩa là ít có sự khác biệt giữa khách thể nghiên cứu. Trong khi đó, hiện trạng đã phân tích ở trên cho thấy mối liên hệ giữa tiêu điểm kiểm soát sức khỏe với ba chiều cạnh khác nhau biểu hiện rất khác nhau ở các nhóm cá nhân với các đặc điểm nhân khẩu – xã hội không giống nhau. Do đó, nhóm mẫu không đồng nhất không cho phép tìm ra những khác biệt do sự tương tác giữa các biến số nhân khẩu – xã hội, văn hóa khác nhau. Vì vậy, theo đề nghị của Cheng và cộng sự (2016), các nghiên cứu trong tương lai cần áp dụng mô hình đa văn hóa (dân tộc, giới tính, lứa tuổi,...) trong việc lựa chọn mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, mô hình đa cấp (Multiple levels) bao gồm cấp cá nhân, cộng đồng và quốc gia cũng cần được áp dụng bởi mỗi cá nhân đôi khi không hoàn toàn mang đặc điểm đặc trưng văn hóa của quốc gia hay dân tộc mà họ thuộc về. Ví dụ, trong một quốc gia thuộc văn hóa cá nhân cũng có những cá nhân hay cộng đồng mang ít tính cá nhân hơn và ngược lại, trong một đất nước đặc trưng bởi văn hóa cộng đồng thì cũng có nhiều cá nhân ít tính cộng đồng hơn và nghiêng về văn hóa cá nhân hơn.

Như vậy, những bằng chứng nghiên cứu hiện nay gợi ý rằng, các chương trình cải thiện sức khỏe cần phải chú trọng đến việc nâng cao tiêu điểm kiểm soát sức khỏe, bao gồm cả IHLOC và PHLOC. Thêm vào đó, các chương trình này cần phải tính đến yếu tố nhân khẩu học của đối tượng mà chương trình hướng đến để điều chỉnh nội dung chương trình phù hợp với kiểu tiêu điểm kiểm soát sức khỏe của họ và phù hợp với hành vi sức khỏe cụ thể cần phải thay đổi ở họ. Lý tưởng nhất là các chương trình nâng cao sức khỏe được thiết kế riêng cho từng loại hành vi sức khỏe cụ thể bởi các bằng chứng nghiên cứu cho thấy mỗi loại hành vi sức khỏe lại phù hợp với một kiểu tiêu điểm kiểm soát sức khỏe khác nhau. Chẳng hạn, nên có riêng các chương trình thúc đẩy việc tập thể dục dành cho thanh niên hay chương trình kiểm soát cân nặng dành cho người cao tuổi.

Hộp 4.2.

THANG ĐO TIÊU ĐIỂM KIỂM SOÁT SỨC KHỎE

1. Nếu tôi bị bệnh, hành vi của tôi quyết định tôi khỏi bệnh nhanh hay chậm
2. Không quan trọng tôi làm gì, nếu số tôi bị bệnh, tôi chắc chắn sẽ bị bệnh
3. Đi khám sức khỏe định kì là cách phòng bệnh tốt nhất
4. Phần lớn nguyên nhân ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi là khách quan
5. Mỗi khi cảm thấy không khỏe, tôi nên hỏi ý kiến chuyên gia sức khỏe
6. Tôi kiểm soát được sức khỏe bản thân
7. Gia đình tôi ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe của tôi
8. Khi tôi bị bệnh, đó là do tôi gây ra cho mình
9. Tôi khỏi bệnh do phần nhiều do may mắn
10. Các chuyên gia sức khỏe kiểm soát sức khỏe của tôi
11. Sức khỏe tôi tốt chủ yếu là do may mắn
12. Hành vi của tôi quyết định sức khỏe của bản thân là chính
13. Nếu tôi chăm sóc bản thân, tôi sẽ tránh được bệnh tật
14. Tôi khỏi bệnh chủ yếu nhờ những người xung quanh (ví dụ, các bác sĩ, y tá, gia đình, bạn bè) đã chăm sóc tôi tốt
15. Dù tôi có làm gì đi chăng nữa, tôi rất dễ mắc bệnh
16. Nếu mọi thứ là số phận thì tôi sẽ khỏe mạnh
17. Nếu tôi hành động đúng, tôi sẽ khỏe mạnh
18. Về phương diện sức khỏe, tôi chỉ làm theo lời bác sĩ.

Nguồn: Wallston, Wallston & DeVellis, 1978

4.3. HIỆU LỰC BẢN THÂN

Hiệu lực bản thân (self-efficacy) là một khái niệm được Bandura đưa ra vào năm 1977 trong Lý thuyết nhận thức xã hội để chỉ niềm tin của cá nhân vào năng lực của chính mình trong việc thực hiện những hành vi cần thiết để đạt được mục tiêu hay kết quả cụ thể. Theo Bandura (1977), sự thay đổi các hành vi đều xuất phát từ một cơ chế nhận thức phổ biến bằng cách tạo ra và thúc đẩy kỳ vọng về sự thành

công. Điều đó có nghĩa là, sự thay đổi hành vi thường bắt đầu từ niềm tin rằng, bản thân mình có khả năng thay đổi. Niềm tin vào năng lực bản thân cũng đóng vai trò như yếu tố củng cố hành vi. Chính vì vậy, hiệu lực bản thân chính là một khái niệm rất giá trị trong nghiên cứu các vấn đề thuộc lĩnh vực tâm lý học sức khỏe. Các nhà tâm lý học sức khỏe đo lường tác động của hiệu lực bản thân như là một yếu tố nhận thức đến việc thực hiện hành vi sức khỏe cũng như thay đổi các hành vi nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe.

Các kết quả trong lĩnh vực tâm lý học sức khỏe hỗ trợ nhận định cho rằng, hiệu lực bản thân đóng vai trò như một yếu tố tác động đến các bệnh cơ thể theo hướng làm tăng lên hoặc giảm đi triệu chứng, việc thực hiện chức năng cũng như tỷ lệ tử vong. Cụ thể, niềm tin cho rằng, bản thân mình có thể ứng phó tốt với bệnh thúc đẩy bệnh nhân thực hiện nhiều hơn các hành vi có lợi cho sức khỏe, ngược lại, niềm tin cho rằng bản thân mình không thể ứng phó tốt với bệnh làm giảm việc tuân thủ điều trị và thực hiện nhiều hành vi nguy cơ. Các bằng chứng nghiên cứu cũng có xu hướng ủng hộ vai trò trung gian của hiệu lực bản thân giữa các yếu tố như kiến thức, tính dễ bị tổn thương và hành vi thực tế của một cá nhân (Pitts, 2003). Các nghiên cứu cụ thể tập trung vào mối liên hệ giữa hiệu lực bản thân và tỷ lệ mắc bệnh, sự kiệt sức, khả năng kiểm soát đau mãn tính nói chung và đau các bộ phận cơ thể khác nhau và cơ chế tác động trung gian của hiệu lực bản thân giữa đau và các yếu tố liên quan. Trong đó, số lượng các nghiên cứu về mối liên hệ giữa hiệu lực bản thân và chứng đau chiếm phần lớn, do vậy đây là nội dung được trình bày chủ yếu trong phần dưới đây.

Hiệu quả bản thân liên quan đến nỗi đau được hiểu là niềm tin của những người bị đau mãn tính rằng một số hoạt động nhất định có thể được thực hiện mặc dù họ vẫn đau ở một/một số bộ phận cơ thể. Hiệu quả bản thân thấp là một trở ngại đối với việc phục hồi và dự báo khuyết tật lâu dài về chức năng do đau gây ra (Ferrari & cs, 2019). Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân mắc chứng đau mãn tính, Karasawa và cộng sự (2019) kết luận rằng, hiệu lực bản thân có liên quan đến việc giảm thiểu khuyết tật chức năng ở những bệnh nhân bị đau mãn tính. Tập trung vào việc nâng cao hiệu lực bản thân có thể là một chiến lược hiệu quả trong điều trị đau mãn tính ngoài việc giảm đau. Kết quả tương tự cũng nhận được từ nghiên cứu của Ferrari và cộng sự

(2019) với 310 bệnh nhân bị đau lưng mãn tính. Cụ thể, những người đau lưng mãn tính có mức độ hiệu lực bản thân thấp, đặc biệt là nữ giới và người sử dụng ma túy. Các phát hiện từ các nghiên cứu siêu phân tích cũng cho thấy, hiệu lực bản thân là yếu tố có thể dự báo mức độ suy yếu sức khỏe thấp, mức độ đau và stress có hại ở những người bị đau mãn tính (Jackson, Wang, Wang & Fan, 2014).

Những nghiên cứu khác cũng cho thấy, hiệu lực bản thân có liên quan đến việc giảm khó khăn cảm xúc (Rahman, Ambler, Underwood & Shipley, 2004; Turner, Ersek & Kemp, 2005; Nicholas & Asghari, 2006; Nicholas, 2007), giảm bớt hành vi né tránh (Asghari & Nicholas, 2001), khuyết tật thể chất thấp hơn (Turner & cs, 2005; Meredith, Strong & Feeney, 2006; Nicholas & Asghari, 2006; Nicholas, 2007), mức độ chấp nhận đau cao hơn (Fish, Hogan, Morrison, Stewart, McGuire, 2013), tăng sử dụng kỹ năng ứng phó tích cực (Nicholas, 2007) và cải thiện chức năng (Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000). Ngược lại, niềm tin vào hiệu lực giảm đau của bản thân thấp có liên quan đến sự gia tăng cơn đau của người mắc chứng đau mãn tính (Lefebvre & cs, 1999; Strahl & cs, 2000; Rahman & cs, 2004; Meredith & cs, 2006).

Như vậy, hiệu lực bản thân được coi là nguồn lực bên trong giúp giảm đau (Cousins, Kalapurakkel, Cohen, & Simons, 2015). Vậy, hiệu lực bản thân có tác dụng làm thuyên giảm đau hoặc giảm khuyết tật do đau thông qua cơ chế nào? Hiệu lực bản thân giảm đau có thể làm gián đoạn vòng tròn sợ hãi – né tránh (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & Van Eek, 1995; Simons & Kaczynski, 2012) bằng cách giảm tác động của nỗi sợ đau (Woby, Urmston & Watson, 2007; Carpino, Segal, Logan, Lebel & Simons, 2014), làm cho tình trạng khuyết tật gây ra do đau thấp hơn (Tomlinson, Cousins, McMurtry & Cohen, 2017). Khi khuyết tật (chức năng) thấp hơn, người bệnh giảm đi nỗi sợ đau, điều này dẫn đến việc ứng phó với đau tốt hơn làm cho họ lạc quan hơn. Bandura (1977) cũng đã giải thích rằng, sự tiếp xúc và làm chủ những hoạt động đáng sợ có tác dụng củng cố và tăng hiệu lực bản thân, thúc đẩy cá nhân thực hiện hành vi/hoạt động đó trong tương lai.

Ở trẻ em và thanh thiếu niên có các dạng đau mãn tính khác nhau, niềm tin vào năng lực ứng phó với cơn đau có liên quan đến sự cải thiện các chức năng học đường, ít triệu chứng trầm cảm hơn và khuyết tật chức năng thấp hơn (Kalapurakkel,

Carpino, Lebel & Simons, 2015), lòng tự trọng cao hơn và ít các triệu chứng cơ thể hơn (Bursch, Tsao, Meldrum & Zeltzer, 2006), chấp nhận bệnh cao hơn và khuyết tật thấp hơn (Wallace, Harbeck-Weber, Whiteside & Harrison 2011). Hiệu lực bản thân là biến số trung gian giữa nỗi sợ đau, khuyết tật chức năng và khó khăn trong học tập ở thanh niên có chứng đau đầu (Carpino, Segal, Logan, Lebel & Simons, 2014).

Trong lĩnh vực sức khỏe nghề nghiệp, hiệu lực bản thân cũng là một trong những yếu tố được nghiên cứu nhiều. Các nhà nghiên cứu quan tâm đến mối liên hệ giữa niềm tin của cá nhân vào năng lực nghề nghiệp của mình và mối quan hệ giữa nó với cảm xúc tích cực, sự kiệt sức về cảm xúc (emotional exhaustion), tự điều chỉnh trong công việc.

Một nhóm nghiên cứu đã đánh giá mối liên hệ giữa cảm xúc tích cực trong giảng dạy, hiệu lực bản thân trong học thuật và phong cách giảng dạy của 230 giảng viên từ 13 cơ sở giáo dục đại học ở Thượng Hải (Trung Quốc). Kết quả nghiên cứu cho phép các tác giả nhận định rằng, cảm xúc tích cực trong giảng dạy có tương quan thuận với phong cách giảng dạy và hiệu lực bản thân trong học thuật. Phong cách giảng dạy có thể dự báo được cảm xúc tích cực trong giảng dạy thông qua biến số trung gian là hiệu lực bản thân trong học thuật (Zhang, Fu, Li & He, 2019).

Nghiên cứu trên trên 3071 giảng viên ở Mỹ, Anh, Canada, Úc và các nước châu Âu cho thấy, niềm tin vào năng lực của bản thân trong việc phát triển nghề nghiệp cao (hơn mức trung bình) thì mức độ trì hoãn hành vi và kiệt sức về cảm xúc thấp hơn. Kết quả này đúng ở một thời điểm đo lường và đúng với cả tiến trình thời gian với 3 thời điểm đo lường (mỗi thời điểm cách nhau từ 5 – 6 tháng). Ngoài ra, niềm tin vào năng lực bản thân trong phát triển nghề nghiệp cao cũng tương quan với mức độ gia tăng kiệt sức cảm xúc thấp theo thời gian (Hall, Lee & Rahimi, 2019).

Với những bằng chứng ủng hộ đã trình bày ở trên, hiệu lực bản thân được xem là cơ chế quan trọng dẫn đến sự thay đổi ở người bệnh vì nó phản ánh động lực và kỳ vọng làm chủ bệnh tật, do đó nội dung này được đưa vào trong các chương trình can thiệp quản lý cơn đau ở nhiều nước trên thế giới (Tomlinson & cs, 2017). Theo Thompson, Broadbent, Bertino & Staiger (2016), trong các chương trình phục hồi chức năng, hiệu lực bản thân là một trong những yếu tố được hỗ trợ thực nghiệm

hiều nhất về tính hiệu quả trong việc nâng cao sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân người lớn bị đau mãn tính.

4.4. KIỂU TÍNH CÁCH

4.4.1. Khái niệm về kiểu tính cách

Tính cách của chúng ta đóng một vai trò quan trọng trong việc xác định hành vi và thói quen của chúng ta, vì vậy hiển nhiên rằng, kiểu tính cách có mối liên hệ với sức khỏe của mỗi cá nhân. Thậm chí, kiểu tính cách còn có khả năng dự báo các vấn đề sức khỏe – bệnh tật của chúng ta.

Lịch sử nghiên cứu về mối liên hệ giữa kiểu tính cách, khí chất và sức khỏe đã được quan tâm từ thời Cổ đại. Một trong những mô tả sớm nhất về vấn đề này thuộc về Hippocrates với lý thuyết về bốn loại khí chất (temperament). Ông tin rằng, các kiểu cảm xúc và hành vi khác nhau của con người là do thừa hoặc thiếu một số chất lỏng trong cơ thể như máu (Blood), mật vàng (Yellow bile), mật đen (Black bile) và niêm dịch (Phlegm) (Kagan, 1998). Bốn kiểu khí chất này được Galen đặt tên là “sanguine” “choleric” “melancholic” và “phlegmatic”, được dịch ra tiếng Việt lần lượt là “hăng hái”, “nóng nảy”, “trầm buồn” và “điềm tĩnh”. Kết quả của một số nghiên cứu đã cho thấy, bốn loại khí chất trên được di truyền một phần, biểu hiện bằng tính không ổn định thần kinh và có liên quan rõ rệt đến cảm xúc và hành vi của con người (Srivastava & Das, 2015).

Tiếp đến, kết quả của nhiều lý thuyết và nghiên cứu của nhiều tác giả đã góp phần hình thành mô hình năm yếu tố nhân cách, bao gồm (1) hướng ngoại (Extraversion), (2) dễ chịu (Agreeableness), (3) tận tâm (Conscientiousness), (4) tính ổn định thần kinh (Neuroticism) và (5) cởi mở để trải nghiệm (Openness to Experience). Yếu tố thứ nhất và yếu tố thứ 4 còn được gọi tên theo hai đối cực là hướng ngoại – hướng nội (Extraversion – Intraversion), bất ổn thần kinh/cảm xúc và tính ổn định thần kinh/cảm xúc (Neuroticism – Non-neuroticism hoặc Emotional stability – Emotional instability). Hiện nay, mô hình năm yếu tố là mô hình phổ biến nhất được sử dụng trong các nghiên cứu tâm lý học. Tuy nhiên, riêng trong lĩnh vực tâm lý học sức khỏe còn có kiểu phân chia tính cách khác, được gọi tên lần lượt là kiểu A, B, C, D và được nghiên cứu nhiều trong mối liên quan đến sức khỏe thể chất.

4.4.2. Đặc điểm của các kiểu tính cách

Ban đầu, *kiểu tính cách A* và kiểu tính cách B được phát hiện một cách tình cờ bởi hai bác sĩ tim mạch là Friedman và Rosenman (1959). Mặc dù ban đầu được gọi là “Kiểu tính cách A” bởi Friedman và Rosenman, tuy nhiên, kiểu tính cách này đã được nghiên cứu bổ sung, làm rõ và đã được khái niệm hóa như một tập hợp các phản ứng hành vi được gọi chung là kiểu hành vi loại A (Type A behavior). Kiểu tính cách A có cả những điểm mạnh và điểm yếu. Những điểm mạnh đặc trưng thường được mô tả là: yêu thích sự trung thực, tốc độ hành vi nhanh, đam mê công việc. Tuy nhiên, người có kiểu tính cách A thường được mô tả bởi nhiều đặc điểm đặc trưng được xem như là những hạn chế bởi chúng tạo ra nguy cơ cao đối với sức khỏe thể chất cũng như sức khỏe tâm thần của họ. Những đặc trưng đó bao gồm: xung động và xâm kích, khả năng chịu đựng kém, khó tìm hoãn hoạt động, luôn đuổi theo thời gian và nỗ lực để kịp mọi việc (time urgency), dễ xúc cảm và dễ bị căng thẳng, dễ giận dữ/thù địch. Ngoài ra, người có kiểu tính cách A cũng luôn cần được ủng hộ từ người khác về mặt tâm lý để thực hiện công việc/hành vi nào đó.

Hộp 4.3

KIỂU TÍNH CÁCH A & KIỂU TÍNH CÁCH B

Friedman và Rosenman (cả hai bác sĩ tim mạch) đã phát hiện ra kiểu tính cách A và loại B một cách tình cờ sau khi họ nhận ra rằng ghế phòng chờ của họ cần được bọc lại sớm hơn nhiều so với dự kiến.

Khi người thợ bọc da đến phòng khám của hai bác sĩ này để làm việc, ông ta xem xét cẩn thận những chiếc ghế và nhận xét rằng da bọc ghế bị bào mòn một cách bất thường. Người thợ bọc da nói với các bác sĩ rằng, có điều gì đó bất thường ở những bệnh nhân của họ bởi ông ấy chưa thấy bất kỳ chiếc ghế da nào bị hỏng theo cách như thế. Không như hầu hết bệnh nhân kiên nhẫn chờ đợi, bệnh nhân tim mạch dường như không thể ngồi yên trên ghế trong thời gian dài và làm mòn da bọc trên cánh tay ghế. Họ có xu hướng chỉ ngồi ở mép ghế và đứng dậy thường xuyên hơn những người khác.

Tuy nhiên, lúc đầu hai vị bác sĩ này đã bỏ qua nhận xét của người thợ bọc da. Phải mất mấy năm sau họ mới chính thức bắt đầu nghiên cứu về kiểu hành vi này ở bệnh nhân của mình. Hai bác sĩ tìm mạch này đã đặt tên cho kiểu hành vi này là kiểu tính cách A. Sau đó, họ thực hiện một số nghiên cứu và chỉ ra rằng, người có kiểu tính cách A có nguy cơ mắc bệnh tim mạch và huyết áp cao hơn so với những người khác – được gọi chung là kiểu tính cách B.

Nguồn: McLeod, S.A.

(2017)

Kiểu tính cách B thường được đánh giá bằng mặt đối lập của các đặc điểm thuộc kiểu tính cách A ở ba phương diện: (1) nỗ lực đuổi theo thời gian (mức độ nỗ lực để kịp mọi việc), (2) mức độ cạnh tranh và (3) tính kiên nhẫn (Green, Meagher & Millon, 2012). Cũng có tác giả khác xác định ba phương diện gần tương tự: (1) xung năng và tham vọng, (2) tính cạnh tranh và gây hấn, (3) nỗ lực đuổi theo thời gian (Chesney, Black, Chadwick & Rosenman, 1981). Theo đó, người có *kiểu tính cách B* có những nét tính cách đặc trưng như bình thản, điềm tĩnh, linh hoạt, dễ thích ứng với sự thay đổi, mức độ cạnh tranh thấp, sức chịu đựng stress cao (mức độ stress thấp), thoải mái, kiên nhẫn, sáng tạo, lạc quan. Do những nét tính cách này nên người có kiểu tính cách B có khả năng quản lý stress tốt, xử lý các tình huống một cách nhẹ nhàng, mềm dẻo. Tuy nhiên, người có tính cách kiểu B cũng có điểm yếu, chẳng hạn, họ thường trì hoãn hành động, do đó đôi khi làm cho công việc bị chậm lại. Họ có tính cách dễ dãi nên đôi khi tạo ra cho người khác cảm giác họ là người thờ ơ, lãnh đạm và thiếu chăm chỉ.

Kiểu tính cách C lần đầu tiên được mô tả bởi Temoshok (1987) như một kiểu tính cách luôn kìm nén cảm xúc và cảnh giác với xung quanh. Theo mô tả ban đầu của Temoshok, kiểu tính cách C có ba đặc điểm cơ bản là (1) cơ chế phòng vệ quá mạnh mẽ dẫn đến mất khả năng diễn đạt bằng lời và không có khả năng nhận ra cảm xúc tiêu cực của bản thân; (2) có phản ứng tiêu cực như cảm giác tuyệt vọng và vô dụng; (3) thiếu kiểm soát khả năng của bản thân trong những tình huống căng thẳng. Kiểu tính cách C có mối liên hệ chặt chẽ với chứng mất khả năng biểu đạt cảm xúc

(Lală, Bobîrnac & Tîpa, 2010). Những người có kiểu tính cách C còn được mô tả như là “thừa lý trí, thiếu cảm xúc” (Wirsching, Stierlin, Hoffmann, Weber & Wirsching, 1982).

Kiểu tính cách C thích sự chi tiết trong mọi việc, thích sự ổn định và những gì bản thân có thể kiểm soát được. Họ không thích, thậm chí đôi khi lo sợ những thứ vượt quá tầm kiểm soát của bản thân. Vì vậy, họ cũng là những người thích kiểm soát cả người khác. Họ quan tâm đến tính chính xác, hợp lý và logic. Những đặc điểm trên có mối quan hệ khăng khít với nhau. Chính vì (1) thích sự ổn định nên họ có xu hướng (2) kiểm soát bản thân và người khác, cộng với (3) mối quan tâm (đôi khi là bận tâm) về sự chính xác, logic nên họ là người nguyên tắc. Ba đặc điểm này dẫn đến việc người có tính cách C hướng đến kết quả nên họ bám sát tiến trình và giữ nguyên tắc giao tiếp mang tính thủ tục để đạt được kết quả. Do đó, người có kiểu tính cách C không thích những người khó kiểm soát cảm xúc của mình và những người thích khoa trương. Họ cũng không thích ở xung quanh những người đầy cường điệu, vì họ mong muốn sự thật, sự chính xác và logic. Cảm xúc của những người xung quanh không phải là thứ làm cho họ chú ý và bận lòng bởi họ quan tâm nhiều hơn đến sự kiện và tính chính xác của sự kiện đó. Những đặc điểm tính cách nêu trên làm cho người có kiểu tính cách C gặp khó khăn trong việc bộc lộ cảm xúc. Họ có xu hướng kìm nén cảm xúc, đặc biệt là những người có nhiều cảm xúc tiêu cực như giận dữ, thù địch. Ẩn giấu đằng sau việc kìm nén cảm xúc là những đặc điểm như muốn tránh xung đột, kỳ vọng xã hội cao và quá kiên nhẫn. Đây cũng là điểm bất lợi tạo ra nguy cơ đối với sức khỏe của họ.

Kiểu tính cách D (distress) đặc trưng bởi sự trải nghiệm mức độ cao và thường xuyên các cảm xúc tiêu cực (negative affectivity) và ức chế xã hội (social inhibition) – nghĩa là cá nhân không được thỏa mãn nhu cầu tự thể hiện trong các tương tác xã hội (Jackson, 2018) và ức chế bộc lộ cảm xúc (Shao, Yin & Wan, 2017). Người có kiểu tính cách D được mô tả là không muốn thể hiện bản thân, kiên nhẫn, thích sự chính xác và ngăn nắp. Họ thường tìm kiếm sự chấp nhận của những người xung quanh để cảm thấy an toàn. Do vậy, các mô hình đo lường kiểu tính cách D thường có cấu trúc từ hai nhân tố: (1) trải nghiệm cảm xúc tiêu cực mức độ cao và (2) ức chế xã hội. Người có xu hướng trải nghiệm cảm xúc tiêu cực thường xuyên bộc lộ các

cảm xúc tiêu cực đó, trong khi người có xu hướng ức chế xã hội lại không bày tỏ những cảm xúc tiêu cực bởi họ sợ bị từ chối hoặc không được người khác chấp nhận (Mols & Denollet, 2010). Ở trẻ vị thành niên, tỷ lệ kiểu tính cách D 10,4% ở các em nam và 14,6% ở các em nữ (Denollet, 2005).

Như vậy, bốn kiểu tính cách trên được phân chia theo một số tiêu chí cụ thể, bao gồm: mức độ cảm xúc tiêu cực, mức độ bộc lộ/ức chế cảm xúc, tính cạnh tranh, phong cách hành vi (chậm rãi hay luôn đuổi theo thời gian), ức chế xã hội, tính xâm kích, mức độ xung động, tính ổn định/không ổn định thần kinh, tính linh hoạt, khả năng thích ứng và một vài đặc điểm khác. Thông thường, mỗi người trong chúng ta đều trải nghiệm các tính cách nói trên trong từng khoảng thời gian nhất định. Tuy nhiên, những người thuộc kiểu tính cách A, B, C hay D thường trải nghiệm, biểu hiện các đặc điểm trên thường xuyên hơn và mức độ cũng rõ rệt hơn. Việc xác định kiểu tính cách không đồng nghĩa với việc đánh giá tâm lý hay sức khỏe tâm thần mà nó chỉ có ý nghĩa trong việc xác định một số hành vi đặc trưng. Những kiểu hành vi này có liên hệ với lối sống và các vấn đề sức khỏe tiềm tàng mà người mang kiểu tính cách nào đó có nguy cơ cao hơn.

4.4.3. Mối liên hệ giữa kiểu tính cách và sức khỏe

Những bằng chứng cho đến thời điểm hiện tại cho thấy, bốn kiểu tính cách A, B, C, D đều có những nguy cơ đối với vấn đề sức khỏe. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu cho biết, người có kiểu tính cách A và kiểu tính cách D đối mặt với nhiều nguy cơ về sức khỏe hơn so với hai kiểu tính cách còn lại.

Kiểu tính cách A và sức khỏe

Người có kiểu tính cách A có nguy cơ mắc các bệnh liên quan đến tim mạch cao hơn những người có kiểu tính cách loại B. Nghiên cứu dịch tễ học về mối quan hệ giữa kiểu tính cách A và các bệnh lý tim mạch lần đầu tiên được thực hiện bằng cách theo dõi 3500 nam giới trong một cuộc điều tra kéo dài 8,5 năm được gọi là Nghiên cứu nhóm hợp tác phương Tây (WCGS) (Rosenman & Friedman, 1964, Rosenman & cs, 1975). Sau khi đã loại trừ tác động của các biến số ảnh hưởng khác, các nhà nghiên cứu đã xác nhận mô hình hành vi của kiểu tính cách A là tiền đề của các bệnh lý tim mạch. Kết quả của nghiên cứu WCGS còn cho biết, những người có

kiểu tính cách A có nhịp tim tăng gấp đôi so với người có kiểu tính cách B tại thời điểm đánh giá lần đầu.

Ngoài nghiên cứu WCGS, mối quan hệ giữa kiểu tính cách A và mức độ xơ vữa động mạch vành đã được tìm thấy khi khám nghiệm tử thi (Friedman, Rosenman, Straus, Wurm & Kositchek, 1968), trong một số nghiên cứu chụp động mạch (Blumenthal, Williams, Kong, Schanberg & Thompson, 1978; Frank, Helter, Kornfeld, Sporn & Weiss, 1978; Zyzanski, Jenkins, Ryan, Flessas & Everist, 1976). Nghiên cứu Framingham năm 1980 cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch cao hơn ở cả nam giới và nữ giới có kiểu tính cách A (Haynes, Feinleib & Kannel, 1980).

Tuy nhiên, một số bằng chứng nghiên cứu sau thời gian trên lại phủ định mối liên hệ giữa kiểu tính cách A và bệnh tim mạch (Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue & Tsugane, 2008; Nezu, Nezu, Geller, 2003; Shekelle, Hulley, & Neaton, 1985). Haynes, S., Feinleib, M., Kannel, W. (1980). Các nhà nghiên cứu cho rằng, mối liên hệ giữa kiểu tính cách A và bệnh tim mạch được tìm thấy trong các nghiên cứu trước những năm 1990 thường dựa trên các bằng chứng yếu và không nhất quán (Bunker & cs, 2003; Schwalbe, 1990). Thêm vào đó, các kết quả nghiên cứu đó chủ yếu được rút ra từ những nghiên cứu có nhiều hạn chế về phương pháp nghiên cứu (xem thêm chương 5).

Những tranh luận về sự ảnh hưởng của kiểu tính cách A đối với bệnh tim mạch không dừng lại ở đây. Năm 2012, Petticrew, Lee & McKee (2012) đã công bố một bài báo chứng minh rằng, hầu hết các nghiên cứu về ảnh hưởng của kiểu tính cách A (cũng là kiểu hành vi loại A - type A behavior pattern) đến nguy cơ mắc các bệnh tim mạch sau những năm 1990 đều có nguồn tài trợ chính từ ngành công nghiệp thuốc lá. Điều này đã làm sai lệch kết quả nghiên cứu để bảo vệ ngành công nghiệp này bằng cách sử dụng thang đo có độ tin cậy và độ hiệu lực thấp, khai thác các bằng chứng yếu và công bố nhiều lần kết quả ảnh hưởng âm tính của kiểu hành vi loại A đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch để định hình thành suy nghĩ phổ biến (Xem thêm chương 5).

Kiểu tính cách B và sức khỏe

Những người thuộc kiểu tính cách B được cho là có xu hướng giảm nguy cơ mắc bệnh tim và huyết áp cao. Họ cũng có thể có khả năng miễn dịch tốt hơn vì mức

độ stress thấp hơn và kỹ năng quản lý stress tốt hơn. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là tính cách loại B không có những nguy cơ tiềm tàng. Một vấn đề mà những người có kiểu tính cách B có thể phải đối mặt là họ thường có xu hướng yên tâm và thoải mái quá mức đối với sức khỏe của bản thân. Do họ thường có cảm giác thoải mái, ít bị căng thẳng nên họ có thể chủ quan và không duy trì các hành vi lành mạnh hoặc không thăm khám sức khỏe định kỳ. Các nghiên cứu về mối quan hệ riêng giữa kiểu tính cách B và nguy cơ sức khỏe rất ít mà thường được đề cập chung khi nói đến ảnh hưởng của kiểu tính cách hoặc tỷ lệ mẫu nghiên cứu có kiểu tính cách A và B. Có sự thống nhất giữa các kết quả nghiên cứu khác nhau khi nhận định rằng, kiểu tính cách B ít nguy cơ mắc các vấn đề cả về sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tâm thần hơn so với kiểu tính cách A (GhorbaniAmir, 2011). Tuy vậy, cũng có một số kết quả nghiên cứu đưa ra những bằng chứng ngược chiều. Chẳng hạn, Kirkcaldy, Cooper & Furnham (1998) cho rằng, không có mối quan hệ đáng kể nào giữa tính cách, sự hài lòng trong công việc và sức khỏe nói chung. Nhìn chung, thực tập sinh loại A thể hiện sự hài lòng nhất trong công việc với tình hình công việc của họ và sức khỏe thể chất và tâm lý tốt hơn. Kiểu tính cách A và những người có kiểu tính cách B kết hợp với tiêu điểm kiểm soát bên ngoài có điểm số các vấn đề sức khỏe tâm thần cao hơn những người còn lại. Kiểu tính cách B kết hợp với tiêu điểm kiểm soát bên ngoài báo cáo các vấn đề sức khỏe thể chất nhiều hơn. Trong khi đó, kiểu tính cách B kết hợp với tiêu điểm kiểm soát bên trong là nhóm có sức khỏe tâm thần và thể chất tốt nhất (Kirkcaldy & cs, 1998). Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, kết quả của nghiên cứu này chỉ được kiểm nghiệm trong nhóm mẫu gồm 255 nhà quản lý người Anh và người Đức. Ngoài ra, cũng cần tìm hiểu thêm về nguồn tài trợ cho nghiên cứu đến từ đâu như đã đề cập đến ở trên.

Kiểu tính cách C và sức khỏe

Cũng như kiểu tính cách B, kiểu tính cách C không thu hút được nhiều sự quan tâm của các nhà nghiên cứu như kiểu A và D. Chỉ có một ít bằng chứng từ các nghiên cứu trong suốt thập niên 1980 đến thập niên 2000 cho thấy kiểu tính cách C có liên quan đến ung thư nói chung (Jomehri, Najafi, Jafari & Sohrabi, 2009) và ung thư vú (Jensen, 1987; Morris, Greer, Pettingale & Watson, 1981). Kiểu tính cách C có liên quan đến mức độ stress cao (Lală & cs, 2010), tiên lượng điều trị kém

(Temoshok & cs, 1985). Bên cạnh đó, có bằng chứng cho thấy có mối liên hệ giữa mức độ bộc lộ cảm xúc thấp (low emotional expressiveness) vốn là đặc điểm điển hình của kiểu tính cách C với sự tái phát ung thư (Greer, Morris & Pettingale, 1979). Tóm lại, có bằng chứng cho thấy kiểu tính cách C với đặc điểm điển hình là kìm nén bộc lộ cảm xúc có nguy cơ mắc phải và tái phát ung thư, đặc biệt là ung thư vú ở phụ nữ. Tuy nhiên, những nghiên cứu này khá cũ và trên thực tế, có rất ít các nghiên cứu mới về chủ đề này. Ngoài ra, ngay cả những bằng chứng đã được trình bày ở trên cũng chỉ xuất phát từ các nghiên cứu đơn lẻ với số mẫu không nhiều và không mang tính đại diện.

Hầu như chưa có một nghiên cứu nào mang tính hệ thống hay nghiên cứu dạng tổng quan, siêu phân tích về mối liên hệ giữa kiểu tính cách C hoặc các đặc trưng riêng lẻ của kiểu tính cách này với các vấn đề sức khỏe.

Kiểu tính cách D và sức khỏe

Có một số lượng lớn các nghiên cứu quan tâm đến mối liên hệ giữa kiểu tính cách D và sức khỏe. Nhìn chung, kết quả từ các nghiên cứu được thiết kế tốt và đảm bảo độ tin cậy khoa học cho thấy, kiểu tính cách D có ảnh hưởng tiêu cực đến cả sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và sức khỏe nghề nghiệp (Mols & Denollet, 2010). Về sức khỏe thể chất, phần lớn các nghiên cứu xác nhận rằng, tính cách loại D là một yếu tố độc lập dự báo tình trạng sức khỏe kém, nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch và tăng nguy cơ tử vong (Denollet, 2000; Denollet & cs, 1996; Martens, Mols, Burg, Denollet, 2009; Mols & Denollet, 2010a; O'Dell, Masters, Spielmans & Maisto, 2011) (Xem thêm chương 6).

Những kết quả nghiên cứu về mối liên quan giữa kiểu tính cách D và bệnh tim mạch trên nhóm lâm sàng cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trên các nhóm cộng đồng (Mols & Denollet, 2010b). So với vị thành niên bình thường, tỷ lệ trẻ vị thành niên có kiểu tính cách D có than phiền đau xương khớp cao gần gấp đôi; tỷ lệ báo cáo về các vấn đề sức khỏe tâm thần tăng gấp 5 lần; bị rối loạn giấc ngủ tăng gấp 4 lần và có số giờ ngủ ít hơn (Denollet, 2005).

Về lối sống và các thói quen, kiểu tính cách D có liên quan đến các hành vi có hại cho sức khỏe như hút thuốc lá và giảm các hành vi có lợi cho sức khỏe như hoạt động thể chất phù hợp, điều này dẫn đến sức khỏe thể chất kém và ứng phó với stress

kém hiệu quả (Williams, Abbott & Kerr, 2016; Wiencierz & Williams, 2017). Ngoài ra, kiểu tính cách D ảnh hưởng cả trực tiếp và gián tiếp đến hành vi không tuân thủ điều trị.

Tóm lại, các bằng chứng nghiên cứu về mối liên hệ giữa kiểu tính cách D và các vấn đề sức khỏe là nhất quán và rõ ràng. Theo đó, kiểu tính cách D là một yếu tố dễ bị tổn thương trong tâm lý cá nhân, có thể đóng vai trò vừa là yếu tố khởi phát vừa là yếu tố làm cho bệnh tiến triển xấu đi và cũng là yếu tố tăng nguy cơ tử vong đối với bệnh tim mạch; là yếu tố làm cho tình trạng bệnh tiến triển xấu đi đối với ung thư, tiểu đường và nhiều bệnh lý khác. Do vậy, việc sàng lọc và phòng ngừa là rất quan trọng để có thể hạn chế bớt sự ảnh hưởng tiêu cực của kiểu tính cách D đối với sức khỏe con người.

Mối liên hệ giữa các đặc điểm cá nhân và sức khỏe là một lĩnh vực nghiên cứu thu hút được sự quan tâm lớn của các nhà tâm lý học sức khỏe. Các bằng chứng nghiên cứu có được đến thời điểm hiện nay chỉ ra rằng, các đặc điểm cá nhân như tính lạc quan/bi quan, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe, hiệu lực bản thân và các kiểu tính cách/hành vi khác nhau có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của con người. Theo đó, tính lạc quan, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe bên trong, hiệu lực bản thân cao (niềm tin mạnh mẽ vào năng lực của bản thân) có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe. Trong khi đó, bi quan, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe bên ngoài/dựa vào người khác, tiêu điểm kiểm soát sức khỏe do may mắn có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe. Những yếu tố cá nhân kể trên ảnh hưởng đến sức khỏe thông qua hành vi nguy cơ trong tiêu thụ thực phẩm, kiểm tra sức khỏe định kỳ, hành vi tuân thủ điều trị và các chiến lược ứng phó của cá nhân với các vấn đề liên quan đến sức khỏe.

Các bằng chứng nghiên cứu cũng đã chỉ ra ảnh hưởng của các kiểu tính cách đến các vấn đề sức khỏe và bệnh tật của con người. Những đặc điểm đặc trưng của người có kiểu tính cách A (cảm xúc tiêu cực, dễ bị căng thẳng, mức độ xung động cao, dễ gây hấn, nỗ lực đuổi theo thời gian) và kiểu tính cách D (mức độ cảm xúc tiêu cực cao và thường xuyên, ức chế xã hội và ức chế bộc lộ cảm xúc) có liên quan đến các bệnh lý tim mạch, ung thư, tiểu đường và một số bệnh lý khác. Người có kiểu tính cách C với những đặc trưng như quá chú trọng lý trí, logic và nguyên tắc

trong khi quá nỗ lực kìm nén bộc lộ cảm xúc có thể phải đối mặt với nguy cơ mắc và tái phát ung thư (đặc biệt là ung thư vú), tiên lượng điều trị kém và mức độ stress cao. Riêng người có kiểu tính cách B dường như ít có các nguy cơ sức khỏe hơn cả ba kiểu trên bởi những đặc trưng cá nhân như điềm tĩnh, ít bị căng thẳng, quản lý stress tốt, linh hoạt và thích ứng tốt.

Những kết quả nghiên cứu trên đây gợi ý về nghiên cứu sàng lọc các đặc điểm tâm lý cá nhân trong các nhóm lâm sàng, đặc biệt là nhóm bệnh nhân tim mạch, ung thư, tiểu đường, cao huyết áp và các bệnh lý khác để giúp bệnh nhân ứng phó tốt hơn với bệnh tật, tuân thủ điều trị hơn và dự phòng tái phát. Việc sàng lọc này cũng có thể áp dụng rộng rãi trong một số nhóm cộng đồng nhằm mục đích thúc đẩy hiệu quả của y tế dự phòng và tâm lý dự phòng nhằm mục tiêu giảm nguy cơ đối với các vấn đề sức khỏe cho cá nhân nhưng đồng thời cũng giảm gánh nặng cho hệ thống y tế và nguồn lực y tế nói chung.

Trong bối cảnh Việt Nam hiện nay, khi các nguồn lực đầu tư cho y tế còn hạn chế (xét trên cả bình diện cá nhân và xã hội) thì việc sàng lọc để dự phòng là vô cùng cần thiết và mang lại nhiều lợi ích. Tuy nhiên, những việc này khó khả thi trong bối cảnh hiện nay khi các vấn đề tâm lý chưa được phổ cập và quan tâm đúng mức ở cấp độ cá nhân cũng như cấp độ xã hội. Để có thể thực hiện công việc này hiệu quả các kiến thức tâm lý nói chung và kiến thức tâm lý học sức khỏe nói riêng cần được phổ cập rộng rãi trong cộng đồng và có thể bắt đầu ở các cấp học phổ thông. Trong lĩnh vực tâm lý trị liệu và tham vấn, hiểu biết và nhận diện các đặc điểm cá nhân bất lợi như bi quan, niềm tin sức khỏe bên ngoài, hiệu lực bản thân thấp và kiểu tính cách A và D sẽ giúp nhà trị liệu và thân chủ tiên lượng được các nguy cơ đối với sức khỏe của thân chủ, từ đó phòng ngừa hành vi nguy cơ và có chiến lược ứng phó phù hợp.

Bên cạnh đó, cần thúc đẩy công tác nghiên cứu mối liên hệ giữa các đặc điểm tâm lý cá nhân và sức khỏe trên các nhóm lâm sàng cũng như nhóm cộng đồng người Việt Nam để có những bằng chứng cụ thể hơn, mang tính thích ứng văn hóa hơn. Hiện nay, lĩnh vực nghiên cứu này ở Việt Nam đang là một khoảng trống lớn, chưa nhận được sự quan tâm của các nhà nghiên cứu thuộc lĩnh vực tâm lý học cũng như lĩnh vực y tế công cộng. Về nội dung, ngoài những vấn đề đã được trình bày cụ thể trong chương này, các nghiên cứu cũng có thể mở rộng thêm để làm rõ hơn ảnh

hưởng của các đặc điểm cá nhân khác đến sức khỏe, chẳng hạn, tính ổn định/không ổn định thần kinh (neuroticism), thói quen và niềm tin tâm linh.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Những cơ chế sinh lý thần kinh não bộ dẫn đến sự ảnh hưởng của tính lạc quan/bi quan đến sức khỏe thể chất?
2. Những cơ chế sinh lý thần kinh não bộ dẫn đến sự ảnh hưởng của tính lạc quan/bi quan đến sức khỏe tâm thần?
3. Có thể giải thích cơ chế ảnh hưởng của tiêu điểm kiểm soát và hiệu lực bản thân đến sức khỏe như thế nào?
4. Mối quan hệ giữa các dạng nhân cách ranh giới và sức khỏe thể chất?
5. Các chủ đề nghiên cứu liên quan đến mối quan hệ giữa khác biệt cá nhân và sức khỏe?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Asghari, A., Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Avvenuti, V., Baiardini, I., Giardini, A. (2016). Optimism's explicative role for chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 7, article 295. [Doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00295](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00295)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., & Adams, N.E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change". *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310
- Bunker, S.J., Colquhoun, D.M., Esler, M.D., Hickie, I.B., Hunt, D., Jelinek, V.M.,...Tonkin, A.M. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178, 272-276.
- Blumenthal, J. A., Williams, R., Kong, Y., Schanberg, S. M., and Thompson, L. W. (1978). Type A behavior pattern and angiographically documented coronary disease. *Circulation* 58, 634-639.

- Bursch, B., Tsao, J. C., Meldrum, M., & Zeltzer, L. K. (2006). Preliminary validation of a self-efficacy scale for child functioning despite chronic pain (child and parent versions). *Pain*, 125(1-2), 35-42.
- Carpino, E., Segal, S., Logan, D., Lebel, A., & Simons, L. E. (2014). The interplay of pain-related self-efficacy and fear on functional outcomes among youth with headache. *The Journal of Pain*, 15(5), 527-534.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889. Doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Cheng, C., Cheung, M.W.L. & Lo, B.C.Y. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health psychology Review*, 460-477. Doi.org/10.1080/17437199.2016.1219672
- Chesney, M.A., Black, G.W., Chadwick, J.H., & Rosenman, R.H. (1981). Psychological Correlates of the Type A Behavior Pattern. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 217 – 229.
- Clark, A. (1997). *Being there: Putting brain, body and world together again*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Cousins, L. A., Kalapurakkel, S., Cohen, L. L., & Simons, L. E. (2015). Topical review: Resilience resources and mechanisms in pediatric chronic pain. *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 840-845.
- Darviri, C., Alexopoulos, E. C., Artemiadis, A. K., Tigani, X., Kraniotou, C., Darviri, P., & Chrousos, G. P. (2014). The healthy lifestyle and personal control questionnaire (HLPCQ): A novel tool for assessing self-empowerment through a constellation of daily activities. *BMC Public Health*, 14, 995. Doi:10.1186/1471-2458-14-995
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255–266.
- Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C., Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347(8999), 417-421.

- Ferrari, S., Vanti, C., Pellizzer, M., Dozza, L., Monticone, M., & Pillastrini, P. (2019). Is there a relationship between self-efficacy, disability, pain and sociodemographic characteristics in chronic low back pain? A multicenter retrospective analysis. *Archives of Physiotherapy*, 9(1), 9. Doi.org/10.1186/s40945-019-0061-8
- Fish, R.A., Hogan, M.J., Morrison, T.G., Stewart, I., McGuire, B.E. (2013). Willing and able: a closer look at pain willingness and activity engagement on the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). *Pain*, 14, 233-245.
- Frank, K. A., Helter, S. S., Kornfeld, D. S., Sporn, A. A., & Weiss, M. B. (1978). Type A behavior pattern and coronary angiographic findings. *JAMA* 240, 761-763.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of a specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings-blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *JAMA* 169, 1286-1296.
- Friedman, M., Rosenman, R. H., Straus, R., Wurm, M., & Kositchek, R. (1968). The relationship of behavioral pattern A to the state of coronary vasculature: A study of 51 autopsy subjects. *American Journal of Medicine*, 44, 525-537.
- GhorbaniAmir, H. (2011). Relationship between type a personality and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2010-2018.
- Green, C., Meagher ,R., Millon, T., (Eds) (2012). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785-787.
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800-814.
- Jensen, M.R. (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of personality*, 55, 317-342
- Jomehri, F., Najafi, M., Jafari, E., & Sohrabi, F. (2009). The Relation ship between type C personality, locus of control and hardiness in patients suffering from cancer and normal subjects. *Journal of clinical psychology*, 1(1), 47-66.

- Hall, N.C., Lee, S.Y., & Rahimi, S. (2019) Self-efficacy, procrastination, and burnout in postsecondary faculty: An international longitudinal analysis. *PLoS ONE* 14(12): e0226716. Doi. org/10.1371/journal.pone.0226716
- Haynes, S., Feinleib, M., Kannel, W. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study, III: eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111(1), 37–58.
- Honmore, V.M. & Jadhav, M.G. (2015). Type of education, locus of control and optimistic - pessimistic attitude among undergraduate college students. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(4), 145-152.
- Ikedo, A., Iso, H., Kawachi, I., Inoue, M., & Tsugane, S. (2008). Type A behaviour and risk of coronary heart disease: the JPHC Study. *International journal of epidemiology*, 37(6), 1395-1405.
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M. A., O’Cleirigh, C., Laurenceau, J.-P.,...Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: Proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 86–97. Doi.org/10.1207/ s15327558ijbm1202_6
- Kagan, J. (1998). *Galen’s Prophecy: Temperament in Human Nature*. New York: Basic Books; 1998.
- Kalapurakkal, S., A. Carpino, E., Lebel, A., & E. Simons, L. (2015). “Pain can’t stop me”: Examining pain self-efficacy and acceptance as resilience processes among youth with chronic headache. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 926-933.
- Karasawa, Y., Yamada, K., Iseki, M., Yamaguchi, M., Murakami, Y., Tamagawa, T., ... & Shinohara, H. (2019). Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PloS one*, 14(4): e0215404. Doi.org/10.1371/journal.pone.0215404 April 16, 2019
- Kirkcaldy, B. D., Cooper, C. L., & Furnham, A. F. (1998). The relationship between type A, internality–externality, emotional distress and perceived health. *Personality and Individual Differences*, 26(2), 223-235.

- Labrecque, J., Dufour, J. C., & Charlebois, S. (2011). Perceived health value of ready meals and side dishes: Regional and gender differences. *Young Consumers*, 12, 204–215. Doi:10.1108/17473611111163269
- Lală, A., Bobîrnac, G., & Tipa, R. (2010). Stress levels, alexithymia, type A and type C personality patterns in undergraduate students. *Journal of medicine and life*, 3(2), 200.
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80(1-2), 425-435.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 15–63). New York, NY: Academic.
- Martens, E.J., Mols, F., Burg, M.M., Denollet, J. (2009). Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 778-783.
- McLeod, S.A. (2017). *Type A personality*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/personality-a.html>
- Meevissen, Y. M. C., Peters, M. L., & Alberts, H. J. E. M. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 371–378. Doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.012
- Meredith, P., Strong, J., Feeney, J.A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123, 146-154.
- Milam, J. E., Richardson, J. L., Marks, G., Kemper, C. A., & Mccutchan, A. J. (2004). The roles of dispositional optimism and pessimism in HIV disease progression. *Psychology & Health*, 19, 167–181. Doi.org/10.1080/08870440310001652696
- Mols, F. & Denollet, J. (2010a). Type D personality among non-cardiovascular patient populations: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 66–72.

- Mols, F., & Denollet, J. (2010b). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 9.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W., & Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117
- Nezu, C. M., & Nezu, A. M. (2016). *The Oxford handbook of cognitive and behavioral therapies*. New York, NY: Oxford University Press.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European journal of pain*, 11(2), 153-163.
- Nicholas, M. K., & Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought?. *Pain*, 124(3), 269-279.
- O'Dell, K.R., Masters, K.S., Spielmans, G.I., Maisto, S.A. (2011). Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 199– 206. Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.009
- Petticrew, M. P., Lee, K., & McKee, M. (2012). Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel". *American journal of public health*, 102(11), 2018-2025.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B. and Davis, W. (1993) Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48(2), 102–116.
- Rahman, A., Ambler, G., Underwood, M. R., & Shipley, M. E. (2004). Important determinants of self-efficacy in patients with chronic musculoskeletal pain. *The Journal of rheumatology*, 31(6), 1187-1192.
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Haan, W., and Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *JAMA* 189, 15-22.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., and Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8,5 years. *JAMA* 233, 872-877.

- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (5th ed.). New York, NY: Wiley.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American psychologist*, 73(9), 1082–1094 Doi.org/10.1037/amp0000384
- Scheier, M. & Caver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3):219-47. Doi: 10.1037//0278-6133.4.3.219
- Schiavon, C.C., Marchetti, E., Gurgel, L.G., Busnello, F.M., Reppold, C.T. (2017). Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 7, article 2022. [Doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02022](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02022)
- Schwalbe, F. C. (1990). Relationship between Type A personality and coronary heart disease. Analysis of five cohort studies. *The Journal of the Florida Medical Association*, 77(9), 803-805.
- Simons, L. E., & Kaczynski, K. J. (2012). The Fear Avoidance model of chronic pain: examination for pediatric application. *The Journal of Pain*, 13(9), 827-835.
- Shao, Y., Yin, H., Wan, C. (2017). Type D personality as a predictor of self-efficacy and social support in patients with type 2 diabetes mellitus. [*Neuropsychiatric Disease and Treatment* 13, 855—861. Doi.org/10.2147/NDT.S128432](https://doi.org/10.2147/NDT.S128432)
- Srivastava, K., & Das, R. C. (2015). Personality and health: Road to well-being. *Industrial psychiatry journal*, 24(1), 1.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A., & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 863-873.
- Temoshok, L. (1990). *Type C and Cancer*. New York: Random House.
- Temoshok, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., DiClemente, R. J., & Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of psychosomatic research*, 29(2), 139-153.

- Thompson, E. L., Broadbent, J., Bertino, M. D., & Staiger, P. K. (2016). Do pain-related beliefs influence adherence to multidisciplinary rehabilitation?. *The Clinical Journal of Pain*, 32(2), 164-178.
- Tomlinson, R. M., Cousins, L. A., McMurtry, C. M., & Cohen, L. L. (2017). The power of pain self-efficacy: Applying a positive psychology framework to pediatric pain. *Pediatric Pain Letter*, 19(1), 9.
- Tomakowsky, J., Lumley, M. A., Markowitz, N., & Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 577–587. Doi .org/10.1016/S0022-3999(01)00249-5
- Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *The Journal of pain*, 6(7), 471-479.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Wallace, D. P., Harbeck-Weber, C., Whiteside, S. P., & Harrison, T. E. (2011). Adolescent acceptance of pain: Confirmatory factor analysis and further validation of the chronic pain acceptance questionnaire, adolescent version. *The Journal of Pain*, 12(5), 591-599.
- Wallston, K.A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160–170. Doi:10.1177/109019817800600107
- Williams, D.M., & Rhodes, R.E. (2016). The confounded self-efficacy construct: Conceptual analysis and recommendations for future research. *Health Psychology Review*, 10, 113–128. Doi:10.1080/17437199.2014.941998
- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffmann, F., Weber, G., & Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of psychosomatic research*, 26(1), 1-10.

- Woby, S. R., Urmston, M., & Watson, P. J. (2007). Self-Efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11(7), 711-718.
- Zhang, L., Fu, M., Li, D.T., He, Y. (2019). Emotions and teaching styles among academics: the mediating role of research and teaching efficacy. *Educational Psychology*, 39, 370–394.
- Zyzanski, S. J., Jenkins, C. D., Ryan, T. J., Flessas, A., & Everist, M. (1976). Psychological correlates of coronary angiographic findings. *Archives of Internal Medicine*, 136(11), 1234-1237.

CHƯƠNG 5

DỰ PHÒNG VÀ TĂNG CƯỜNG SỨC KHỎE

Chương này sẽ cung cấp những hiểu biết căn bản về công tác dự phòng y tế và nâng cao sức khỏe cộng đồng. Không những vậy, các yếu tố tâm lý trong dự phòng như nguyên nhân đồng thuận hoặc từ chối tham gia hoạt động dự phòng của cư dân và các yếu tố tâm lý – xã hội trong xây dựng các chương trình nâng cao sức khỏe sẽ được bàn luận. Cuối cùng, quy trình thúc đẩy và chăm sóc sức khỏe cộng đồng của UNICEF Việt Nam sẽ được giới thiệu nhằm cung cấp những định hướng thực hành cơ bản.

5.1. DỰ PHÒNG SỨC KHỎE

5.1.1. Mục tiêu và giá trị của dự phòng

Con người không thể tránh khỏi một số bệnh tật nếu như không có bất kì một biện pháp ngăn ngừa, phòng tránh nào được triển khai. Vấn đề của dự phòng, theo ý nghĩa của thập niên 1960 là làm chậm cái chết (Pitts, 2005). Cùng với nhu cầu kéo dài tuổi thọ và sống khỏe mạnh, dự phòng còn mang nghĩa tránh bệnh tật, góp phần tăng cường sức khỏe. Tuy vậy, sự phân định giữa khỏe mạnh và bệnh tật không phải lúc nào cũng rõ ràng. Con người khó đạt đến trạng thái hoàn toàn thoải mái, không hề đau đớn, không hề có bất kì một triệu chứng cơ thể nhỏ nào như mẩn ngứa, nghẹt mũi,...

Có sự khác biệt theo tuổi tác về trạng thái hoàn toàn thoải mái này, nhưng nhìn chung, đại đa số loài người, tại phần lớn các thời điểm, đều có những triệu chứng không thoải mái nhất định. Nếu đánh giá khỏe mạnh và bệnh tật theo một phổ liên tục từ thái cực hoàn toàn khỏe mạnh đến hoàn toàn bệnh tật (cái chết) thì dự phòng và công việc giữ cho con người ở phía khỏe mạnh, ngăn chặn các yếu tố xuất hiện ở phía bệnh tật.

Dự phòng là một lĩnh vực Y tế liên quan đến việc thực hiện các biện pháp để phòng bệnh. Song song với Y học điều trị, Y học dự phòng chịu trách nhiệm triển khai thực hiện, đẩy mạnh các hoạt động nghiên cứu và chính sách thúc đẩy và bảo vệ sức khỏe để giảm bệnh tật hoặc ngăn chặn và kiểm soát sự tiến triển, giám sát vấn đề

sức khỏe, xác định nhu cầu sức khỏe và lập kế hoạch, quản lý và đánh giá các dịch vụ y tế. Y tế dự phòng bao gồm năm lĩnh vực hoạt động cụ thể (lĩnh vực chuyên môn) là dịch tễ học, quản lý y tế, y học dự phòng, sức khỏe môi trường và nghề nghiệp, và khoa học tăng cường sức khỏe.

Giá trị của dự phòng sức khỏe có thể không được cá nhân ngay lập tức đánh giá cao. Những hành vi ngăn chặn các yếu tố bệnh tật xuất hiện từ sớm thường được cá nhân đánh giá về chi phí – hiệu quả. Những hoạt động thường ngày như ăn, ngủ, uống, hoạt động tình dục,... đều có các yếu tố nguy cơ cần dự phòng để tránh dẫn đến bệnh tật. Con người biết về hệ quả có thể xảy ra, nhưng chưa chắc đã thực hiện chúng. Chẳng hạn, chúng ta đều nhận biết rằng ăn thức ăn qua nhiệt cao (đồ rán, nướng) làm tăng nguy cơ các vấn đề tim mạch. Nhưng nếu đối diện với cơn đói hoặc khả năng thỏa mãn vị giác của đồ ăn (hiệu quả) thì việc ăn thức ăn qua nhiệt cao được cá nhân đánh giá là chi phí thấp.

Các lập luận về hệ quả thiệt hơn là trọng tâm của sự phòng sức khỏe. Nếu nhìn ở trực giảm nguy cơ mắc bệnh thì giảm bệnh là giảm chi phí. Các chiến lược dự phòng sức khỏe tập trung vào thay đổi các hành vi nguy cơ. Một cách ổn định, những hành vi nguy cơ cần được dự phòng để bảo vệ sức khỏe gồm:

- không hút thuốc lá
- ăn sáng mỗi ngày
- uống không quá 2 ly đồ uống có cồn mỗi ngày
- tập thể dục thường xuyên
- ngủ 7-8 tiếng mỗi đêm
- không ăn vặt giữa các bữa chính
- không tăng quá 10% trọng lượng cơ thể

Có nhiều biện pháp để phòng ngừa bệnh tật. Các hoạt động dự phòng sức khỏe tổng thể đã được đưa vào khuyến nghị dự phòng sức khỏe cộng đồng của nhiều quốc gia, chẳng hạn như tiêm vaccine, khám sức khỏe sàng lọc. Người lớn và trẻ em được khuyến cáo nên đi khám định kỳ để kiểm tra tình trạng sức khỏe, thậm chí khi vẫn đang còn cảm thấy khỏe mạnh, tham gia các đợt sàng lọc nhằm phát hiện bệnh sớm, xác định các yếu tố nguy cơ có thể gây bệnh, nhận lời khuyên từ nhân viên y tế để có một lối sống lành mạnh và cân bằng. Những đợt xét nghiệm cận lâm sàng, khám lâm

sàng có thể phát hiện ra những vấn đề sức khỏe đang tồn tại như tăng huyết áp (huyết áp cao), tăng đường huyết (đường trong máu cao, một yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường), tăng cholesterol máu (cholesterol máu cao), ung thư đại tràng, trầm cảm, HIV, các bệnh lây truyền qua đường tình dục như chlamydia, giang mai; bệnh lậu, chụp nhũ ảnh (để tầm soát ung thư vú), sàng lọc ung thư đại trực tràng, một test pap (để kiểm tra ung thư cổ tử cung), và sàng lọc loãng xương. Xét nghiệm di truyền cũng có thể được thực hiện để phát hiện những đột biến có thể gây rối loạn di truyền hoặc có liên quan đến một số bệnh về vú hoặc ung thư buồng trứng. Tuy nhiên, những biện pháp này có giá không phải thấp cho một số cá nhân. Chi phí hiệu quả của y học dự phòng vẫn còn là một chủ đề của các cuộc tranh luận.

Tại Việt Nam, mục tiêu của dự phòng được truyền thông là: tăng cường thực hiện 10 nội dung của Chăm sóc sức khỏe ban đầu mà Việt Nam đã và đang triển khai trong gần 40 năm qua, đó là: Giáo dục sức khỏe, dinh dưỡng, môi trường-nước sạch, sức khỏe bà mẹ trẻ em-kế hoạch hóa gia đình, tiêm chủng mở rộng, phòng, chống bệnh dịch địa phương, chữa bệnh và chấn thương thông thường, thuốc thiết yếu, quản lý sức khỏe, xây dựng và củng cố mạng lưới y tế cơ sở. Các chiến lược nêu trên sẽ giúp dự phòng bệnh tật, bao gồm các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm, giảm tỷ lệ mắc bệnh; phát hiện sớm, điều trị triệt để nhằm giảm biến chứng tàn phế, tử vong; giảm gánh nặng cho hệ thống y tế, nâng cao chất lượng cuộc sống, nâng cao tuổi thọ và cải thiện chất lượng giống nòi¹.

5.1.2. Các cấp độ của dự phòng

Chiến lược dự phòng thường được mô tả theo các cấp từ thấp lên cao bao gồm dự phòng ban đầu, dự phòng cấp I, dự phòng cấp II, dự phòng cấp III. Những năm 1940, Hugh R. Leavell và E. Gurney Clark đã đặt ra lý thuyết phòng ngừa ban đầu. Họ làm việc tại Trường Y tế công cộng, tương ứng Harvard và Đại học Columbia, và sau đó được mở rộng ra các cấp dự phòng cao hơn. Các điều khoản dự phòng cấp II và cấp III vẫn còn đang được sử dụng đến ngày nay.

Có các cấp độ dự phòng khác nhau tương ứng với mỗi giai đoạn trong quá trình phát triển tự nhiên của bệnh:

¹ Nguyễn Trần Hiền, 2017, <https://nhandan.com.vn/y-te/item/35147802-y-te-du-phong-la-then-chot.html>

Bảng 5.1 Các cấp dự phòng

Cấp dự phòng	Định nghĩa
Dự phòng ban đầu, dự phòng cấp I	Tác động vào thời kì khỏe mạnh, nhằm làm giảm khả năng xuất hiện của bệnh, hay chính là giảm tỷ lệ mới mắc, muốn đạt được điều đó thì phải tăng cường các yếu tố bảo vệ, loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Tăng cường sức khỏe nói chung bằng tập luyện thể dục thể thao, sinh hoạt ăn uống điều độ hợp vệ sinh... Chính là tăng cường các yếu tố bảo vệ không đặc hiệu, tiêm chủng vaccin phòng bệnh là tạo ra các yếu tố bảo vệ đặc hiệu. Không hút thuốc lá, bỏ hút thuốc là chính là loại bỏ yếu tố nguy cơ của ung thư phổi, của các bệnh tim mạch.
Dự phòng cấp II	Phát hiện bệnh sớm, khi bệnh mới chỉ có các dấu hiệu sinh học, chưa có biểu hiện lâm sàng, khi phát hiện được bệnh thì tiến hành can thiệp kịp thời sẽ ngăn chặn sự diễn biến tiếp tục của bệnh; tùy theo mỗi bệnh và điều kiện y tế cho phép có thể thực hiện các chương trình phát hiện bệnh khác nhau ở những quần thể khác nhau... sẽ làm giảm tỷ lệ hiện mắc, giảm tỷ lệ tử vong..Ví dụ phát hiện sớm cao huyết áp (một yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh tim mạch), dò tìm ung thư
Dự phòng cấp III	Là điều trị bệnh hợp lý nhằm ngăn chặn những diễn biến xấu hay biến chứng của bệnh, hồi phục sức khỏe cho người bệnh. Với bệnh truyền nhiễm điều trị triệt để cho người bệnh là loại bỏ nguồn truyền nhiễm quan trọng, bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Dự phòng ban đầu và dự phòng cấp I

Dự phòng ban đầu bao gồm việc tăng cường và bảo vệ sức khỏe. Các hoạt động tăng cường sức khỏe là lựa chọn cuộc sống *phi lâm sàng*, Ví dụ, ăn uống đầy đủ dinh dưỡng và tập thể dục hàng ngày, giúp ngăn ngừa bệnh tật và tạo ra một cảm giác hạnh phúc nói chung và kéo dài tuổi thọ của chúng ta nói riêng. Các hoạt động y tế - bảo vệ sức khỏe không nhằm mục đích làm mất một bệnh cụ thể mà thay vào đó là việc tăng cường sức khỏe và hạnh phúc trên một mức độ nói chung. Mặt khác, bảo vệ sức khỏe nhằm loại bỏ một hay nhiều nhóm bệnh và nâng cao sức khỏe.

Ví dụ trong trường hợp của một bệnh lây truyền qua đường tình dục là bệnh giang mai thì việc nâng cao sức khỏe bao gồm việc tránh vi sinh vật bằng cách duy trì vệ sinh cá nhân, nên thường xuyên gặp bác sĩ hoặc những người chuyên về giáo dục giới tính nói chung để có những lời khuyên: nên sử dụng các biện pháp bảo vệ cụ thể để phòng bệnh qua đường tình dục (như bao cao su) và tránh tình dục bừa bãi.

Thực phẩm là nguồn dinh dưỡng quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe để phòng trừ bệnh tật. Năm 2011, một cuộc khảo sát được thực hiện bởi Trung tâm kiểm soát dịch bệnh đã tiến hành điều tra toàn quốc bao gồm các câu hỏi về khả năng chi trả cho lương thực. Kết quả là khó khăn của việc trả tiền cho thực phẩm, thuốc men hoặc cả hai là một vấn đề phải đối mặt ở một trong 3 người Mỹ. Việc lựa chọn thực phẩm có sẵn đảm bảo chất lượng thông qua các ngân hàng thực phẩm, nhà bếp,... dành cho người thu nhập thấp thì vấn đề béo phì và các bệnh mãn tính đi cùng nó sẽ được kiểm soát tốt hơn. Một số "thực phẩm khan hiếm" là do một khu vực có giới hạn để thực phẩm lành mạnh do thiếu các siêu thị trong một khoảng cách hợp lý. Đây thường là những khu dân cư có thu nhập thấp với đa số người dân ít di chuyển. Đã có một vài động tác ở cơ sở trong 20 năm qua để khuyến khích làm vườn đô thị, chẳng hạn như các tổ chức GreenThumb tại thành phố New York. Làm vườn đô thị để tận dụng những lô đất trống để trồng cây lương thực cho một khu dân cư và được trồng bởi các cư dân địa phương. Thị trường thực phẩm tươi là một nguồn tài nguyên cho các cư dân trong một "sa mạc thực phẩm", được trang bị đặc biệt xe buýt mang trái cây tươi giá cả phải chăng và rau đến thấp khu phố. Các chương trình này thường xuyên tổ chức các sự kiện giáo dục cũng như nấu ăn và hướng dẫn dinh dưỡng. Chương trình như thế được giúp đỡ để cung cấp cho sức khỏe, thực phẩm giá cả phải chăng cho những người cần nhất.

Tiến bộ khoa học về di truyền học đã góp phần đáng kể vào sự hiểu biết về các bệnh di truyền và đã tạo điều kiện tiến bộ lớn trong biện pháp bảo vệ cụ thể các cá nhân là người mang gen bệnh hay có khuynh hướng tăng lên đến một bệnh cụ thể. Xét nghiệm di truyền đã cho phép các bác sĩ làm các chẩn đoán nhanh hơn và chính xác hơn và cho phép cho phương pháp điều trị phù hợp hoặc thuốc cá nhân. Tương tự như vậy, các biện pháp bảo vệ cụ thể như lọc nước, xử lý nước thải, và sự tăng cường những thói quen vệ sinh cá nhân (chẳng hạn như rửa tay) đã trở thành chủ

đạo để loại bỏ các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm như vi khuẩn. Những phát kiến này đã làm giảm tỷ lệ các bệnh truyền nhiễm thường được lan truyền trong điều kiện thiếu vệ sinh.

Dự phòng cấp II

Dự phòng cấp II với những bệnh tiềm ẩn và những nỗ lực để ngăn chặn bệnh không biểu hiện triệu chứng và những bệnh có biểu hiện triệu chứng. Một số bệnh có thể được phân loại là quan trọng hay chưa quan trọng. Điều này phụ thuộc vào định nghĩa thế nào là một bệnh, tuy nhiên, nói chung, dự phòng ban đầu đề cập đến nguyên nhân gốc rễ của một bệnh hoặc chấn thương trong khi đó dự phòng cấp II tập trung phát hiện và điều trị bệnh sớm. Dự phòng cấp II bao gồm việc "chẩn đoán bệnh sớm và điều trị kịp thời" và ngăn chặn sự lây truyền bệnh tật, và dự phòng biến chứng và tàn tật do bệnh tật.

Dự phòng cấp III

Cuối cùng, dự phòng cấp III nhằm giảm các biến chứng bệnh tật bằng cách tập trung vào phục hồi chức năng tâm thần, thể chất và xã hội. Không giống như phòng ngừa thứ cấp, nhằm mục đích phòng ngừa tàn tật, các mục tiêu cấp dự phòng này cải thiện và nâng cao những chức năng cơ thể còn lại. Mục tiêu của công tác dự phòng cấp III bao gồm: Ngăn ngừa biến chứng và tổn thương, ngăn chặn sự tiến triển bệnh tật, phục hồi sức khỏe và chức năng.

Ở các nước phương Tây, dự phòng được chia làm 4 cấp độ là:

1. Chiến lược phòng chống để tránh sự phát triển của bệnh, xúc tiến các hoạt động lên sức khỏe phần lớn dân số dựa trên biện pháp phòng ngừa chính.
2. Chiến lược phòng chống cố gắng để chẩn đoán và điều trị một căn bệnh tồn tại trong giai đoạn đầu của nó trước khi nó có kết quả bệnh suất đáng kể.
3. Những phương pháp điều trị nhằm mục đích để giảm thiểu tác động tiêu cực của bệnh được thực hiện bằng cách phục hồi chức năng và giảm các biến chứng liên quan đến bệnh.
4. Các hoạt động y tế nhằm giảm nhẹ hoặc tránh những hậu quả của các can thiệp quá mức hoặc không cần thiết trong hệ thống y tế.

5.1.3. Các hoạt động dự phòng

5.1.3.1. Tiêm chủng phòng bệnh bằng vaccine

Vắc xin là chế phẩm có chứa kháng nguyên (có thể là các vi rút hoặc vi khuẩn sống, giảm độc lực, hay bị bất hoạt, giết chết) dùng để kích thích cơ thể tạo miễn dịch, đặc hiệu chủ động, nhằm chống lại tác nhân gây bệnh. Vắc xin kích thích cơ thể tạo nên miễn dịch “bắt chước” giống như nhiễm trùng tự nhiên. Nhưng vắc xin có chứa tác nhân gây bệnh đã được làm yếu đi hoặc đã bị bất hoạt, nên nó không thể gây bệnh. Khi vắc xin được đưa vào cơ thể, cơ thể sẽ nhận diện nó như là “vật lạ”, kích thích hệ thống miễn dịch sản sinh ra kháng thể trung hòa tác nhân gây bệnh, giống như nhiễm trùng tự nhiên. Quá trình tạo kháng thể thường mất khoảng vài tuần. Có thể gây nên một số triệu chứng nhẹ như sốt. Nhưng đây là biểu hiện bình thường và được coi như là dấu hiệu đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Sau khi quá trình nhiễm trùng “bắt chước” này kết thúc, cơ thể sẽ tạo ra các tế bào lympho có trí nhớ miễn dịch, sẵn sàng đáp ứng nhanh khi gặp lại các tác nhân gây bệnh trong những lần sau, giúp cho cơ thể chủ động sẵn sàng chống lại tác nhân gây bệnh khi bị phơi nhiễm. Vắc-xin có thể cứu mạng sống của con người. Chỉ riêng vắc-xin sởi ước tính đã giúp ngăn chặn tử vong cho hơn 21 triệu người từ năm 2000 đến 2017 (UNICEF Việt Nam, 2017). Vắc-xin sẽ giúp bảo vệ con bạn khỏi các bệnh nguy hiểm hoặc nguy cơ bị tử vong, đặc biệt là đối với những người có hệ miễn dịch đang phát triển như trẻ sơ sinh. Bạn cần phải tiêm chủng cho con mình. Nếu không tiêm chủng thì những bệnh lây nhiễm cao như sởi, bạch hầu và bại liệt, những bệnh đã từng được xóa sổ tại nhiều quốc gia trên thế giới, sẽ có nguy cơ bùng phát trở lại.

Nếu trong cộng đồng sinh sống có đủ số người được tiêm chủng một bệnh nào đó, thì cộng đồng đó có thể đạt tới mức độ miễn dịch cộng đồng. Khi cộng đồng được miễn dịch, dịch bệnh không thể dễ dàng lây lan từ người này sang người khác vì phần lớn mọi người đã được miễn dịch. Miễn dịch cộng đồng tạo ra một tầng bảo vệ chống lại bệnh cho cả những người chưa được tiêm chủng, như trẻ sơ sinh. Miễn dịch cộng đồng có thể phòng ngừa, ngăn chặn bùng phát và lây lan dịch bệnh. Bệnh ngày càng hiếm xảy ra và thậm chí có thể hoàn toàn biến mất không còn tồn tại trong cộng đồng.

Vắc-xin giúp trẻ sống và khỏe mạnh bằng cách bảo vệ trẻ chống lại bệnh tật. Ở Việt Nam, tiêm chủng đã cứu hàng triệu mạng sống và bảo vệ vô số trẻ em khỏi bệnh tật và khuyết tật. Chương trình Tiêm chủng Mở rộng Quốc gia (EPI), với sự hỗ

trợ của UNICEF, đã thanh toán thành công bệnh bại liệt, loại trừ uốn ván trẻ sơ sinh và kiểm soát bệnh sởi. Trong 25 năm qua, vắc-xin đã bảo vệ được 6.7 triệu trẻ em Việt Nam và ngăn chặn 42.000 ca tử vong do các bệnh chết người ở trẻ em như bệnh bạch hầu, ho gà, bại liệt và uốn ván (UNICEF Việt Nam, 2017).

Tiêm chủng phòng bệnh bằng các vắc xin là một thành tựu trong y học ở thế kỷ XVIII, có ý nghĩa to lớn trong Y học dự phòng. Chương trình tiêm chủng mở rộng (CTTCMR) đã góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc và chết của trẻ em dưới 5 tuổi về các bệnh truyền nhiễm. Ước tính hàng năm tiêm chủng đã cứu sống khoảng 1 triệu trẻ em ở các nước đang phát triển. Hiệu lực bảo vệ cao (80-90%) của các vắc xin và kết quả là thanh toán bệnh đậu mùa trên toàn thế giới (ca bệnh cuối cùng ở Sômalì năm 1977), đó là lý do WHO và các tổ chức trên thế giới đề ra và tích cực hưởng ứng, thực hiện CT TCMR.

Chương trình Tiêm chủng mở rộng bắt đầu được triển khai ở Việt Nam từ năm 1981 do Bộ Y tế khởi xướng với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF). Chương trình có mục tiêu ban đầu là cung cấp dịch vụ tiêm chủng miễn phí cho trẻ em dưới 1 tuổi, bảo vệ trẻ khỏi mắc bệnh có 6 loại vắc xin phòng bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, bại liệt. Năm 1997, 04 vắc xin mới được triển khai miễn phí trong chương trình TCMR của Việt Nam là vắc xin viêm gan B, vắc xin viêm não Nhật Bản B, vắc xin thương hàn, vắc xin tả. Tháng 6/2010, vắc xin Hib phòng các bệnh viêm phổi nặng và viêm màng não mủ do Hib được triển khai trên toàn quốc, năm 2015 triển khai thêm vắc xin rubella trong tiêm chủng thường xuyên².

Bảng 5.2. Lịch tiêm chủng trẻ em dưới 1 tuổi tại Việt Nam

STT	Số tuổi của trẻ	Vaccine sử dụng
1	Sơ sinh	- Tiêm vắc xin Viêm gan B (VGB) mũi 0 trong 24 giờ đầu sau sinh - Tiêm vắc xin BCG Phòng bệnh lao

² Nguyễn Thị Vân. (2016).

http://syt.kontum.gov.vn/Uploads/files/NCKH/N%C4%83m%202017/3_Nguyen%20Thi%20Van_Thuc%20tran%20TCMR%20tai%20huyen%20Tu%20Mo%20Rong.pdf

2	02 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 (vắc xin 5 trong 1) - Uống vắc xin bại liệt lần 1
3	03 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 2 - Uống vắc xin bại liệt lần 2
4	04 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 3 - Uống vắc xin bại liệt lần 3
5	09 tháng	- Tiêm vắc xin sởi mũi 1

Được sự cho phép của Chính phủ tại văn bản số 1208/QĐ-TTg ngày 04/09/2012 về việc đưa vắc xin Rubella vào Dự án Tiêm chủng mở rộng, với sự hỗ trợ của Tổ chức Liên Minh toàn cầu về Vắc xin và tiêm chủng (GAVI) chiến dịch tiêm vắc xin sởi - rubella trong tiêm chủng mở rộng cho trẻ từ 1 đến 14 tuổi trong TCMR đã được tổ chức trong năm 2014-2015.

Từ tháng 6/2010, Chính phủ đã phê duyệt cho phép sử dụng vắc xin “5 trong 1” (bạch hầu, ho gà, uốn ván, viêm gan B, Hib) Quinvaxem trong chương trình TCMR đã làm giảm số mũi tiêm so với giai đoạn trước, góp phần tăng chất lượng tiêm chủng. Tỷ lệ tiêm vắc xin Quinvaxem trong toàn quốc là 95%.

Thành tựu trên thế giới: Từ năm 1977 đến năm 1990, toàn thể trẻ em trên thế giới nhất là trẻ em dưới 1 tuổi, ở các nước đang phát triển được tiêm phòng 6 bệnh. - Năm 1991 đến năm 2000: Thanh toán bệnh bại liệt vào năm 2000, riêng ở Tây Thái Bình Dương là năm 1995. -Loại trừ uốn ván sơ sinh vào năm 1995. Thành tựu tại VN: - Giảm tỷ lệ mắc các bệnh/100.000 dân: + Sởi < 2; + Bạch hầu: < 0,02; + Ho gà:< 0,2

Mặc dù đạt được nhiều thành tựu như vậy, Chương trình tiêm chủng mở rộng ngày nay phải đối mặt với những thách thức mới nổi để có thể duy trì được những thành tựu mà khó khăn lắm mới đạt được này và tiếp cận được tới những cộng đồng có tỷ lệ tiêm chủng thấp. Độ bao phủ ở các khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa và dân tộc thiểu số còn thấp. Cũng có những lo ngại về 'phản đối chủng ngừa' – do một số bậc cha mẹ không tin tưởng vào tác dụng của chủng ngừa, và sự mất niềm tin đó càng gia tăng bởi thông tin bị thổi phồng và sai lệch. Sự xói mòn niềm tin trong công

chúng thường xảy ra sau những biến cố bất lợi sau khi chủng ngừa hiếm xảy ra, với những câu chuyện tiêu cực trên truyền thông gắn những trường hợp tử vong trẻ em với tiêm chủng mà không có thông tin đầy đủ.

Vắc-xin giúp bảo vệ trẻ em và thanh thiếu niên khỏi các bệnh truyền nhiễm cao có nguy cơ gây tử vong. Dưới đây là danh sách các loại vắc-xin được hầu hết các chính phủ và bác sĩ khuyến dùng để bảo vệ trẻ em và người dân khỏi dịch bệnh.

Bảng 5.3. Các loại vắc-xin

Vắc-xin	Bệnh	Triệu chứng và ảnh hưởng
Lao (BCG)	Lao	Lao (còn gọi là TB) là một bệnh lý do vi trùng gây ra. Vi trùng thường tấn công phổi, phần lớn ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Tuy bệnh lao phổi thường gặp nhất, nhưng bạn cũng có thể mắc bệnh lao ở nhiều bộ phận khác trên cơ thể (ví dụ như não). Trong nhiều trường hợp nghiêm trọng, lao phổi có thể gây ra biến chứng hoặc dẫn đến tử vong. Một khi đã bị lây nhiễm, bệnh lao rất khó điều trị. Điều trị thường kéo dài và không phải lúc nào cũng hiệu quả.
Viêm gan B	Viêm gan B	Viêm gan B là một bệnh truyền nhiễm do một loại siêu vi khuẩn lây lan qua đường máu và tình dục. Khi mắc bệnh từ thuở nhỏ, người bệnh phần lớn không có triệu chứng nào trong nhiều thập kỉ. Viêm gan B có thể dẫn đến xơ gan và ung thư gan sau này.
Bại liệt	Bại liệt	Bệnh bại liệt là một bệnh nhiễm virus cấp tính lây truyền theo đường tiêu hoá do virus gây nên. Virus Polio có thể gây bại liệt 1 trong 200 người bị nhiễm. Trong các ca nhiễm bệnh đó, 5 – 10% người bệnh chết khi cơ hô hấp của họ bị tê liệt. Không có cách nào để chữa bệnh bại liệt một khi tình trạng tê liệt xảy ra, chỉ có thể điều trị để giảm bớt các triệu chứng.
DPT (Bạch hầu)	Bạch hầu	Bệnh bạch hầu là một bệnh nhiễm trùng nguy hiểm, thường xảy ra ở niêm mạc của mũi và họng, khiến trẻ khó

– Ho gà – Uốn ván)		thở hoặc nuốt. Các trường hợp nghiêm trọng có thể gây tổn thương tim, thận và/hoặc thần kinh.
DPT (Bạch hầu – Ho gà – Uốn ván)	Ho gà	Ho gà gây ra những cơn ho có thể kéo dài hàng tuần. Trong một số trường hợp, ho gà có thể dẫn đến tình trạng khó thở, viêm phổi, và tử vong.
DPT (Bạch hầu – Ho gà – Uốn ván)	Uốn ván	Uốn ván là chứng bệnh làm co giật căng cứng các bắp thịt. Uốn ván có thể khiến cổ và hàm của trẻ bị cứng lại, gây ra tình trạng khó mở miệng, khó nuốt (khi bú) hoặc khó thở. Ngay cả khi được điều trị, uốn ván vẫn thường gây tử vong.
Hib	Các bệnh phế cầu khuẩn	Hib là một loại vi khuẩn gây viêm phổi, viêm màng não và những bệnh truyền nhiễm nghiêm trọng khác chủ yếu ở trẻ em dưới 5 tuổi.
Phế cầu khuẩn	Pneumoco- cal diseases	Các bệnh phế cầu khuẩn bao gồm những bệnh nghiêm trọng như viêm màng não và viêm phổi đến những bệnh nhẹ hơn nhưng phổ biến hơn như viêm xoang và viêm tai. Các bệnh phế cầu khuẩn là nguyên nhân phổ biến gây bệnh và tử vong trên thế giới, đặc biệt là ở trẻ em dưới 2 tuổi.
Virus Rota	Virus Rota	Virus Rota gây tiêu chảy nặng và nôn, dẫn đến mất nước, mất cân bằng điện giải và sốc ở trẻ nhỏ, có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị ngay, đặc biệt là không được bù nước ngay.
Vắc-xin Sởi, Quai bị và Rubella	Sởi	Sởi là bệnh có tính lây nhiễm nhanh với các triệu chứng như sốt, chảy nước mũi, nổi hạt trắng phía trong miệng, phát ban trên da. Bệnh nặng có thể gây mù lòa, viêm não và tử vong.

Vắc-xin Sởi, Quai bị và Rubella	Quai bị	Quai bị có thể gây ra đau đầu, khó chịu, sốt và viêm tuyến nước bọt. Biến chứng của quai bị có thể dẫn đến viêm màng não, viêm tinh hoàn và điếc.
Vắc-xin Sởi, Quai bị và Rubella	Rubella	Nhiễm Rubella ở trẻ nhỏ và người lớn thường nhẹ, nhưng ở phụ nữ mang thai có thể gây sảy thai, phôi thai chết, tử vong trẻ sơ sinh hay dị tật bẩm sinh
HPV	Virus papillomavirus ở người (HPV)	Virus papillomavirus ở người thường không có triệu chứng, nhưng một số loại có thể gây ra ung thư tử cung – loại ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ. Hầu hết các trường hợp ung thư cổ tử cung (99%) là do nhiễm trùng HPV sinh dục gây ra. HPV cũng có thể gây ra mụn rộp ở cả nam và nữ giới, cũng như làm ung thư những bộ phận khác trong cơ thể.

Các chương trình tiêm chủng không chỉ giới hạn ở trẻ em, mà còn dành cho thanh thiếu niên, người lớn. Dưới đây là ví dụ ở Hoa Kỳ và Hàn Quốc.

Chủng Ngừa Cho Trẻ Lớn và Thanh Thiếu Niên, 11–19 (Hoa Kỳ): Chương trình « Tuổi Chủng ngừa » của Hoa Kỳ là hành trình bảo vệ cuộc sống của trẻ lớn, thanh thiếu niên, kéo dài suốt cuộc đời. Chương trình này nhắc nhở trẻ lớn, thanh thiếu niên và bác sĩ gia đình bạn luôn cập nhật việc chủng ngừa đầy đủ.

Bảng 5.4. Hướng dẫn thông tin tiêm chủng “Tuổi Chủng ngừa” của Hoa Kỳ³

Vắc-xin	Có cần không
Thủy đậu (varicella; Var)	Có! Nếu bạn chưa từng tiêm chủng và chưa từng bị thủy đậu, bạn sẽ cần chích 2 liều vắc-xin này. Những người mới chích 1 liều sẽ cần chích bổ sung liều thứ hai.
Viêm gan A (HepA)	Có! Bạn cần chủng 2 liều vắc-xin Viêm gan A nếu muốn bảo vệ bản thân khỏi căn bệnh này hoặc nếu bạn có nguy cơ mắc Viêm gan A (ví dụ như đi du lịch nước ngoài). Hãy hỏi bác sĩ của bạn

³ <https://www.immunize.org/catg.d/p4020-05.pdf>

	xem liệu bạn có cần tiêm chủng loại vắc-xin này hay không.
Viêm Gan B (HepB)	Có! Tất cả những người từ 0 đến 18 tuổi đều nên tiêm chủng loại vắc-xin này. Nếu chưa từng chủng ngừa Viêm gan B, bạn sẽ cần tiêm chủng các mũi ngừa virus này.
Viêm màng não mủ do Haemophilus influenza tuýp b (Hib)	Có thể. Nếu bạn chưa từng chủng ngừa Hib và có nguy cơ mắc bệnh cao (ví dụ chức năng lá lách không còn hoạt động), bạn sẽ cần chủng loại vắc-xin này.
Siêu vi papilom ở người (HPV)	Có! Tất cả những người từ 11 tuổi trở lên đều cần chích các liều vắc-xin để ngừa HPV. Vắc-xin này bảo vệ quý vị khỏi HPV, nguyên nhân phổ biến nhất gây ra ung thư cổ tử cung. Nó cũng giúp phòng ngừa một số loại ung thư khác như ung thư hậu môn, ung thư tinh hoàn và ung thư vòm họng. Vắc-xin HPV còn phòng ngừa mụn cóc ở bộ phận sinh dục
Influenza (Cúm)	Có! Người từ 6 tháng tuổi trở lên cần được chủng ngừa vào mỗi mùa thu hoặc mùa đông và cho suốt cuộc đời.
Sởi, quai bị, rubella (MMR)	Có! Bạn cần 2 liều vắc-xin MMR nếu chưa từng chích loại vắc-xin này. Vắc-xin MMR thường được chủng cho trẻ em.
Viêm màng não cầu khuẩn ACWY (MenACWY, MCV4)	Có! Tất cả trẻ lớn và thanh thiếu niên cần chủng 2 liều vắc-xin MenACWY, liều đầu tiên khi 11–12 tuổi và liều thứ hai khi 16 tuổi. Nếu là sinh viên đại học năm thứ nhất sống tại ký túc xá, bạn cần chủng 1 liều MenACWY nếu bạn chưa từng chủng ngừa hoặc đã tiêm chủng trước 16 tuổi. Hãy hỏi bác sĩ của bạn.
Viêm màng não cầu khuẩn B (MenB)	Có! Thanh thiếu niên muốn tránh mắc bệnh viêm màng não tuýp B nên chủng 2 liều vắc-xin MenB, bắt đầu từ năm 16 tuổi. Thanh thiếu niên có nguy cơ mắc bệnh (ví dụ như do chức năng của lá lách không còn hoạt động) cũng nên chủng ngừa. Hãy hỏi bác sĩ của bạn xem bạn có nguy cơ mắc bệnh hay không.
Phế cầu khuẩn	Có thể. Bạn có đang mắc bệnh gì không? Nếu có, hãy hỏi bác sĩ

(Pneumovax, PPSV; Prevnar, PCV)	của bạn xem bạn có cần chủng một hoặc cả hai liều vắc-xin ngừa bệnh phế cầu khuẩn không.
Bại liệt (IPV)	Có! Bạn cần chích ít nhất là 3 liều vắc-xin phòng bại liệt nếu chưa từng chủng loại vắc-xin này. Vắc-xin phòng bại liệt thường được chủng cho trẻ em.
Uốn ván, bạch hầu và ho gà (pertussis; Tdap)	Có! Tất cả trẻ lớn và thanh thiếu niên (kể cả người lớn) đều cần chủng 1 liều vắc-xin Tdap. Đây là loại vắc-xin bảo vệ bạn khỏi bị các bệnh uốn ván, bạch hầu và ho gà (pertussis). Sau khi chủng một liều Tdap, bạn sẽ cần chích bổ sung Td mười năm một lần. Tuy nhiên, nếu có thai, bạn sẽ cần thêm một liều Tdap trong mỗi lần mang thai, tốt nhất là trong 3 tháng cuối của thai kỳ.

Bảng 5.5. Lịch tiêm chủng dành cho người lớn Hàn Quốc⁴

LỊCH TIÊM CHỦNG VẮC XIN CHO NGƯỜI LỚN THEO NHÓM TUỔI-KSID, 2012

Tuổi	19-29	30-39	40-49	50-64	≥ 65
Vaccine					
Bạch hầu-Uốn ván-Ho gà	Tiêm Tdap lần 1; sau đó cứ 10 năm lại tiêm Td 1 lần (khuyến cáo ưu tiên I)		Tiêm Tdap lần đầu; sau 1 và 6 tháng tiêm lại Td; sau đó cứ 10 năm tiêm lại Td 1 lần (khuyến cáo ưu tiên I) (Tdap chỉ tiêm cho người lớn dưới 65 tuổi)		
Cúm	Mỗi năm tiêm phòng 1 lần (khuyến ưu tiên III)			Mỗi năm tiêm 1 lần (khuyến cáo ưu tiên I)	
Viêm gan A	Tiêm 2 lần (cách nhau 6 tháng) (khuyến cáo ưu tiên II)	Kiểm tra huyết thanh âm tính;tiêm 2 mũi cách nhau 6 tháng (khuyến cáo ưu tiên II)		Cho nhóm nguy cơ ⁴⁵ ; Kiểm tra huyết thanh âm tính;tiêm 2 mũi cách nhau 6 tháng (khuyến cáo ưu tiên II)	
Viêm gan B	Khi không chắc chắn tiêm phòng đủ 3 mũi;tiêm phòng nếu huyết thanh âm tính (khuyến cáo ưu tiên III)			Với nhóm nguy cơ ⁴⁵ và không rõ đã tiêm phòng đủ 3 mũi; cầnTiêm phòng nếu test huyết thanh âm tính (khuyến cáo ưu tiên 3)	
Bệnh sởi/Quai bị/ Rubella	Tiêm chủng ít nhất 1 lần với nhóm nguy cơ ⁴⁵ ; kiểm tra test Rubella IgG đối với phụ nữ có kế hoạch sinh con (khuyến cáo ưu tiên II)				
Thủy đậu	Nhóm nguy cơ ⁴⁵ ; kiểm tra huyết thanh;tiêm 2 mũi nếu huyết thanh âm tính(khuyến cáo ưu tiên II)				
Vi rút u nhú trên người	Phụ nữ (khuyến cáo ưu tiên II)				
Viêm màng não do não mô cầu#	Nhóm nguy cơ ⁴⁵ tiêm 1 hoặc 2 mũi (khuyến cáo ưu tiên II))				
Phế cầu khuẩn	Nhóm nguy cơ ⁴⁵ tiêm 1 mũi (khuyến cáo ưu tiên I)				Tiêm 1 mũi (khuyến cáo ưu tiên I)
Bệnh giời leo, zona#				Tiêm 1 mũi (khuyến cáo ưu tiên U)	Tiêm 1 mũi (khuyến cáo ưu tiên III)

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng khác

Cho tất cả mọi người theo nhóm tuổi

 Không khuyến cáo

Cho người lớn theo nhóm tuổi khi không có chỉ định riêng

⁴ http://www.ksid.or.kr/file/vaccine_vietnam.pdf

Những người không lựa chọn tiêm phòng

Những người không tiêm phòng cho trẻ em thường lo lắng đến các rủi ro và đánh giá thấp những lợi ích tiềm năng của tiêm phòng. Họ cũng có thể phản ứng với một số kinh nghiệm tiêu cực liên quan đến quá trình tiêm phòng (Bennett và Smith 1992: 347). Theo mô hình niềm tin sức khỏe, các biến số chính ảnh hưởng đến việc không tiêm phòng là mức độ nghiêm trọng của bệnh, nhạy cảm với bệnh và các nguồn thông tin liên quan đến tiêm phòng. Dalphinis (1986) cho thấy 52% các bà mẹ không tiêm phòng không biết gì về bệnh bạch hầu, 42% không biết gì về uốn ván và 39% về bệnh bại liệt; 49% không nghĩ ho gà (ho gà) là nghiêm trọng bệnh và 77% có cùng quan điểm về bệnh sởi.

Roden (1992) cho rằng kiến thức thu được từ cá nhân kinh nghiệm có vai trò trong việc không lựa chọn tiêm phòng. Ông thấy rằng trong số những cha mẹ không tiêm phòng cho con, rất ít cha mẹ biết bất cứ ai mắc bệnh bạch hầu (4%) hoặc uốn ván (10%). Thực tế là phần lớn phụ huynh không kinh nghiệm cá nhân hoặc kiến thức về các bệnh đã có vắc xin tiêm chủng. Thường kiến thức của họ đến từ nguồn thông tin gián tiếp, truyền thông.

Lý do tôn giáo chiếm 16%: các phụ huynh từ chối tiêm chủng vì tin rằng con cái họ được Chúa bảo vệ, không phải do vắc xin.

Các yếu tố tâm lý và hành vi tiêm chủng

Các nghiên cứu ở các nước kém phát triển có xu hướng xem xét nhân khẩu học và địa lý biến hơn là tâm lý. Zeitlyn và cộng sự (1992) trích dẫn các trình độ văn hóa của các bà mẹ là yếu tố quan trọng nhất quyết định tiêm chủng cho trẻ em Bangladesh. Zondag và Voorhoeve (1992) xác nhận mối liên hệ giữa trình độ văn hóa của bà mẹ và việc tiêm vắc xin ở trẻ em tại Zambia. Mối liên hệ giữa trình độ văn hóa của mẹ và việc tiêm chủng ở con, cũng như các yếu tố khác như tuổi tác, thu nhập, sắc tộc tại các nước phương Tây yếu hơn.

Những người tiêm chủng không đầy đủ nhận được ít lời khuyên và sự giúp đỡ từ sức khỏe các chuyên gia, từ bạn bè và ít có khả năng nhận được thông tin dưới dạng tờ rơi về tiêm chủng. Mối liên hệ giữa các loại lời khuyên nhận được và giáo dục bà mẹ có lẽ rất quan trọng. Tờ rơi sức khỏe đôi khi rất khó đọc và hiểu.

Reid (1987) trong một nghiên cứu về tiêm chủng ho gà, cho thấy những người xung quanh có ảnh hưởng lên bà mẹ cho con đi tiêm chủng, ảnh hưởng lớn nhất là người chồng. Những bà mẹ từ chối tiêm chủng ho gà bị ảnh hưởng nhiều nhất từ mẹ đẻ của mình.

Các lý do từ chối tiêm chủng

Phụ huynh chứng kiến các sự cố tiêu cực trong tiêm phòng trước đó : phản ứng dị ứng, bị nhiễm bệnh,...

Một nghiên cứu của Keane et al. (1993) đã sử dụng các nhóm tập trung ở Baltimore để kiểm tra thái độ hướng tới hiệu quả vắc-xin, bệnh tật và sức khỏe. Họ thấy rằng vắc-xin có thể có hiệu quả một phần; miễn cảm với thủy đậu thường được trích dẫn là bằng chứng cho thấy tiêm phòng thất bại. Vắc-xin có thể gây sốt, theo nghĩa đó, được coi là gây bệnh hơn là phòng ngừa.

Có những phụ huynh cho rằng các bệnh bạch hầu, ho gà, bại liệt và sởi được coi là mối đe dọa thấp hơn đối với sức khỏe của trẻ so với ma túy, bạo lực đường phố. Lochhead (1991) báo cáo lý do phụ huynh từ chối tiêm chủng là vì họ không chắc chắn hiệu quả của tiêm chủng so với điều trị bằng kháng sinh.

Các chương trình tiêm chủng dành cho người lớn

Tiêm vắc xin cho người lớn có các loại: liên quan đến công việc, biện pháp phòng ngừa cho nhóm nguy cơ.

Tiêm chủng cho các nhóm nguy cơ : vắc xin cúm cho người già và tiêm phòng khi đi du lịch nước ngoài.

Tiêm chủng liên quan đến công việc : viêm gan B cho những ngành nghề chăm sóc sức khỏe, tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc dịch cơ thể. Kinnersley (1990) đã thực hiện một cuộc khảo sát trên các bác sĩ gia đình, hỏi liệu họ có nghĩ rằng bác sĩ gia đình nên được chủng ngừa viêm gan B không. Trong số 598 bác sĩ gia đình trả lời khảo sát, 528 người (88%) tin rằng tất cả các bác sĩ gia đình nên được tiêm phòng, nhưng chỉ 287 người (48%) đã được tiêm phòng. Lý do không tiêm vắc-xin là: Tôi chưa bao giờ làm quen với nó (81%), Tôi có nguy cơ rất thấp (13%), chỉ có ba bác sĩ gia đình nói rằng họ không tin vào vắc-xin và chỉ có bốn bác sĩ nói tiêm chủng không có lợi ích và có bằng chứng cho việc đó.

Downing (1993) báo cáo một nghiên cứu về nhân viên phụ sản tại một bệnh viện ở Đông London. Tất cả các bác sĩ nhi khoa trong nghiên cứu đã được tiêm chủng, nhiều nữ hộ sinh không có ý định tiêm chủng. Lý do của việc không tiêm chủng là sự thờ ơ. Có khoảng cách giữa ý định và hành vi, ngay cả trong các nhóm được thông tin tương đối tốt như các chuyên gia y tế.

Tiêm chủng phòng cúm

Cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính do vi-rút cúm lưu hành ở tất cả các nơi trên thế giới. Các triệu chứng của cúm mùa bao gồm sốt đột ngột, ho (thường là ho khan), đau đầu, đau cơ và khớp, mệt mỏi, đau họng và chảy nước mũi. Ho có thể nặng và kéo dài từ hai tuần trở lên.

Hầu hết mọi người phục hồi hết sốt và các triệu chứng khác trong vòng một tuần mà không cần chăm sóc y tế. Tuy nhiên, cúm mùa có thể gây ra bệnh nặng hoặc tử vong, đặc biệt trong số các nhóm đối tượng nguy cơ cao bao gồm trẻ nhỏ, người già, phụ nữ mang thai, nhân viên y tế và những người đang mắc các bệnh nặng khác. Có từ 290000 đến 650000 ca tử vong hàng năm liên quan đến cúm mùa, theo ước tính mới của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (US-CDC), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các đối tác y tế toàn cầu.

Theo Trung tâm Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), từ năm 2010 trở lại đây, mỗi năm trên thế giới có khoảng 9 - 45 triệu trường hợp mắc cúm với khoảng trên 61.000 trường hợp tử vong do biến chứng viêm phổi do cúm.

Bệnh cúm là bệnh truyền nhiễm lây lan qua đường hô hấp, ghi nhận các trường hợp mắc quanh năm. Tại Việt Nam, năm 2019, số ca mắc cúm và tử vong do cúm trong cả nước thấp hơn so với năm 2018, cụ thể như sau: 11 tháng năm 2019 ghi nhận 408.907 trường hợp mắc cúm, 10 trường hợp tử vong (giảm 10,4% số mắc và giảm 02 trường hợp tử vong so với cùng kỳ 11 tháng năm 2018). Tại các bệnh viện tuyến cuối, đặc biệt là Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh có gia tăng số trường hợp cúm nhập viện do người dân các tỉnh đến trực tiếp khám bệnh mà không qua các bệnh viện tuyến trước, mặc dù mắc bệnh ở mức độ nhẹ. Các chủng vi rút cúm được ghi nhận chủ yếu là vi rút cúm A(H1N1) và vi rút cúm B.

Các phòng chống hiệu quả cúm mùa là tiêm vắc-xin. Vắc-xin an toàn, hiệu quả, có sẵn đã được sử dụng trong hơn 60 năm qua. Miễn dịch ở những người tiêm

vắc-xin theo thời gian vì vậy nên tiêm vắc-xin hàng năm để phòng bệnh cúm mùa. Tiêm vắc xin phòng cúm mùa đặc biệt quan trọng đối với những người có nguy cơ bị biến chứng của bệnh cúm và những người sống chung hoặc chăm sóc những người có nguy cơ cao. WHO khuyến cáo tiêm phòng cúm mùa hàng năm cho các đối tượng sau:

- Phụ nữ mang thai ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ
- Trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi
- Người cao tuổi (trên 65 tuổi)
- Người mắc bệnh mãn tính
- Nhân viên y tế.

Một nghiên cứu của Gene và cộng sự (1992) đã xem xét thái độ đối với tiêm phòng bệnh cúm tại Barcelona, Tây Ban Nha. Các nhà nghiên cứu khảo sát, qua điện thoại, 190 bệnh nhân có nguy cơ cao đối với bệnh cúm (thường là do tuổi tác hoặc một tình trạng y tế khác). Các yếu tố dự báo việc tiêm phòng là : tự nhận mình có nguy cơ cao và niềm tin rằng chính việc tiêm chủng sẽ không gây khó chịu. Những người không đồng ý tiêm vắc-xin nghĩ rằng bản thân ít mắc bệnh và nghi ngờ hiệu quả của vắc-xin. Họ cũng trích dẫn thông tin mâu thuẫn từ quần chúng phương tiện truyền thông.

Stehr-Green và cộng sự (1990) phỏng vấn qua điện thoại, tại Hoa Kỳ, 9,851 người trên 65 tuổi, trong đó 32% cho biết đã được tiêm phòng cúm trong mười hai tháng qua. Họ không tìm thấy sự khác biệt trong phạm vi tiêm chủng dựa trên giới tính, trình độ học vấn hoặc thu nhập hộ gia đình. Người trả lời trắng nhiều khả năng đã được tiêm phòng hơn so với người da đen. Những người béo phì, không thường xuyên sử dụng dây an toàn khi lái xe và những người hút thuốc đều ít có khả năng được chích ngừa. Yếu tố mạnh nhất là những người đã kiểm tra y tế trong năm trước có khả năng tiêm phòng cao gấp đôi so với những người không được kiểm tra năm trước.

Tổ chức Y tế Thế giới có hướng dẫn cụ thể về tiêm chủng khuyến cáo cho khách du lịch đến nhiều nơi khác nhau trên thế giới.

5.1.3.2. Khám sàng lọc và kiểm tra sức khỏe

Khám sàng lọc đã trở thành một phần ngày càng quan trọng của chương trình ngăn ngừa bệnh tật. Thông thường, sàng lọc diễn ra trong môi trường cơ sở chăm sóc sức khỏe, nhưng đôi khi sàng lọc có thể diễn ra tại nơi làm việc, trường học hoặc các cơ sở khác. Về khía cạnh tâm lý, sàng lọc dẫn đến kết quả âm tính (không có bệnh) được coi là yên tâm; kết quả dương tính được cho là có khả năng gây lo lắng. Tồn tại các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến việc đặt lịch hẹn kiểm tra sức khỏe, thực hiện kiểm tra sức khỏe, chờ đợi kết quả.

Khi nào nên khám sàng lọc?

Austoker (1994b) gợi ý các tiêu chí chung để quyết định khám sàng lọc:

- tình trạng sức khỏe đang gặp phải có phải là vấn đề quan trọng không?
- có giai đoạn đầu dễ nhận biết không?
- điều trị ở giai đoạn đầu có lợi hơn ở giai đoạn sau?
- có hình thức kiểm tra phù hợp không?
- thử nghiệm có được chấp nhận đối với dân số nói chung không?
- có đủ phương tiện để chẩn đoán và điều trị không?
- các chi phí và lợi ích là gì?
- những nhóm nào nên được khám sàng lọc?
- khám sàng lọc nên diễn ra thường xuyên như thế nào?

Dưới đây là một số ví dụ về các vấn đề hiện đang được khuyến khích khám sàng lọc: ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, bệnh lao, bệnh tim mạch vành, sàng lọc bất thường trước khi sinh.

Ở phụ nữ, ung thư vú và ung thư cổ tử cung là những nguyên nhân gây tử vong lớn; sàng lọc trước sinh cũng rất quan trọng trong việc sẵn sàng cho em bé được sinh ra. Nam giới trưởng thành có xu hướng ít khám sàng lọc hơn. Một người đàn ông khỏe mạnh 45 tuổi sẽ không mong nhận được bất kỳ lời mời tham gia khám sàng lọc. Nhưng người phụ nữ ở độ tuổi tương tự có thể được đề nghị sàng lọc ung thư cổ tử cung, sàng lọc ung thư vú. Giải thích cho sự khác biệt ở nam và nữ này, có thể các bệnh lý ung thư cổ tử cung, ung thư vú gây tử vong ở phụ nữ nhiều hơn so với các bệnh ung thư khác.

Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung

Sàng lọc ung thư cổ tử cung là một trong những sàng lọc lâu năm nhất và được thiết lập tốt nhất tại Anh Quốc. Khoảng 2000 phụ nữ mỗi năm chết vì ung thư cổ tử cung. Ung thư cổ tử cung là nguyên nhân chính gây tử vong ở phụ nữ. Tuy nhiên, theo thống kê thì đây vẫn là một căn bệnh tương đối hiếm. Nếu bệnh vẫn còn không xác định cho đến khi được phát hiện ở giai đoạn triệu chứng, nó thường gây tử vong. Điều trị sớm mang lại hiệu quả rất lớn.

Nghiên cứu chỉ ra rằng 80% phụ nữ chết vì ung thư cổ tử cung chưa bao giờ làm xét nghiệm phết tế bào (McKie, 1993). Nguyên nhân của bệnh vẫn chưa được hiểu rõ; tỷ lệ mắc ung thư cổ tử cung có tương quan thuận với tuổi đầu của lần quan hệ đầu tiên, quan hệ tình dục với nhiều người, hút thuốc lá, hệ thống miễn dịch thấp. Do đó bệnh có khả năng mang theo một số sự kỳ thị của hoạt động tình dục. Chính sách ở Anh là ủng hộ sàng lọc ít nhất năm năm một lần đối với phụ nữ trong độ tuổi từ 25 đến 60 (Scotland) và 20 đến 64 (Anh và xứ Wales).

Orbell và Sheeran (1993) đã thực hiện một siêu phân tích các tài liệu tâm lý liên quan đến sàng lọc ung thư cổ tử cung. Kết quả cho thấy phụ nữ sống ở các khu vực kém phát triển ít tham gia sàng lọc hơn, do ít cơ hội liên lạc với các dịch vụ và ít nhận được sự khuyến khích từ các dịch vụ. Phụ nữ kết hôn hoặc sống cùng bạn hẹn tham gia khám sàng lọc nhiều hơn so với phụ nữ độc thân. Thái độ tiêu cực, ít kiến thức thấp cũng liên quan đến việc không tham dự khám sàng lọc. Ảnh hưởng xã hội, như áp lực xã hội và sự khuyến khích của bác sĩ cũng là những yếu tố quan trọng quyết định tham dự khám sàng lọc. McKie (1993) báo cáo một nghiên cứu quy mô nhỏ về 70 người không tham gia khám sàng lọc ung thư cổ tử cung, hỏi khách thể về những gì họ biết về nguyên nhân gây ung thư cổ tử cung. Kết quả cho thấy, 57% không biết nguyên nhân và cho rằng nguyên nhân thực sự khó xác định; 19% xác định rằng nguyên nhân tiềm năng; 13% xác định nguyên nhân là do hoạt động tình dục, 11 phần trăm đề xuất các nguyên nhân khác như hút thuốc, dùng thuốc tránh thai, do virus và di truyền. Điều này cho thấy nhận thức về bệnh này liên quan với hành vi quan hệ tình dục bừa bãi.

Orbell và Sheeran (1993) cho thấy lý do không tham gia sàng lọc ung thư cổ tử cung được các khách thể nói đến là bận tâm đến kì nghỉ lễ, quá bận rộn, bị bệnh khác, khó khăn về thời gian, địa điểm sàng lọc, chi phí tâm lý liên quan đến các thủ

tục kiểm tra (lo lắng hoặc bối rối). Do đó, không tham dự khám sàng lọc là sự kết hợp cả hai biến tâm lý và các khía cạnh về cách thức thực hiện dịch vụ khám dành cho phụ nữ.

Một nghiên cứu của McKie (1993) đã hỏi những người không tham dự xem điều gì có thể khiến họ yêu cầu xét nghiệm phết tế bào. Phụ nữ báo cáo sự xuất hiện của các triệu chứng là kích hoạt tiềm năng nhất (37%); áp lực xã hội, chủ yếu là từ gia đình hoặc bạn bè (17%).

Mô hình hành vi sức khỏe đã được áp dụng để hiểu về việc tham gia sàng lọc ung thư cổ tử cung. Ý định tham dự có liên quan đáng kể đến mức độ dễ bị tổn thương, ý định không tham gia có liên quan đến nhận thức rào cản tham dự.

Khám sàng lọc ung thư buồng trứng

Ung thư buồng trứng là ung thư phổ biến thứ năm ở phụ nữ. Năm 1992, 4.360 phụ nữ đã chết do ung thư buồng trứng; hầu hết các trường hợp xảy ra ở phụ nữ trên 45 tuổi và hầu hết họ đang ở giai đoạn tiến triển của bệnh. Phát hiện sớm có thể cải thiện tỷ lệ sống sót, do vậy tồn tại sự cấp thiết sàng lọc ung thư buồng trứng. Tuy nhiên, có những hạn chế về tính hữu ích của sàng lọc. Bởi vì tỷ lệ mắc ung thư buồng trứng trong dân số nữ là thấp, 5.000 phụ nữ sẽ phải được kiểm tra để chẩn đoán ra một trường hợp ung thư. Hơn nữa, năm mươi phụ nữ trong nhóm này sẽ có kết quả dương tính giả. Austoker (1994) kết luận rằng không nên đưa ra sàng lọc ung thư buồng trứng thường xuyên ở những phụ nữ không có triệu chứng.

Khám sàng lọc bệnh tim mạch vành

Bệnh tim mạch vành có một số yếu tố nguy cơ: là nam giới, là người hút thuốc, bị huyết áp cao. Các yếu tố rủi ro liên quan và tương tác với nhau. Nguy cơ tương đối tử vong do bệnh tim mạch vành đối với người hút thuốc bị huyết áp cao gấp bốn lần so với những người không hút thuốc bị huyết áp thấp. Cholesterol trong máu được coi là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh tim mạch vành. Cholesterol là chất béo hoặc lipid tự nhiên được sản xuất trong cơ thể. Biến thể trong cholesterol có liên quan đến tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch vành.

Sàng lọc bệnh tim mạch vành là sàng lọc mức độ cholesterol trong máu. Những người được xác định vượt quá ngưỡng cholesterol cho phép được khuyến nghị điều trị, hoặc sửa đổi chế độ ăn uống.

Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt

Ung thư tuyến tiền liệt là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới tại Vương quốc Anh. Tỷ lệ mắc bệnh ung thư đang gia tăng, một phần là do tuổi thọ tăng. Gần như tất cả các bệnh ung thư ruột kết và tuyến tiền liệt xảy ra ở những người trên 50 tuổi. Ung thư tuyến tiền liệt đạt đỉnh ở độ tuổi 75 đến 79. Việc tăng tỷ lệ bệnh ung thư này có thể là kết quả của những thay đổi trong lối sống và chế độ ăn uống.

Ở Hoa Kỳ đã có một số sáng kiến sàng lọc cho bệnh ung thư tuyến tiền liệt; sàng lọc thường được thực hiện thông qua kiểm tra trực tràng, nhưng phương pháp chỉ có độ nhạy hạn chế. Sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới trên 50 một sự lãng phí tài nguyên. Nghiên cứu tính toán rằng sàng lọc làm tăng cuộc sống tuổi thọ chỉ từ 0,6 đến 1,7 ngày. Họ cũng cho rằng sự kỳ thị liên quan với chẩn đoán ung thư và điều trị bệnh có thể dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống; do đó người ta có thể kết luận rằng sàng lọc sẽ có hại hơn là lợi (Austoker, 1994b).

Khám sàng lọc ung thư vú

Sàng lọc ung thư vú có lẽ đã được nghiên cứu đầy đủ hơn bất kỳ nghiên cứu nào khác về chương trình sàng lọc. Ung thư vú là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư ở phụ nữ. Khoảng một trong mười hai phụ nữ ở Anh sẽ bị ung thư vú và hơn 15.000 phụ nữ chết vì nó mỗi năm. Nếu ung thư vú có thể được phát hiện ở giai đoạn đầu, tiên lượng tốt hơn rất nhiều. 90% phụ nữ mắc bệnh ung thư vú được phát hiện ở giai đoạn đầu sẽ sống thêm ít nhất 5 năm,

Chụp nhũ ảnh và tự kiểm tra vú là những chiến lược quan trọng. Chụp nhũ ảnh ngày được khuyến khích với phụ nữ trong độ tuổi 50 và 64. Việc thiết lập các giới hạn độ tuổi này đang gây tranh cãi. Đẩy sớm lứa tuổi xuống 40 liên quan đến hiệu quả chi phí của chương trình sàng lọc. Sàng lọc ở phụ nữ trên 50 tuổi liên quan đến việc giảm tỷ lệ tử vong. Hiệu quả này không đáng kể nếu thực hiện trên phụ nữ từ 40 đến 50. Thực tế là có những phụ nữ trong độ tuổi từ 35 đến 50 mắc ung thư vú. Đối với họ chương trình sàng lọc là quá muộn.

Phụ nữ đã kết hôn có nhiều khả năng tham dự khám sàng lọc ung thư vú nhiều hơn những người độc thân, góa chồng, ly thân hoặc ly dị. Bên cạnh đó, phụ nữ không hài lòng vì việc phải chờ đợi kết quả lâu và những cảm giác khó chịu và đau đớn từ các thủ tục kiểm tra. Kiểm tra nhũ ảnh thường xuyên được mô tả là không đau trong

tài liệu quảng cáo, nhưng 40% phụ nữ báo cáo sự khó chịu và đến 20% báo cáo cảm giác đau.

Cuối cùng, một tỷ lệ đáng kể phụ nữ tham gia sàng lọc phải kiểm tra thêm (thường là khoảng 10%). Hai hoặc ba trong số những người phụ nữ này có thể trải qua sinh thiết, và sẽ phát hiện bị ung thư.

Sàng lọc trước sinh

Sàng lọc trước sinh là các xét nghiệm dành cho phụ nữ mang thai để biết liệu thai nhi có thể mắc những dị tật liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể như: Hội chứng Down, Edwards, Patau...

Theo các nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ sơ sinh là 1.73%, mỗi năm thế giới có khoảng 8 triệu trẻ chào đời với một dị tật bẩm sinh. Tại Việt Nam, có khoảng 1,5 triệu trẻ chào đời mỗi năm, trong số đó có từ 2- 3% trẻ bị bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh như: bệnh Down (chậm phát triển trí tuệ), hội chứng Edwards (dị tật do thừa nhiễm sắc thể), dị tật ống thần kinh, thiếu men G6PD (trẻ không đủ men này các tế bào hồng cầu khó hoạt động bình thường), tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh; bị Thalassemia (tan máu bẩm sinh)...

Xét nghiệm sàng lọc trước sinh bao gồm 2 giai đoạn là sàng lọc và chẩn đoán. Sàng lọc trước sinh hiện nay là một hoạt động thường xuyên trong thai kỳ của hầu hết phụ nữ. Với những trường hợp sau, mẹ nhất thiết phải khám sàng lọc trước sinh.

- **Tiền sử gia đình có người bị dị tật bẩm sinh** như chứng Down, bệnh di truyền, dị tật chân tay, sứt môi hở hàm ếch, tim... bao gồm cả hai bên họ hàng của bạn và anh xã.
- **Phụ nữ mang thai trên 35 tuổi:** Mẹ càng lớn tuổi, thai nhi càng có nguy cơ bị dị tật. Đặc biệt những ai làm mẹ khi đã trên 40 ngoài các xét nghiệm sàng lọc như Double test, Triple test thì cần làm thêm xét nghiệm chọc ối để cho kết quả chính xác hơn.
- **Dùng thuốc khi mang thai:** Trong thời gian thai nghén mẹ có sử dụng các loại thuốc kháng sinh, thuốc chống chỉ định cho phụ nữ mang thai hoặc các chất có thể gây hại cho thai nhi.

- **Biến chứng thai kỳ:** Người mẹ bị biến chứng thai kỳ sẽ mắc các bệnh tiểu đường, bệnh mãn tính như cao huyết áp, thận, tim...cũng thuộc nhóm có nguy cơ sinh con dị tật.
- **Nhiễm virus:** Mẹ bị nhiễm virus cúm, rubella, sởi, thủy đậu... trong thời gian đầu mang thai.
- **Tiền sử sảy thai:** Đối với những mẹ đã từng sảy thai 3 lần trở lên cũng nên xét nghiệm sàng lọc trước khi sinh.
- **Tiếp xúc chất phóng xạ:** Khi có thai người mẹ phải chụp X-quang, CT hay làm việc trong môi trường bị nhiễm nguồn phóng xạ.

Có những lợi ích rõ ràng của quá trình sàng lọc, nhưng cũng có những chi phí tiềm năng liên quan đến việc gia tăng lo lắng và ảnh hưởng của nó đối với cả mẹ và em bé.

Marteau và cộng sự (1993) gợi ý rằng nhiều chuyên gia y tế tin rằng việc cung cấp quá nhiều thông tin cho phụ nữ sẽ làm gia tăng lo lắng. Chẳng hạn, một số kết quả chỉ ra việc không thấy tim thai, điều này gây ra rất nhiều lo lắng cho bà mẹ, nhưng thực tế có thể họ cần chờ thêm thời gian vài ngày để xác nhận em bé vẫn sống.

Nhận kết quả khám sàng lọc

Marteau (1993) xem xét bằng chứng về tác động của việc trải qua sàng lọc. Thời gian giữa khám sàng lọc và nhận kết quả chắc chắn là một điều đáng lo ngại. Fallowfield và cộng sự (1990) đã thực hiện một nghiên cứu hồi cứu về những phụ nữ đã tham dự sàng lọc ung thư vú, 93% báo cáo rằng họ hài lòng khi tham gia khám sàng lọc, nhưng 55% cũng cảm thấy lo lắng.

6.1.3.3. Tự kiểm tra sức khỏe

Vì khám sàng lọc đòi hỏi chi phí, khả năng sắp xếp thời gian và cá nhân đối diện với những bất tiện cản trở việc tham gia thăm khám, do đó, hoạt động tự kiểm tra sức khỏe cần được đặt trọng tâm để giúp cá nhân có thể phát hiện bệnh sớm.

Tự kiểm tra là đơn giản, hoàn toàn an toàn và kinh tế. Về khía cạnh tâm lý, tự kiểm tra sức khỏe liệu có mang theo bất kỳ rủi ro tâm lý nào không, như sự gia tăng lo lắng chẳng hạn. Tự kiểm tra vú (BSE) được tuyên bố là có hiệu quả trong việc thúc đẩy phát hiện khối u vú ở giai đoạn lâm sàng sớm và kích thước nhỏ (Foster et al., 1978; Champion và Scott, 1993). Nhưng không nhiều phụ nữ thực hành điều

này : 19% phụ nữ Mỹ thực hành BSE thường xuyên (Craun và Deffenbacher, 1987); nghiên cứu khác báo cáo mức độ thậm chí thấp hơn, chẳng hạn như 11% (McCaul et al., 1993). Các nghiên cứu ở Anh đã tìm thấy mức độ tương tự đối với BSE (Nichols, 1983; Owens et al., 1987).

Về mặt hành vi, thực hành BSE làm tăng khả năng tìm thấy một u cục, giúp phụ nữ tăng khả năng khám, giảm bớt hậu quả của bệnh có thể. Theo mô hình niềm tin sức khỏe, lợi ích cụ thể của BSE là niềm tin rằng nếu tìm thấy một u cục thì có thể thực hiện các biện pháp chăm sóc. Rào cản đối với BSE là mức độ tự tin của người phụ nữ (Edwards, 1980), thiếu kiến thức liên quan và khả năng phát hiện một u cục (McCusker và Morrow, 1977), và thiếu sự riêng tư để thực hành hành vi (Zapka và Mamon, 1982).

Hobbs và cộng sự (1984) cho thấy cản trở của phụ nữ khi thực hành BSE là họ không biết chính xác phải làm gì, khi nào và bao lâu để thực hiện BSE. Phụ nữ cũng không nắm được thông tin về các yếu tố rủi ro liên quan đến ung thư vú; họ gần như không thể đánh giá thực tế về tính nhạy cảm của chính họ đối với căn bệnh này và có xu hướng ước tính quá mức các rủi ro cá nhân.

Ước tính quá mức như vậy có thể dẫn đến sợ hãi và từ chối như là chiến lược ứng phó. Thêm nữa, các thông tin về tỷ lệ mắc bệnh thực tế của ung thư vú và tần suất tương đối của khối u lành tính, có thể làm cho phụ nữ giảm thực hiện BSE. Phần lớn các khối u sờ thấy được là không ác tính.

Tự kiểm tra sức khỏe có thể được mở rộng cho các bệnh ung thư khác. Ví dụ, ung thư tinh hoàn có thể được chữa khỏi nếu điều trị sớm và các kỹ thuật tự kiểm tra tương tự có thể được dạy cho nam giới. Ung thư tinh hoàn là loại ung thư phổ biến nhất đối với nam giới ở độ tuổi 20. Hơn một nửa các trường hợp ung thư tinh hoàn xảy ra ở nam giới dưới 35 tuổi. Ung thư tinh hoàn dễ điều trị với tỷ lệ sống sót gần 100% nếu được phát hiện sớm.

Neef và cộng sự (1991) đặt câu hỏi cho sinh viên đại học ở Mỹ. Họ thấy rằng hơn 41% sinh viên đã được dạy cách tự kiểm tra ung thư tinh hoàn, 22% đã kiểm tra tinh hoàn của họ ít nhất một lần, nhưng chỉ 8% sinh viên báo cáo tự kiểm tra mỗi tháng một lần.

5.2. NÂNG CAO SỨC KHỎE

5.2.1. Các lĩnh vực nâng cao sức khỏe

WHO, 2010: Tuyên bố Ottawa về nâng cao sức khỏe (1986) mô tả nâng cao sức khỏe là một quá trình giúp mọi người tăng cường khả năng kiểm soát và cải thiện sức khỏe của mình.

Nâng cao sức khỏe tập trung vào giải quyết các yếu tố liên quan đến sức khỏe có thể thay đổi như các thói quen sức khỏe cá nhân và phong cách sống, thu nhập và tình trạng xã hội, giáo dục, việc làm và điều kiện làm việc, tiếp cận các dịch vụ sức khỏe và môi trường cơ học. Nâng cao sức khỏe không đòi hỏi thuốc men đắt tiền hay các công nghệ hiện đại, thay vào đó là các can thiệp xã hội đòi hỏi mỗi người phải đầu tư thời gian và công sức để thực hiện, ví dụ như chiến dịch truyền thông về nâng cao sức khỏe.

Tuyên bố Ottawa về nâng cao sức khỏe đã nêu ra 5 lĩnh vực hành động, có thể được dùng để phát triển và thực hiện các chiến lược nâng cao sức khỏe.

a. Xây dựng chính sách công về sức khỏe

Xây dựng khung pháp lý và các quy định liên quan đến mọi lĩnh vực bảo vệ sức khỏe cộng đồng bằng cách đảm bảo các dịch vụ an toàn hơn, tốt hơn và sạch hơn, môi trường dễ chịu hơn.

b. Tạo ra môi trường hỗ trợ cho sức khỏe

Thay đổi môi trường xã hội và hạ tầng cơ sở, đảm bảo điều kiện sống và làm việc an toàn, thoải mái, dễ chịu.

c. Tăng cường sức mạnh cộng đồng

Điều chỉnh các phương pháp tiếp cận cộng đồng để giải quyết các vấn đề sức khỏe với các yếu tố chính trị, kinh tế xã hội và môi trường. Trao quyền cho cộng đồng xác định ưu tiên, ra quyết định, xây dựng kế hoạch và thực hiện các chiến lược để có được sức khỏe tốt hơn.

d. Phát triển các kỹ năng cá nhân

Phát triển các kỹ năng cá nhân bằng cách cung cấp thông tin và giáo dục sức khỏe để giúp họ thực hành nhiều hơn việc kiểm soát sức khỏe và môi trường và có nhiều lựa chọn tốt hơn để cải thiện tình hình sức khỏe.

e. Định hướng dịch vụ sức khỏe

Ngành y tế phải tăng cường định hướng nâng cao sức khỏe cùng với trách nhiệm về dịch vụ khám chữa bệnh.

Các chiến lược nâng cao sức khỏe có thể vận dụng cho các nhóm khác nhau:

- nhóm dân cư, như trẻ em, thanh niên, người lớn
- các nguy cơ như hút thuốc, ít vận động, ăn kiêng ít, tình dục không an toàn
- sức khỏe hay các bệnh ưu tiên như tiểu đường, HIV/AIDS, bệnh tim mạch, bệnh đường miệng
- thể chế, ví dụ như trung tâm cộng đồng, phòng khám, bệnh viện, trường học, nơi làm việc.

Cá nhân có nhiều tiềm năng ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và cách tiếp cận để tham gia vào việc nâng cao sức khỏe là rất quan trọng vì điều này cho phép họ có thể kiểm soát tốt hơn các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe.

5.2.2. Lý thuyết và mô hình về nâng cao sức khỏe cộng đồng

Nâng cao, tăng cường sức khỏe cần phải dựa trên các lý thuyết khác nhau. Các lý thuyết về sức khỏe có thể giải thích những yếu tố ảnh hưởng lên sức khỏe, từ đó giúp xác định mục tiêu can thiệp. Tuy nhiên, việc nâng cao sức khỏe cần những lý thuyết bổ sung liên quan đến giáo dục, truyền thông hoặc các phong trào xã hội để giúp thực hiện những thay đổi.

6.2.2.1. Mô hình cho thực hành nâng cao sức khỏe cộng đồng

Để hiểu mô hình này, cần hiểu về khái niệm can thiệp cộng đồng. Khái niệm này có thể hiểu theo nhiều hướng :

- Là một cách tiếp cận dân cư, trong đó trọng tâm là bối cảnh xã hội và hành vi của tất cả các thành viên cộng đồng.
- Là can thiệp dựa vào cộng đồng, có mục tiêu hướng tới những thành viên cụ thể cộng đồng được coi là có nguy cơ sức khỏe kém.

Vì có cách hiểu khác nhau về can thiệp cộng đồng, nên các mô hình thực hành nâng cao sức khỏe cộng đồng cũng khác nhau.

Mô hình sinh thái

Sinh thái xã hội

Nâng cao sức khỏe dựa trên sự tập trung ngày càng tăng vào cộng đồng được phát triển từ sự thừa nhận rằng, hành vi của mọi người bị ảnh hưởng bởi môi trường

của họ. Sinh thái xã hội đã đóng một vai trò rất quan trọng trong phát triển các mô hình dựa trên cộng đồng rộng để tăng cường sức khỏe.

Sinh thái học là một thuật ngữ mô tả mối tương quan giữa các sinh vật và môi trường của sinh vật đó, và làm cơ sở cho nghiên cứu ứng dụng sinh học vào các ngành khác như tâm lý học, xã hội học và y tế công cộng. Năm 1992, Stokols đã vạch ra tầm quan trọng của một hệ sinh thái xã hội trong tăng cường sức khỏe. Ông mô tả những cách thức mà sinh thái xã hội phát triển để tập trung vào xã hội, thể chế và bối cảnh văn hóa của con người. Bốn giả định cốt lõi của quan điểm sinh thái xã hội về nâng cao sức khỏe như sau :

- ♦ Sức khỏe của người dân bị ảnh hưởng bởi nhiều khía cạnh và tương tác vật lý (ví dụ: địa lý, kiến trúc, công nghệ) và xã hội (ví dụ: văn hóa, kinh tế, chính trị)

- ♦ Môi trường của con người rất đa dạng về mặt vật lý và các thành phần xã hội. Có thể phân tích các thành phần này

từ vô số tiếp cận. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong tăng cường sức khỏe.

- ♦ Người tham gia trong môi trường có thể được mô tả ở các cấp độ khác nhau từ cá nhân, nhóm, tổ chức, tập hợp lớn hơn, cho đến cấp độ dân cư. Phương pháp tiếp cận sinh thái xã hội cần kết hợp nhiều cấp độ phân tích và phương pháp đa dạng.

- ♦ Quan điểm sinh thái xã hội kết hợp các khái niệm từ các hệ thống lý thuyết như phụ thuộc lẫn nhau, cân bằng nội môi và phản hồi tiêu cực, nhằm mục đích hiểu các động thái giữa con người và môi trường của họ.

Lý thuyết hệ thống cho thấy sự phức tạp của các ảnh hưởng lẫn nhau trong đó các đặc điểm thể chất và xã hội có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân, nhưng những người tham gia trong hệ thống đó cũng ảnh hưởng đến sức khỏe của hệ sinh thái. Các cấp độ của môi trường, từ cá nhân đến dân số, được coi là hệ thống phức tạp. Từng đơn vị nhỏ nhất cũng là một phần quan trọng của hệ thống phức tạp hơn.

Nói chung, phương pháp sinh thái xã hội bao gồm các tương tác giữa các đặc điểm phát triển và tâm lý của cá nhân (ví dụ: định mức, giá trị, thái độ), mối quan hệ giữa các cá nhân của họ (ví dụ: gia đình, mạng xã hội), khu phố, tổ chức, cộng đồng, chính sách công, môi trường vật chất và văn hóa.

Trong các mô hình này, hành vi của cá nhân được hiểu là kết quả của những tương tác trên và theo đó, thay đổi hành vi sức khỏe và kết quả sức khỏe đòi hỏi phải

giải quyết những ảnh hưởng ở cấp độ rộng lớn hơn. Chẳng hạn, can thiệp có thể bao gồm hỗ trợ gia đình (như trong chế độ ăn uống và hoạt động thể chất can thiệp), ảnh hưởng của mạng xã hội (được sử dụng trong các chiến lược giảm tiêu thụ thuốc lá, tăng hoạt động thể chất, đa dạng hóa tiếp cận chăm sóc sức khỏe), khu phố (như trong các chương trình phòng chống bạo lực và HIV), chính sách và quản lý tổ chức (được sử dụng trong các chương trình giảm tiêu thụ thuốc lá, tăng hoạt động thể chất, và các chương trình sàng lọc), các yếu tố cộng đồng (chế độ ăn uống, tiếp cận dịch vụ y tế và các chương trình bạo lực), chính sách công (như trong các chương trình giảm tiêu thụ thuốc lá, rượu và các chương trình tiếp cận chăm sóc sức khỏe), môi trường vật lý (được sử dụng trong phòng ngừa thương tích không chủ ý và các chương trình an toàn môi trường) và văn hóa (được quan sát trong một số quảng cáo).

Stokols (1992) cũng cho rằng quan điểm sinh thái xã hội phải sử dụng phương pháp liên ngành để tăng cường sức khỏe. Do sự phức tạp của các khía cạnh khác nhau tương tác ảnh hưởng đến sức khỏe con người và sức khỏe về bất kỳ môi trường nào, kiến thức từ y học, sức khỏe cộng đồng và khoa học hành vi và xã hội đều phải được kết hợp.

Mô hình sinh thái của Bronfenbrenner

Mô hình sinh thái của Bronfenbrenner từ năm 1979 đã có ảnh hưởng đặc biệt đối với các lĩnh vực đa ngành. Ban đầu, được phát triển như một tiếp cận về sự phát triển của con người, mô hình đã có ảnh hưởng rộng rãi đến cách các nhà khoa học xã hội tiếp cận nghiên cứu về con người và môi trường của họ. Mô hình này được coi là đã phá vỡ các rào cản giữa các ngành khoa học xã hội.

Mô hình của Bronfenbrenner mô tả bốn cấp độ của hệ thống lồng nhau ngày càng xa trung tâm (cá nhân). Ông gọi đó là các hệ thống vi mô (môi trường gần nhất như gia đình hoặc lớp học); hệ thống chuyển tiếp (kết nối giữa các môi trường gần nhất với hệ thống lớn hơn); hệ thống ngoại vi (môi trường bên ngoài gián tiếp ảnh hưởng đến sự phát triển, ví dụ, nơi làm việc của cha mẹ); và hệ thống vĩ mô (lớn hơn như bối cảnh văn hóa xã hội). Mỗi hệ thống chứa các vai trò, chuẩn mực và quy tắc có thể ảnh hưởng mạnh mẽ đến cá nhân.

Thực hành mô hình sinh thái xã hội: môi trường thể lý

Tiếp cận sinh thái thường được đề cập trong việc chứng minh tầm quan trọng của toàn thể môi trường. Mô hình sinh thái đã khám phá tầm quan trọng của môi trường vật lý đối với các vấn đề sức khỏe, chẳng hạn tập thể dục và mối tương quan nghịch của nó đối với béo phì, tiểu đường. Bên cạnh đó, để giải thích ảnh hưởng của tập thể dục đến các bệnh như trên, còn cần sự kết hợp của các biến số tâm lý xã hội và môi trường. Chẳng hạn khi xem xét hành vi đi bộ thể dục, cần tính đến:

- ♦ Môi trường hàng xóm: mật độ, kết nối, khả năng sử dụng đất, an toàn, công viên, địa hình khu phố và tính thẩm mỹ.

- ♦ Các yếu tố cá nhân: tuổi, giới tính, thu nhập, sở hữu xe hơi, xe máy.

- ♦ Các yếu tố tâm lý xã hội: hiệu quả bản thân, lợi ích nhận thức, rào cản nhận thức, hỗ trợ xã hội và hưởng thụ.

Đi bộ đã được xác định là hoạt động thể chất phổ biến nhất và dễ dàng kết hợp với các hoạt động khác nhất. Owen và cộng sự (2004) đã đưa ra đánh giá đối với những ảnh hưởng môi trường có thể làm tăng hành vi đi bộ của con người: các thuộc tính thẩm mỹ của khu phố; sự tiện lợi của hạ tầng để đi bộ (như vỉa hè và đường mòn); các điểm đến trên đường đi (như cửa hàng, công viên hoặc bãi biển); và cách mọi người nhận thức về giao thông.

Wendel-Vos và cộng sự. (2007) đã xem xét một cách có hệ thống các bằng chứng đối với hoạt động thể chất rộng hơn bao gồm đi bộ, đi xe đạp, thể thao cường độ mạnh, hoạt động thể chất giải trí nói chung, lối sống ít vận động, hoạt động thể chất vừa phải và kết hợp của hoạt động thể chất vừa phải và cường độ cao. Kết quả cho thấy hỗ trợ xã hội và có một người bạn đồng hành tập thể dục có khả năng thúc đẩy tất cả các loại hoạt động thể chất khác nhau.

Sự sẵn có của thiết bị hoạt động thể chất có liên quan thuận với hoạt động thể chất cường độ cao. Tồn tại tương quan thuận (nhưng không phổ biến) của hoạt động thể chất với khả năng tiếp cận các cơ sở giải trí.

Thực hành mô hình sinh thái xã hội: môi trường xã hội

Khi môi trường xã hội được tính đến, hành vi của cá nhân được hiểu là kết quả của không chỉ kiến thức, giá trị và thái độ của họ, mà là kết quả của nhiều ảnh hưởng xã hội bao gồm cả cá nhân, các mối quan hệ, tổ chức và cộng đồng (McLeroy et al., 2003). Thompson và Kinne (1999) đã mô tả một mô hình thay đổi xã hội dựa trên

lý thuyết hệ thống. Mô hình đề xuất của họ là tổng hợp các lý thuyết về thay đổi xã hội ở các cấp độ khác nhau của cá nhân, tổ chức và cộng đồng. Sự thay đổi tại mỗi cấp độ của mô hình bao gồm:

- ♦ Thay đổi cấp độ cá nhân: mô hình niềm tin sức khỏe, lý thuyết về hành động hợp lý và lý thuyết học tập xã hội.

- ♦ Thay đổi cấp độ tổ chức: có nhiều lý thuyết về sự thay đổi trong lĩnh vực tổ chức, tính đến các tổ chức như các hệ thống và cộng đồng, giải thích hành động tập thể, các phong trào và phát triển tổ chức trong các bối cảnh này.

- ♦ Thay đổi cấp độ cộng đồng: các lý thuyết trong lĩnh vực này giải thích tầm quan trọng của việc tham gia cộng đồng đầy đủ, nâng cao năng lực cộng đồng, cộng đồng phát triển và trao quyền cho cộng đồng. Trong mô hình này phương pháp tiếp cận được hiểu là chiến lược tổ chức cộng đồng, trong đó có một chương trình nghị sự để thay đổi.

- ♦ Thay đổi cấp độ môi trường: các nguồn thay đổi cộng đồng bên ngoài có thể được hiểu theo các tiêu chuẩn quốc gia (ví dụ: xu hướng thế tục), lý thuyết kinh tế và các phong trào xã hội. Những thay đổi như vậy có thể bao gồm các tác động của chính sách và pháp luật của chính phủ.

Mô tả của toàn bộ mô hình cho thấy mỗi cấp độ từ bên ngoài môi trường, thông qua các nhóm cộng đồng, các tổ chức và mạng xã hội, tác động đến những thay đổi trong hành vi cá nhân. Ở mỗi cấp độ cũng có sự tương tác giữa các yếu tố. Thompson và Kinne sử dụng ví dụ về một can thiệp chống độc quyền để minh họa cách các phong trào xã hội chính sách của chính phủ về hút thuốc đã ảnh hưởng và khuyến khích sự tham gia của cộng đồng (tổ chức hội nhóm, tổ chức thương mại, hệ thống y tế và mạng xã hội).

Một số mô hình tích hợp khác về điều kiện xác định sức khỏe nói chung, thay vì hành vi nói riêng, đã được phát triển. Ví dụ, mô hình đầu tiên được đề xuất bởi Dahlgren và Whitehead (1991) là sự bất bình đẳng về sức khỏe đã ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng. Trong mô hình này, các đặc điểm cá nhân như tuổi, giới tính và di truyền được xem xét cùng với các yếu tố mang tính xã hội như lối sống, cộng đồng, điều kiện sống và làm việc.

Một phiên bản khác, kết hợp lý thuyết xã hội để giải thích một số mối quan hệ trong mô hình, đã được Labonte và cộng sự (2002) phát triển để nghiên cứu sức khỏe dân số của một đơn vị đa ngành. Mô hình này hiểu rằng hệ sinh thái bao trùm khái niệm sức khỏe. Mỗi cấp độ không chỉ là một lớp riêng biệt ảnh hưởng đến sức khỏe, mà cũng ảnh hưởng đến mọi cấp độ khác.

Các chương trình đa tầng

Các mô hình sinh thái xã hội cho thấy tầm quan trọng của các can thiệp đa cấp độ. Cần thiết phải can thiệp nhiều cấp độ của hệ sinh thái cùng một lúc, nói cách khác là can thiệp quy mô lớn. Stokols (1992) nhấn mạnh rằng quan điểm sinh thái xã hội đòi hỏi sự can thiệp đa tầng kết hợp bổ sung thay đổi hành vi và môi trường. Ví dụ, chương trình truyền thông sửa đổi hành vi để cai thuốc lá (chẳng hạn chương trình quảng cáo truyền hình hoặc trên phương tiện công cộng) có thể hiệu quả hơn nếu chúng được thực hiện cùng lúc với chính sách không hút thuốc ở nơi làm việc và luật cấm hút thuốc ở nơi công cộng. Điều quan trọng nữa là mức độ ảnh hưởng của môi trường xã hội (ví dụ: người quản lý nơi làm việc, chính trị gia, nhà quảng bá truyền thông, ngôi sao điện ảnh) cần củng cố cùng một thông điệp và không mâu thuẫn với nhau.

Nâng cao sức khỏe dựa vào cộng đồng nên được tích hợp và toàn diện (chứ không phải là giới hạn ở một cơ sở như chăm sóc y tế) và liên quan một cách có hệ thống: lãnh đạo cộng đồng, mạng xã hội, các chiến dịch truyền thông đại chúng và giáo dục trực tiếp của dân chúng nói chung. Các chương trình dựa vào cộng đồng sử dụng nhiều biện pháp can thiệp, thay đổi mục tiêu giữa các cá nhân, nhóm và các tổ chức và thường kết hợp các chiến lược để tạo ra chính sách thay đổi môi trường.

Liên quan đến tập thể dục, Sallis và cộng sự (2006) đã đề xuất một mô hình phức tạp nhưng thiết thực (tập trung vào môi trường vật chất) trong đó con người là trung tâm. Họ đề xuất chương trình nghị sự tập trung vào những thay đổi trong giải trí tích cực, vận động tích cực, hoạt động nghề nghiệp và sinh hoạt gia đình. Để thực hiện những thay đổi, mô hình của họ cho thấy sự cần thiết phải nhắm mục tiêu cá nhân, môi trường xã hội, môi trường vật lý và chính sách công cộng.

Merzel và Affliti (2003) đã xem xét nhiều ví dụ về các chương trình đa tầng tại Mỹ giải quyết một loạt các vấn đề. Chẳng hạn:

Chương trình Sức khỏe Tim mạch:

- ♦ Cấp độ cá nhân: Chương trình giáo dục người lớn; tài liệu tự lực; sàng lọc; tư vấn; và các sự kiện giới thiệu.

- ♦ Cấp độ nhóm: tình nguyện viên đưa ra các can thiệp nhóm.

- ♦ Cấp độ cộng đồng: Ghi nhãn menu nhà hàng; ghi nhãn kệ siêu thị; nhà cung cấp thực phẩm và nhà ăn nơi làm việc cung cấp thân thiện với trái tim thực đơn; lắp đặt cơ sở tập thể dục; các cuộc thi toàn cộng đồng; quảng cáo truyền thông đại chúng.

Chương trình phòng tránh lạm dụng rượu :

- ♦ Cấp độ cá nhân: Các chương trình tự trọng của thanh niên; chương trình sau giờ học; cố vấn thanh niên; giới thiệu việc làm thanh niên; phòng ngừa bỏ học; dịch vụ điều trị.

- ♦ Cấp độ nhóm: Các lớp nuôi dạy con; chương trình tại nơi làm việc; đào tạo chuyên gia sức khỏe.

- ♦ Cấp độ cộng đồng: Chính sách cộng đồng như tăng thuế rượu; cấm chủ nhật bán rượu; hạn chế giới trẻ tiếp cận với rượu.

Tiếp cận đa tầng thường tốn kém và khó thực hiện trên thực tế. Chappell và cộng sự (2005) cho rằng nhiều chương trình nâng cao sức khỏe vẫn chủ yếu tập trung vào thay đổi ở cấp độ cá nhân.

Các tác giả đề nghị các chiến lược mới cần tập trung vào các tầng, cần các hoạt động đánh giá hiệu quả theo mức độ thay đổi được yêu cầu.

Vấn đề trong việc sử dụng các mô hình sinh thái xã hội

Các mô hình sinh thái xã hội được xây dựng dựa trên thực chứng, mang tính khách quan. Tuy nhiên, cần tính đến tính khả thi và nguy cơ tập trung thay đổi hành vi cá nhân mà nhấn mạnh ảnh hưởng từ môi trường.

Các mô hình lý thuyết có sẵn có thể thất bại trong áp dụng với các vấn đề sức khỏe khác nhau. Chẳng hạn, mô hình đa tầng trong thay đổi hành vi hút thuốc lá tạo ra hiệu quả, nhưng không hiệu quả trong các chiến dịch sử dụng thuốc chống ung thư, các chương trình điều chỉnh chế độ ăn uống và tập thể dục.

6.2.2.2. Các yếu tố xã hội của nâng cao sức khỏe

Các mô hình nâng cao sức khỏe trên đều thống nhất rằng, hành vi sức khỏe được xây dựng bởi các điều kiện xã hội, văn hóa, kinh tế và chính trị. Sự khác biệt về sức khỏe là kết quả của sự bất bình đẳng xã hội và sự bất công. Nói đến các yếu tố xã hội trong nâng cao sức khỏe, cần nhấn mạnh tầm quan trọng của các khái niệm như trao quyền, xây dựng năng lực và hợp tác. Phần này sẽ cung cấp các khái niệm cần xem xét khi xây dựng các chương trình nâng cao sức khỏe.

Tham gia

Cần có sự tham gia của các bên liên quan để thúc đẩy sức khỏe cộng đồng. Sự tham gia của người dân là một quá trình trong đó các cá nhân tham gia vào việc ra quyết định trong các tổ chức, các chương trình và môi trường ảnh hưởng đến họ. Sự tham gia của người dân mang lại cho cá nhân ý thức về kiểm soát, cho phép họ nhìn nhận về nhu cầu và giá trị của bản thân trong các hoạt động liên quan đến sức khỏe. Các chương trình nâng cao sức khỏe huy động sự tham gia của cộng đồng được thực hiện trên nguyên tắc hợp tác.

Trao quyền

Khái niệm trao quyền từ lâu đã là mục tiêu quan trọng của các chương trình xã hội. Alexis de Tocqueville lập luận vào năm 1830 rằng người dân đang bị cô lập, đứng ngoài các vấn đề vi phạm xã hội, bất bình đẳng xã hội, do đó, công dân chỉ có thể vượt qua cảm giác bất lực khi họ tham gia tích cực đối với các mối quan tâm chung. Nỗ lực tạo điều kiện để người dân tham gia hoạt động cộng đồng là cách để họ giành quyền kiểm soát môi trường và môi trường sức khỏe của họ.

Sự tham gia không mang lại lợi ích nào cho thành viên cộng đồng trừ khi sự tham gia được đi kèm với việc được trao quyền kiểm soát và quyền lực đối với các hoạt động và kết quả của hoạt động ấy. Trao quyền cho cư dân của cộng đồng là sự đấu tranh để giành quyền lực từ người khác, và là một quá trình mà cộng đồng giành quyền kiểm soát nhiều hơn đối với các quyết định và nguồn lực có ảnh hưởng cuộc sống của họ, bao gồm các yếu tố quyết định sức khỏe.

Việc trao quyền được tập trung vào các nhóm dân cư bị loại trừ khỏi các hoạt động xã hội, các nhóm thiểu số, các nhóm thiểu tiếng nói như người dân tộc, phụ nữ, thanh niên, người nghèo,.... Các chương trình nâng cao sức khỏe dựa trên trao quyền

cho phụ nữ, thanh niên và những người mắc bệnh mãn tính đã cho thấy sự cải thiện trong nhiều khía cạnh của hạnh phúc (Wallerstein, 2006).

Năng lực xây dựng và phục hồi

Laverack (2007) cho rằng các hoạt động cụ thể khi được trao quyền sẽ phát triển năng lực cộng đồng theo hướng hành động. Nói cách khác, cộng đồng cần phát triển các năng lực và tổ chức được các nguồn lực.

Các lĩnh vực hoạt động gồm tham gia, lãnh đạo, cơ cấu tổ chức, đánh giá vấn đề, huy động nguồn lực, liên kết với những bên liên quan, vai trò của bên quản lý chương trình. Các bên tham gia của cộng đồng hướng đến các năng lực giúp xây dựng chương trình nâng cao sức khỏe (nghiên cứu, lãnh đạo, ứng dụng tài trợ).

Năng lực xây dựng gắn liền với năng lực phục hồi. McCreanor và Watson (2004) cho rằng kết nối xã hội là một năng lực phục hồi quan trọng đối với sức khỏe. Các tác giả đã nghiên cứu sức khỏe tinh thần của những người trẻ tuổi, năng lực phục hồi các kết nối xã hội là một trong những yếu tố đóng góp mạnh mẽ nhất cho hạnh phúc của cá nhân.

Bên cạnh đó, phát triển các dự án nghệ thuật cộng đồng cũng là một phương tiện hướng đến năng lực phục hồi. Khả năng phục hồi này được dựa trên những tài năng vốn có của các thành viên trong xã hội, họ kết nối, biểu hiện, chia sẻ ý tưởng và cơ hội đối thoại sáng tạo.

Mục tiêu của các dự án nghệ thuật cộng đồng là xây dựng vốn xã hội và cung cấp cơ hội các cá nhân đối thoại dựa trên nghệ thuật, kích thích cuộc trò chuyện cộng đồng, phản ánh và thay đổi hành vi bằng cách sử dụng năng lượng và động lực hiện có của các chương trình nghệ thuật.

Những ý tưởng tương tự đã được áp dụng để thay đổi môi trường vật chất. Semenza và Krishnasamy (2007) mô tả một chương trình nâng cao sức khỏe, trong đó, cộng đồng dân cư của khu đô thị tham gia vào việc lập kế hoạch, thiết kế và cải tạo thẩm mỹ cho đường phố và trung tâm thương mại của khu đô thị, gồm vẽ tranh tường đường phố, làm vườn, thiết kế đài phun nước và ghế băng.

Hợp tác

Các bên liên quan chỉ có thể làm việc được trong chương trình nâng cao sức khỏe nếu họ có khả năng hợp tác. Các mối quan hệ hợp tác được hình thành giữa các

cur dân địa phương, các nhà khoa học, các nhà thực hành y tế, các cơ quan chính quyền địa phương và các tổ chức như trường đại học, các nhà tài trợ y tế. Sự hợp tác giúp tăng cường chia sẻ nguồn lực, là nền tảng cho sự thành công của các chương trình nâng cao sức khỏe.

Laverack (2007) lưu ý tầm quan trọng của các kinh nghiệm, năng lực của các bên liên quan (ví dụ: kỹ năng nghiên cứu từ trường Đại học; năng lực thực hành y tế từ các chuyên gia y tế; và kiến thức văn hóa và thực tế địa phương từ các thành viên cộng đồng).

Sự hợp tác đi kèm với các khó khăn trong mối quan hệ và việc chia sẻ quyền lực không đồng đều. Chẳng hạn, khó khăn đối với một số chuyên gia y tế từ bỏ tư cách là chuyên gia khi hợp tác với các thành viên cộng đồng (Guareschi và Jovchelovitch, 2004; Wallerstein, 2006).

Campbell và cộng sự (2004) cho rằng hợp tác giữa các thành viên của các nhóm xã hội khác nhau (ví dụ các thành viên cộng đồng châu Phi-Caribbean, các tình nguyện viên và cố vấn hội đồng người Anh) có thể gây phản tác dụng. Các nhà nghiên cứu gợi ý rằng các nhóm thiểu số vốn thiếu sự liên kết, vốn xã hội để tham gia hiệu quả vào các quan hệ hợp tác như vậy. Do đó, tồn tại nguy cơ diễn ra lại các mối quan hệ xã hội bất bình đẳng và quyền lực đã có từ trước.

Mô hình tâm lý xã hội đối với sự tham gia của các bên liên quan

Campbell và Jovchelovitch (2000) đã đề xuất một mô hình tâm lý xã hội để hướng dẫn thực hành trong việc giảm bất bình đẳng về sức khỏe. Họ lập luận rằng, sự hình thành, ban hành và chuyển đổi của các bên liên quan trong các hoạt động phải dựa trên ba khái niệm chính:

- ♦ Bản sắc xã hội: đóng vai trò quan trọng trong việc hiểu sự hình thành của bất kỳ cộng đồng nào. Cần nhận biết bản sắc xã hội của từng bên liên quan. Nếu thành viên của một nhóm làm việc bị loại trừ, điều này có thể thách thức họ nhận dạng mình như yếu tố bên lề và bắt đầu xây dựng danh tính mới.

- ♦ Đại diện xã hội: Tài nguyên thực tế và biểu tượng đặc biệt các nhóm xã hội phải được công nhận nhưng không nhất thiết phải lý tưởng hóa (chẳng hạn, vai trò đại diện của nam giới trong công tác nâng cao sức khỏe bà mẹ sau sinh)

♦ **Năng lượng:** Cần hiểu biết về các mối quan hệ quyền lực khi xem xét sự tham gia của các bên liên quan, nhất là các nhóm yếu thế, thiệt thòi. Trong các xã hội bất bình đẳng, vốn xã hội có thể được các nhóm có lợi thế sử dụng và loại trừ những người có địa vị xã hội thấp. Sự hợp tác khó thúc đẩy được khi cộng đồng thường bị chia rẽ mạnh mẽ bởi sự khác biệt về sức mạnh. Điều này giải thích tại sao nhiều dự án cộng đồng có sự tham gia của nhiều bên liên quan không đạt được mục đích của dự án.

5.2.2.3. Thông điệp nâng cao sức khỏe và truyền thông

Thông điệp y tế công cộng phổ biến qua các phương tiện truyền thông thường chỉ là một khía cạnh của các chương trình đa tầng. Tuy nhiên, cách truyền thông này là một phương pháp thường được sử dụng để thuyết phục mọi người thay đổi hành vi sức khỏe và thường được coi là phương tiện giáo dục cộng đồng về các vấn đề nhất định. Dưới đây là các hình thức thường được lựa chọn sử dụng.

Tiếp thị xã hội

Một mô hình phổ biến cho truyền thông sức khỏe là tiếp thị xã hội (Hastings và McDermott, 2006). Nhiều quốc gia, bao gồm Úc, New Zealand, Canada và Mỹ có các cơ sở tiếp thị xã hội như một dịch vụ sức khỏe. Tiếp thị xã hội được phát triển bằng cách sử dụng các công cụ của các nhà quảng cáo thương mại. Các cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe, môi trường vật lý và thay đổi chính sách xã hội phải sử dụng đến tiếp thị xã hội mới có được tác động mong muốn. Mặc dù cách tiếp cận được gọi là xã hội, nhưng về lý thuyết là nhằm vào cá nhân, các mục tiêu là thay đổi thái độ, ý định và số lượng lớn các hành vi của cá nhân (và có lẽ khiến họ thuyết phục người khác (Hastings và McDermott, 2006).

Phát thanh cộng đồng

Đài phát thanh được chọn vì phù hợp với nhóm thu nhập thấp; phù hợp với người có trình độ văn hóa thấp. Đây là hình thức truyền thông dễ truy cập và chi phí không cao.

Cho và Salmon (2007) cho rằng chiến dịch truyền thông, như các hành động xã hội khác, đều có các yếu tố giá trị, lợi ích, cạnh tranh, ảnh hưởng.

Các vấn đề đạo đức trong nâng cao sức khỏe

Seedhouse (1997) coi nâng cao sức khỏe là một nỗ lực đạo đức rõ ràng. Từ quan điểm này, ông xem xét các vấn đề đạo đức trong nâng cao sức khỏe theo hai hướng:

- Nâng cao sức khỏe nhằm của cá nhân hoặc nhóm theo mong muốn của cá nhân hoặc nhóm đó;
- Nâng cao sức khỏe theo yêu cầu mà không cần đến sự mong muốn của người thụ hưởng

Hai sự phân biệt này dẫn đến bốn lựa chọn thay thế:

A. Tăng cường sức khỏe để cải thiện sức khỏe cộng đồng theo mong muốn rõ ràng của công chúng.

B. Tăng cường sức khỏe theo yêu cầu của một cá nhân được xác định cụ thể hoặc nhóm.

C. Tăng cường sức khỏe để cải thiện sức khỏe của một cá nhân cụ thể hoặc nhóm mà không có yêu cầu hay mong muốn của cá nhân, nhóm đó nó.

D. Tăng cường sức khỏe để cải thiện sức khỏe cộng đồng mà không cần sự đồng ý của công chúng hoặc theo chỉ thực hiện yêu cầu của nhóm thiểu số.

Seedhouse cho rằng đối với A và B, một người làm truyền thông sức khỏe sẽ có thể xem xét các yêu cầu đạo đức (niềm tin của chính mình, định kiến, thông tin được cung cấp, đánh giá bằng chứng hoặc chi phí cho nhóm, cá nhân thụ hưởng). Trường hợp C phức tạp hơn, cần có bộ tiêu chí bổ sung để cân nhắc đạo đức như yêu cầu can thiệp có mang tính xâm lấn cá nhân hoặc nhóm đó không, tương quan giữa lợi ích thụ hưởng và quyền tự quyết của cá nhân hay nhóm đó. Trường hợp D, các can thiệp quy mô lớn mà không được sự đồng thuận của mọi người, thì phải xem xét tất cả các vấn đề đạo đức của ba trường hợp đầu tiên, và kèm theo việc thu thập, chứng minh, giải thích, tuân theo một lý thuyết can thiệp hiệu lực để nâng cao sức khỏe.

5.2.3. Quy trình thúc đẩy và chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Quy trình sau đây được tóm lược từ tài liệu *Chăm sóc sức khỏe cộng đồng* của UNICEF Việt Nam (2017) dành cho nhân viên công tác xã hội. Thuật ngữ nhân viên công tác xã hội trong bản gốc được điều chỉnh thành nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để phù hợp hơn với các ngành nghề liên quan.

5.2.3.1 Xác định vấn đề của sức khỏe cộng đồng

Bước 1: Xác định các vấn đề của cộng đồng

- Thu thập thông tin sẵn có về vấn đề nóng của sức khỏe cộng đồng thông qua báo cáo hàng quý/ năm của trạm y tế xã phường, báo cáo của ủy ban nhân dân xã phường, báo đài địa phương, ...;

- Chọn nhóm đối tượng đại diện cho các vùng địa lý, kinh tế-xã hội trong xã phường để tiến hành thảo luận nhóm nhằm thu thập thông tin đại diện cho toàn bộ cộng đồng trong xã phường;

- Tiến hành thảo luận nhóm thu thập thông tin về các vấn đề về sức khỏe mà cộng đồng quan tâm, bức xúc.

- Xác định vấn đề ưu tiên: Dựa trên các tiêu chuẩn như mức độ nghiêm trọng, tần suất, mức độ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, để các nhóm đưa ra quyết định lựa chọn.

Bước 2: Xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ

- Liệt kê các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ;

- Thảo luận với các nhóm tìm ra yếu tố nguy cơ chính;

- Xác định nguyên nhân gây ra các yếu tố nguy cơ;

- Thảo luận các biện pháp can thiệp.

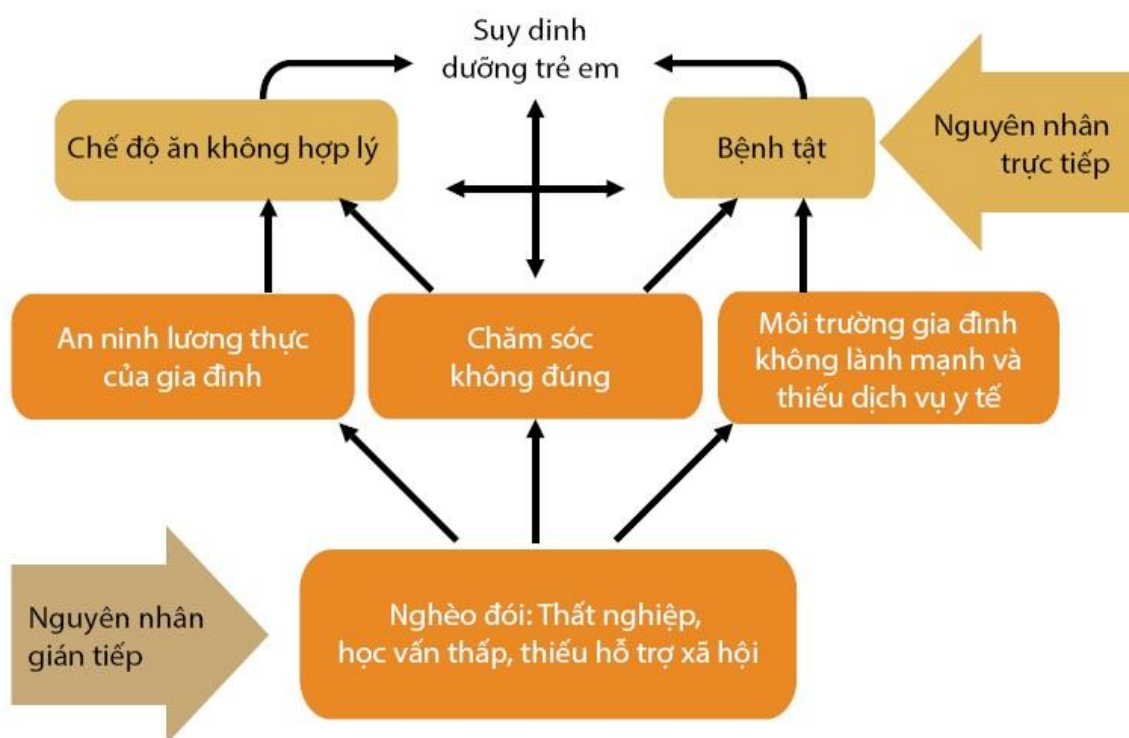
Ví dụ: Tại một xã A, sau khi thực hiện một loạt các cuộc thảo luận nhóm thông qua các buổi họp thôn, cộng với việc rà soát báo cáo cuối năm của trạm y tế xã, nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tổng kết được 03 vấn đề tồn tại trong cộng đồng: (1) Suy dinh dưỡng trẻ em; (2) Trầm cảm ở bà mẹ có con nhỏ; (3) Bệnh tiểu đường ở người cao tuổi.

Nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tiến hành xác định vấn đề sức khỏe cộng đồng ưu tiên thông qua các cuộc họp thôn/xã có kết quả như sau:

Bảng 5.6. Ví dụ về bảng xác định vấn đề sức khỏe cộng đồng ưu tiên

	Suy dinh dưỡng TE	Trầm cảm sau sinh	Tiểu đường
Nghiêm trọng	X		X
Tần suất	X		
Ảnh hưởng	X	X	

Vấn đề suy dinh dưỡng trẻ em được cộng đồng đặt ưu tiên hàng đầu do tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao, mức độ suy dinh dưỡng chủ yếu ở kênh 2 và 3 và vấn đề suy dinh dưỡng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển của trẻ. Cộng đồng thảo luận và vẽ được cây vấn đề của tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em:



Sơ đồ 5.1. Ví dụ về cây vấn đề của tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em

5.2.3.2 Lập kế hoạch can thiệp giải quyết vấn đề sức khỏe cộng đồng

Dựa trên cây vấn đề, liệt kê các giải pháp nhằm giải quyết vấn đề suy dinh dưỡng trẻ em.

Ví dụ: Tại xã A, sau khi vẽ được cây vấn đề về suy dinh dưỡng trẻ em, nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tổ chức các cuộc họp thôn để phân tích tính khả thi của các giải pháp và khả năng lồng ghép với các hoạt động khác.

Các giải pháp được đưa ra:

- Hướng dẫn bà mẹ, gia đình cách nấu ăn và chế độ ăn cho trẻ theo độ tuổi thông qua câu lạc bộ nấu ăn.
- Cung cấp thông tin về triệu chứng các bệnh thông thường cần đưa trẻ đến trạm y tế khám.

c. Cải thiện an ninh lương thực của gia đình thông qua hướng dẫn trồng rau và nuôi gia cầm trong vườn nhà.

d. Hướng dẫn bà mẹ cân đo trẻ hàng tháng tại trạm y tế để theo dõi tình trạng sức khỏe của trẻ

Trên cơ sở 4 giải pháp đưa ra, bảng phân tích tính khả thi được áp dụng để xác định tính hiệu quả và thực tế của các giải pháp.

Bảng 5.7. Ví dụ về bảng so sánh các giải pháp

Tiêu chí	Giải pháp (a)	Giải pháp (b)	Giải pháp (c)	Giải pháp (d)
Lồng ghép	X	X	X	X
Thực tế	X	X	X	X
Chi phí	X	X		X
Bền vững	X	X	X	X
Kỹ thuật	X	X	X	X

Giải pháp (a), (b) và (d) được đánh giá có thể lồng ghép vào các hoạt động của trạm y tế, hội phụ nữ, có khả năng làm được bằng cách sử dụng chính các nguồn lực của cộng đồng. Ba giải pháp trên tạo ra tác động trực tiếp làm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em tại cộng đồng. Riêng giải pháp (c) mặc dù chi phí cao hơn so với ba giải pháp còn lại nhưng góp phần xóa đói giảm nghèo, có thể lồng ghép thông qua các hoạt động quỹ tín dụng của hội phụ nữ, ngân hàng người nghèo. Riêng về kỹ thuật, giải pháp này có thể tìm kiếm sự hỗ trợ từ hội nông dân để có thể trồng rau và nuôi gia

cầm theo mùa, đảm bảo an ninh lương thực của gia đình.

5.2.3.3. Các phương pháp giải quyết vấn đề sức khỏe cộng đồng

Giáo dục về truyền thông sức khỏe

Giáo dục truyền thông tuyên truyền về sức khỏe là hoạt động không thể thiếu và thường được thực hiện tại cộng đồng. Nếu thông tin chỉ là hình thức phổ biến thông tin đến các cá nhân, nhóm, cộng đồng, thì truyền thông là một quá trình chia sẻ những hiểu biết, tình cảm, kinh nghiệm.

Một quá trình truyền thông đầy đủ gồm các yếu tố: Người gửi, người nhận, thông điệp, kênh truyền thông và sự phản hồi. Trong truyền thông có sự trao đổi

thông tin hai chiều, có sự chuyển đổi vai trò giữa người gửi và người nhận. Sự phản hồi trong truyền thông giúp thông tin trao đổi được chính xác hơn, có hiệu quả hơn.

Về mặt hình thức có hai kiểu truyền thông truyền thống trong giáo dục sức khỏe:

- *Truyền thông trực tiếp*: Thực hiện giữa người với người, đối mặt với nhau.
- *Truyền thông gián tiếp*: Được thực hiện qua các phương tiện truyền thông như sách báo, loa đài, tivi...

Về mặt kỹ thuật, truyền thông lại được chia ra theo đối tượng người nhận:

- Truyền thông cho cá nhân
- Truyền thông nhóm
- Truyền thông đại chúng

Trong truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng, hình thức truyền thông trực tiếp và gián tiếp đều được áp dụng triệt để. Sau đây, tài liệu sẽ trình bày từng phương pháp truyền thông.

(1) *Truyền thông gián tiếp*

Truyền thông gián tiếp là phương pháp áp dụng phổ biến tại các cộng đồng, đặc biệt khu vực nông thôn. Loa phóng thanh là phương tiện chủ yếu và phổ biến.

Bảng 5.8. Tóm lược phương pháp truyền thông gián tiếp

Ưu điểm	- Chuẩn bị đơn giản, chỉ cần viết bài truyền thanh để đọc - Cùng một lúc có thể có nhiều người nghe - Người nhận không cần thiết phải tập trung vào một chỗ
Nhược điểm	- Đây là thông tin một chiều, không có sự trao đổi qua lại - Ít hiệu quả do người nhận có thể không tập trung - Thông tin dài không thể nhớ được, không cầm tay chỉ việc
Cách thức thực hiện một buổi truyền thông qua loa phóng thanh	- <i>Chuẩn bị bài diễn thuyết (nói)</i>: Yêu cầu đối với một bài nói qua loa phóng thanh là phải rõ ràng, ngắn gọn, đi thẳng vào vấn đề, thông điệp hướng đến hành động. - <i>Người đọc</i>: Nên chọn người có giọng đọc truyền cảm, to, rõ ràng, nhằm thu hút người nghe. Đây là yếu tố quan trọng trong truyền thông giáo dục sức khỏe qua loa phóng thanh. - <i>Thời gian phát</i>: Chọn thời gian có nhiều người ở nhà, loa

(2) Truyền thông trực tiếp

So với truyền thông gián tiếp, truyền thông trực tiếp có những ưu điểm hơn như là quá trình truyền thông 2 chiều, có thể thu nhận phản hồi và cầm tay chỉ việc, hiệu quả của việc truyền thông thường tốt hơn so với truyền thông gián tiếp. Tuy nhiên, truyền thông trực tiếp cũng có thể gặp phải những khó khăn nhất định, ví dụ như: Chuẩn bị hậu cần (sắp xếp địa điểm, mời và đảm bảo mọi người tham dự, chuẩn bị trang thiết bị và dụng cụ hỗ trợ,...); Chuẩn bị sâu về nội dung kiến thức (có thể người tham dự sẽ hỏi sâu nhiều kiến thức chuyên môn hoặc/ và cả những nội dung liên quan khác); Chuẩn bị tâm lý và kỹ năng (đáng điệu, kỹ năng điều khiển cuộc họp, kỹ năng thuyết trình, v.v).

Truyền thông trực tiếp giáo dục sức khỏe cộng đồng có thể bao gồm các hình thức sau:

*** *Nói chuyện giáo dục sức khỏe:*** Là nói chuyện với một nhóm đông người về một nội dung giáo dục sức khỏe nào đó. Ví dụ: Nói chuyện với bà mẹ có con dưới 1 tuổi về nuôi con bằng sữa mẹ.

*** *Giáo dục tư vấn sức khỏe:*** Nhằm giúp đối tượng hiểu rõ vấn đề của họ, cung cấp thông tin, thảo luận giúp họ chọn lựa giải pháp, đưa ra quyết định thích hợp. Điểm đặc biệt trong tư vấn sức khỏe là giúp đối tượng lựa chọn cách giải quyết vấn đề chứ không phải ép buộc thực hiện hành động theo ý kiến người tư vấn. Đây là biện pháp thích hợp để giúp đối tượng hiểu rõ vấn đề sức khỏe nhạy cảm (ví dụ như sức khỏe sinh sản).

*** *Thảo luận nhóm giáo dục sức khỏe:*** Là phương pháp giáo dục sức khỏe trực tiếp theo nhóm nhỏ, bao gồm những người có cùng vấn đề sức khỏe hoặc liên quan đến vấn đề sức khỏe cần được giải quyết tham gia. Thông qua cuộc thảo luận nhóm để đạt được mục tiêu về sức khỏe mong muốn.

*** *Truyền thông giáo dục sức khỏe tại hộ gia đình:*** Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp cho các thành viên trong gia đình ngay tại nhà. Đây là hình thức có nhiều ưu điểm như: Xây dựng mối quan hệ tốt với gia đình; Đối

tượng dễ tiếp thu tại gia đình, ít yếu tố nhiễu; Tại gia đình, đối tượng sẽ dễ dàng chia sẻ và bày tỏ ý kiến; Trực tiếp quan sát được các yếu tố liên quan đến sức khỏe; Có thể giải quyết ngay một số vấn đề liên quan đến sức khỏe; và Đưa ra tư vấn sát thực với gia đình.

Học tập điển hình tích cực

Phương pháp học tập điển hình tích cực ban đầu xuất phát từ các nghiên cứu về dinh dưỡng của trẻ em từ những năm 1990. Các nghiên cứu cho thấy trẻ em ở một số cộng đồng dân cư nghèo nhưng vẫn được nuôi dưỡng tốt hơn so với những người khác. Trên cơ sở đó, phương pháp này đã được phát triển nhằm giải quyết vấn đề suy dinh dưỡng tại cộng đồng bằng cách xác định và nhân rộng các trường hợp làm tốt hơn là tập trung vào các trường hợp suy dinh dưỡng và hỗ trợ. Sau đó, Jerry Sternin và vợ đã phát triển phương pháp này trở thành một cách tiếp cận để củng cố sự thay đổi về hành vi và xã hội thông qua tổ chức các can thiệp lấy thay đổi xã hội bằng điển hình tích cực làm trọng tâm trên toàn thế giới. Sự thành công trong việc áp dụng phương pháp điển hình tích cực trong nhiều lĩnh vực khác nhau như y tế công cộng, giáo dục, bảo vệ trẻ em...

- Định nghĩa điển hình tích cực: Một điển hình tích cực hoặc một nhóm điển hình tích cực có hành vi và cách thức khác biệt với các thành viên khác trong cộng đồng để có thể giải quyết thành công một vấn đề đang tồn tại trong môi trường sống đó mà không cần có nguồn lực đặc biệt nào cả (trong khi nhiều người khác lại không thể vượt qua). Tuy nhiên, một người được xác định là điển hình tích cực chỉ trong một hoàn cảnh vấn đề cụ thể.

Hay nói một cách khác, quan sát trong một cộng đồng khi gặp cùng một vấn đề, mỗi cá thể hoặc nhóm cá thể sẽ có cách đối phó khác nhau. Trong cùng một điều kiện về nguồn lực, có cá nhân hoặc nhóm người tìm ra được cách vượt qua vấn đề một cách thành công, trong khi các cá nhân còn lại trong cộng đồng vẫn gặp nhiều khó khăn và cản trở không tìm được cách giải quyết. Cá nhân, nhóm vượt qua được khó khăn đó bằng ý tưởng và kế hoạch hành động của mình có thể được gọi là một điển hình tích cực.

Ví dụ điển hình tích cực: đến bất kỳ một cộng đồng nghèo nào, bạn cũng tìm thấy có những gia đình nghèo nhưng con cái họ lại không bị suy dinh dưỡng, ít bệnh

tật, con họ không phải đi học thêm và kết quả học tập lại rất tốt. Đây là những điển hình tích cực vì họ đã có ý tưởng mới và giải pháp phù hợp vượt qua hoặc tránh được khó khăn mà các gia đình khác gặp phải. Trong khi nhiều gia đình trong cùng cộng đồng, mức kinh tế gia đình như thế hoặc thậm chí khá hơn, nhưng con lại bị suy dinh dưỡng, hoặc không vượt được khó khăn để tiếp tục đi học, ...

Các nguyên lý áp dụng trong phương pháp tiếp cận điển hình tích cực bao gồm:

- + Cộng đồng triển khai toàn bộ quá trình;
- + Tất cả thành viên hoặc nhóm chịu ảnh hưởng của vấn đề đều là người tham gia vào giải quyết và do đó quy trình học tập điển hình tích cực bao gồm mọi thành phần liên quan;
- + Cộng đồng phát hiện ra các hành vi và chiến lược thành công và khác biệt;
- + Cộng đồng phát triển phương pháp thực hành và mở rộng các chiến lược và hành vi thành công và tuyên truyền ý tưởng sáng tạo. Các thành viên của cộng đồng tự xác định “những người cũng giống như tôi” có thể thực hiện học tập từ các điển hình tích cực, thậm chí cả những trường hợp tồi tệ nhất;
- + Phương pháp học tập điển hình tích cực tập trung vào thực hành thay cho kiến thức – “làm cách nào” thay cho “cái gì” hoặc “tại sao”. Cốt lõi của phương pháp này là “Bạn sẽ hành động theo cách của một gương điển hình nào đó, áp dụng các suy nghĩ mới hơn là nghĩ cách của bạn và làm theo cách mới”;
- + Cộng đồng tự xác định thể là mô hình chuẩn và giám sát quá trình thay đổi;
- + Quá trình áp dụng phương pháp điển hình tích cực dựa trên sự tôn trọng tới đa cộng đồng, thành viên và văn hóa của cộng đồng, tập trung vào sự tham gia và năng lực của cộng đồng, để cộng đồng tự triển khai;
- + Phương pháp tiếp cận điển hình tích cực mở rộng mạng lưới sẵn có và tạo ra mạng lưới mới.
- Xác định điển hình tích cực tại cộng đồng trong dự phòng bệnh tật và công tác xã hội sẽ giúp nhân rộng điển hình tích cực.

Để có thể xác định được điển hình tích cực trong chăm sóc sức khỏe cần phải trải qua 5 bước:

• **Bước 1:** Xác định vấn đề về sức khỏe mà cộng đồng đang gặp phải; các khó khăn và thách thức; các thói quen, tập quán để giải quyết vấn đề; và kết quả mong muốn. Nhân viên công tác xã hội cần xác định rõ và ưu tiên vấn đề nào là vấn đề sức khỏe nổi cộm của cộng đồng. Sau đó cần đánh giá và chỉ ra được các rào cản dẫn đến việc không thể giải quyết được vấn đề sức khỏe đó (có thể là thói quen tập quán được nhắc trên). Cuối cùng là đưa ra được kết quả sức khỏe mong muốn của cộng đồng sẽ như thế nào sau khi giải quyết được vấn đề.

• **Bước 2:** Xác định sự hiện diện của các cá nhân hoặc nhóm người có khả năng là điển hình tích cực. Để xác định được điển hình tích cực cần dựa vào hai tiêu chuẩn: (1) có thói quen liên quan tích cực khác với các cá thể khác không thể giải quyết vấn đề trong cộng đồng; (2) giải quyết được vấn đề sức khỏe mà cộng đồng đang gặp phải, đạt được kết quả sức khỏe mong muốn như đã nêu trong bước 1.

• **Bước 3:** Tìm hiểu thói quen, kế hoạch của cá nhân hoặc nhóm người này thông qua quan sát và phỏng vấn (thăm hỏi). Bước này nhằm giúp khẳng định và loại trừ các trường hợp không thực sự là điển hình tích cực. Ngoài ra, ý nghĩa quan trọng của bước 3 là tìm hiểu được lý do tại sao thói quen và kế hoạch khác biệt của điển hình tích cực lại giúp họ có thể giải quyết được vấn đề sức khỏe mà các cá thể khác trong cộng đồng không làm được.

• **Bước 4:** Lên kế hoạch các hoạt động nhằm vận động cộng đồng làm theo các hành vi, thói quen, suy nghĩ và thực hành giải quyết vấn đề của điển hình tích cực để giúp cả cộng đồng cùng giải quyết được vấn đề sức khỏe đang gặp phải.

• **Bước 5:** Theo dõi và đánh giá việc thực hành theo kế hoạch của bước 4, đồng thời hỗ trợ, điều chỉnh trong trường hợp phát sinh các vấn đề không mong muốn làm cản trở việc cộng đồng làm theo điển hình tích cực.

Điển hình tích cực về dự phòng bệnh tật trong cộng đồng là cá nhân hoặc một nhóm người có các thói quen tốt (từ kiến thức, thái độ, hành vi và thực hành) để phòng ngừa và giải quyết hiệu quả các trở ngại gặp phải trong đời sống, khắc phục tốt vấn đề sức khỏe mà cộng đồng đang gặp phải.

Nhiệm vụ của nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe là xác định các vấn đề “nóng” về sức khỏe cộng đồng tại địa phương, những thách thức và khó khăn khiến cộng đồng không thể giải quyết được.

Trên đây là tóm lược quy trình và một số phương pháp nâng cao sức khỏe cộng đồng tại địa phương, dành cho các nhân viên trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe làm việc tại cộng đồng.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Hãy phân tích các yếu tố tâm lý dẫn đến cá nhân không tham gia hoạt động dự phòng tiêm chủng, hoạt động dự phòng khám sàng lọc?
2. Hãy bình luận về luận điểm: nâng cao sức khỏe là một vấn đề xã hội?
3. Hãy xác định một vấn đề sức khỏe cộng đồng và thiết kế một kế hoạch nâng cao vấn đề đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Pitts, M. (2005). *The Psychology of Preventive Health*. New York: Routledge.
- Stephens. C. (2008). *Health promotion: A psychosocial approach*. Berkshire: Open University Press
- UNICEF Việt Nam. (2017). *Chăm sóc sức khỏe cộng đồng*. Cục Bảo trợ Xã hội, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội
- WHO. (2010). *Hướng dẫn Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*. Cục Bảo trợ Xã hội, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội

CHƯƠNG 6

ỨNG DỤNG CỦA TÂM LÝ HỌC SỨC KHỎE TRONG CHĂM SÓC BỆNH TẬT

Chúng ta vẫn biết, cơ thể và tâm trí luôn là một thể thống nhất và ảnh hưởng lẫn nhau. Vậy, các bằng chứng khoa học cụ thể về mối liên hệ giữa cơ thể và tâm trí như thế nào? Những yếu tố tâm lý nào có thể ảnh hưởng đến sự mất cân bằng trong cơ thể và gây ra bệnh tật? Có phải các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến sự khởi phát, tiến triển và gây tử vong cho tất cả các loại bệnh tật hay không hay chúng chỉ ảnh hưởng đến một nhóm bệnh mà thôi? Có thể giải thích sự ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến bệnh tật của cơ thể như thế nào?

Trên đây là những câu hỏi thú vị và là những thách thức không nhỏ đối với các nhà nghiên cứu. Trên thực tế, các nhà khoa học đã tìm ra câu trả lời cho những câu hỏi trên. Câu trả lời chung nhất là không có câu trả lời duy nhất, một chiều cho mỗi câu hỏi nêu trên. Thật vậy, không phải các kết quả nghiên cứu khác nhau đều thống nhất với nhau về sự ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến cơ thể nói chung và bệnh tật nói riêng. Cũng vậy, còn có nhiều tranh luận liên quan đến cách thức (cơ chế) của sự ảnh hưởng này cũng như các loại bệnh tật nào bị gây ra bởi các yếu tố tâm lý. Do vậy, chúng tôi lựa chọn ba loại bệnh phổ biến và có bằng chứng tương đối rõ ràng về ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến sự khởi phát, tiến triển cũng như tỷ lệ tử vong của bệnh. Đó là bệnh tim mạch, ung thư và tiểu đường.

6.1. TIM MẠCH

Bệnh tim mạch (cardiovascular disease) là các rối loạn về tim và hệ tuần hoàn, bao gồm bệnh mạch vành (nhồi máu cơ tim), tai biến mạch máu não (đột quỵ), tăng huyết áp (cao huyết áp), bệnh động mạch ngoại biên, bệnh thấp tim, bệnh tim bẩm sinh và suy tim. Cách đây 10 năm, vào những năm 2000, dựa vào sự tăng tốc nhanh chóng ở các nước đang phát triển, bệnh tim mạch được dự đoán sẽ là nguyên nhân gây chết người số một trên toàn cầu (Pitts & Phillips, 1998, 2003; Williams, 2010). Điều lo ngại đó của các nhà khoa học đã trở thành hiện thực, khi mà Tổ chức Y tế thế giới (WHO) trong nhiều năm liền đã xác nhận rằng, các bệnh tim mạch là nguyên

nhân hàng đầu tạo ra gánh nặng bệnh tật (burden of disease) và là nguyên nhân gây tử vong số một ở người trưởng thành (WHO, 2012, 2016, 2017). Đây cũng là căn bệnh làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của nhiều người ở giai đoạn tuổi trung niên (Pitts & Phillips, 1998, 2003). Theo WHO (2020)⁵, hiện tại bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu, chiếm tới 31% tổng số ca tử vong. Tại Việt Nam, bệnh tim mạch cũng là nguyên nhân chính của 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016 tương đương với hơn 170.000 ca.

Có hai nhóm yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng đến bệnh tim mạch, đó là các yếu tố không thay đổi được và các yếu tố có thể thay đổi được. Trong nhóm các yếu tố không thay đổi được có giới tính, độ tuổi và di truyền. Theo đó, phụ nữ ít có nguy cơ mắc bệnh tim mạch hơn nam giới (Pitts & Phillips, 1998; ...), tuổi càng cao thì nguy cơ mắc càng lớn và nếu trong cha mẹ mắc bệnh tim mạch thì con của họ cũng có nguy cơ mắc bệnh này (Nguồn...). Ngày nay, các theo dõi lâm sàng cho thấy, độ tuổi của người mắc bệnh về tim mạch đang ngày càng trẻ hóa. Điều này được cho là có liên quan đến các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, bao gồm chế độ ăn dưới mức tối ưu (suboptimal diet): lượng muối cao, ít rau xanh và hạt, lượng thịt đã qua chế biến cao và thức ăn nhiều chất béo (Micha & cs., 2017); chỉ số cân nặng của cơ thể cao; cao huyết áp; hút thuốc lá; béo phì; lạm dụng rượu và ít hoạt động thể chất (Mack & Gopal, 2016); tuổi cao, mức cholesterol bất thường (Nezu, Nezu & Geller, 2003). Cùng với đó, nhiều nhà nghiên cứu nhận định rằng, các yếu tố tâm lý như stress, một số khía cạnh nhân cách, môi trường xã hội cũng đóng vai trò như là nguy cơ ảnh hưởng đáng kể đến bệnh tim mạch (Pitts & Phillips, 1998; Nezu, Nezu & Geller, 2003).

6.1.1. Stress

6.1.1.1. Stress là gì?

Trong lịch sử nghiên cứu vấn đề này tồn tại bốn mô hình giải thích về stress.

Mô hình Né tránh hoặc đương đầu (Fight or flight model of stress)

Mô hình của Cannon (1932) giải thích rằng các mối đe dọa từ bên ngoài dẫn đến các phản ứng sinh lý mà bản chất là tăng hoạt động và hưng phấn thần kinh. Các

⁵ <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cardiovascular-disease>. Truy cập 15h34, ngày 15/04/2020.

phản ứng sinh lý này cho phép cá nhân tránh được hoặc chống lại được các tác nhân gây căng thẳng.

Mô hình Hội ứng thích ứng chung (General adaptation syndrome)

Mô hình này của Selyé (1936) mô tả ba giai đoạn diễn biến của stress, bao gồm: (a) giai đoạn báo động (Alarm stage) gia tăng các hoạt động thần kinh, chẳng hạn, tăng huyết áp, tăng nhịp tim, tăng tuần hoàn máu,...; (b) giai đoạn kháng cự (resistance): cơ thể nỗ lực đảo ngược sự ảnh hưởng của các triệu chứng ở giai đoạn báo động; (c) giai đoạn kiệt quệ (exhaustion): khi cá nhân liên tục phải đối mặt với tình huống gây căng thẳng nhưng lại không thể kháng cự thêm.

Mô hình Các sự kiện cuộc sống (Life events model)

Holmes and Rahe (1967) coi căng thẳng là phản ứng với những trải nghiệm trong cuộc sống. Hai ông đã liệt kê một loạt các sự kiện đánh dấu sự thay đổi trong cuộc sống cá nhân, từ những sự kiện gây mất mát nghiêm trọng như cái chết của người chồng/vợ; cái chết của người thân thiết, án tù, kết hôn, mang thai,...đến những sự thay đổi nhỏ như thay đổi lịch làm việc, thay đổi thói quen ngủ,...Khi sử dụng công cụ này đo lường người ta cho điểm cho các sự kiện mà một cá nhân đã trải qua. Kết quả các nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ giữa các sự kiện đã xảy ra và mức độ căng thẳng cũng như tình trạng sức khỏe chung của con người. Tuy nhiên, lý thuyết này vẫn bị phê phán là không chính xác. Sau đó, cách tính điểm được thay đổi trên cơ sở tính đến sự tác động khác nhau của các trải nghiệm đối với cá nhân (Ogden, 2007). Mặc dù vậy, cách tiếp cận này vẫn bị phê phán ở nhiều điểm, mà tập trung nhất là năm vấn đề sau đây (Ogden, 2007):

- (i) Các nhà nghiên cứu cho rằng, kinh nghiệm sống không nên được coi là stress khách quan. Tính cá nhân là yếu tố rất quan trọng bởi một sự kiện giống nhau những mức độ tác động của nó không giống nhau đối với mỗi người. Ví dụ, ly hôn là một sự kiện gây stress kéo dài ở ai đó nhưng lại là một sự giải thoát cho người khác, giúp cho họ trở nên tự do và thoải mái hơn. Các nhà nghiên cứu cũng gợi ý rằng, đánh giá xếp hạng riêng của từng người về trải nghiệm cuộc sống theo 3 mục: (a) mức độ mong muốn đối với sự kiện (sự kiện được coi là tích cực hay tiêu cực?); (b) cá nhân có bao nhiêu quyền kiểm soát đối với sự kiện (kết quả của sự kiện được xác định bởi cá nhân hay người khác?); và (c) mức độ

điều chỉnh cần thiết sau sự kiện này. Dựa trên các đánh giá đó, người nghiên cứu mới có thể xem xét mức độ mà các sự kiện khách quan gây ra cho cá nhân. Đây thực chất là tiếp cận cá nhân hóa các sự kiện khách quan.

- (ii) Phương pháp đánh giá các sự kiện khách quan thực chất là phương pháp đánh giá hồi cứu bởi các sự kiện đó xảy ra trong quá khứ của cá nhân, không phải là những gì đang diễn ra sống động tại thời điểm nghiên cứu. Như vậy, người nghiên cứu chỉ có thể đánh giá được hồi tưởng của cá nhân chứ không phải là những nhận thức và cảm xúc hiện thời của họ. Điều này có thể làm sai lệch tính chất mức độ đánh giá của cá nhân về sự kiện đã xảy ra với họ bởi họ bị ảnh hưởng bởi trạng thái tâm lý hiện thời của mình. Sự sai lệch này thể hiện ở chỗ, họ có thể đánh giá quá mức các sự kiện tiêu cực hoặc đánh giá thấp dưới mức thực tế các sự kiện tích cực Ví dụ: một người đang mắc bệnh ung thư hay trầm cảm có thể đánh giá việc ly hôn chính là nguyên nhân gây ra bệnh tật hiện thời của họ.
- (iii) Kinh nghiệm sống có thể tương tác với nhau. Do vậy, bất kỳ một sự kiện nào cũng có thể làm tăng hoặc giảm mức độ tác động tiêu cực hay tích cực của sự kiện khác. Chẳng hạn, ly hôn là một sự kiện gây căng thẳng mạnh nhưng việc chuyển chỗ ở với một công việc mới lại là hai sự kiện có thể giảm nhẹ tính chất căng thẳng do ly hôn tạo ra. Do vậy, người trả lời có thể đánh giá sự kiện ly hôn không quá tệ như thực tế họ đã trải nghiệm. Ngược lại, một người mẹ vừa ly hôn và đang rất căng thẳng có thể sẽ đánh giá sự kiện đứa con trượt đại học gây căng thẳng hơn cả việc ly hôn của mình. Tuy nhiên, trên thực tế điều này có thể không hoàn toàn đúng như vậy. Khi người trả lời đánh giá các sự kiện một cách độc lập (theo một danh sách) không cho phép nhà nghiên cứu hiểu được tính chất tương tác của các sự kiện, dẫn đến đánh giá sai sự tác động thực chất của sự kiện đó đến stress của người được nghiên cứu.
- (iv) Ban đầu, các nhà nghiên cứu theo mô hình lý thuyết này đo lường mối quan hệ giữa trải nghiệm các sự kiện gây căng thẳng và vấn đề sức khỏe. Theo đó, giả định ở đây là một người càng trải nghiệm nhiều sự kiện gây căng thẳng càng có nhiều vấn đề sức khỏe như tim mạch, huyết áp, ung thư,...Như vậy, một phép tương quan đơn giản có thể kiểm định được giả định này và nhận định nhân

quả được rút ra là người nào trải nghiệm số lượng sự kiện gây căng thẳng có khả năng có nhiều chẩn đoán y khoa. Tuy nhiên, phương pháp này bị phê phán là có thể bỏ qua những bệnh nhẹ hơn và phải dựa vào chẩn đoán y khoa để đánh giá. Một số nhà nghiên cứu đặc cải thiện điều này bằng việc đánh giá các triệu chứng. Tuy nhiên, đây cũng không phải là tiếp cận tối ưu bởi một triệu chứng có thể vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả. Chẳng hạn, thay đổi thói quen ăn uống là sự kiện gây căng thẳng hay là triệu chứng của một sự kiện khác?

- (v) Các sự kiện cuộc sống có thể diễn ra ngắn hoặc kéo dài, tuy nhiên, các đánh giá trải nghiệm cuộc sống đã khái niệm hóa các sự kiện cuộc sống như là các trải nghiệm ngắn hạn.

Mô hình tương tác (Transactional model of stress)

Các tác giả của mô hình này coi stress được hiểu là sự tương tác giữa cơ thể và môi trường, có nghĩa là stress vừa là tác nhân, vừa là hậu quả (Lazarus, 1966; Cohen & Lazarus, 1973, Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984). Khái niệm trung tâm của mô hình này là *thẩm định/đánh giá* (appraisal). Theo đó, kích thích gây stress tác động vào cá nhân thông qua bộ lọc nhận thức (Điều này có phải là căng thẳng không?) và nguồn lực (Tôi sẽ ứng phó được chứ?) của người đó. Do đó, cùng một tác nhân gây stress tiềm tàng có thể không gây stress, gây ra một mức độ căng thẳng có lợi hay gây hại phụ thuộc nhiều vào từng cá nhân cụ thể. Phản ứng căng thẳng sẽ xuất hiện nếu cá nhân đánh giá sự kiện là yếu tố gây căng thẳng. Như vậy, dưới cách nhìn của Lazarus và sau này là các tác giả khác, con người là chủ thể chủ động phản ứng và đánh giá thế giới bên ngoài chứ không phải thụ động tiếp nhận.

Theo Lazarus, có hai hình thức đánh giá: sơ cấp và thứ cấp. *Đánh giá sơ cấp* (primary appraisal) bao gồm bốn cách: (1) không liên quan đến bản thân; (2) lành tính và tích cực; (3) có hại và là mối đe dọa; (4) có hại và là một thách thức. *Đánh giá thứ cấp* (secondary appraisal) là cách mà cá nhân nhìn nhận về ưu điểm và hạn chế của mỗi chiến lược ứng phó khác nhau của họ. Như vậy, đánh giá sơ cấp chính là đánh giá kích thích từ môi trường bên ngoài, còn đánh giá thứ cấp là đánh giá nguồn lực bên trong của bản thân. Phản ứng với stress có bốn hình thức khác nhau: (1) hành

động trực tiếp; (2) tìm kiếm thông tin; (3) không làm gì cả; hoặc (4) thư giãn và phòng vệ.

Phần lớn các nghiên cứu thực nghiệm chỉ ra rằng, đánh giá của cá nhân về sự kiện có tương quan với mức độ stress của họ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khác thì sự kiện gây stress (stress khách quan) và cảm nhận của cá nhân (stress chủ quan) đều có khả năng dự báo các bệnh lý cơ thể và tâm lý dạng nhẹ (Repetti, 1993).

Hộp 6.1

THỰC NGHIỆM CỦA SPEISMAN VÀ CỘNG SỰ

Trong một nghiên cứu của Speisman & cộng sự (1964), những người tham gia nghiên cứu được cho xem một bộ phim mô tả một buổi lễ trưởng thành, trong đó có cảnh phẫu thuật bộ phận sinh dục. Cuốn phim được chiếu trên ba nền thuyết minh. Trong tình huống 1, thuyết minh nhấn mạnh cơn đau và sự cắt bỏ (tình huống bi đát). Trong tình huống 2, thuyết minh thể hiện rằng người dự lễ chấp nhận và hạnh phúc (tình huống chối bỏ). Trong tình huống 3, thuyết minh đưa ra sự giải thích về mặt nhân chủng học của nghi lễ này (tình huống giải thích). Như vậy, người nghiên cứu chủ ý thao túng nhận thức của các đối tượng về tình huống nhằm đánh giá tác động của các loại nhận thức lên phản ứng căng thẳng. Kết quả cho thấy, những người đánh giá tình huống này theo cách bi đát có trạng thái căng thẳng nhất. Các nhà nghiên cứu kết luận rằng, bản thân sự kiện không gây ra căng thẳng, mà chính sự lý giải hay đánh giá của cá nhân về sự kiện đó mới gây căng thẳng.

Nguồn: Ogden, 2007

Từ quan điểm của mô hình tương tác, có thể định nghĩa *stress là trạng thái căng thẳng về thể chất và tâm lý của một cá nhân khi người đó gặp phải những tác nhân kích thích vượt ngưỡng chịu đựng, biểu hiện thông qua các dấu hiệu về cơ thể, nhận thức, hành vi và cảm xúc, có thể dẫn đến những hệ quả tích cực hay tiêu cực tùy theo khả năng ứng phó của cá nhân.*

6.1.1.2. Stress và bệnh tim mạch

Các sự kiện trong cuộc sống

Tác nhân gây stress là các sự kiện xảy ra trong cuộc sống đòi hỏi con người phải thay đổi thói quen và/hoặc cần sự thích ứng (Pitts & Phillips, 1998). Cũng có những sự kiện xảy ra bất ngờ, nhanh chóng làm thay đổi đột ngột phản ứng của con người và đòi hỏi họ phải kích hoạt hệ thống phòng vệ ngay lập tức nhằm ứng phó lại các tác nhân gây stress một cách nhanh chóng. Loại stress này thường được coi là stress cấp tính.

Tuy nhiên, các vấn đề về tim mạch có thể biểu hiện ngay lập tức khi cá nhân rơi vào trạng thái stress cấp tính (chẳng hạn như đột quỵ khi nghe tin dữ, cơn đau tim mạnh khi quá sợ hãi) nhưng cũng có thể chúng đến muộn hơn. Thông thường, các sự kiện gây stress như vậy diễn ra ít nhất ba tháng trước khi bệnh nhân được xác định mắc các bệnh tim mạch (Theorell, 1982) do stress có thể gây ra thiếu máu cục bộ cơ tim (Theorell & Emlund, 1993). Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp stress cấp tính có thể gây ra cái chết đột ngột cho con người. Từ những thập niên 1970 của thế kỷ XX, các nghiên cứu đã ghi nhận rằng, những bệnh nhân chết đột ngột vì bệnh mạch vành thường có vợ hoặc chồng mất trong vòng 24 giờ trước đó (Cottington, Matthews, Talbott & Kuller, 1980; Myers & Dewar, 1975). Một nghiên cứu khác đã theo dõi 95.647 người trong vòng 4 – 5 năm cho thấy, nguy cơ tử vong vì bệnh tim mạch tăng gấp đôi ở nam giới, gấp ba lần ở nữ giới ở người có vợ/chồng chết so với người bình thường (Kaprio, Koskenvuo, & Rita, 1987). Một nghiên cứu khác với các cá nhân được theo dõi trong 4 đến 5 năm cho thấy tỷ lệ tử vong tương đối cao xảy ra ngay sau khi mất vợ/chồng, với nguy cơ tăng gấp đôi đối với nam giới và tăng gấp ba lần nguy cơ đối với phụ nữ (Kaprio, Koskenvuo, & Rita, 1987).

Giận dữ cũng là một yếu tố nguy cơ đối với rối loạn hoạt động của hệ tim mạch, có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim. Một cuộc phỏng vấn bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim sau 4 ngày cho thấy, 2,4% trong số họ trải qua cơn giận dữ trước khi xảy ra cơn nhồi máu cơ tim. Các nhà nghiên cứu đánh giá rằng, sau cơn nhồi máu cơ tim này, nguy cơ sẽ tăng gấp đôi nếu người bệnh có cơn giận dữ tương tự (Mittleman & cs, 1995). Cảm xúc giận dữ được cho là một tác nhân gây thiếu máu cục bộ đặc biệt mạnh và làm tăng nhịp tim và cường độ rối loạn cấp tính này tăng theo cường độ của cơn giận dữ (Gabbay & cs, 1996). Thậm chí, sự kích hoạt cấp tính do stress hay cơn giận dữ được coi là một trong ba yếu tố cơ bản (cùng với sự mất ổn định điện cơ tim

và chứng rối loạn tâm thần mãn tính và cấp tính) dẫn đến rối loạn nhịp tim (Lown (1987).

Chiến tranh, bạo lực, thiên tai cũng là những yếu tố tác động lớn đến bệnh lý tim mạch và cao huyết áp. Nghiên cứu của Meisel và cộng sự (1991) ghi nhận được sự gia tăng đáng kể tỷ lệ người tử vong do các bệnh tim mạch trong dân số sống gần Tel Aviv – nơi những cuộc giao tranh bằng tên lửa diễn ra ác liệt trong Chiến tranh vùng Vịnh. Cụ thể, một tuần sau cuộc giao tranh ác liệt ngày 17 – ngày 25 tháng 1 năm 1991, số người nhập viện do bệnh tim mạch tăng cao tại các bệnh viện ở Tel Aviv so với tuần trước đó và so với thời gian sau đó 1 tuần. Người ta cũng ghi nhận được số người đột tử tăng đột biến trong số người dân sống ở đây vào tháng 1 năm 1991 so với cùng kỳ một năm trước đó. Tương tự, số ca tử vong do tim mạch đột ngột tăng mạnh, từ mức trung bình hàng ngày là 4,6 ca trong tuần trước đó lên 24 ca/ngày ngay sau trận động đất lớn làm rung chuyển Los Angeles năm 1994 (Leor, Poole, & Kloner, 1996).

Stress nghề nghiệp

Không chỉ stress cấp tính kích hoạt các cơn giận dữ hay stress cấp tính bị kích hoạt bởi các sự kiện nghiêm trọng như cái chết, chiến tranh, thiên tai, mà *stress mãn tính* (chronic stress) cũng có khả năng ảnh hưởng đến bệnh tim mạch. Một trong những dạng stress mãn tính được nghiên cứu nhiều là *stress nghề nghiệp* (occupational stress/work stress) có ảnh hưởng đến bệnh lý tim mạch. Một nghiên cứu siêu phân tích (meta-analysis study) đã được thực hiện trên hàng loạt các nghiên cứu với cỡ mẫu lên đến 83014 người lao động với các giới tính, độ tuổi, tính chất công việc khác nhau. Kết quả siêu phân tích này cho thấy khoảng 50% số người báo cáo có trải nghiệm stress nghề nghiệp có nguy cơ mắc các vấn đề về bệnh lý tim mạch (Kivimaki & cs, 2006). Tuy nhiên, Kivimaki và cộng sự (2006) cũng lưu ý rằng, có sự tác động không đồng nhất của stress nghề nghiệp đến bệnh lý tim mạch ở các nghiên cứu khác nhau.

Stress nghề nghiệp ảnh hưởng đến các bệnh tim mạch bằng cơ chế nào? Nghiên cứu của Chandola và cộng sự (2008) đã làm rõ điều này khi khảo sát 10308 người lao động ở London, cả nam và nữ, trong độ tuổi từ 35 – 55. Nhóm nghiên cứu nhận định rằng, stress trong công việc là yếu tố quan trọng có ảnh hưởng quyết định

đến bệnh tim mạch trong dân số độ tuổi lao động. Mỗi liên quan này mạnh hơn ở những người dưới 50 tuổi so với những người trên 50 tuổi. Có mỗi liên quan tương tự giữa căng thẳng công việc và hoạt động thể chất thấp, chế độ ăn uống kém, hội chứng chuyển hóa (metabolic syndrome), các thành phần của nó và biến đổi nhịp tim thấp hơn. Trên cơ sở các kết quả đó, nhóm nghiên cứu kết luận rằng, stress ảnh hưởng đến bệnh lý tim mạch thông qua hành vi sức khỏe. Cụ thể, hành vi sức khỏe và hội chứng chuyển hóa ảnh hưởng đến 32% mối liên hệ giữa stress trong công việc và bệnh tim mạch.

Tuy nhiên, kết quả của một số nghiên cứu khác cho thấy, không có bằng chứng về sự ảnh hưởng của stress trong công việc đến bệnh tim mạch (Bunker & cs, 2003) hoặc có, nhưng ảnh hưởng đó không đáng kể (Orth-Gomér & cs, 2000).

Như vậy, sự ảnh hưởng của stress nghề nghiệp đến bệnh tim mạch chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu khác nhau. Vì vậy, cần có những nghiên cứu sâu hơn để tìm thêm các bằng chứng củng cố hoặc bác bỏ những kết luận nêu trên. Chẳng hạn, một hướng nghiên cứu hữu ích là xác định bằng thực nghiệm xem việc giảm stress nghề nghiệp có khả năng làm giảm nguy cơ đối với bệnh tim mạch ở người lao động hay không?

Stress hôn nhân

Một loại stress mãn tính khác ít được nghiên cứu hơn, tuy nhiên, tác động của nó đến bệnh lý tim mạch cũng là điều được các nhà nghiên cứu lưu ý – đó là *stress hôn nhân* (marital stress). Một nhóm chuyên gia Thụy Điển đã tiến hành theo dõi trong khoảng trung bình 4,8 năm (trung bình) và phỏng vấn bán cấu trúc đối với 279 bệnh nhân nữ tuổi từ 30 – 65, nhập viện do đột quỵ từ năm 1991 – 1994. Kết quả nghiên cứu dài hạn này phát hiện ra rằng, stress mãn tính trong hôn nhân mới là yếu tố có khả năng dự báo các vấn đề về tim mạch ở phụ nữ, trong đó bao gồm các vấn đề liên quan đến mạch vành, nhồi máu cơ tim và tử vong (Orth-Gomér & cs, 2000). Ở những phụ nữ này, stress nghề nghiệp không phải là yếu tố tác động đáng kể đến bệnh lý tim mạch của họ. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu khác, các nhà nghiên cứu tìm thấy bằng chứng ngược lại. Với sự đồng thuận tham gia của 300 cặp vợ chồng, hai bối cảnh thực nghiệm được tạo ra, đó là các tình huống xung đột và các tình huống hợp tác trong giải quyết vấn đề. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nam giới (đặc

biệt là nam giới lớn tuổi) có phản ứng tăng cao huyết áp trong trường hợp xung đột, căng thẳng, trong khi đó, phụ nữ không biểu hiện phản ứng tim mạch cao hơn nam giới trong cả hai tình huống (Smith & cs, 2009). Sự bất hòa trong hôn nhân cũng là yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý tim mạch ở giai đoạn đầu, khi chưa biểu hiện ra bằng triệu chứng. Trong một nghiên cứu khác, nhóm nghiên cứu trên đã phát hiện ra rằng, mức độ vôi hóa động mạch vành (coronary artery calcification – CAC) cao hơn ở nhóm vợ chồng có mức độ bất hòa cao, mức độ ẩm áp thấp so với nhóm các cặp vợ chồng có mức độ bất hòa thấp và sự ẩm áp cao (Smith & cs, 2012).

Không chỉ stress trong hôn nhân mà stress trong các mối quan hệ gần gũi (intimate relationships) giữa các cặp đôi khác, cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Điều này được Smith & Baucom (2017) nhận định thông qua việc việc điểm luận có hệ thống hàng loạt các nghiên cứu khác nhau.

6.1.2. Các đặc điểm tâm lý cá nhân

Kiểu tính cách loại A

Từ những năm 1959, hai bác sĩ tim mạch Friedman và Rosenman đã xác định loại tính cách dễ bị bệnh mạch vành đặc trưng bởi sự tham vọng (động cơ cạnh tranh quá mức), kích động mạnh trong những tình huống căng thẳng, áp lực về thời gian. Sau này, Rosenman (1990) thêm vào các đặc điểm khác như thù địch, dễ giận dữ, thiếu kiên nhẫn, nóng nảy, xâm kích trong lời nói. Những năm trước 1980 một số nghiên cứu tìm thấy mối liên hệ giữa kiểu tính cách loại A với bệnh tim mạch. Cụ thể, kiểu tính cách này làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tái phát đột quỵ lên gấp đôi (Rosenman & cs, 1975); dự báo bệnh mạch vành ở nam giới lao động trí óc và phụ nữ làm việc ngoài gia đình (Haynes, Feinleib và Kannel (1980). Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu về sau đều không tìm thấy bằng chứng về mối liên quan giữa kiểu tính cách này và bệnh tim mạch (Nezu, Nezu, Geller, 2003; Shekelle, Hulley, & Neaton, 1985) hoặc có thì đó cũng là những bằng chứng yếu và không nhất quán (Bunker & cs, 2003). Phê phán đối với các nghiên cứu tìm thấy bằng chứng yếu giữa tính cách loại A và các bệnh tim mạch thường tập trung vào các điểm sau: hạn chế về phương pháp nghiên cứu (chủ yếu là các nghiên cứu cắt ngang), không phân biệt tính cách loại A với kiểu hành vi loại A, thiếu bằng chứng kiểu tính cách loại A như một yếu tố nguy cơ độc lập (Jackson, 2018).

Đến giai đoạn sau, khoảng từ những năm 2000, sự chú ý đối với kiểu tính cách loại A giảm xuống, thay vào đó, các nhà nghiên cứu chuyển sự quan tâm đến kiểu tính cách D và những yếu tố thành phần của kiểu tính cách loại A như sự giận dữ, thù địch (Mommersteeg & Pouwer, 2012).

Tuy vậy, những tranh luận về sự ảnh hưởng của kiểu tính cách A đối với bệnh tim mạch không dừng lại ở đây. Các nhà nghiên cứu đặt câu hỏi: điều gì thật sự tạo ra sự khác biệt, thậm chí có thể gọi là sự trái ngược, trong kết quả nghiên cứu về sự ảnh hưởng này ở giai đoạn trước và sau những năm 1990?

Năm 2012, một nhóm các nhà nghiên cứu đã công bố một bài báo trên tạp chí Sức khỏe công cộng Hoa Kỳ với những giải thích và bằng chứng gây sốc. Theo đó, Petticrew, Lee & McKee (2012) cho rằng, hầu hết các nghiên cứu về ảnh hưởng của kiểu tính cách A (cũng là kiểu hành vi loại A - type A behavior pattern) đến nguy cơ mắc các bệnh tim mạch sau những năm 1990 đều có nguồn tài trợ chính từ ngành công nghiệp thuốc lá. Do đó, các kết quả nghiên cứu đã được chọn lọc để chống lại mối quan tâm về thuốc lá và sức khỏe. Phát hiện giúp giải thích sự không nhất quán trong các kết quả nghiên cứu dịch tễ học về ảnh hưởng của hành vi loại A đến nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là hiện tượng kết quả nghiên cứu trong giai đoạn đầu là ảnh hưởng dương tính, trong giai đoạn sau lại là không ảnh hưởng.

Cụ thể hơn, một trong những yếu tố có thể làm sai lệch kết quả đo lường kiểu hành vi loại A đó là các nghiên cứu chủ yếu sử dụng hai thang đo: (1) Bảng khảo sát hoạt động Jenkins (The Jenkins Activity Survey) và (2) Thang đo Framingham (Framingham Scale). Trong đó, Bảng khảo sát Jenkins được phát hiện có độ tin cậy thấp và chỉ đo lường tính độc đoán và (authoritarianism) và tính thống trị (dominance) cùng với một vài đặc điểm hướng ngoại. Các tác giả cũng khuyến cáo rằng không nên sử dụng công cụ này để đo lường kiểu hành vi loại A (Ray & Bozek, 1980). Tương tự, Boyd, D. & Begley cũng phát hiện ra rằng, Bảng khảo sát Jenkins có tính nhất quán bên trong thấp, hệ số test – retest thấp và sơ đồ tính điểm có vấn đề. Ngoài ra, Bảng khảo sát Jenkins và Thang Framingham có mối tương quan thấp với nhau mặc dù cùng đo một cấu trúc (Langeluddecke & Tennant, 1986).

Những phát hiện trên cho thấy, ngành công nghiệp thuốc lá đã chi phối các nghiên cứu về sự liên quan giữa việc hút thuốc lá và nguy cơ mắc bệnh hay tỷ lệ tử

vong ở các bệnh tim mạch, ung thư. Ngay cả khi thiếu bằng chứng khoa học, ngành công nghiệp này vẫn có thể định hình chủ đề chính trong nghiên cứu y tế công cộng đương đại. Hiện tượng này được gọi là “Khoa học ma” (Zombie science), theo đó, các kết quả ảnh hưởng âm tính nhưng các nghiên cứu cùng chủ đề, cùng kết quả vẫn tiếp tục được công bố (Petticrew & cs, 2012).

Kiểu tính cách D

Kiểu kiểu tính cách D (distress) đặc trưng bởi sự trải nghiệm mức độ cao và thường xuyên các cảm xúc tiêu cực và ức chế xã hội (social inhibition) – nghĩa là cá nhân không được thỏa mãn nhu cầu tự thể hiện trong các tương tác xã hội (Jackson, 2018) và ức chế bộc lộ cảm xúc (Shao, Yin & Wan, 2017). Kiểu tính cách D (Type D personality) được xác định là yếu tố ảnh hưởng đến bệnh nhân tim mạch, bao gồm suy giảm sức khỏe nói chung, trải nghiệm cảm xúc tiêu cực và tỷ lệ tử vong cao (Denollet, 2000; Mols & Denollet, 2010a; O'Dell, Masters, Spielmans & Maisto, 2011). Những cảm xúc tiêu cực mà người có kiểu tính cách D thường trải nghiệm bao gồm khí sắc trầm, lo âu, thù địch, cáu kỉnh, cái nhìn tiêu cực về bản thân, tập trung nhiều vào các kích thích bất lợi (adverse stimuli) từ môi trường bên ngoài. Về mặt xã hội, họ là người có ít quan hệ xã hội, cảm thấy không thoải mái và không an toàn khi gặp người khác (Mols và Denollet, 2010b), thiếu đối tác tình cảm (partnership), tăng trầm cảm, lo âu và cá nhân hóa (depersonalization) và có điều kiện kinh tế - xã hội thấp (Beutel & cs, 2012). Về mặt dịch tễ, kiểu tính cách D được tìm thấy ở 22.2% từ một khảo sát trên 5000 người châu Âu tuổi từ 35 – 74 và tỷ lệ này không có sự khác biệt giới tính (Beutel & cs, 2012). Trong khi đó, con số này là 47% ở 102 bệnh nhân tim mạch người thiểu số Trung Quốc tại Đài Loan được điều trị tại bệnh viện (Su & He, 2018); 31,4% bệnh nhân tim mạch ở Trung Quốc đại lục (Yua, Zhang & Liu, 2008). Trong số các bệnh nhân tim mạch, kiểu kiểu tính cách D có mức độ hỗ trợ xã hội thấp hơn và trầm cảm cao hơn những bệnh nhân không thuộc kiểu tính cách này. Tuy nhiên, khi xuất viện sau hai tuần điều trị thì nhóm bệnh nhân này đã cải thiện mức độ hỗ trợ xã hội cùng với mức độ trầm cảm giảm xuống (Su & He, 2018).

Về lối sống và các thói quen, kiểu tính cách D có liên quan đến các hành vi có hại cho sức khỏe như hút thuốc lá và giảm các hành vi có lợi cho sức khỏe như hoạt động thể chất phù hợp, điều này dẫn đến sức khỏe thể chất kém và ứng phó với stress kém hiệu quả (Williams, Abbott & Kerr, 2016; Wiencierz & Williams, 2017). Ở người mắc bệnh tim mạch, kiểu tính cách D thường có mối tương quan nghịch với các nhiệm vụ nhận thức, chẳng hạn như việc thực hiện các kế hoạch. Điều này cản trở không nhỏ đến sự phục hồi chức năng tim (Unterrainer & cs, 2016). Các chiến lược nhằm cải thiện kỹ năng ứng phó và hỗ trợ xã hội có thể làm tăng đáng kể hiệu quả điều trị ở cho bệnh nhân tim mạch có kiểu tính cách D (Cao, Wong, Chow Choi, Cheng & Ying Chair, 2016).

Những bằng chứng khoa học trên đây cho thấy sự cần thiết phải sàng lọc nguy cơ đối với sức khỏe tim mạch tại cộng đồng, trong đó có kiểu tính cách D. Song song với đó cần tiến hành các dịch vụ hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân trong và sau khi điều trị ở bệnh viện. Những chuyên gia tâm lý học sức khỏe cần lưu ý đến những người có hỗ trợ xã hội thấp bởi đây là yếu tố có thể dễ cải thiện hơn các đặc điểm tính cách. Đối với những cá nhân có các đặc điểm tâm lý khác của kiểu tính cách D như lo âu, thù địch, cáu kỉnh, cái nhìn tiêu cực về bản thân, tập trung nhiều vào các kích thích bất lợi và bệnh nhân có trầm cảm thì cần có những dịch vụ hỗ trợ tâm lý chuyên sâu hơn, bao gồm cả tâm lý trị liệu. Với những bệnh nhân mắc tim mạch đang điều trị thì các nhà tâm lý có thể tập trung vào việc cải thiện năng lực ứng phó với stress và hỗ trợ xã hội. Đây là những yếu tố đã được chứng minh là có hiệu quả đối với việc điều trị ở những bệnh nhân này.

Giận dữ và thù địch

Giận đã được định nghĩa là một cảm xúc khó chịu bao gồm một phổ với cường độ từ khó chịu, bức bối đến giận dữ và cơn thịnh nộ (Smith, 1994). Thù địch là một trạng thái hoặc tâm thế hướng đến tức giận, liên quan đến việc làm mất giá trị và động lực của người khác, sự kỳ vọng rằng những người khác có thể là nguồn gốc của những sai trái, quan điểm đối lập với người khác và ý muốn gây hại hoặc nhìn thấy người khác bị hại (Smith, 1994).

Giận dữ là một yếu tố nguy cơ đối với rối loạn hoạt động của hệ tim mạch, có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim. Một cuộc phỏng vấn bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim sau

4 ngày cho thấy, 2,4% trong số họ trải qua cơn giận dữ trước khi xảy ra nhồi máu cơ tim. Các nhà nghiên cứu đánh giá rằng, sau cơn nhồi máu cơ tim này, nguy cơ sẽ tăng gấp đôi nếu người bệnh có cơn giận dữ tương tự (Mittleman & cs, 1995). Cảm xúc giận dữ được cho là một tác nhân gây thiếu máu cục bộ đặc biệt mạnh và làm tăng nhịp tim và cường độ rối loạn cấp tính này tăng theo cường độ của cơn giận dữ (Gabbay & cs, 1996). Thậm chí, sự kích hoạt cấp tính do stress hay cơn giận dữ được coi là một trong ba yếu tố cơ bản (cùng với sự mất ổn định điện cơ tim và chứng rối loạn tâm thần mãn tính và cấp tính) dẫn đến rối loạn nhịp tim (Lown (1987). Một nghiên cứu khác đã tìm thấy độ dốc đáng kể giữa mức độ giận dữ và tần suất các sự cố liên quan đến tim mạch xảy ra sau cảm xúc tức giận (Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas, & Weiss, 1996). Thậm chí, Williams và cộng sự (2000) đã kết luận cụ thể rằng, những người dễ bị tức giận nhất có khả năng bị đột quỵ cao hơn 2,7 lần so với những người có mức độ tức giận thấp (theo thang đo Giận dữ của Speilberger (Speilberger Trait Anger Scale). Giận dữ và thù địch mãn tính, biểu hiện tức giận và các cơn giận dữ cấp tính có thể dự báo nguy cơ đối với bệnh tim mạch, bao gồm các sự cố mới hoặc tái phát hoặc xơ vữa động mạch (Williams, 2010).

Mặc dù không biểu hiện ra bằng hành vi như giận dữ mà nghiêng về biểu hiện thái độ hơn nhưng thù địch (hostility) cũng được xác định là yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch. Nghiên cứu điểm luận một loạt các công trình nghiên cứu về chủ đề này ở các giai đoạn trước 1992 và từ khoảng 1990 đến 2004, các nhà nghiên cứu đã kết luận rằng, sự thù địch làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và thậm chí là đe dọa tính mạng của con người (Smith, 1992; Smith, Glazer, Ruiz, Gallo, 2004). Siegman và cộng sự (2000) cho thấy một điểm thú vị, đó là ở nữ giới hành vi thù địch ẩn/tính vi là yếu tố dự báo các vấn đề tim mạch, trong khi yếu tố dự báo ở nam giới lại là biểu hiện thù địch thái quá. Cũng liên quan đến khác biệt giới, Jackson và cộng sự (2018) đánh giá rằng, giận dữ mức độ cao có liên quan đến tỷ lệ suy tim cao, đặc biệt là ở nam giới.

Ở thời kỳ sau những năm 1990, một nghiên cứu siêu phân tích được tiến hành trên 25 nghiên cứu (với mẫu nghiên cứu là người khỏe mạnh) và 19 nghiên cứu (với mẫu nghiên cứu là người đã mắc bệnh tim mạch). Kết quả phân tích này cho thấy có mối liên hệ giữa sự tức giận và thù địch với các vấn đề tim mạch. Ở nhóm người

khỏe mạnh trải nghiệm tức giận thường xuyên có nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng 1,19 lần so với những người bình thường và nam giới có nguy cơ cao hơn nữ giới. Ở nhóm bệnh nhân tim mạch, tỷ lệ này là 1,24 lần. Ngay cả nhóm bệnh nhân đã được kiểm soát hoàn toàn tình trạng bệnh bởi điều trị y khoa thì mối liên hệ giữa thù địch và tức giận với tiên lượng xấu vẫn hiện hữu (Chida & Steptoe, 2009).

Đã có nhiều nghiên cứu thực nghiệm giải thích cơ chế sinh học về sự tác động của giận dữ và thù địch đến hoạt động của hệ tim mạch. Các giải thích cụ thể bao gồm: giận dữ làm tăng nhịp tim, huyết áp và các phản ứng thần kinh nội tiết (Williams, Nieto, Sanford & Tyroler, 2001); giận dữ và thù địch có liên quan đến bị xơ vữa động mạch (Everson-Rose & cs, 2006; Suarez, Lewis & Kuhn, 2002) và các sự cố rối loạn tim mạch cấp tính (Fernandez & Smith, 2016; Smith, Glazer, Ruiz & Gallo, 2004;); làm rối loạn chức năng nội mạc và xơ cứng động mạch (Gottdiener & cs, 2003; Williams, Din-Dzietham & Szklo, 2006), vôi hóa động mạch vành (Smith & cs, 2007) và gây viêm (Suarez, 2012). Cá nhân có tính cách thù địch thường có xu hướng lặp đi lặp lại nó như là một cơ chế ứng phó nhận thức trong những tình huống căng thẳng (Balsamo, 2010;). Còn những người thường xuyên giận dữ thì nguy cơ ảnh hưởng đến tim mạch thông qua việc tăng huyết áp còn lớn hơn so với trầm cảm tái diễn nhiều lần (Busch, Possel & Valentine, 2017). Thậm chí, giận dữ và thù địch có thể làm giảm khả năng được hưởng lợi từ tác động của hỗ trợ xã hội bởi cá nhân ít có khả năng điều chỉnh phản ứng đối với stress (Bishop, 2016; Smith & cs, 2004).

Một khía cạnh tâm lý – xã hội khác liên quan đến tác động của giận dữ đến được phát hiện bởi Smith & cộng sự (2007). Nghiên cứu này đã khảo sát mối liên hệ giữa giận dữ, thù địch trong quan hệ hôn nhân và hiện tượng vôi hóa động mạch vành trên 300 cặp vợ chồng trung niên và cao tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên hệ nào giữa giận dữ và thù địch của người vợ hoặc chồng khi họ tự báo cáo với CAC của người phối ngẫu còn lại. Tuy nhiên, có mối liên hệ giữa CAC ở mức độ nghiêm trọng với đánh giá của vợ/chồng về sự giận dữ và thù địch của người phối ngẫu còn lại. Mối liên hệ này chỉ tìm thấy ở các cặp đôi cao tuổi, không ghi nhận được ở các cặp vợ chồng trung niên. Như vậy, giận dữ và thù địch có liên quan đến bệnh lý tim mạch chưa có triệu chứng (được đánh giá thông qua CAC), tuy nhiên, tác động này có thể bị bỏ qua khi đánh giá bằng tự báo cáo của cá nhân thay vì xếp hạng

của người khác. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tầm quan trọng của sự đánh giá khách quan trong nghiên cứu mối liên hệ giữa bệnh lý và các yếu tố tâm lý – xã hội trong các mối quan hệ xã hội.

Trên cơ sở tổng kết 60 năm lịch sử nghiên cứu về mối liên hệ giữa các yếu tố nhân cách và bệnh tim mạch, Jackson và cộng sự (2018) đánh giá rằng, sự giận dữ và thù địch là yếu tố có bằng chứng vững chắc nhất. Như vậy, nhìn chung, tác động tiêu cực của sự giận dữ và thù địch đến các bệnh lý tim mạch đều thống nhất ở các nghiên cứu khác nhau, kể cả các nghiên cứu mang tính tổng quan, điểm luận tài liệu ở các giai đoạn trong lịch sử nghiên cứu vấn đề này.

Rối loạn nhân cách ranh giới

Rối loạn nhân cách ranh giới (Borderline personality disorder – BPD) là một dạng bệnh lý phức tạp, đặc trưng bởi sự rối loạn trong điều chỉnh cảm xúc, xung động/bốc đồng, rối loạn bản sắc, khó khăn trong các mối quan hệ liên cá nhân và có hành vi liều lĩnh, tự hại. Có nhiều bằng chứng cho thấy, BPD có mối liên hệ rõ rệt với các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, trong đó có vấn đề về tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp (Moran & cs, 2007; Lee & cs, 2010). Những người có BPD có tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn gấp hai lần so với những người bình thường (Kahl et al, 2013). Những người có BPD khó khăn trong việc điều chỉnh cảm xúc, vì vậy họ thường trải nghiệm trạng thái giận dữ và thù địch – đây là nguy cơ đối với các bệnh tim mạch (Smith & cs, 2004; Grove & cs, 2017). Thêm nữa, khó khăn trong điều chỉnh cảm xúc dẫn đến các phản ứng tâm sinh lý làm tăng hoạt động của hệ thần kinh nội tiết, làm cho stress lặp đi lặp lại và trở thành mãn tính. Điều này là nguy cơ tiềm ẩn đối với sức khỏe nói chung, trong đó có sức khỏe tim mạch (Cohen, Edmondson & Kronish, 2015; Gratz & cs, 2017). Gratz và cộng sự (2017) cho rằng, mối liên quan đặc biệt đáng kể giữa mức độ nghiêm trọng của triệu chứng BPD và các triệu chứng sức khỏe thể chất, một phần là do người có BPD thường có hành vi nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe như chế độ ăn uống và tập thể dục kém lành mạnh, không tuân thủ nghiêm ngặt chế độ dùng thuốc. Tuy nhiên, Grove và cộng sự (2017) cho rằng, không nên xem các đặc điểm cá nhân như cảm xúc tiêu cực và các đặc điểm của môi trường xã hội như sự cô lập, hỗ trợ xã hội thấp, xung đột liên cá nhân là các lớp ảnh hưởng tách rời đến bệnh lý tim mạch. Thay vào đó, các yếu tố này nên

được coi là có liên quan chặt chẽ thông qua các quá trình cá nhân có BPD. Chẳng hạn, người có BPD thường có mức độ căng thẳng cao, biểu hiện sự thù địch trong các mối quan hệ liên cá nhân, có xung đột liên cá nhân – những yếu tố này đã được chứng minh là có ảnh hưởng rõ rệt đến các bệnh lý tim mạch.

Trầm cảm là một rối loạn phổ biến ở bệnh nhân BPD (Gratz & cs, 2017; Grove & cs, 2017) với 85% bệnh nhân BPD có các triệu chứng đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm chủ yếu (Yoshimatsu & Palmer, 2014). Trầm cảm ở BPD thường kéo dài và chỉ đáp ứng với điều trị khi các triệu chứng BPD được cải thiện. Các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân BPD cũng khác với trầm cảm ở bệnh nhân trầm cảm thông thường, theo đó bệnh nhân BPD thường đánh giá các triệu chứng trầm cảm của họ nghiêm trọng hơn (Wilson & cs, 2007). Trầm cảm trong bệnh cảnh BPD có thể là chất xúc tác làm trầm trọng hơn ảnh hưởng của trầm cảm đến các xơ vữa động mạch, các hành vi sức khỏe, cụ thể, kém tuân thủ việc sử dụng thuốc và liên quan đến mức độ tử vong sớm cao (Murphy, Higgins, Jackson, 2016).

Alexithymia

Thuật ngữ “alexithymia” xuất hiện vào năm 1973 để chỉ một đặc điểm tính cách mà cá nhân không thể mô tả, diễn đạt cảm xúc hoặc tâm trạng của mình (Sifneos, 1973), tạm dịch là chứng mất diễn đạt cảm xúc. Người mắc chứng này khó khăn trong việc xác định, mô tả hoặc đặt tên cho những cảm xúc của mình; không có khả năng phân biệt giữa cảm xúc và cảm giác cơ thể do kích thích cảm xúc tạo ra; năng lực tưởng tượng hạn chế; tư duy hướng ngoại (“Tôi thích phân tích vấn đề hơn là chỉ mô tả nó”) (Jackson & cs, 2018). Alexithymia là hội chứng được cho là làm tăng nguy cơ đối với bệnh tim, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, chứng đau ngực không do tim (Lumley, Stettner, Wehmer, 1996; Lumley, Neely, Burger, 2007; Marchesi, Bertoni, Cantoni, Maggini, 2008). Hội chứng này cũng có thể gây ra sự mất cân bằng nội môi thông qua sự biến đổi của nội tiết và hệ miễn dịch (Kojima (2012). Cũng giống như bệnh nhân BPD, người mắc hội chứng alexithymia có nhiều hành vi nguy cơ đối với sức khỏe như hành vi ăn uống kém lành mạnh, sử dụng rượu và ma túy và lối sống ít vận động. Đây là những yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ đối với sức khỏe thể chất nói chung và sức khỏe tim mạch nói riêng. Ngoài ra, do khó khăn trong việc phân biệt cảm xúc và cảm giác cơ thể, do vậy người mắc hội chứng

alexithymia có thể báo cáo quá mức hoặc dưới mức các triệu chứng của mình, do đó có thể lạm dụng quá mức hoặc chậm chễ trong việc tiếp cận với các dịch vụ y tế. Thêm vào đó, do người bệnh có khó khăn trong nhận diện cảm xúc của người khác dẫn đến khó khăn trong việc thiết lập và duy trì các mối quan hệ chặt chẽ, vì vậy có thể họ không biết cách sử dụng hợp lý các nguồn hỗ trợ xã hội (Kojima, 2012).

Tính không ổn định thần kinh

Tính không ổn định thần kinh (Neuroticism) là một khái niệm chỉ trạng thái không ổn định của cảm xúc, ngược nghĩa với ổn định cảm xúc (emotional stability). Đây cũng là một khái niệm mang tính phổ từ trạng thái ít ổn định đến không ổn định cảm xúc ở mức cao. Nói cách khác, khái niệm này thường được sử dụng phổ biến để chỉ một xu hướng tính cách đặc trưng bởi sự bền vững của các cảm xúc tiêu cực như lo âu, trầm cảm, trạng thái trầm uất (Eysenck & Eysenck, 1969). Người có tính cách neuroticism thường cảm thấy bị đe dọa và tâm trạng không tốt trong một tình huống hết sức bình thường. Do vậy, họ phản ứng một cách cảm xúc (tiêu cực) với những sự việc không ảnh hưởng đến hầu hết mọi người. Người có đặc điểm không ổn định thần kinh thường cáu kỉnh, giận dữ, buồn bã, lo lắng, thù địch, lòng tự trọng thấp và dễ bị tổn thương (Costa & McCrae, 1992; Goldberg, 1993), kiểm soát xung động kém và có cảm giác bất lực (Costa, 1987), có xu hướng tự phê bình và nhạy cảm với những lời chỉ trích của những người khác, luôn cảm thấy không thỏa đáng với bản thân (Lahey, 2009). Tính không ổn định thần kinh có liên hệ với các rối loạn nhân cách, đặc biệt là rối loạn nhân cách ranh giới (Saulsman & Page, 2004), bệnh tim và tử vong do đột quỵ (Jokela, Pulkki-Raback, Elovainio, Kivimaki, 2014). Trong một nghiên cứu trên 5424 người Anh trưởng thành (có kiểm soát đối với các yếu tố gây nhiễu như hút thuốc lá, sử dụng rượu, hoạt động thể chất và tình trạng sức khỏe ban đầu) cho thấy, cứ một đơn vị độ lệch chuẩn tính không ổn định thần kinh thì có liên quan đến 10% tỷ lệ tử vong do các bệnh lý tim mạch (Shipley, Weiss, Der, Taylo & Deary, 2007). Trong một nghiên cứu dài hạn 25 năm các nhà nghiên cứu thấy rằng, tình trạng kinh tế- xã hội thấp kết hợp với neuroticism cao làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch (so với mức trung bình ở cả hai biến). Ngược lại, tình trạng kinh tế - xã hội cao kết hợp với neuroticism cao làm giảm nguy cơ này (Hagger-Johnson & cs, 2012).

Một nghiên cứu dài hạn được thực hiện ở Việt Nam cho thấy, tính không ổn định thần kinh có liên quan đến béo phì, triglyceride cao, tăng huyết áp, đường huyết cao, tiểu đường và tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân khi đã phân tích điều chỉnh tình trạng kinh tế xã hội, sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và hành vi sức khỏe (Phillips & cs, 2010).

Như vậy, có khá nhiều bằng chứng cho thấy mối liên hệ rõ rệt giữa tính không ổn định thần kinh với các nguy cơ liên quan đến các bệnh lý tim mạch, trong đó có bệnh tim - mạch vành. Mặc dù vậy, các nhà khoa học cũng lưu ý rằng, khó có thể kiểm soát hoàn toàn sự tác động của các biến số khác có liên quan như lo âu, trầm cảm, rối loạn nhân cách ranh giới, kiểu kiểu tính cách D (Jackson, 2018).

Các yếu tố tâm lý – xã hội khác

Ngoài yếu tố stress cấp tính, stress nghề nghiệp mãn tính, cơn giận dữ, các nhà nghiên cứu cũng quan tâm đến nhiều yếu tố tâm lý – xã hội khác như là nguy cơ tác động đến bệnh tim mạch.

Năm 2003, một nhóm chuyên gia của Quỹ tim mạch Quốc gia Úc đã tiến hành một đánh giá có hệ thống các bằng chứng có liên quan đến các nguy cơ tâm lý – xã hội đối với bệnh tim mạch. Các chuyên gia đã đi đến kết luận rằng, có bằng chứng rất mạnh mẽ và nhất quán về mối liên hệ nhân quả giữa nhóm ba yếu tố bao gồm trầm cảm, cô lập xã hội và thiếu hỗ trợ xã hội tốt với nguyên nhân và tiên lượng của bệnh tim mạch. Tác động của các yếu tố tâm lý – xã hội này tương đương với các nguy cơ khác như hút thuốc lá, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp (Bunker & cs, 2003).

Tuy nhiên, một kết luận khác cũng được nhóm nghiên cứu đưa ra là không có bằng chứng mạnh mẽ hoặc nhất quán về mối liên hệ giữa nhóm các yếu tố bao gồm các sự kiện cuộc sống mãn tính, kiểu hành vi loại A, thù địch, rối loạn lo âu hoặc rối loạn hoảng sợ với các bệnh lý tim mạch (Bunker & cs, 2003).

Tóm lại, nghiên cứu ở các thời kỳ khác nhau cho thấy, stress cấp tính phát sinh từ các sự kiện diễn ra trong cuộc sống có ảnh hưởng đáng kể đến bệnh tim mạch. Stress mãn tính được nghiên cứu chủ yếu liên quan đến nghề nghiệp và cuộc sống hôn nhân cũng có mối liên hệ với bệnh tim mạch và biểu hiện khác nhau ở nam giới và nữ giới. Trong các yếu tố thuộc về tâm lý cá nhân, có bằng chứng mạnh mẽ và nhất quán rằng, giận dữ và thù địch, kiểu kiểu tính cách D làm tăng nguy cơ đối với

bệnh tim mạch, trong khi đó, rất ít bằng chứng về kiểu tính cách loại A. Rối loạn nhân cách ranh giới với những đặc điểm đặc trưng như tính không ổn định thần kinh – cảm xúc, khó duy trì các mối quan hệ xã hội, thói quen ăn uống thiếu lành mạnh, lạm dụng chất gây nghiện, lối sống ít vận động đều là những yếu tố làm tăng nguy cơ đối với các bệnh lý tim mạch. Bên cạnh đó, một số yếu tố tâm lý – xã hội như cô lập xã hội, thiếu sự hỗ trợ xã hội, tình trạng kinh tế - xã hội thấp cũng là các nguy cơ đáng lưu ý đối với bệnh lý tim mạch. Ở những bệnh nhân đang điều trị các bệnh lý tim mạch, các chuyên gia sức khỏe cần lưu ý rằng, việc năng lực ứng phó, năng lực quản lý hành vi, cải thiện lối sống và cải thiện hỗ trợ xã hội cũng là những chiến lược hữu ích giúp cho bệnh nhân có hiệu quả điều trị tốt.

Mặc dù đã có không ít các thành tựu nghiên cứu trong suốt 60 năm về mối liên hệ giữa stress và các yếu tố tâm lý cá nhân, tâm lý – xã hội và các bệnh lý tim mạch (Jackson & cs, 2018), các nhà nghiên cứu vẫn cho rằng, cần mở rộng thêm bằng chứng về mối liên hệ này trong tương lai bởi loại bệnh lý này đang là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên dân số toàn thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển như Việt Nam. Một trong những xu hướng cần mở rộng, đó là các ảnh hưởng của các yếu tố như trầm cảm, lo âu hay các dạng rối loạn nhân cách vốn được phát hiện trong một số các nghiên cứu đã trình bày ở trên. Đặc biệt, cần phải nâng cao năng lực nghiên cứu về mặt phương pháp và công cụ nghiên cứu để có thể kiểm soát các biến số nhiễu cũng như tách biệt sự ảnh hưởng của từng yếu tố đến sự khởi phát và tiến triển của các bệnh lý tim mạch. Ngoài ra, các nghiên cứu ở trên cũng gợi ý rằng, cần nghiên cứu sâu hơn một số yếu tố tâm lý – xã hội như khó khăn trong giao tiếp, hỗ trợ xã hội thấp, hành vi sức khỏe có hại và lối sống kém lành mạnh trong mối liên hệ với các bệnh lý tim mạch. Cùng với đó, rất cần đến các nghiên cứu phòng ngừa và can thiệp cho những người có các yếu tố tâm lý nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, bao gồm cả việc hỗ trợ điều chỉnh hành vi và lối sống.

6.2. UNG THƯ

6.2.1. Ung thư là gì?

Ung thư là một bệnh lý tế bào, do vậy, đây là thuật ngữ y học gọi chung một tập hợp các bệnh có liên quan đến sự bất thường hóa của các loại tế bào trong cơ thể. Bình thường, các tế bào lớn lên và phân chia để hình thành tế bào mới, đó là cách mà

cơ thể con người sinh trưởng và phát triển. Tất yếu, các tế bào cũ sẽ dần già đi hoặc bị tổn hại, chết đi và được thay thế bởi các tế bào mới. Khi quá trình tự nhiên đó bị phá vỡ, các tế bào trở nên bất thường, chẳng hạn, các tế bào già cỗi không chết đi mà tiếp tục phát triển và sản sinh các tế bào mới. Chúng cứ thế nhân lên và dần hình thành các khối tế bào bất thường, gọi là khối u/bướu. Đó là quá trình phân chia tế bào một cách vô tổ chức, không chịu sự kiểm soát của cơ chế điều khiển bình thường của cơ thể. Các u bướu có thể lành tính, ít xâm lấn và không tái phát nếu bị loại bỏ. Ngược lại, các khối u ác tính thường xâm lấn ra xung quanh, chúng có thể đi đến nhiều cơ quan trong cơ thể và hình thành khối u khác, tách biệt với khối u ban đầu⁶.

Các nguyên nhân gây ung thư rất đa dạng, bao gồm tác nhân hóa học như các chất độc hại sử dụng trong công nghiệp, một số loại khí, khói thuốc lá; tác nhân vật lý như tia cực tím, tia X, các bức xạ hạt nhân alpha, beta, gamma,...; tác nhân sinh học như một số loại nấm, vi rút, vi khuẩn. Ngoài ra, nhóm các tác nhân khác bao gồm chấn thương, chế độ ăn uống, các thói quen có hại cũng có thể góp phần làm tăng nguy cơ gây ung thư⁷.

Dự báo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2017) ước tính tỷ lệ mắc ung thư sẽ tăng theo cấp số nhân vào năm 2030, với số ca mắc mới hàng năm tăng từ 14,1 triệu vào năm 2012 lên 21,6 triệu vào năm 2030 và tử vong do ung thư tăng từ 8,8 triệu trên toàn thế giới trong năm 2015 đến hơn 12 triệu vào năm 2030. Những con số này cảnh báo tình trạng gia tăng ung thư trên toàn thế giới. Cũng theo WHO (2017), chẩn đoán và cải thiện sớm hơn trong các phương pháp điều trị ung thư cũng dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ sống sót bao gồm hơn 300 triệu người sống sót sau ung thư trên toàn thế giới. Thực trạng và viễn cảnh trong tương lai như vậy để lại gánh nặng bệnh tật không chỉ cho chính người bệnh, gia đình của họ mà còn là gánh nặng không nhỏ đối với toàn xã hội nói chung. Hơn nữa, ung thư không chỉ bao gồm hàng loạt các dạng bệnh rất khác nhau cần điều trị phức tạp và đa ngành mà còn là một sự kiện rất căng thẳng với những tác động tâm lý xã hội quan trọng liên quan đến các khía cạnh thể chất, cảm xúc, tinh thần và mối quan hệ liên cá nhân. Do vậy, việc nghiên cứu sự ảnh

⁶ <https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/ung-thu-la-gi-su-khac-biet-giua-te-bao-ung-thu-va-te-bao-binh-thuong/>. Truy cập 18h45p, 21/04/2020.

⁷ <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bai-giang-chuyen-nganh/y-hoc-hat-nhan/khai-niem-co-ban-ve-ung-thu-dich-te-yeu-to-nguy-co-va-du-phong/1366/>. Truy cập 19h07p, 21/04/2020.

hưởng của các yếu tố tâm lý đến sự phát sinh và tiến triển của ung thư, điều trị và chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cận tử hay tỷ lệ tử vong do ung thư là những nghiên cứu vô cùng cần thiết. Các kết quả nghiên cứu sẽ góp phần không chỉ giúp thiết kế các chương trình chăm sóc và trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân và gia đình của họ mà còn góp phần giảm thiểu các tác động của ung thư đến các khía cạnh khác nhau của đời sống xã hội nói chung.

Trong phần sau đây, các bằng chứng nghiên cứu về tác động của các yếu tố tâm lý đến ung thư cũng như hiệu quả của can thiệp tâm lý – xã hội cho bệnh nhân ung thư sẽ được trình bày. Ngoài ra, các chương trình can thiệp cụ thể cũng sẽ được xem xét.

6.2.2. Ung thư và các yếu tố tâm lý

Trầm cảm và sự khởi phát, tiến triển, tử vong do ung thư

Trong thập niên 1980 có một số nghiên cứu đã quan tâm đến sự ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý, trong đó có trầm cảm đến bệnh ung thư. Một nghiên cứu dài hạn (cohort study) đã được thực hiện bởi Shekelle và cộng sự (1981) trên một nhóm gồm 2.018 nam công nhân tại một nhà máy điện ở Chicago. Những công nhân có điểm số cao nhất trong số 9 thang đo của MMPI (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) có khí sắc trầm (depressed mood) có tỷ lệ tử vong do ung thư cao gấp 2,3 lần so với phần còn lại của nhóm trong khoảng thời gian theo dõi 17 năm. Hai đồng nghiệp của Shekelle đã theo dõi một nhóm người này trong ba năm tiếp theo và quan sát thấy sự sụt giảm đáng kể nguy cơ tử vong do ung thư nhưng nguy cơ chung của những người có khí sắc trầm vẫn cao hơn nhiều so với nhóm những người không có biểu hiện này (Persky, Kempthorne-Rawson & Shekelle, 1987).

Những năm sau đó đã xuất hiện thêm một ít nhất bốn nghiên cứu dài hạn tiếp theo với kích cỡ mẫu đều lớn hơn mẫu nghiên cứu của Shekelle. Kết quả của cả bốn nghiên cứu này đều kết luận rằng, không có bằng chứng là tỷ lệ tử vong do ung thư cao hơn ở những người có khí sắc trầm. Các nhà khoa học giải thích kết quả nghiên cứu của Shekelle và các cộng sự của ông có thể là do sự hiện diện của điện trường (electric fields) khắp nơi trong nhà máy và do hợp chất hóa học PCB (Polychlorinated biphenyl) được sử dụng rộng rãi để sản xuất bình ngưng và máy

biến áp đã làm sai lệch kết quả nghiên cứu của họ (Fox, 1995). Cả hai yếu tố này ngày nay đã được chứng minh là ảnh hưởng tới môi trường và sức khỏe. có thể mang lại các triệu chứng thần kinh và kích thích ung thư ở động vật và có lẽ cả con người.

Tuy nhiên, trong vòng 5 năm, từ 1987 – 2002 có 5 nghiên cứu quy mô lớn tìm thấy bằng chứng rằng trầm cảm có thể dự báo tỷ lệ mắc, tiến triển hoặc tử vong do ung thư, phù hợp với nghiên cứu cổ điển đầu tiên của Shekelle & cộng sự (1981), bao gồm (Persky, Kempthorne-Rawson, Shekelle, 1987; Everson & cs, 1996; Penninx & cs, 1998; Loberiza & cs, 2002; Stommel, Given & Given, 2002; Herrmann & cs, 1998; Watson, Haviland, Greer, Davidson, Bliss, 1999). Trong khi đó, có 5 nghiên cứu quy mô lớn, không tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm và tiến triển bệnh ung thư (Zonderman, A.B., Costa, P.Jr., McCrae 1989; Bleiker, van der Ploeg, Hendriks, Ader, 1996; Kaplan & Reynold, 1988; Teno & cs, 2000; Tross & cs, 1996). Trên cơ sở phân tích kỹ những nghiên cứu kể trên, Spiegel & Giese-Davis (2003) cho rằng, chỉ có thể kết luận là có bằng chứng, nhưng yếu, về mối liên hệ giữa trầm cảm và tỷ lệ mắc, tiến triển của bệnh và tỷ lệ tử vong. Cũng theo tổng kết của Spiegel & Giese-Davis (2003), trong 30 nghiên cứu kiểm tra mối liên hệ có thể có giữa trầm cảm và tỷ lệ mắc ung thư, chỉ có 6 nghiên cứu tìm thấy mối tương quan thuận. Có 24 nghiên cứu được công bố kiểm tra xem liệu trầm cảm có liên quan đến tiến triển ung thư hay không thì chỉ có 15 báo cáo tìm thấy mối tương quan thuận giữa hai biến số này. Hơn nữa, trong các nghiên cứu này trầm cảm không được đánh giá bằng phỏng vấn chẩn đoán, chất lượng của các thang đo tự báo cáo lại rất khác nhau. Rất hiếm các nghiên cứu đánh giá mối liên hệ này trong dài hạn.

Trước những năm 2000 cũng có một số lượng đáng kể các nghiên cứu kiểm soát trường hợp (case-control study) đã báo cáo tỷ lệ mắc ung thư ở những người có khí sắc trầm (depressed mood) hơn nhóm những người thuộc nhóm kiểm soát (Fox, 1995). Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu cũng cảnh báo rằng, có thể sự nhận biết có ung thư đã làm cho tâm trạng người mắc bệnh trở nên trầm cảm, hay nói cách khác, trầm cảm là hậu quả do ung thư gây nên. Vì vậy, để hiểu sâu hơn về vai trò của các yếu tố tâm lý đối với bệnh ung thư cần tiến hành các nghiên cứu dài hạn (Holland & Zittoun, 1990). Trong khi đó, các kết quả nghiên cứu cho là trầm cảm có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc mới và tiến triển của ung thư chủ yếu là nghiên cứu cắt ngang (cross-

sectional study), so sánh nhóm (group-comparison study) hoặc nghiên cứu bán thăm dò/khám phá (semiprospective design) có độ chính xác không cao (Garssen, 2004).

Năm 2002, Dalton, Mellemkjær, Olsen, Mortensen, Johansen (2002) đã công bố kết quả nghiên cứu dài hạn theo một hướng khác để bổ sung và kiểm định thêm các bằng chứng về mối liên hệ giữa trầm cảm và ung thư. Thay vì nghiên cứu trầm cảm trên bệnh nhân ung thư, các tác giả đã điều tra nguy cơ ung thư ở bệnh nhân nhập viện vì trầm cảm. Mẫu nghiên cứu bao gồm 89,491 bệnh nhân nhập viện từ năm 1969 đến năm 1993 trên toàn đất nước Đan Mạch. Các tác giả đã so sánh tỷ lệ mắc ung thư (tỷ lệ mắc mới) ở nhóm người này với tỷ lệ chung toàn quốc sau khi đã điều chỉnh giới tính, độ tuổi và thời gian. Kết quả cho thấy có 9,922 người mắc ung thư trong nhóm bệnh nhân trầm cảm được nghiên cứu, trong khi đó tỷ lệ mắc dự kiến là 9,434.6 trường hợp. Như vậy, tỷ lệ mắc mới chuẩn hóa trên nhóm bệnh nhân trầm cảm là 1,05 (khoảng tin cậy 95% (CI): 1,03, 1,07). Nguy cơ ung thư có tăng lên trong năm đầu tiên sau khi nhập viện, trong đó ung thư não xảy ra thường xuyên hơn dự kiến. Khi năm đầu tiên theo dõi được loại trừ, sự gia tăng tỷ lệ mắc mới ung thư chủ yếu liên quan đến thuốc lá, trong khi tỷ lệ mắc chuẩn đối với bệnh ung thư không liên quan đến thuốc lá là 1,00 (95% CI: 0,97, 1,03) sau 19 năm theo dõi và 0,99 (KTC 95%: 0,95, 1,02) sau 10 năm theo dõi. Các tác giả nhận định rằng, những dữ liệu trên không hỗ trợ cho giả thuyết trầm cảm là yếu tố độc lập tăng nguy cơ ung thư, nhưng chúng nhấn mạnh ảnh hưởng xấu mà trầm cảm có thể có do liên quan đến lối sống. Chẳng hạn, trong nhóm mẫu nghiên cứu có 17% bệnh nhân nhập viện có liên quan đến rượu và họ có nguy cơ ung thư thực quản, ung thư gan tăng cao. Vì vậy, rượu và thuốc lá được coi là các biến gây nhiễu giữa trầm cảm và ung thư bởi có thể do trầm cảm mà bệnh nhân uống rượu và hút thuốc nhiều hơn dẫn đến tăng nguy cơ mắc ung thư.

Giai đoạn sau năm 2000, các nghiên cứu tìm kiếm bằng chứng về ảnh hưởng của trầm cảm đến bệnh ung thư vẫn tiếp tục diễn ra. Oerlemans, van den Akker, Schuurman, Kellen & Buntinx (2007) đã tiến hành một nghiên cứu siêu phân tích trên 13 nghiên cứu dài hạn, có thời gian theo dõi người tham gia nghiên cứu từ 5 đến 25 năm để xác minh xem trầm cảm xuất hiện trước khi mắc ung thư hay không. Trong đó, có 9 nghiên cứu khảo sát trên tất cả các loại ung thư, 4 nghiên cứu chỉ

khảo sát ung thư vú. Phép siêu phân tích cho thấy không tìm thấy mối liên hệ giữa trầm cảm và ung thư vú, tuy nhiên, ở các nghiên cứu theo dõi từ 10 năm trở lên cho thấy có mức độ rủi ro đáng kể khi trầm cảm xuất hiện trước, còn ung thư vú xuất hiện sau nhiều năm. Không tìm thấy mối liên hệ nào giữa trầm cảm và ung thư phổi, ruột kết và tuyến tiền liệt. Ở những nghiên cứu có khảo sát tổng thể các loại ung thư thì có ghi nhận nguy cơ nhưng ở mức độ yếu. Tuy nhiên, tất cả 13 nghiên cứu được phân tích chủ yếu được thực hiện trong giai đoạn những năm 1990. Một nghiên cứu khác công bố kết quả theo dõi trong vòng 24 năm trên 3,177 người có tiền sử trầm cảm cũng cho một số kết quả khá tương đồng.

Kết quả của những nghiên cứu từ cuối thập niên 2010 về sau này tiếp tục chia rẽ theo hai xu hướng như trước, đó là hoặc ủng hộ hoặc bác bỏ nguy cơ gây ung thư của trầm cảm. Trong số đó, điển hình là nghiên cứu của Gross, Gallo & Eaton (2010) với 3,177 người trưởng thành có tiền sử trầm cảm và không mắc ung thư tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Kết quả theo dõi suốt 24 năm (từ 1981 – 2005) cho thấy có 334 trường hợp mắc ung thư; có mối liên hệ giữa trầm cảm nặng với nguy cơ cao mắc ung thư (chung cho tất cả các dạng ung thư, đồng thời, nguy cơ ung thư vú và ung thư tiền liệt tuyến tăng đáng kể. Nghiên cứu siêu phân tích của Satin, Linden & Philipps (2009) cũng cho kết quả tương tự. Theo đó, mặc dù không có bằng chứng về mối liên hệ giữa trầm cảm và sự tiến triển ung thư, tuy nhiên, có bằng chứng rõ ràng rằng, trầm cảm làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ung thư. Cụ thể, tỷ lệ tử vong do ung thư cao hơn 25% ở người mắc ung thư có triệu chứng trầm cảm và cao hơn 39% ở bệnh nhân ung thư được chẩn đoán trầm cảm chủ yếu và các loại trầm cảm khác.

Vào năm 2010, một nghiên cứu siêu phân tích trên 105 nhóm mẫu từ 76 nghiên cứu khác nhau cho thấy, những bệnh nhân ung thư, mức độ trầm cảm nặng hơn có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn. Điều này đúng với các mẫu được đánh giá trầm cảm cả trước và sau chẩn đoán ung thư. Kết quả này cũng đúng sau khi các biến số y khoa gây nhiễu đã được kiểm soát. Mối quan hệ giữa trầm cảm và tỷ lệ tử vong yếu hơn trong các nghiên cứu có khoảng thời gian dài giữa lần đánh giá trầm cảm và thời gian tử vong, trong các nhóm mẫu trẻ tuổi hơn và trong các nghiên cứu

sử dụng Thang đo trầm cảm Beck (Beck depression inventory) để sàng lọc so với các thang đo khác (Pinquart & Duberstein, 2010).

Ở châu Á có một số nghiên cứu đáng chú ý về mối liên hệ giữa trầm cảm và bệnh ung thư. Nhóm nghiên cứu ở Đài Loan đã sử dụng dữ liệu từ Hệ thống bảo hiểm Quốc gia của 76,352 người từ năm 1996 đến 2008. Kết quả sàng lọc cho thấy có 8,419 người được chẩn đoán trầm cảm. Nghiên cứu dữ liệu của những người mắc trầm cảm cho thấy tỷ lệ nam mắc ung thư cao hơn nữ và tăng theo độ tuổi. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu không cho thấy có bất kỳ mối liên hệ đáng kể nào giữa trầm cảm và nguy cơ ung thư (Liang & cs, 2011). Ngược với kết quả nghiên cứu này, Hong & Tian (2014) đã nhận định rằng, trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến ở bệnh nhân ung thư với tỷ lệ 66,72% chung cho các loại ung thư, trong khi đó, tỷ lệ này ở cộng đồng chỉ có 3,8%. Bệnh nhân ung thư phổi, thực quản và cổ tử cung là nhóm có nguy cơ cao bị trầm cảm cao nhất. Người bệnh cao tuổi, tình trạng bệnh tiến triển chậm, đau nhiều, trình độ học vấn thấp là những yếu tố dự báo nguy cơ mắc trầm cảm.

Gần đây nhất, năm 2017 Jia và cộng sự đã tiến hành một trong những nghiên cứu điểm luận hệ thống và siêu phân tích quy mô lớn nhất từ trước đến nay với 1,469,179 người tham gia và 89,716 trường hợp mắc bệnh ung thư từ 25 nghiên cứu khác nhau. Kết quả phân tích cho thấy có mối liên hệ giữa trầm cảm và nguy cơ khởi phát ung thư, trong đó có ung thư gan và ung thư phổi, trong khi đó, không tìm thấy mối liên hệ nào giữa trầm cảm và nguy cơ mắc ung thư vú, tuyến tiền liệt và đại trực tràng. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu cần đánh giá loại trừ sự ảnh hưởng gây nhiễu của thuốc lá và rượu.

Như vậy, phần lớn các nghiên cứu riêng biệt cũng như các nghiên cứu siêu phân tích được trình bày trên đây cho thấy, có bằng chứng nhưng không nhất quán và tương đối yếu rằng, trầm cảm là yếu tố có thể làm khởi phát và tiến triển của ung thư. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu thống nhất rằng, trầm cảm là yếu tố có mối liên hệ với nguy cơ tử vong cao ở bệnh nhân ung thư. Các kết luận không nhất quán này có tính chất lặp đi lặp lại không chỉ trong các nghiên cứu cụ thể mà còn ở các nghiên cứu siêu phân tích, không chỉ ở một giai đoạn lịch sử nào đó mà xuyên suốt từ thập niên

1980 đến nay bất chấp các điều kiện kinh tế - xã hội và điều kiện chăm sóc sức khỏe rất khác nhau ở từng thời kỳ.

Cơ chế ảnh hưởng của trầm cảm đến ung thư

Vậy, cơ chế nào dẫn đến sự ảnh hưởng của trầm cảm đến sự tiến triển nặng và nguy cơ tử vong cao ở bệnh nhân ung thư?

Spiegel & Giese-Davis (2003) đã xác định ba lý do cơ bản giải thích cho cơ chế ảnh hưởng này. *Thứ nhất*, trầm cảm có thể có tác dụng sinh lý bệnh thông qua chức năng thần kinh và chức năng miễn dịch ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong (ví dụ: rối loạn điều hòa của trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận, đặc biệt là biến đổi chuyển hóa ở hai loại hormone là cortisol và melatonin). *Thứ hai*, bệnh nhân trầm cảm có thể ít tuân thủ các quy trình sàng lọc phòng ngừa, các nguyên tắc trong điều trị điều trị ung thư hoặc các khuyến nghị để duy trì sức khỏe. Ví dụ, bệnh nhân trầm cảm, do bị kiệt quệ năng lượng, có thể không thường xuyên hoặc ít tập thể dục hoặc họ hút thuốc và uống rượu quá mức (Wulsin, Vaillant & Wells, 1999); không tuân thủ chế độ dùng thuốc theo quy định hoặc không đến điều trị liệu pháp theo lịch hẹn (DiMatteo, Lepper, Croghan, 2000). *Thứ ba*, nhiều triệu chứng của bệnh ung thư và tác dụng phụ của việc điều trị tương tự như trầm cảm, bao gồm các triệu chứng thực vật của giấc ngủ và rối loạn cảm giác thèm ăn, mệt mỏi và khó tập trung. Do đó, các triệu chứng trầm cảm có thể là yếu tố đại diện cho mức độ nghiêm trọng của bệnh. Ngoài ra, các tác giả khác cũng đưa ra một số lý do khác. Chẳng hạn, bệnh nhân trầm cảm có thể có lối sống liên quan đến việc lạm dụng rượu và thuốc lá (Dalton và cs, 2002), ít nhận được hỗ trợ xã hội (Epstein & Street, 2007; Garssen, 2004). Ngoài ra, trầm cảm ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong do ung thư tăng cao thông qua yếu tố trung gian là các chiến lược ứng phó không hiệu quả hoặc là bất lực, cam chịu (Faller & Schmidt, 2004). Cuối cùng, trầm cảm có thể gây nguy cơ cho các nguyên nhân gây tử vong không liên quan đến ung thư, chẳng hạn như tự tử (Akechi, Okuyama, Sugawara, Nakano, 2004).

Các yếu tố tâm lý khác

Một nghiên cứu vào năm 1991 đã kết luận rằng, không có bất kỳ mối liên hệ trực tiếp nào giữa trạng thái cảm xúc, kiểu ứng phó/ phòng vệ, đặc điểm nhân cách, hành vi và các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống với sự khởi phát và tiến triển ung

thư (Levenson & Bemis, 1991). Theo Levenson & Bemis (1991), hầu hết các nghiên cứu tìm thấy mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và ung thư đều có thiếu sót trong thiết kế dẫn đến hạn chế về độ tin cậy và giá trị khoa học.

Trên cơ sở đánh giá hàng loạt các nghiên cứu khác nhau của giai đoạn trước năm 2002, Dalton, Boesen, Ross, Schapiro & Johansen (2002) cho rằng, các bằng chứng không ủng hộ giả thuyết rằng, các sự kiện lớn trong cuộc đời là yếu tố nguy cơ gây ung thư. Bên cạnh đó, trầm cảm và các yếu tố nhân cách có bằng chứng không nhất quán vì nhiều nghiên cứu có điểm yếu về phương pháp, trong đó có các điểm như không chứng minh được sự không ảnh hưởng của các biến gây nhiễu, chưa được giải thích được cơ chế sinh học của sự ảnh hưởng (nếu có) của các yếu tố tâm lý đến bệnh ung thư.

Trong một nghiên cứu siêu phân tích với quy mô lên đến 70 nghiên cứu dài hạn, Garssen (2004) kết luận đã rằng, không có bất kỳ yếu tố tâm lý nào ảnh hưởng đến sự phát triển ung thư đã được chứng minh một cách thuyết phục trong một loạt các nghiên cứu. Chỉ có thể xét đến sự ảnh hưởng không thể bị loại bỏ hoàn toàn của một số yếu tố. Cụ thể, sự tuyệt vọng (helplessness) hoặc/và dồn nén (repression) có thể góp phần làm cho tiên lượng bệnh ung thư xấu đi, ngược lại, hai yếu tố này không có mặt hoặc ít đi thì tiên lượng tốt hơn. Ít bằng chứng hơn là các yếu tố như trải nghiệm các sự kiện mất mát (experience loss events), hỗ trợ xã hội ít và trầm cảm mãn tính. Các yếu tố khác, bao gồm sự kiện cuộc sống (trừ sự kiện mất mát), trạng thái cảm xúc tiêu cực, tinh thần chủ động đương đầu, chấp nhận chịu đựng, chủ nghĩa định mệnh (fatalism), ứng phó tích cực, các yếu tố nhân cách và tiêu điểm kiểm soát có ảnh hưởng không đáng kể.

Một nghiên cứu đáng chú ý của Chida & Steptoe (2008) đã phân tích và tổng hợp dữ liệu từ một số lượng vô cùng lớn các nghiên cứu cụ thể và được chia thành nhiều nhóm khác nhau. Theo đó, kết quả tổng hợp từ 165 nghiên cứu cho thấy, có bằng chứng về mối liên hệ giữa các yếu tố căng thẳng tâm lý – xã hội và tỷ lệ mắc ung thư cao hơn ở những người khỏe mạnh ban đầu. Kết quả tổng hợp từ 330 nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sống sót thấp hơn ở những người đã mắc ung thư có căng thẳng tâm lý – xã hội. Ngoài ra, ở 53 nghiên cứu tìm thấy bằng chứng về tỷ lệ tử vong cao có liên hệ với các yếu tố stress. Các nhà nghiên cứu kết luận rằng, tính cách dễ bị

căng thẳng hoặc cách thức ứng phó không phù hợp và phản ứng cảm xúc tiêu cực hoặc chất lượng cuộc sống kém có liên quan đến tỷ lệ mắc ung thư cao hơn, khả năng sống sót sau ung thư kém hơn và tỷ lệ tử vong do ung thư cao hơn. Các phân tích cụ thể tại chỗ chỉ ra rằng các yếu tố tâm lý xã hội có liên quan đến tỷ lệ mắc ung thư phổi cao hơn và khả năng sống sót thấp hơn ở những bệnh nhân ung thư vú, phổi, đầu và cổ, ung thư gan, hệ bạch huyết và máu.

Những vấn đề tâm lý khác bao gồm: suy giảm hoạt động chức năng, giảm tập trung, suy giảm trí nhớ, chức năng tình dục bị thay đổi (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, Grassi, 2017), mệt mỏi, đau, hình ảnh bản thân thay đổi (Grassi, Biancosino, Marmai, Rossi & Sabato, 2007). Nhiều bệnh nhân ung thư không thể tự chăm sóc bản thân mà bị phụ thuộc vào người khác để thực hiện những nhu cầu tối thiểu nên lòng tự trọng bị giảm sút. Về khía cạnh xã hội, giao tiếp và gắn bó trong các mối quan hệ thân thiết, các quan hệ bạn bè, quan hệ công việc và lớn hơn là sự tham gia vào đời sống xã hội bị giảm sút nghiêm trọng. Ngoài ra, cảm giác cô đơn, bị bỏ rơi, các vấn đề khi quay trở lại đời sống cộng đồng và sự kỳ thị là những khó khăn khá phổ biến được báo cáo bởi bệnh nhân ung thư (Caruso & cs, 2017; Grassi & cs, 2007).

Ngoài ra, một số nhà nghiên cứu cho rằng, các vấn đề cảm xúc như trầm cảm và lo âu cũng xuất hiện nhiều ở người thân/người chăm sóc bệnh nhân. Trong trường hợp cái chết xảy ra, người thân có thể rơi vào tình trạng bị sang chấn phức tạp (Grassi, Spiegel & Riba, 2017).

Như vậy, ngoài trầm cảm, các nghiên cứu khác nhau chưa có sự thống nhất cao trong việc xác định chính xác những yếu tố tâm lý – xã hội nào ảnh hưởng trực tiếp đến sự khởi phát, tiến triển và tử vong ở bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, có sự thống nhất cao hơn về sự ảnh hưởng của một số yếu tố như ứng phó không phù hợp, cảm xúc tiêu cực, hành vi nguy cơ như sử dụng rượu, thuốc lá, lối sống ít vận động và sự hỗ trợ xã hội thấp.

6.2.3. Trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân ung thư

Bảng chứng nghiên cứu

Các bằng chứng được trình bày trên đây cho thấy, mặc dù còn thiếu sự nhất quán về ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến bệnh nhân ung thư, song các vấn đề tâm lý là có thật, ảnh hưởng đến cuộc sống và hiệu quả điều trị bệnh. Các triệu chứng

stress và rối loạn tâm lý thứ phát sau khi mắc ung thư cũng đã được chứng minh là có hậu quả tiêu cực đáng kể cho cả bệnh nhân và gia đình (Grassi, Spiegel & Riba, 2017).

Các nghiên cứu về hiệu quả của một số hình thức can thiệp tâm lý và phục hồi chức năng tâm lý – xã hội cho bệnh nhân ung thư có hiệu quả trong việc giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng tâm thần (Zainal, Booth, Huppert, 2013), các triệu chứng cơ thể (như đau) và cải thiện chất lượng cuộc sống, cảm nhận hạnh phúc và trở lại làm việc (Hunter, Gibson, Arbesman & D'Amico, 2017a; Hunter, Gibson, Arbesman & D'Amico, 2017b).

Về các loại liệu pháp, trị liệu nhóm (supportive-expressive group psychotherapy), trị liệu nhận thức – hành vi (cognitive-behavioural psychotherapy), trị liệu nhận thức – hiện sinh (cognitive-existential therapy), trị liệu tập trung vào ý nghĩa (meaning-centred psychotherapy), chương trình giảm stress dựa vào chánh niệm (mindfulness stress reduction programs) là những can thiệp có hiệu quả (Grassi, Spiegel & Riba, 2017). Ngoài ra, ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ việc sử dụng các liệu pháp tích hợp, đặc biệt là các liệu pháp chăm sóc kết hợp tâm trí – cơ thể như là các chiến lược chăm sóc hỗ trợ hiệu quả trong điều trị ung thư, mặc dù nhiều phương pháp vẫn chưa được chứng minh đầy đủ, nhưng không đủ bằng chứng để khuyến cáo hoặc bác bỏ (Grassi, Spiegel & Riba, 2017).

Ở Việt Nam, lĩnh vực nghiên cứu về tâm lý bệnh nhân ung thư cũng như hiệu quả can thiệp tâm lý cho bệnh nhân ung thư gần như đang bị bỏ trống hoàn toàn. Trong tổng mục tạp chí Tâm lý học từ năm 2010 đến 2020 chỉ xuất hiện một bài báo về tâm lý bệnh nhân ung thư. Trong đó, có một nghiên cứu dựa trên mô hình ứng dụng năng lực chấp nhận trong tâm lý trị liệu của S.C. Hayes với tên gọi là Trị liệu chấp nhận và cam kết (acceptance and commitment therapy - ACT), được tiến hành trên 120 bệnh nhân ung thư. Nghiên cứu nhằm xác định mối liên hệ giữa năng lực chấp nhận và kiểu ứng phó với bệnh ở bệnh nhân ung thư. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân nam chấp nhận cao hơn bệnh nhân nữ, tuổi đời lớn hơn thì chấp nhận cao hơn. Không có mối tương quan giữa chấp nhận và ứng phó tập trung vào vấn đề, ngược lại, có tương quan nghịch giữa chấp nhận và ứng phó tập trung vào cảm xúc và ứng phó né tránh. Chấp nhận có thể làm giảm được 28,5% ứng phó né tránh – loại ứng

phó được chứng minh là làm tăng các rối loạn tâm lý. Kết quả nghiên cứu này là những bằng chứng bước đầu cho việc áp dụng yếu tố chấp nhận trong chăm sóc giảm nhẹ và trong tâm lý trị liệu cho bệnh nhân ung thư (Nguyễn Thị Minh Hằng, Ngô Thị Thùy Linh, Trần Thị Nhung, 2018).

Dịch vụ trợ giúp tâm lý

Ở các nước phát triển, từ khá lâu đã xuất hiện khái niệm *Psycho-oncology* (tạm dịch là Tâm lý học ung thư/Tâm lý – Ung thư) để chỉ một lĩnh vực chuyên biệt về chăm sóc tâm lý – xã hội cho bệnh nhân ung thư, bao gồm cả những người phục hồi/sống sót sau điều trị ung thư (post-treatment survivors). Thực tiễn ngày càng gia tăng tỷ lệ người mắc ung thư trên toàn cầu và nhu cầu chăm sóc bệnh nhân ung thư cũng như gia đình của họ ngày càng tăng đã thúc đẩy sự ra đời của Hội Tâm lý học – Ung thư Quốc tế (International Psycho-Oncology Society – IPOS) ra đời vào năm 1984. Tính đến tháng 4 năm 2020, đã có đến 1160 tổ chức trên toàn cầu là thành viên chính thức của IPOS. Sứ mệnh chung của IPOS là thúc đẩy chăm sóc tâm lý xã hội trên toàn cầu cho những người bị ảnh hưởng bởi bệnh ung thư thông qua quan hệ đối tác, nghiên cứu, chính sách công, vận động chính sách và giáo dục.

Một trong những nhiệm vụ cơ bản của IPOS là thúc đẩy truyền thông quốc tế đa lĩnh vực về các vấn đề lâm sàng, giáo dục và nghiên cứu liên quan đến chuyên ngành Tâm lý học ung thư. Hội cung cấp sự lãnh đạo và phát triển các tiêu chuẩn cho giáo dục và nghiên cứu về các yếu tố tâm lý, xã hội và tinh thần ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và người thân của họ và điều đó ảnh hưởng đến sự tiến triển và sự sống của khối u. IPOS là thúc đẩy đào tạo, khuyến khích các nguyên tắc tâm lý xã hội và cách tiếp cận nhân văn trong chăm sóc ung thư nhằm thúc đẩy nghiên cứu và phát triển đào tạo trong chăm sóc ung thư. Mục tiêu cuối cùng của những việc này là nhằm tích hợp chăm sóc tâm lý xã hội với tất cả các chuyên khoa ung thư để chăm sóc một cách tối ưu nhất cho bệnh nhân⁸.

Các chuyên gia hoạt động trong lĩnh vực này bao gồm: nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần, bác sĩ lâm sàng, y tá, nhân viên xã hội, nhà khoa học xã hội, luật sư, chuyên gia giáo dục, nhà quản lý, chuyên gia dinh dưỡng, chuyên gia dịch tễ học, chuyên gia

⁸ <https://ipos-society.org/about/mission>, Truy cập 15h26p, 28/4/2020.

chăm sóc tâm linh và chuyên gia phục hồi chức năng nghề nghiệp. Tất cả họ cùng nhau hợp tác nhằm giúp đỡ những người sống sót sau ung thư và gia đình của họ.⁹

IPOS đã ban hành các tiêu chuẩn về chất lượng chăm sóc ung thư (Standard on quality cancer care) bao gồm ít nhất là sáu vấn đề cần được đánh giá và chăm sóc thường xuyên, đó là: 1) trầm cảm (depression), 2) lo âu (anxiety), 3) hoảng loạn (panic), 4) cô lập xã hội (social isolation), 5) khủng hoảng tâm linh (spiritual crisis) và 6) đau khổ (distress). Cũng theo Hiệp hội này, chăm sóc tâm lý – xã hội cần phải được đưa vào chương trình chăm sóc thường xuyên (Travado, 2015).

Mạng lưới ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (US National Comprehensive Cancer Network - NCCN) cũng đã đưa vào hướng dẫn quản lý đau khổ tâm lý (psychological distress) và các rối loạn tâm lý cho bệnh nhân ung thư ở các giai đoạn khác nhau của bệnh (NCCN, 2017). Đối với bệnh nhân hồi phục sau ung thư cũng được chăm sóc về tâm lý – xã hội, trong đó, có việc thúc đẩy sức khỏe và cảm nhận hạnh phúc, sự tái hòa nhập với gia đình, công việc và các mối quan hệ xã hội sau một thời gian dài điều trị bệnh. Tuy nhiên, ngay cả ở các nước phát triển như Hoa Kỳ, sự sẵn sàng và cơ hội nhận được dịch vụ cũng không thể đến được với tất cả các bệnh nhân. Chỉ có 40,2% người phục hồi sau ung thư báo cáo là đã trao đổi với nhà lâm sàng về khả năng ảnh hưởng của ung thư đến cảm xúc và các mối quan hệ của họ như thế nào. Hơn 90% người phục hồi sau ung thư cho rằng có nhiều rào cản đối với việc tiếp cận dịch vụ tham vấn chuyên nghiệp hoặc nhóm hỗ trợ bởi thiếu kiến thức và sự không có sẵn có của loại dịch vụ như vậy (Forsythe & cs, 2013).

Thông tin trong hộp 6.3 cho thấy, ở bất kỳ giai đoạn nào ở bệnh nhân ung thư cũng có thể gặp các vấn đề tâm lý. Do vậy, sàng lọc ở các giai đoạn của bệnh nên là một bước bắt buộc trong cả quá trình chăm sóc và trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân. Ở Hoa Kỳ, NCCN đã cung cấp cho các nhà tâm lý các công cụ sàng lọc đối với các vấn đề tâm lý phổ biến của bệnh nhân ung thư, trong đó có rối loạn thích ứng, trầm cảm, nguy cơ tự tử và tự tử và rối loạn nhận thức. Ngoài ra, các công cụ phù hợp cũng được cung cấp để phát hiện những vấn đề có thể có về thể chất, cảm xúc, tâm linh và gia đình của bệnh nhân.

⁹ <https://ipos-society.org/about/organization>, Truy cập 15h30p, 28/4/2020.

Tiêu chuẩn quốc gia Canada về các khía cạnh tâm lý xã hội của ung thư¹⁰ (Canadian National Standards for Psychosocial Oncology - CAPO) cũng bao gồm một loạt các tổ chức và giáo dục các tiêu chuẩn về tổ chức và giáo dục trong chăm sóc bệnh nhân ung thư. Tổ chức này đã xây dựng mô hình để quản lý lo âu và trầm cảm ở tất cả các giai đoạn của chu trình ung thư, bao gồm cả phòng ngừa và phục hồi sau điều trị

Ở Úc, các dịch vụ trợ giúp tâm lý – xã hội cho bệnh nhân ung thư cũng được quan tâm. Trung tâm ung thư vú Quốc gia (National Breast Cancer Centre) và Sáng kiến kiểm soát ung thư Quốc gia (National Cancer Control Initiative) đã ban hành Hướng dẫn thực hành lâm sàng trong chăm sóc tâm lý cho người lớn mắc ung thư của Úc¹¹. Bộ hướng dẫn này được nhiều hội ung thư trên thế giới chấp nhận sử dụng, điều này đang dần làm thay đổi cách tiếp cận chăm sóc tâm lý – xã hội cho bệnh nhân ung thư (Grassi, Spiegel & Riba, 2017).

Theo các chuyên gia tâm lý học ung thư, sau bước sàng lọc chung với các công cụ phổ biến, các nhà lâm sàng cần đánh giá chuyên sâu hơn các triệu chứng tâm lý và hành vi, cả các vấn đề sức khỏe hành vi trước đây, suy nghĩ tự tử, sử dụng thuốc, sự lệ thuộc vào các chất, hình ảnh cơ thể và các vấn đề liên quan đến tình dục.

Hộp 6.2

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Chăm sóc giảm nhẹ là một cách tiếp cận giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình của họ đang phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến bệnh đe dọa đến tính mạng, thông qua việc phòng ngừa và giảm đau khổ bằng phương pháp xác định sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau và các vấn đề khác liên quan đến thể chất, tâm lý xã hội và tinh thần.

Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm:

- Giúp giảm đau và các triệu chứng đau khổ;
- Khẳng định cuộc sống và coi cái chết là một quá trình bình thường;
- Dự định không đẩy nhanh hoặc làm chậm cái chết;

¹⁰ www.capo.ca

¹¹ www.nhmrc.gov.au; Truy cập 15h20p, 29/4/2020

- Tích hợp các khía cạnh tâm lý và tinh thần trong chăm sóc bệnh nhân;
 - Cung cấp hệ thống hỗ trợ để giúp bệnh nhân sống tích cực nhất có thể cho đến khi chết;
- Cung cấp một hệ thống hỗ trợ để giúp gia đình ứng phó với bệnh nhân và việc mất người thân;
- Sử dụng cách tiếp cận nhóm để giải quyết nhu cầu của bệnh nhân và của gia đình họ, bao gồm tư vấn mất người thân, nếu được chỉ định;
 - Nâng cao chất lượng cuộc sống và có thể ảnh hưởng tích cực đến quá trình bệnh tật;
 - Được áp dụng sớm trong quá trình điều trị bệnh, kết hợp kết hợp với các liệu pháp khác nhằm kéo dài cuộc sống, như hóa trị hoặc xạ trị, và bao gồm cả những điều tra cần thiết để hiểu rõ hơn và quản lý được biến chứng lâm sàng đau khổ.

Nguồn:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Ở Việt Nam, các dịch vụ hỗ trợ tâm lý chuyên nghiệp dành riêng cho bệnh nhân ung thư hầu như chưa xuất hiện. Ở một số bệnh viện lớn tại Hà Nội và bệnh viện tuyến tỉnh đã xây dựng được các phòng công tác xã hội, tuy nhiên, hoạt động của các phòng này tập trung chủ yếu vào việc hỗ trợ các vấn đề hành chính hoặc chính sách xã hội và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân. Những nhiệm vụ này thường được các phòng công tác xã hội thực hiện với tất cả các bệnh nhân, không có những hỗ trợ phù hợp với nhu cầu cụ thể của bệnh nhân ung thư. Ở hầu hết tất cả các bệnh viện, ngay cả những bệnh viện lớn ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cũng chưa có bộ phận chăm sóc giảm nhẹ (Palliative care). Chỉ ở một số bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện ung bướu hoặc một vài bệnh viện đa khoa khác có dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân. Cơ quan nghiên cứu Economist Intelligence Unit thuộc Lien Foundation tiến hành các nghiên cứu định kỳ năm năm một lần để khảo sát chỉ số chất lượng chết (Quality of death Index), trong đó, chăm sóc giảm nhẹ là một chỉ

báo. Theo báo cáo năm 2015 của tổ chức này, Việt Nam đạt 31,9/100 điểm, xếp thứ 58/80 nước về chỉ số chất lượng chết, trong đó chăm sóc giảm nhẹ và môi trường sức khỏe xếp thứ 45/80 nước và nằm trong nhóm các nước mà dịch vụ chăm sóc này không sẵn có.¹²

Hộp 6.3

MỘT SỐ GIAI ĐOẠN CỦA UNG THƯ CÓ NGUY CƠ KHỞI PHÁT STRESS

1. Tìm kiếm triệu chứng đáng ngờ
2. Được thông báo về chẩn đoán
3. Đang chờ điều trị
4. Thay đổi hoặc kết thúc điều trị
5. Xuất viện
6. Sống sót sau ung thư
7. Thất bại trong điều trị
8. Tái phát hoặc bệnh tiến triển
9. Giai đoạn nặng
10. Gần kết thúc cuộc sống

Nguồn: Grassi, Spiegel & Riba, 2017

Hiện nay, hai trang báo điện tử Dân trí và Vnexpress có chuyên mục riêng dành để cung cấp thông tin và tư vấn cho bệnh nhân ung thư. Tại các trang này có hoạt động giải đáp thắc mắc và tư vấn (qua thư, email là chủ yếu) cho bệnh nhân ung thư của các chuyên gia y khoa, các bác sĩ, các chuyên gia dinh dưỡng, phục hồi chức năng và một vài nhà tâm lý). Các hoạt động được thực hiện bằng hình thức tư vấn/tham vấn tâm lý là chủ yếu mà chưa có những chương trình can thiệp chuyên nghiệp. Thêm vào đó, chưa có những bộ hướng dẫn hay những quy định cụ thể nào cho dịch vụ (miễn phí) này mà chủ yếu dựa vào cách thức làm việc và chuyên môn của từng chuyên gia.

Hộp 6.4

¹² <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>; Truy cập 15h35p, 29/4/2020

MỘT SỐ GỢI Ý ĐỐI VỚI CAN THIỆP TÂM LÝ – XÃ HỘI CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ

1. Sàng lọc các rối loạn tâm lý ở bệnh nhân ung thư, quan tâm đặc biệt đến các triệu chứng trầm cảm và nguy cơ tự tử ở bệnh nhân trầm cảm nặng.
2. Quan tâm đến các vấn đề tâm lý – xã hội của bệnh nhân như chiến lược ứng phó, tính nhạy cảm với stress, hành vi sức khỏe (sử dụng rượu bia, thói quen ít vận động), sự tuân thủ điều trị, hỗ trợ xã hội và tình trạng kinh tế - xã hội.
3. Can thiệp tâm lý - xã hội nên được thiết kế cụ thể cho từng đối tượng ở các giai đoạn khác nhau, bao gồm tư vấn dự phòng, tham vấn/can thiệp khủng hoảng cho người mới nhận chẩn đoán, can thiệp những vấn đề tâm lý phát sinh trong quá trình điều trị, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cận tử.
4. Các triệu chứng không được xem riêng rẽ mà cần xem xét như một phần của hàng loạt vấn đề liên quan đến nhau.
5. Can thiệp tâm lý dựa trên bằng chứng nhưng quan tâm đến nhu cầu cụ thể của từng bệnh nhân
6. Quan tâm đến các vấn đề tâm lý ở người thân/người chăm sóc bệnh nhân
7. Cần đánh giá nghiêm túc về chi phí và hiệu quả của can thiệp
8. Thực hiện các nghiên cứu theo dõi dài hạn triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân cũng như đáp ứng của bệnh nhân với điều trị.

Tóm tắt

Có các bằng chứng trái ngược nhau về mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và sự khởi phát, tiến triển cũng như tỷ lệ tử vong do ung thư. Hiện trạng này xuyên suốt các nghiên cứu từ những thập niên 1980, qua các giai đoạn khác nhau đến hiện nay. Trong đó, trầm cảm là yếu tố được nghiên cứu nhiều nhất, theo đó, các kết quả cho thấy ít bằng chứng hoặc có bằng chứng yếu về mối liên hệ giữa trầm cảm và tỷ lệ mắc mới ung thư. Những nghiên cứu ủng hộ mối liên hệ giữa trầm cảm và sự phát

sinh ung thư (mắc mới) phần lớn là các nghiên cứu cắt ngang, sử dụng các thang đo sàng lọc. Trong khi đó, các nghiên cứu bác bỏ mối liên hệ này phần lớn là các nghiên cứu theo dõi dài hạn, điều tra trên những người đã được chẩn đoán y khoa đầy đủ, đo nhiều lần ở các thời điểm khác nhau. Mối liên hệ giữa trầm cảm và sự tiến triển nặng lên và tỷ lệ tử vong do ung thư có bằng chứng nhiều hơn và mạnh hơn. Tuy nhiên, không ít các nghiên cứu có hạn chế ở chỗ chưa loại trừ được các yếu tố gây nhiễu khác có thể ảnh hưởng đến mối liên hệ này. Các nghiên cứu cũng thống nhất chỉ ra rằng, bệnh ung thư có thể làm phát sinh trầm cảm (trong khi đó, ít có bằng chứng với lo âu).

Đối với các dạng ung thư cụ thể, các nghiên cứu cho thấy, có mối liên hệ rõ hơn giữa trầm cảm với ung thư vú, phổi, tiền liệt tuyến, đại tràng so với các loại ung thư khác. Về các biến số nhân khẩu, một số ít các nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân ung thư nữ, người già có các triệu chứng trầm cảm và được chẩn đoán trầm cảm cao hơn so với bệnh nhân nam, người trẻ tuổi.

Ngoài trầm cảm, các yếu tố tâm lý khác không hoặc ít có bằng chứng hơn. Chẳng hạn, sự kiện gây stress trong cuộc sống không được chứng minh là có ảnh hưởng đến sự khởi phát ung thư. Có bằng chứng nhiều hơn đối với sự kết hợp của nhiều yếu tố tâm lý – xã hội đến sự khởi phát và tiến triển ung thư cũng như tỷ lệ tử vong do ung thư, đó là tính cách dễ bị căng thẳng, sự tuyệt vọng và dồn nén cảm xúc tiêu cực, chiến lược ứng phó kém hiệu quả, sử dụng rượu và thuốc lá, lối sống ít vận động, hỗ trợ xã hội thấp và tình trạng kinh tế kém.

Các nghiên cứu cũng chứng minh rằng, sự hỗ trợ tâm lý có thể làm giảm các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân ung thư, từ đó gián tiếp giảm sự tiến triển nặng của bệnh và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân, giảm tỷ lệ tử vong. Trước hết, bệnh nhân ung thư cần được sàng lọc trầm cảm và được theo dõi các triệu chứng trầm cảm bởi một tỷ lệ khá lớn các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm. Để giảm các triệu chứng trầm cảm, nhà tâm lý cần hỗ trợ bệnh nhân thay đổi lối sống, hạn chế sử dụng rượu/thuốc lá, giải tỏa cảm xúc tiêu cực, hướng dẫn các ứng phó hiệu quả hơn. Ngoài ra, các dịch vụ xã hội, trong đó có cán sự xã hội cần khai thác các nguồn lực giúp bệnh nhân ung thư cải thiện hỗ trợ xã hội và tình trạng kinh tế.

6.3. TIỂU ĐƯỜNG

6.3.1. Bệnh tiểu đường là gì?

Trong số các bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hóa thì bệnh tiểu đường đang trở thành căn bệnh phổ biến và gia tăng nhanh chóng tại các nước phát triển và đang phát triển trên toàn thế giới. Bệnh tiểu đường là một trong ba nguyên nhân gây tử vong cao nhất thế giới, chỉ đứng sau bệnh tim mạch và ung thư¹³.

Bệnh tiểu đường (Diabetes mellitus) hay còn gọi là đái tháo đường, đại diện cho một nhóm các rối loạn chuyển hóa do các nguyên nhân khác nhau, tất cả đều được đặc trưng bởi tăng đường huyết (tức là, lượng đường trong máu cao). Bệnh tiểu đường là một bệnh mãn tính xảy ra khi tuyến tụy không còn khả năng sản xuất insulin, hoặc khi cơ thể không thể sử dụng tốt insulin mà nó tạo ra. Insulin là một loại hoóc môn do tuyến tụy tạo ra, hoạt động giống như một chìa khóa để glucose từ thực phẩm chúng ta ăn đi từ máu vào các tế bào trong cơ thể để tạo ra năng lượng. Tất cả các loại thực phẩm chứa carbohydrate được phân hủy thành glucose trong máu. Insulin giúp glucose đi vào các tế bào¹⁴.

Theo Hiệp hội tiểu đường quốc tế (International Diabetes Federation - IDF), có ba loại tiểu đường chính: tuýp I, tuýp II và tiểu đường thai kỳ¹⁵.

Bệnh tiểu đường tuýp I có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, nhưng xảy ra thường xuyên nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên. Khi bạn bị tiểu đường tuýp I, cơ thể bạn sản xuất rất ít hoặc không có insulin, điều đó có nghĩa là bạn cần tiêm insulin hàng ngày để duy trì mức đường huyết trong tầm kiểm soát.

Bệnh tiểu đường tuýp 2 phổ biến hơn ở người lớn và chiếm khoảng 90% - 95% trong tổng số người mắc tiểu đường¹⁶. Khi mắc bệnh tiểu đường tuýp 2, cơ thể không sử dụng tốt insulin mà nó tạo ra. Nền tảng của điều trị bệnh tiểu đường tuýp 2 là lối sống lành mạnh, bao gồm tăng cường hoạt động thể chất và chế độ ăn uống

¹³ https://kienthuctieuduong.vn/ktttd_faq/thuc-trang-benh-tieu-duong-hien-nay-dang-duoc-canh-bao-nhu-the-nao/; Truy cập 19h15p, 29/4/2020.

¹⁴ <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html>; Truy cập 19h22p, 29/4/2020

¹⁵ <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html>; Truy cập 19h31p, 29/4/2020

¹⁶ American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37(Supple 1), 81–90. PMID: 24357215.

lành mạnh. Tuy nhiên, theo thời gian, hầu hết những người mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 sẽ cần dùng thuốc uống và/hoặc insulin để kiểm soát lượng đường trong máu.

Bệnh tiểu đường thai kỳ là một loại bệnh bao gồm đường huyết cao khi mang thai và có liên quan đến các biến chứng cho cả mẹ và con. Loại tiểu đường này thường biến mất sau khi mang thai. Tuy nhiên, sản phụ có thể bị ảnh hưởng và đứa trẻ có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 về sau.

Về dịch tễ, cũng theo Hiệp hội tiểu đường quốc tế, trên thế giới, cứ 10 người thì có một người mắc tiểu đường tuýp 2. Như vậy, toàn cầu có khoảng 700 triệu người bị bệnh tiểu đường, đó là chưa kể luôn luôn có một tỷ lệ khá lớn những người mắc tiểu đường chưa được chẩn đoán (Cứ hai người mắc tiểu đường thì một người không biết mình bị bệnh)¹⁷. Ở Việt Nam, theo số liệu từ trang Kiến thức tiểu đường do Viện nghiên cứu thông tin y tế và sức khỏe Nhật Bản bảo trợ về nội dung thì tỷ lệ bệnh nhân tiểu đường đang gia tăng nhanh chóng, số người mắc bệnh tăng gấp đôi trong 10 năm qua. Năm 2017, ở nước ta có 3,54 triệu người mắc tiểu đường (chiếm tỷ lệ 5,5% dân số). Nhóm bệnh nhân tiền tiểu đường (bị rối loạn dung nạp glucose) là 4,79 triệu người (chiếm 7,4% dân số). IDF dự báo, số bệnh nhân mắc tiểu đường ở Việt Nam sẽ tăng lên 7,7% dân số vào năm 2045.

Bệnh tiểu đường làm suy giảm chất lượng cuộc sống và có thể kéo theo một loạt các biến chứng y tế nghiêm trọng lâu dài, bao gồm bệnh võng mạc, bệnh thần kinh ngoại biên và thần kinh tự động, bệnh thận và bệnh tim mạch. Bệnh tiểu đường là nguyên nhân hàng đầu gây mù, cắt cụt và ghép thận (Nezu & cs, 2003). Đây là loại bệnh tạo ra gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và gia đình của họ.

6.3.2. Bệnh tiểu đường và các yếu tố tâm lý

Các bằng chứng nghiên cứu

Kiểm soát đường huyết (glycemic control) là cách điều trị cơ bản nhất của bệnh tiểu đường. Việc kiểm soát đường huyết đòi hỏi người bệnh trước hết phải tuân thủ chặt chẽ quy trình và các nguyên tắc điều trị, phải có lối sống lành mạnh và duy trì thói quen thực hiện các hành vi sức khỏe trong việc ăn uống, sinh hoạt, tập luyện thể chất. Kiên trì tuân thủ tất cả những việc nêu trên là điều không dễ dàng với tất cả

¹⁷ https://kienthuctieuduong.vn/kttdd_faq/thuc-trang-benh-tieu-duong-hien-nay-dang-duoc-canh-bao-nhu-the-nao/; Truy cập 19h37p, 29/4/2020

mọi người. Vì vậy, các nhà nghiên cứu đã tìm hiểu xem những yếu tố nào giúp người bệnh tuân thủ tốt hay không tuân thủ những hành vi cần thiết để kiểm soát đường huyết.

Các nhà nghiên cứu đã nỗ lực tìm cách (a) xác định các yếu tố liên quan đến việc thúc đẩy hoặc triệt tiêu mức độ tuân thủ điều trị và (b) phát triển các can thiệp hiệu quả để tăng cường mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Ngay từ rất sớm, vào năm 1930, vai trò của các yếu tố tâm lý đối với tiến triển của bệnh tiểu đường đã được xem xét, trong đó nhấn mạnh đến tính cách của bệnh nhân. Ý tưởng này cho rằng các đặc điểm tính cách của bệnh nhân tiểu đường biến đổi và làm trầm trọng thêm bệnh bằng cách biến căng thẳng tâm lý thành phản ứng vật lý (Marks, 2001). Đến nay, các thành tựu nghiên cứu đã cho phép xác định một số yếu tố tâm lý có nhiều bằng chứng nhất, đó là: kiến thức của bệnh nhân, stress, lo âu, cảm xúc tiêu cực, trầm cảm, hiệu lực bản thân, kiểu tính cách D, hỗ trợ xã hội, mối quan hệ giữa bệnh nhân và bác sĩ điều trị, phong cách ứng phó, tâm linh. Một số yếu tố trong đó sẽ được trình bày cụ thể hơn trong phần này.

Stress, lo âu và cảm xúc tiêu cực

Một nghiên cứu ở Jordan trên 307 bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 cho biết, có 50% số bệnh nhân này có triệu chứng stress tiêu cực (distress) ở mức trung bình (Hamdan-Mansour, Badawi, Haourani, Marmash, 2013). Kết quả nghiên cứu trên 400 bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 (64% là nam giới) ở Iran cho thấy, lo âu và cảm xúc tiêu cực có tác động bất lợi đến việc kiểm soát đường huyết của bệnh nhân (Esmaeilinasab & cs, 2016). Những bệnh nhân tiểu đường có rối loạn đi kèm là lo âu có các triệu chứng bệnh lý nặng hơn so với những bệnh nhân không có lo âu (Katon, Lin & Kroenke, 2007)

Trầm cảm

Có một tỷ lệ trầm cảm cao hơn đáng kể ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 so với dân số nói chung (Katon, 2003; Nouwen & cs, 2010; Roy & Lloyd, 2012) và các triệu chứng trầm cảm của họ có tỷ lệ tái phát và mãn tính cao (Nefs & cs, 2012). Hamdan-Mansour và cộng sự (2013) phát hiện có 22% trong tổng số 307 bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 có các triệu chứng trầm cảm từ mức trung bình đến nặng. Theo Sareen và cộng sự (2005), bệnh mãn tính gây ra các rối loạn tâm lý gây cản trở khả

năng quản lý nhu cầu ở bệnh nhân, làm trầm trọng thêm vấn đề thể lý của họ. Kết quả này cũng được xác nhận bởi một nghiên cứu tổng hợp từ 31 nghiên cứu cụ thể với 16,922 bệnh nhân nội khoa mãn tính, trong đó có tiểu đường, cho thấy, những bệnh nhân nào có thêm rối loạn kết hợp là trầm cảm hoặc lo âu hoặc cả hai có các chỉ số bệnh y khoa nặng hơn đáng kể so với những bệnh nhân không có trầm cảm, lo âu (Katon & cs, 2007). Bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính có thể bị cảm giác trầm cảm làm trì hoãn quá trình phục hồi và chữa bệnh (Katon & cs, 2007). Hơn nữa, trầm cảm góp phần làm tăng 50% chi phí chăm sóc sức khỏe cho các bệnh nội khoa nội khoa mãn tính Katon (2003).

Trầm cảm có thể ảnh hưởng đến bệnh mãn tính như tiểu đường theo hai chiều (Katon, 2003). Một mặt, trầm cảm chủ yếu (Major depression disorder) có thể làm giảm khả năng làm quen với các triệu chứng khó chịu của bệnh mãn tính, chẳng hạn như đau. Mặt khác, sự suy giảm chức năng liên quan đến bệnh mãn tính có thể gây ra trầm cảm và

Vòng tròn ảnh hưởng

- * Trầm cảm làm giảm khả năng làm quen với các triệu của bệnh mãn tính.
- * Bệnh mãn tính có thể gây ra trầm cảm.
- * Trầm cảm lại làm suy giảm chức năng cơ thể.

trầm cảm lại làm suy giảm chức năng. Cũng như bệnh tim mạch, các triệu chứng trầm cảm và trầm cảm chủ yếu có thể liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh tiểu đường. Trầm cảm chủ yếu tác động đến các thói quen và hành vi sức khỏe, chẳng hạn như hút thuốc, ăn kiêng, ăn quá nhiều và lối sống ít vận động. Thêm vào đó, trầm cảm làm bệnh nhân ít tuân thủ các nguyên tắc điều trị bệnh, cũng như tác dụng sinh lý bất lợi trực tiếp (ví dụ, giảm sự thay đổi nhịp tim, tăng độ kết dính của tiểu cầu) có thể giải thích mối liên quan của trầm cảm với tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong (Katon, 2003). Ngoài ra, trầm cảm có liên quan đến kiểu ứng phó (Hamdan-Mansour và cộng sự, 2013), trong khi đó, bệnh nhân cần phải có chiến lược ứng phó hiệu quả với các cảm xúc tiêu cực và nhiều vấn đề khác phát sinh do bệnh mãn tính gây ra.

Hiệu lực bản thân

Hiệu lực bản thân của bệnh nhân được định nghĩa là niềm tin vào khả năng của một người trong việc tổ chức và thực hiện các hành động cần thiết để đạt được

kết quả trong điều trị. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, hiệu lực bản thân kém có liên quan đến các triệu chứng trầm cảm cũng như kiểm soát đường huyết kém (Cherrington, Wallston, Russell & Rothman, 2010). Ngược lại, hiệu lực bản thân mạnh hơn có liên quan đến các hành vi tự quản lý tốt hơn, bao gồm kiểm soát thói quen ăn kiêng, tập thể dục, kiểm tra lượng đường trong máu và tuân thủ việc uống thuốc (Al-Khawaldeh, Al-Hassan, Froelicher, 2012; Sarkar Fisher & Schillinger, 2006).

Kiểu tính cách D

Kết quả khảo sát trên 532 bệnh nhân mới mắc tiểu đường tuýp 2 ở Quảng Châu, Trung Quốc cho thấy, 18,2% bệnh nhân có kiểu tính cách D, không có sự khác biệt về giới tính và tuổi (Shao, Yin, Wan, 2017). Trong khi đó, tỷ lệ này ở người trưởng thành Trung Quốc là 31,9% và ở bệnh nhân tim mạch là 31,4% (Yua & cs, 2008). Các tác giả giải thích rằng, có thể vì phương pháp lấy mẫu thuận tiện ảnh hưởng đến tỷ lệ bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 có kiểu tính cách D thấp hơn tỷ lệ chung; hoặc nhóm mẫu này hầu hết là người lớn tuổi ($M = 61,77 \pm 11,23$), do đó họ đã học được cách xử lý các vấn đề cảm xúc của mình nên ít cảm xúc tiêu cực và ức chế xã hội. Nghiên cứu này cũng phát hiện ra rằng, những bệnh nhân có kiểu tính cách D báo cáo mức độ hỗ trợ xã hội chủ quan thấp hơn đáng kể và sử dụng ít hỗ trợ xã hội hơn so với nhóm bệnh nhân không thuộc kiểu tính cách D, mặc dù mức độ hỗ trợ khách quan tương tự như nhau. Phát hiện này cho thấy, do cô lập xã hội, bệnh nhân có kiểu tính cách D nhận thấy sự hỗ trợ xã hội thấp hơn (nghĩa là hỗ trợ chủ quan), do đó, ít có khả năng sử dụng hỗ trợ đó (nghĩa là sử dụng hỗ trợ), mặc dù hỗ trợ xã hội từ gia đình họ, bạn bè, hàng xóm, đồng nghiệp và cộng đồng dành cho họ cũng giống như đối với các bệnh nhân khác. Một kết quả nghiên cứu đáng chú ý khác của Shao & cộng sự (2017) đó là, kiểu tính cách D có thể dự báo mức độ hiệu lực bản thân thấp và hỗ trợ xã hội thấp hơn ở bệnh nhân tiểu đường.

Nghiên cứu của Nefs, Pouwer, Denollet & Pop (2012) cho thấy, bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 nhận được mức hỗ trợ xã hội thấp, trải nghiệm nhiều hơn các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống, cô đơn, trầm cảm, mất năng lực hưởng thụ niềm vui (Andohenia) và lo âu. Những người mắc tiểu đường tuýp 2 có kiểu tính cách D cũng

thường bỏ lỡ các cuộc hẹn với bác sĩ chăm sóc (Milicevic, Jaksic & Aukst-Margetic & Jakovljevic (2015); không tuân thủ nghiêm ngặt việc uống thuốc (Li & cs, 2016).

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu mối quan hệ giữa kiểu tính cách D và bệnh tiểu đường còn khá ít, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu có sự thống nhất chung, rằng, kiểu tính cách này có ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến hành vi tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Các nghiên cứu cũng đã giải thích một phần cơ chế của kiểu tính cách D lên kết quả điều trị thông qua cách mà bệnh nhân cảm nhận về sự hỗ trợ xã hội và sự tuân thủ của bệnh nhân trong điều trị.

Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội được định nghĩa là sự hỗ trợ nhận được sự trợ giúp từ những người khác về nhiều mặt, bao gồm vật chất, tinh thần, pháp lý, chính sách. Hỗ trợ xã hội đã được chứng minh là yếu tố làm giảm bớt các vấn đề tâm lý cho tất cả mọi người, đặc biệt là những người yếu thế. Hỗ trợ xã hội thường được đo lường theo ba chiều cạnh: hỗ trợ chủ quan, hỗ trợ khách quan và sử dụng hỗ trợ. Hỗ trợ chủ quan là mức hỗ trợ mà một người cảm nhận được, hỗ trợ khách quan là mức hỗ trợ thực tế và có sẵn và sử dụng hỗ trợ là cách mà người nhận được hỗ trợ sử dụng nó (Shao & cs, 2017).

Bệnh nhân có mức hỗ trợ xã hội thấp hơn có sức khỏe chung kém hơn so với những người có mức hỗ trợ xã hội cao hơn (Westaway, Seager, Rheeder & Van Zyl, 2005). Trong số những người mắc bệnh tiểu đường, mức hỗ trợ xã hội cao hơn có liên quan đến các hành vi tự chăm sóc bệnh tiểu đường tốt hơn, chẳng hạn như chế độ ăn kiêng, chăm sóc bàn chân, tập thể dục, theo dõi đường huyết (Brody, Kogan, Murry, Chen & Brown, 2008) và tuân thủ điều trị (Gomes-Villas Boas, Foss, Freitas & Pace, 2012). Ngoài ra, mức độ hỗ trợ xã hội cao có thể giảm thiểu tác động tiêu cực của suy giảm nhận thức đối với việc kiểm soát đường huyết (Okura, Heisler & Langa, 2009).

Tâm linh

Tâm linh là một khía cạnh khác của sức khỏe mà gần đây đã được WHO nhấn mạnh. Niềm tin tâm linh bao gồm nhận thức về một sức mạnh cao hơn và ý thức được kết nối với nguồn sức mạnh này (Gall & Grant, 2005). Một số nghiên cứu đã xác nhận sự tồn tại của mối quan hệ giữa tâm linh và sức khỏe thể chất (Cattich &

Kudson, 2009; Gall & Grant, 2005; Vespa, Jacobson, Spazzafumo, & Balducci, 2011). Một số nghiên cứu cho thấy, người có niềm tin tâm linh tỏ ra thích ứng tốt hơn với bệnh tiểu đường do họ tìm thấy một ý nghĩa tâm linh nào đó để giải thích căn bệnh của mình và đó thường là mối quan hệ của họ với Đấng tạo hóa. Niềm tin tâm linh này cũng giúp cho bệnh nhân lạc quan hơn về bệnh tật và nỗ lực hơn để quản lý nó (Cattich & Kudson, 2009; Rapaport, 1998). Bên cạnh đó, những người có khuynh hướng tâm linh thường áp dụng các phương pháp lành mạnh hơn để ứng phó với áp lực tâm lý, từ đó có tác động tích cực đến sức khỏe của họ. Những cá nhân đạt điểm cao hơn về tâm linh có nhiều khả năng đánh giá một tình huống căng thẳng là tích cực (Rowe & Allen, 2004). Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng, tâm linh là một cấu trúc văn hóa, do đó cần được nghiên cứu riêng trong mỗi nền văn hóa (Esmaeilinasab & cs, 2016), các kết quả nghiên cứu của một nền văn hóa – tâm linh nào đó không thể được khái quát cho tất cả các nền văn hóa và tâm linh khác nhau.

Trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân

Đánh giá

Để trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân tiểu đường, trước hết cần xem xét vấn đề đánh giá. Một số tác giả đưa ra các lưu ý rất đáng quan tâm về đánh giá trầm cảm ở bệnh nhân tiểu đường. Thứ nhất, các triệu chứng thực thể của bệnh tiểu đường giống với các triệu chứng thực thể của rối loạn trầm cảm (Bradley, 2000), điều này có thể làm tăng tính nhạy cảm của thang đo và dẫn đến sự đánh giá quá mức các triệu chứng trầm cảm. Thứ hai, chẩn đoán trầm cảm trong DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 đều có một tiêu chuẩn là chẩn đoán rối loạn trầm cảm nào đó cần loại trừ các triệu chứng là kết quả của một bệnh thực thể nào đó. Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán trầm cảm ở bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính như tiểu đường (Nezu & cs, 2003). Thứ ba, có bằng chứng cho thấy Bảng kiểm Beck 21 item (Beck Depression Inventory) khá nhạy cảm để phân biệt bệnh nhân tiểu đường bị trầm cảm với bệnh nhân tiểu đường không bị trầm cảm (Nezu & cs, 2003). Ngoài trầm cảm, các vấn đề tâm lý khác cần được đánh giá, bao gồm: lo âu, cảm xúc tiêu cực, hiệu lực bản thân, kiểu tính cách D, hỗ trợ xã hội và các niềm tin tâm linh.

Những bằng chứng về tác động của các yếu tố tâm lý đến bệnh tiểu đường cho thấy, cần có những đánh giá sàng lọc cho bệnh nhân ngay từ khi họ được chẩn đoán

mắc tiểu đường tuýp 2. Các vấn đề tâm lý cần sàng lọc có thể bao gồm (nhưng không giới hạn): stress, lo âu, trầm cảm, các cảm xúc tiêu cực, kiểu tính cách loại D, hiệu lực bản thân, hỗ trợ xã hội và niềm tin tâm linh. Tuy nhiên, đánh giá tâm lý không nên chỉ dừng lại ở thời điểm bệnh nhân nhận được chẩn đoán mà cần theo dõi bệnh nhân trong suốt tiến trình điều trị bệnh, cần lưu ý các thời điểm mang tính bước ngoặt như khi xuất hiện biến chứng, khi bệnh tiến triển xấu đi và khi điều trị thay đổi.

Bằng chứng

Về điều trị, hầu hết các nghiên cứu cho thấy, điều trị trầm cảm và lo âu có kết quả tích cực về tiên lượng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính nói chung, trong đó có tiểu đường. Bên cạnh đó, điều trị trầm cảm làm giảm tâm trạng chán nản để tăng năng lượng cần thiết nhằm ứng phó với các bệnh mãn tính như giúp bệnh nhân tăng khả năng chịu đựng các triệu chứng thực thể và tăng rối loạn tâm lý – xã hội (Frasure-Smith & Lespérance, 2006).

Các nghiên cứu điều trị cũng cho thấy sự cải thiện kết quả trầm cảm có liên quan đến việc giảm các triệu chứng cơ thể (Katon & cs, 2007).

Can thiệp tâm lý

Vào cuối những năm 1970, ở Mỹ và châu Âu, các chương trình giáo dục bệnh tiểu đường đã được khởi xướng để đảm bảo rằng bệnh nhân có kiến thức và hiểu biết về bệnh của họ. Nội dung của chương trình giáo dục bệnh nhân truyền thống chủ yếu dựa vào tài liệu bằng văn bản về quá trình bệnh và quản lý y tế. Các nhà thực hành cũng đã phát triển các bài kiểm tra kiến thức về tiểu đường. Tuy nhiên, từ bằng chứng nghiên cứu ngày càng nhiều, do đó, các chương trình giáo dục ngày càng chú trọng đến việc nâng cao nhận thức rằng, các yếu tố tâm lý - xã hội như động lực, niềm tin sức khỏe, chiến lược ứng phó tác động đáng kể vào hành vi kiểm soát sức khỏe (Beeney, Dunn, & Welch, 1994). Do vậy, từ những thập niên 1990, các chương

Sàng lọc các vấn đề tâm lý cho bệnh nhân tiểu đường

Nội dung:

- Trầm cảm, lo âu, cảm xúc tiêu cực
- Hiệu lực bản thân
- Kiểu tính cách D
- Hỗ trợ xã hội
- Niềm tin tâm linh

Thời điểm:

- Thời điểm bệnh nhân nhận được chẩn đoán
- Lúc xuất hiện biến chứng
- Khi các vấn đề thể chất tiến triển xấu đi

trình thực hành đã chú trọng đến việc nâng cao động lực, niềm tin và dạy các kỹ năng tự chăm sóc để thay đổi lối sống (Clement, 1995).

Về tâm lý trị liệu, Lustman, Freedland, Griffith & Clouse (1998) đã tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên, có kiểm soát đầu tiên về hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi (Cognitive – behavioral therapy – CBT) đối với chứng trầm cảm nặng ở bệnh nhân tiểu đường. Các chiến lược nhận thức – hành vi bao gồm động viên, khích lệ bệnh nhân cam kết thực hiện trong thời gian theo dõi sáu tháng đã cho kết quả tốt ở nhóm CBT so với nhóm đối chứng. Tuy nhiên, các tác giả cũng khuyến cáo rằng, bệnh nhân thể hiện sự tuân thủ kém có thể ít nhận được lợi ích từ CBT bởi đây là loại trị liệu dựa vào kỹ năng tự quản lý. Một số tác giả khuyến nghị rằng, với những bệnh nhân không đáp ứng với CBT do kỹ năng tự quản lý thấp hoặc có than phiền về các triệu chứng cơ thể có thể đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Trong khi đó, những bệnh nhân có khó khăn trong quan hệ liên nhân cách và/hoặc có sai lệch nhận thức nên điều trị bằng CBT. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, điều trị trầm cảm bằng CBT kết hợp với chương trình giáo dục có hiệu quả hơn khi chỉ can thiệp bằng chương trình giáo dục (Nezu & cs, 2003).

Lý tưởng nhất khi các nhà tâm lý học sức khỏe hoạt động như một phần của nhóm điều trị bao gồm cả bác sĩ, điều dưỡng, huấn luyện viên kỹ năng, nhân viên xã hội, chuyên gia giáo dục về bệnh tiểu đường (diabetes educators). Nhóm điều trị này cung cấp dịch vụ ngay trong bệnh viện là điều kiện thuận lợi nhất cho bệnh nhân. Trong đó, nhà tâm lý học sức khỏe giúp cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh tiểu đường toàn diện cho tất cả bệnh nhân, không chỉ cho những người đang có vấn đề tâm lý.

Mục tiêu can thiệp tâm lý cho bệnh nhân tiểu đường

- * Vượt qua các vấn đề tâm lý (nếu có)
- * Tăng niềm tin vào bản thân
- * Tăng cảm nhận hạnh phúc
- * Tăng năng lực ứng phó
 - Cải thiện năng lực kiểm soát đường huyết.

Với tư cách là thành viên của nhóm điều trị, nhà tâm lý có thể cung cấp cả dịch vụ phòng ngừa cũng như các can thiệp tập trung vào vấn đề khi cần thiết. Những vấn đề có thể can thiệp ở bệnh nhân tiểu đường, đó là: giúp bệnh nhân vượt qua trầm cảm, tăng niềm tin vào bản thân, tăng kỹ năng liên nhân cách để cải thiện

hỗ trợ xã hội (nếu cần). Ngoài ra, nhà tâm lý cũng có thể giúp bệnh nhân kiểm soát cân nặng và tăng các hành vi sức khỏe khác như tập thể dục. Tất cả những điều này hướng đến một mục tiêu là giúp bệnh nhân ứng phó tốt hơn với bệnh tật thông qua việc kiểm soát tốt đường huyết.

Trong điều kiện của Việt Nam, chăm sóc sức khỏe tâm thần chưa phải là một dịch vụ phổ cập rộng đến tất cả các bệnh nhân mà mới chỉ dừng lại ở bệnh nhân đã mắc các rối loạn tâm thần đang điều trị ở chuyên khoa tâm thần.

Do vậy, việc hình thành và vận hành một nhóm điều trị như vậy để hỗ trợ bệnh nhân tiểu đường mới chỉ là mơ ước. Trong bối cảnh đó, trong bệnh viện đa khoa cần phát triển mối liên kết giữa chuyên khoa tâm thần và các khoa khác để tiến hành sàng lọc các vấn đề tâm lý phát sinh ở bệnh nhân mắc các bệnh cơ thể và trợ giúp cho họ khi cần thiết.

Vai trò của nhà tâm lý học sức khỏe Việt Nam hiện nay

- * Thúc đẩy hình thành dịch vụ trợ giúp tâm lý cho các bệnh nhân mắc bệnh cơ thể.
- * Nghiên cứu để tăng cường sự hiểu biết về các vấn đề tâm lý – xã hội ở bệnh nhân tiểu đường.

Ngoài ra, các nhà tâm lý học sức khỏe Việt Nam với tư cách là nhà nghiên cứu có vai trò thúc đẩy sự hiểu biết của giới tâm lý học cũng như xã hội nói chung về: 1) các yếu tố tâm lý – xã hội có thể nảy sinh ở bệnh nhân tiểu đường; 2) mối liên hệ giữa các yếu tố sinh lý và tâm lý – xã hội ở bệnh nhân mắc tiểu đường; 3) cách thức ứng phó với bệnh tiểu đường; 4) can thiệp để giải quyết các thách thức tâm lý – xã hội vốn có trong một căn bệnh mãn tính như bệnh tiểu đường.

Tóm tắt

Các bằng chứng nghiên cứu cho thấy có mối liên quan rõ ràng giữa các yếu tố tâm lý và bệnh tiểu đường. Khác với bệnh tim mạch, rất ít bằng chứng rằng các yếu tố tâm lý có thể góp phần gây ra bệnh tiểu đường mà chính trong quá trình điều trị bệnh nảy sinh các vấn đề tâm lý. Bệnh nhân tiểu đường mắc stress, lo âu, trầm cảm và các cảm xúc tiêu cực cao hơn so với mức trung bình trên quần thể dân số. Khi mắc phải những vấn đề đó, bệnh nhân ít tuân thủ điều trị hơn.

Tóm lại, còn rất thiếu các nghiên cứu có kiểm soát về hiệu quả của liệu pháp tâm lý đối với bệnh nhân tiểu đường mắc các rối loạn tâm lý, trong đó có tiểu đường.

Cần có thêm nhiều các nghiên cứu làm sáng tỏ các chiến lược hiệu quả nhất giúp giảm trầm cảm và cải thiện kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường. Dựa vào các bằng chứng nghiên cứu hiện nay, có thể tổng kết một số chiến lược có hiệu quả cụ thể như sau:

- Chương trình giáo dục về bệnh tiểu đường nhằm nâng cao nhận thức về bệnh, phương pháp điều trị bệnh, dinh dưỡng và các biện pháp kiểm soát đường huyết.
- Giúp bệnh nhân nâng cao hiệu lực bản thân để họ tuân thủ tốt hơn việc điều trị bệnh.
- Hướng dẫn bệnh nhân các chiến lược ứng phó và giải quyết vấn đề giúp họ có cảm xúc tích cực hơn, vượt qua stress và phòng ngừa trầm cảm.
- Hỗ trợ bệnh nhân cải thiện các mối quan hệ liên cá nhân để tăng hỗ trợ xã hội.
- Điều trị trầm cảm bằng CBT nhằm thay thế những suy nghĩ bất hợp lý/phi chức năng bằng những suy nghĩ phù hợp hơn/mang tính chức năng hơn; kết hợp với chương trình giáo dục về bệnh tiểu đường.

Những phân trình bày trên đây cho thấy sự đa chiều và phức tạp trong mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và các bệnh mãn tính. Nếu như ở bệnh tim mạch, có bằng chứng vững chắc về sự tác động của một số yếu tố tâm lý đến cả tiến trình bệnh, bao gồm khởi phát, tiến triển và tỷ lệ tử vong thì với bệnh ung thư, ngoài trầm cảm, các yếu tố khác không phải là yếu tố góp phần thúc đẩy sự phát sinh bệnh mà chúng chỉ nảy sinh khi bệnh nhân đã mắc ung thư. Trong khi đó, chưa có bằng chứng rằng, các yếu tố tâm lý góp phần làm phát sinh bệnh tiểu đường, chỉ có một số vấn đề tâm lý nảy sinh sau khi bệnh nhân đã mắc tiểu đường. Cùng với đó, chúng ta nhận thấy, trong khi một số yếu tố tâm lý có bằng chứng vững chắc về sự ảnh hưởng của chúng đối với bệnh thực thể thì một số yếu tố khác lại có bằng chứng yếu hơn hoặc còn ít được nghiên cứu (xem bảng 6.1). Trong bảng 6.1 cũng dễ dàng nhận thấy, một số yếu tố tâm lý – xã hội ảnh hưởng đến tất cả các bệnh thực thể theo hướng làm các triệu chứng bệnh nặng hơn và góp phần làm nguy cơ tử vong và/hoặc tỷ lệ tử vong tăng lên, trong đó nổi bật nhất là hỗ trợ xã hội.

Ở phần phòng ngừa và can thiệp, về cơ bản, các hoạt động phòng ngừa và can thiệp tập trung vào các yếu tố ảnh hưởng đã có nhiều bằng chứng ảnh hưởng đến sự khởi phát, tiến triển và tỷ lệ tử vong của bệnh mãn tính. Tuy nhiên, trên thực tế còn ít các nghiên cứu về hiệu quả của các chiến lược can thiệp tâm lý đối với từng nhóm bệnh nhân mắc bệnh mãn tính. Từ việc tổng quan thực trạng nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến các bệnh thực thể, khá nhiều khoảng trống nghiên cứu được bộc lộ. Trong đó, tồn tại nổi bật nhất là các nghiên cứu cho đến thời điểm hiện nay mới chỉ chỉ ra mối liên hệ bề mặt giữa triệu chứng thực thể, sự tiến triển và tỷ lệ tử vong với các yếu tố tâm lý. Rất ít các nghiên cứu giải thích cơ chế ảnh hưởng của các yếu tố tâm lý đến sự khởi phát, tiến triển và tỷ lệ tử vong của bệnh thực thể. Thêm vào đó, ít các nghiên cứu được thiết kế tốt để triệt tiêu được ảnh hưởng của các biến số gây nhiễu, từ đó làm rõ được mối quan hệ nhân quả hay không giữa bệnh thực thể và các yếu tố tâm lý. Ở Việt Nam, những nghiên cứu Tâm lý học về bệnh nhân mắc bệnh thực thể nói chung còn rất hiếm, ngay cả các nghiên cứu về mối liên hệ bề mặt giữa tâm lý và bệnh thực thể.

Bảng 6.1. Các yếu tố tâm lý xã hội ảnh hưởng đến bệnh mãn tính và trợ giúp tâm lý – xã hội cho bệnh nhân

	Tim mạch	Ung thư	Tiểu đường
Tâm lý	- Sự kiện gây stress^{1,2,3} - Giận dữ, thù địch^{1,2,3} - Kiểu tính cách D^{1,2,3} - Rối loạn nhân cách ranh giới^{1,2,3}	- Trầm cảm^{1,2,3,4} - Cảm xúc tiêu cực^{1,2,3,4} - Tính dễ bị stress^{2,3,4} - Ứng phó không phù hợp^{2,3,4}	- Trầm cảm, lo âu^{2,4} - Kiểu tính cách D² - Cảm xúc tiêu cực^{2,4} - Hiệu lực bản thân² - Niềm tin tâm linh²
Tâm lý – xã hội	- Cô lập xã hội^{1,2,3} - Hỗ trợ xã hội thấp^{1,2,3} - Tình trạng kinh tế - xã hội (KT-XH) thấp^{1,2,3}	- Hỗ trợ xã hội thấp^{2,3,4}	- Hỗ trợ xã hội thấp²

Hành vi nguy cơ	- Lạm dụng chất^{2,3} - Thói quen ăn uống không lành mạnh^{2,3} - Lối sống ít vận động^{2,3}	- Lạm dụng rượu bia, thuốc lá^{2,3} - Lối sống ít vận động^{2,3}	- Mức tuân thủ điều trị thấp^{2,3} - Lối sống ít vận động^{2,3} - Kiểm soát cân nặng^{2,3}
Phòng ngừa & Can thiệp	- Tăng kỹ năng ứng phó - Tăng năng lực quản lý hành vi - Cải thiện hỗ trợ xã hội - Cải thiện mặt KT-XH	- Sàng lọc trầm cảm để phòng ngừa - Chăm sóc giảm nhẹ, bao gồm trầm cảm, lo âu, hoảng loạn, cô lập xã hội, khủng hoảng tinh thần và đau khổ.	- Nâng cao hiểu biết về bệnh - Sàng lọc trầm cảm - Tăng hiệu lực bản thân - Tăng kỹ năng liên nhân cách - Điều trị bằng CBT
Nghiên cứu	- Nghiên cứu sàng lọc các yếu tố tâm lý nguy cơ và hành vi nguy cơ - Hạn các biến số gây nhiễu để tách bạch sự ảnh hưởng của từng yếu tố	- Nghiên cứu lĩnh vực Psycho-ontology - Nghiên cứu chăm sóc giảm nhẹ.	- Thúc đẩy nhận thức của cộng đồng về bệnh - Mối liên hệ giữa sinh lý và tâm lý – xã hội ở bệnh nhân. - Cách thức tăng hành vi tuân thủ điều trị

¹*Yếu tố ảnh hưởng đến sự khởi phát bệnh*

Chữ in đậm: có bằng chứng

mạnh

²*Yếu tố ảnh hưởng đến sự tiến triển của bệnh*

Chữ thường: ít bằng chứng hơn.

³*Yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong do bệnh*

⁴*Yếu tố do bệnh gây ra*

Các nhà nghiên cứu cũng lưu ý thêm rằng, cần có những nghiên cứu về sự khác biệt tâm lý – xã hội ở bệnh nhân tiểu đường thuộc các văn hóa khác nhau hoặc

các nhóm bệnh nhân riêng biệt. Chẳng hạn, với bệnh tiểu đường cần nghiên cứu sự khác biệt này ở nhóm bệnh nhân nữ và nhóm bệnh nhân nam, nhóm phụ nữ mang thai. Cũng vậy, ung thư là một nhóm bệnh, vì vậy cần có những nghiên cứu riêng cho từng nhóm bệnh nhân theo loại ung thư mà họ mắc phải bởi bên cạnh những đặc điểm chung thì mỗi loại ung thư lại có những vấn đề riêng.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Các chiến lược ứng phó với stress và hiệu quả của các chiến lược đó?
2. Các biện pháp dự phòng tâm lý đối với bệnh tim mạch, ung thư, tiểu đường?
3. Các chủ đề nghiên cứu liên quan đến mối liên hệ giữa các yếu tố tâm lý và bệnh tật?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T. (2004). Chima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*, 100, 183–191.
- Al-Khawaldeh, O.A., Al-Hassan, M.A., Froelicher, E.S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Complications*, 26(1), 10–16.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37(Supple 1), 81–90. PMID: 24357215.
- Balsamo, M. (2010). Anger and depression: Evidence of a possible mediating role for rumination. *Psychological Reports*, 106, 3–12. Doi.org/10.2466/PRO.106.1.3-12
- Beeney, L., Dunn, S. M., & Welch, G. (1994). Measurement of diabetes knowledge: The development of the DKN scales. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp. 159...189). Chur, Switzerland: Harwood Academic.
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P. S., Munzel, T., Ojeda, F. M., Michal, M. (2012) Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general

- population: Results from the Gutenberg health study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81, 108–117. Doi:10.1159/000331776.
- Bishop, G.D. (2016). Personality and cardiovascular disease: Overview. In: Alvarenga, M.E., Byrne, D., (eds). *Handbook of Psychocardiology*, 2nd ed., Singapore: Springer Science & Business Media, 631–643.
- Bleiker, E.M., van der Ploeg, H.M., Hendriks, J.H., Ader, H.J. (1996). Personality factors and breast cancer development: A prospective longitudinal study. *Journal of National Cancer Institute*, 88,1478– 1482.
- Boyd, D. & Begley, T. (1987). Assessing the type A behaviour pattern with the Jenkins Activity Survey. *British Journal of Medical Psychology*, 60(2), 155–161
- Bradley, C. (2000). The 12-item Well-Being Questionnaire: Origins, current stage of development, and availability. *Diabetes Care*, 23, 865-875.
- Brody, G.H., Kogan, S.M., Murry, V.M., Chen, Y.F., Brown, A.C. (2008). Psychological functioning, support for self-management, and glycemic control among rural African American adults with diabetes mellitus Type 2. *Health Psychology*, 27(1 suppl), S83–S90.
- Bunker, S.J., Colquhoun, D.M., Esler, M.D., Hickie, I.B., Hunt, D., Jelinek, V.M.,...Tonkin, A.M. (2003). “Stress” and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia*, 178, 272-276.
- Busch, L.Y., Possel, P., Valentine, J.C. (2017). Meta-analyses of cardiovascular reactivity to rumination: A possible mechanism linking depression and hostility to cardiovascular disease. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1378–1394. Doi.org/10.1037/bul0000119
- Cao, X., Wong, E.M., Chow Choi, K., Cheng, L., Ying Chair, S. (2016). Interventions for Cardiovascular Patients with Type D Personality: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 13(4), 314–323. Doi.org/10.1111/wvn.12153
- Caruso, R., Nanni, M.G., Riba, M.B., Sabato, S., Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family

- issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389–402.
Doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090
- Cattich, J., Kudson, M. (2009). Spirituality and relationship: a holistic analysis of how couples cope with diabetes. *Journal of Marital Family Therapy*, 35, 111–124. PMID: 19161587.
- Clement, C. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18, 1204–1214.
- Cohen, B.E., Edmondson, D., Kronish, I.M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal Hypertension*, 28(11), 1295–1302. Doi.org/10.1093/ajh/ hpv047
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimaki, M., & Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*, 29, 640–648. Doi:10.1093/eurheartj/ehm58
- Cherrington, A., Wallston, K.A., Russell, L., Rothman, R.L. (2010). Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *Journal of Behavior Medicine*, 33(1), 81–89.
- Chida, Y., Steptoe, A. (2008). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936–946. Doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Cohen, F. and Lazarus, R.S. (1973) Active Coping Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375–389.
- Costa, P.T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60(18), J20–J26. Doi.org/10.1016/0002-9149(87)90679-5
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality Individual Differences*, 13(6), 653–665. Doi.org/10.1016/0191- 8869(92)90236-I

- Dalton, S.O., Boesen, E.H., Ross, L., Schapiro, I.R., Johansen, C. (2002). Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *European Journal of Cancer*, 38(10), 1313-1323. Doi. org/10.1016/S0959-8049(02)00099-0
- Dalton, S.O., Mellekjær, L. Olsen, J.H., Mortensen, P.B., Johansen, C. (2002). Depression and Cancer Risk: A Register-based Study of Patients Hospitalized with Affective Disorders, Denmark, 1969–1993. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1088–1095.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101–2107.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255–266.
- Esmaeilinasab, M., Ebrahimi, M., Mokarrar, M. H., Rahmati, L., Mahjouri, M. Y., & Arzaghi, S. M. (2016). Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 15, 54. Doi.org/10.1186/s40200-016-0281-3
- Epstein, R.M., Street, R.L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute; Bethesda, MD: 2007. NIH Publication No. 07–6225
- Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Cohen, H.D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J.T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113–121.
- Everson-Rose, S.A., Lewis, T.T., Karavolos, K., Matthews, K.A., Sutton-Tyrrell, K., Powell, L.H. (2006). Cynical hostility and carotid atherosclerosis in African American and white women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Heart Study. *American Heart Journal*, 152(5), 982–913. Doi.org/10.1016/j.ahj.2006.08.010
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. (1969). *Personality Structure and Measurement*. London: Routledge.

- Faller, H., Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 359–363.
- Fernandez, E., Smith, T.W. (2016). Anger, hostility, and cardiovascular disease in the context of interpersonal relationships. In: Alvarenga, M.E., Byrne, D., (eds). *Handbook of Psychocardiology*. 2nd ed., Singapore: Springer Science & Business Media; 665–683.
- Forsythe, L.P., Kent, E.E., Weaver, K.E., Buchanan, N., Hawkins, N.A., Rodriguez, J.L., Ryerson, A.B., Rowland, J.H. (2013). Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 31(16), 1961–1969. Doi.org/10.1200/JCO.2012.46.2101
- Fox, B.H. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology*, 9(3), 245-253
- Frasure-Smith, N. & Lespérance, F. (2006). Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Canadian Journal of Psychology*, 51(12), 730 –737.
- Gabbay, F.H., Krantz, D.S., Kop, W.J., Hedges, S.M., Klein, J., Gottdiener, J.S., Rozanski, A. (1996). Triggers of myocardial ischemia during daily life in patients with coronary artery disease: Physical and mental activities, anger and smoking. *Journal of the American College of Cardiology*, 27, 585-592.
- Gall, T.L., Grant, K. (2005). Spiritual disposition and understanding illness. *Pastoral Psychology*, 53, 515–533.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315-338. Doi.org/10.1016/j.cpr. 2004.01.002
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26–34.
- Gomes-Villas Boas, L.C., Foss, M.C., Freitas M.C., Pace, A.E. (2012). Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 52–58.
- Gottdiener, J.S., Kop, W.J., Hausner, E., McCeney, M.K., Herrington, D., Krantz, D.S. (2003) Effects of mental stress on flow-mediated brachial arterial dilation

and influence of behavioral factors and hypercholesterolemia in subjects without cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 92(6), 687–691.

- Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advanced Psychosomatic Medicine*, 28, 57–71. Doi.org/10.1159/000106797
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Research*, 6, 2083. Doi.org/10.12688/f1000research.11902.1
- Gratz, K.L., Weiss, N.H., McDermott, M.J., Dilillo, D., Messman-Moore, T., Tull, M.T. (2017). Emotion dysregulation mediates the relation between borderline personality disorder symptoms and later physical health symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 31(4):433–448. Doi.org/10.1521/pedi_2016_30_252
- Gross, A.L., Gallo, J.J., Eaton, W.W. (2010). Depression and cancer risk: 24 years of follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample. *Cancer Causes Control*, 21, 191–199. Doi10.1007/s10552-009-9449-1
- Grove, J.L., Smith, T.W., Crowell, S.E., Williams, P.G., Jordan, K.D. (2017). Borderline personality features, interpersonal correlates, and blood pressure response to social stressors: Implications for cardiovascular risk. *Personality Individual Differences*, 113, 38–47. Doi.org/10.1016/j. paid.2017.03.005
- Hagger-Johnson, G., Roberts, B., Boniface, D., Sabia, S., Batty, G.D., Elbaz, A., Singh-Manoux, A., Deary, I.J. (2012). Neuroticism and cardiovascular disease mortality: socioeconomic status modifies the risk in women (UK Health and Lifestyle Survey). *Psychosomatic Medicine*, 74(6), 596–603. Doi.org/10.1097/PSY.0b013e31825c85ca
- Hamdan-Mansour, A.M., Badawi, T.H., Haourani, E.M., Marmash, L.R. (2013). Depression, psychological distress and coping skills among patients diagnosed with type-II Diabetes Mellitus. *Life Science Journal*, 10(4), 3044-3048. Doi: 10.13140 /RG.2.2.33699.86561
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III:

- Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 3, 37...58.
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Kaminsky, B., Leibling, E., Staats, H., Ruger, U. (1998). Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 60, 570–577.
- Holland JC, Zittoun R (eds) (1990). *Psychosocial Aspects of Oncology*. Berlin, Springer-Verlag.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. Doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hong, J.S. & Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer*, 22, 453–459. Doi 10.1007/s00520-013-1997-y
- Hunter, E.G., Gibson, R.W., Arbesman, M., D'Amico, M. (2017a). Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 1. Impact of physical activity and symptom management interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102100030p1–7102100030p11. Doi.org/10.5014/ajot.2017.023564
- Hunter, E.G., Gibson, R.W., Arbesman, M., D'Amico, M. (2017b). Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 2. Impact of multidisciplinary rehabilitation and psychosocial, sexuality, and return-to-work interventions. *American Journal Occupational Therapy*, 71(2), 7102100040p1–7102100040p8. Doi.org/10.5014/ajot.2017.023572
- Jackson, A.C., Ski, C.F., Murphy, B.M., Fernandez, E., Alvarenga, M.E., Le Grande, M.R., & Thompson, D.R. (2018). What role does personality play in cardiovascular disease?, *British Journal of Cardiac Nursing*, 13(7), 330-337. Doi.10.12968/bjca.2018.13.7.330
- Jia, Y., Li, F., Liu, Y.F., Zhao, J.P., Leng, M.M., Chen, L. (2017). Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 149, 138–148. Doi. org/10.1016/j. puhe.2017.04.026

- Jokela, M., Pulkki-Raback, L., Elovainio, M., Kivimaki, M. (2014). Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(5), 881–889. Doi.org/10.1007/s10865-013-9548-z
- Johannsen, M., Farver, I., Beck, N., Zachariae, R. (2013). The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research Treatment*, 138(3), 675–690. Doi.org/10.1007/s10549-013-2503-4
- Kaplan, G.A., Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: Prospective evidence from the Alameda County study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1–13.
- Katon, W. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216 - 226.
- Katon, W., Lin, E.H.B., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155. Doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.11.005
- Kivimaki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Vaananen, A., Jussi Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease- a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work: Environment & Health*, 32(6), 431-442
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., III, Vokonas, P., & Weiss, S. C. (1996). Aprospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation*, 94, 2090...2095.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 21. Doi.org/10.1186/1751-0759-6-21
- Lahey, B.B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. Doi.org/10.1037/a0015309

- Lane, J.D., McCaskill, C.C., Williams, G., Parekh, P.I., Feinglos, M.N., Surwit, R.S. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23,1321–5. PMID: 10977026.
- Langeluddecke, P. M., & Tennant, C. C. (1986). Psychological correlates of the type A behaviour pattern in coronary angiography patients. *British journal of medical psychology*, 59(2), 141-148.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*, 1984, New York: Springer.
- Lazarus, R.S. and Launier, R. (1978) Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin, L.A. and Lewis, M., Eds., *Perspectives in Interactional Psychology*, Plenum, New York, 287-327.
- Lee, H.B., Bienvenu, O.J., Cho, S.J., Ramsey, C.M., Bandeen-Roche, K., Eaton, W.W., & Nestadt, G. (2010). Personality disorders and traits as predictors of incident cardiovascular disease: findings from the 23-year follow-up of the Baltimore ECA study. *Psychosomatics*, 51(4), 289–296. Doi.org/10.1176/appi.psy.51.4.289
- Leor, J., Poole, W.K., & Kloner, R.A. (1996). Sudden cardiac death triggered by an earthquake. *New England Journal of Medicine*, 334, 413-419.
- Levenson, J.L., Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, 32(2), 124-132.
- Li, X., Zhang, S., Xu, H., Tang, X., Zhou, H., Yuan, J., Wang, X., Qu,... Z., and Zhang, W. (2016). Type D personality predicts poor medication adherence in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: a six-month follow-up study. *PLoS One*, 11(2), e0146892.
- Liang, J.A., Sun, L.M., Muo, C.H., Sung, F.C., Chang, S.N., & Kao, C.H. (2011). The analysis of depression and subsequent cancer risk in Taiwan. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 20(3), 473–475. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-1280

- Loberiza, F.R. Jr, Rizzo, J.D., Bredeson, C.N., Antin, J.H., Horowitz, M.M., Weeks, J.C., Lee, S.J. (2002). Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 2118–2126.
- Lown, B. (1987). Sudden cardiac death: Biobehavioral perspective. *Circulation*, 76(Suppl. 1), 186-196.
- Lumley, M.A., Stettner, L., Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? a review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518. Doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00222-x
- Lumley, M.A., Neely, L.C., Burger, A.J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230-246. Doi.org/10.1080/00223890701629698
- Mack, M. & Gopal, A. (2016). Epidemiology, traditional and novel risk factors in coronary Artery Disease. *Heart Failure Clinics*, 12(1), 1-10. Doi.org/10.1016/j.hfc. 2015.08.002
- Marks, G.R. (2001). Relationships between diabetes knowledge, beliefs, perceived health competence, personality and diabetes-related outcomes in adults with type1 diabetes. Ph.D. Thesis, University of Iowa.
- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A., Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? a prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 38(12), 1717-1722. Doi.org/10.1017/s0033291708003073
- Meisel, S.R., Kutz, I., Dayan, K.I., Pauzner, H., Chetboun, I., Arbel, Y., et al. (1991). Effect of Iraqi missile war on incidence of acute myocardial infarction and sudden death in Israeli civilians. *Lancet*, 338, 660...661.
- Micha, R., Peñalvo, J.L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C.D., Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type II diabetes in the United States. *JAMA*, 317(9), 912-924. Doi.org/10.1001/jama. 2017.0947

- Milicevic, R., Jaksic, N., Aukst-Margetic, B., Jakovljevic, M. (2015) Personality traits and treatment compliance in patients with type 2 diabetes mellitus. *Psychiatria Danubina*, 27(suppl 2), 586–589.
- Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J. B., Mulry, R.P., Tofler, G., Jacobs, S.C., Friedman, R., Benson, H., Muller, J.E. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Mols, F., Denollet, J. (2010a). Type D personality among non-cardiovascular patient populations: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 66–72.
- Mols, F., Denollet, J. (2012). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Quality Life Outcomes*, 8(1), 9. Doi.org/10.1186/1477-7525-8-9
- Mommersteeg, P.M., Pouwer, F. (2012). Personality as a risk factor for the metabolic syndrome: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 326–333. Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.019
- Moran, P., Stewart, R., Brugha, T., Bebbington, P., Bhugra, D., Jenkins, R., & Coid, J. W. (2007). Personality disorder and cardiovascular disease: Results from a national household survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 69-74. Doi.org/10.4088/JCP.v68n0109
- Murphy, B.M., Higgins, R.O., Jackson, A.C. (2016). Anxiety, depression and psychological adjustment after an acute cardiac event. In Alvarenga, M.E. & Byrne, D. (Eds.), *Handbook of Psychocardiology*. Singapore: Springer.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2017). *Distress management*. Version 2.2017.
- Nefs, G., Pouwer, F., Denollet, J., Pop, V. (2012). The course of depressive symptoms in primary care patients with type 2 diabetes: results from the diabetes, depression, type D personality Zuidoost-Brabant (DiaDDZoB) Study. *Diabetologia*, 55(3), 608–616.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Geller, P.A. (2003). Health psychology (Volume 9). In Weiner, I.B. (Ed). *Handbook of psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Nguyễn Thị Minh Hằng, Ngô Thị Thùy Linh, Trần Thị Nhung (2019). Vai trò của yếu tố chấp nhận đối với bệnh nhân ung thư. *Tạp chí Tâm lý học*, số 4(241), 46 – 65.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C.E., Peyrot, M., Ismail, K., Pouwer, F. (2010). European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480–2486.
- O'Dell, K.R., Masters, K.S., Spielmans, G.I., Maisto, S.A. (2011). Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 199– 206. Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.009
- Ogden, J. (2007). *Health psychology*. A text book. 4th Ed. New York: Mc Graw Hill Education, Open University Press.
- Oerlemans, M.E., van den Akker, M., Schuurman, A.G., Kellen, E. & Buntinx, F. (2007). A meta-analysis on depression and subsequent cancer risk. *Clinical Practice Epidemiology & Mental Health* 3, 29 (2007). Doi.org/10.1186/1745-0179-3-29
- Okura, T., Heisler, M., Langa, K.M. (2009). Association between cognitive function and social support with glycemic control in adults with diabetes mellitus. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(10), 1816–1824.
- Orth-Gomér, K., Andersson, S.W., Rooijen-Horsten, , M.A., Gustafsson, K.S., Schneiderman, N., M., Mittleman (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *American Medical Association*, 284(23), 3008 – 3014
- Penninx, B.W., Guralnik, J.M., Pahor, M., Ferrucci, L., Cerhan, J.R., Wallace, R.B., Havlik, R.J. (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(24), 1888– 1893.
- Persky, V.W., Kempthorne-Rawson, J., Shekelle, R.B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study. *Psychosomatic Medicine*, 49, 435-449.

- Petticrew, M. P., Lee, K., & McKee, M. (2012). Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel". *American journal of public health*, 102(11), 2018-2025.
- Phillips, A.C., Batty, G.D., Weiss, A., Deary, I.J., Gale, C.R., Thomas, J.N., Carroll, D. (2016). Neuroticism, cognitive ability, and the metabolic syndrome: The Vietnam Experience Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2),193–201. Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.016
- Pitts, M.& Phillips, K. (1998). *Health psychology. An Introduction*. 2nd Ed. London: Routledge.
- Pinquart, M. & Duberstein, P.R. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797–1810. Doi:10.1017/S0033291709992285.
- Rapaport, W.S. (1998). *When diabetes, hits home: the whole family's guide to emotional health*. Cornell University: American Diabetes Association.
- Ray, J. J., & Bozek, R. (1980). Dissecting the A-B personality type. *British Journal of Medical Psychology*, 53(2), 181-186.
- Repetti, R. L. (1993). Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints. *Health Psychology*, 12(2), 125–131. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.125>
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 81/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872...877.
- Roy, T., Lloyd, C.E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *Journal of Affect Disorders*, 142(suppl), S8–S21.
- Sarkar, U., Fisher, L., Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823–829.
- Sareen, J., Cox, B.J., Clara, I., Asmundson, G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S.: National Comorbidity Survey. *Depression & Anxiety*, 21, 193 –202.

- Satin, J.R., Linden, W., Philipps, M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*, 115, 5349–5361.
- Saulsman, L.M., Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 23(8),1055–1085.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* 138(3479, July 4): 32.
- Sieglman, A. W., Townsend, S.T., Civelek, A.C., Blumenthal, R.S. (2000). Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine* 62, 248–257.
- Shao, Y., Yin, H., Wan, C. (2017). Type D personality as a predictor of self-efficacy and social support in patients with type 2 diabetes mellitus. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 13, 855—861. Doi.org/10.2147/NDT.S128432
- Shekelle, R. B., Gale, M., Ostfeld, A. M., & Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 109...114.
- Shekelle, R. B., Hulley, S. B., & Neaton, J. (1985). The MRFIT behavior pattern study. II: Type A behavior pattern and risk of coronary death in MRFIT. *American Journal of Epidemiology*, 122, 559...570.
- Shekelle, R.B., Raynor, W.J., Ostfeld, A.M., Garron, D.C., Bieliauskas, L. A., Liu, S. C., et al. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Shipley, B.A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M.D., Deary, I.J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 923– 931. Doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815abf83
- Smith, T.W., & Baucom, B.R.W. (2017). Intimate Relationships, Individual Adjustment, and Coronary Heart Disease: Implications of Overlapping Associations in Psychosocial Risk. *American Psychologist*, 72(6), 578 –589. Doi.org/10.1037/amp0000123
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Berg, C. A., & Florsheim, P. (2012). Marital discord and coronary artery disease: a comparison of behaviorally defined discrete

- groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 87–92.
<https://doi.org/10.1037/a0026561>
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Berg, C. A., Florsheim, P., Pearce, G., Hawkins, M., Henry, N., Beveridge, R. M., Skinner, M. A., Ko, K. J., & Olsen-Cerny, C. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychology and Aging*, 24(2), 274–286. Doi.org/10.1037/a0016067
- Smith, T.W., Uchino, B.N., Berg, C.A., Florsheim, P., Pearce, G., Hawkins, M., Hopkins, P. N., & Yoon, H.-C. (2007). Hostile personality traits and coronary artery calcification in middle-aged and older married couples: different effects for self-reports versus spouse ratings. *Psychosomatic Medicine*, 69(5), 441–448. Doi.org/10.1097/PSY.0b013 e3180 600a65
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., Gallo, L.C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1217-1270.
- Spiegel, D. & Janine Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269–282
- Stommel, M., Given, B.A., Given, C.W. (2002). Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. *Cancer* 94, 2719–2727.
- Su, S.F. & He, C.P (2018). Type D personality, social support, and depression among ethnic Chinese coronary artery disease patients undergoing a percutaneous coronary intervention: An exploratory study. *Psychological Report*, 122(3), 988-1006. Doi.org/10.1177/0033294118780428
- Suarez, E.C. (2012). The association between measures of inflammation and psychological factors associated with an increased risk of atherosclerotic cardiovascular disease: Hostility, anger and depressed mood and symptoms. In Segerstrom, S.C., (ed). *The Oxford Handbook of Psychoneuroimmunology*. New York, NY: Oxford University Press; 170–194.
- Suarez, E.C., Lewis, J.G., Kuhn, C. (2002). The relation of aggression, hostility, and anger to lipopolysaccharide-stimulated tumor necrosis factor (TNF)-alpha by

- blood monocytes from normal men. *Brain, Behavior, and Immunity*, 16(6), 675–684
- Theorell, T. (1982) Review of research on life events and cardiovascular illness. *Advances in Cardiology*, 29, 140–147.
- Theorell, T. (1996) Critical life changes and cardiovascular disease. In: C. Cooper (ed.) *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. London: CRC Press.
- Theorell, T. & Emlund, N. (1993). On physiological effects of positive and negative life changes—a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 653–659.
- Teno, J.M., Harrell, F.E.J., Knaus, W., Phillips, R.S., Wu, A.W., Connors, A. Jr., Wenger, N.S., Wagner, D., Galanos, A., Desbiens, N.A., Lynn, J. (2000). Prediction of survival for older hospitalized depression and cancer patients: The HELP survival model. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *Journal of American Geriatric Society*, 48(S1), S16–S24.
- Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Lea Baider, L., Connor, S. & Fingeret, M. (2015). President's Plenary International Psycho-oncology Society: psychosocial care as a human rights issue-challenges and opportunities. *Psychooncology*, 26(4), 563–569. Doi.org/10.1002/pon.4209
- Tross, S., Herndon, J. 2nd, Korzun, A., Kornblith, A.B., Cella, D.F., Holland, J.F., Raich, P., Johnson, A., ..., Holland, J.C. (1996). Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. Cancer and Leukemia Group B. *Journal of National Cancer Institute*, 88, 661–667.
- Unterrainer, J., Michal, M., Rahm, B., Hadzibegovic, P.S. Wild, A. Schulz, T. Münzel, M. Blettner, K. Lackner, N. Pfeiffer, S. Blankenberg, J. Denollet, M.E. Beutel (2016). Association of Type D personality with cognitive functioning in individuals with and without cardiovascular disease - The Gutenberg Health Study. *International Journal of Cardiology*, 214, 256–261. Doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.03.221
- Vespa, A., Jacobson, P.B., Spazzafumo, L., Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psychooncology*, 20(1), 5–11. doi:10.1002/pon.1719.

- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet*, 354, 1331–1336.
- Westaway, M.S., Seager, J.R., Rheeder, P., Van Zyl, D.G. (2005). The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black South African perspective. *Ethnicity & Health*, 10(1), 73–89.
- Wiencierz, S., Williams, L. (2017). Type D personality and physical inactivity: The mediating effects of low self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1025–1034. Doi.org/10.1177/1359105315622557
- Williams, J.E. (2010). Anger/Hostility and Cardiovascular Disease. In: Potegal, M., Stemmler, G., Spielberger, C. (eds) *International Handbook of Anger*. New York, NY: Springer.
- Williams, L., Abbott, C., Kerr, R. (2016). Health behaviour mediates the relationship between Type D personality and subjective health in the general population. *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2148–2155. Doi.org/10.1177/1359105315571977
- Williams, J.E., Din-Dzietham, R., Szklo, M. (2006). Trait anger and arterial stiffness: results from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Preventive of Cardiology*, 9(1), 14–20.
- Williams, J.E., Nieto, F.J., Sanford, C.P., Tyroler, H.A. (2001). Effects of an angry temperament on coronary heart disease risk : The atherosclerosis risk in communities study. *American Journal of Epidemiology*, 154(3), 230–235.
- Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J., & Tyroler, H. A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk: Prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Circulation*, 101, 2034...2039.
- World Health Organization (2017) *Cancer*. WHO, Geneva. Reference Source [Google Scholar]
- Wulsin, L.R., Vaillant, G.E., Wells, V.E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61, 6–17.

- Yua, X.N., Zhang, J.X., Liu, X.H. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 595–601.
- Zainal, N.Z., Booth, S., Huppert, F.A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*, 22(7), 1457–1465. Doi.org/10.1002/pon.3171
- Zonderman, A.B., Costa, P.Jr., McCrae, R.R. (1989). Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. *JAMA*, 262,1191– 1195.