

## THE EFFECTIVENESS OF GROUP BEHAVIORAL ACTIVATION THERAPY INTERVENTION FOR PATIENTS WITH DEPRESSION IN THANH HOA PROVINCE

Pham Thi Thu Huong<sup>1\*</sup>, Nguyen Thanh Tam<sup>2</sup>, Le Bat Tan<sup>3</sup>, Chu Le Huong Giang<sup>3</sup>, Trinh Van Hong<sup>3</sup>, Tran Thi Ly<sup>3</sup>, Le Thi Phuong<sup>3</sup>, Nguyen Thi Phuong<sup>3,5</sup>, Nguyen Quang Hung<sup>3</sup>, Nguyen Thi Lan Anh<sup>1</sup>, Truong Quang Trung<sup>4</sup>, Nguyen Thi Son<sup>1</sup>, Nguyen Thanh Chung<sup>5</sup>, Nguyen Thuy Anh<sup>6</sup>, Le Chau Anh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>BasicNeeds Vietnam - 119 Thao Nguyen, Ecopark urban area, Phung Cong Commune, Hung Yen Province, Vietnam

<sup>3</sup>Thanh Hoa Mental Hospital - 217 Hai Thuong Lan Ong, Dong Quang Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

<sup>4</sup>Vinmec Healthcare System - 458 Minh Khai, Vinh Tuy Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>5</sup>Hanoi Medical University, Thanh Hoa branch - 722 Quang Trung, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

<sup>6</sup>Hanoi Mental Hospital - 30, alley 467, Nguyen Van Linh, Phuc Loi Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 05/12/2025

Revised: 20/12/2025; Accepted: 23/02/2026

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of group-based behavioral activation therapy at the community level for patients with depression in Thanh Hoa province.

**Subject and methods:** A controlled intervention study was conducted among 242 participants aged 18-65 years with a PHQ-9 score of  $\geq 10$  in 6 communes of Quang Xuong district, Thanh Hoa province, from August 2024 to January 2025.

**Results:** After 8 weeks of group behavioral activation intervention, the intervention group demonstrated significant improvements in depression (PHQ-9), psychological distress (BSRS-5), behavioral activation (BADSF), and resilience (BRCS), whereas the control group exhibited little or no change. Specifically, PHQ-9 scores decreased from  $15.86 \pm 3.68$  to  $7.00 \pm 3.94$  ( $p < 0.001$ ), and BSRS-5 scores decreased from  $13.77 \pm 3.28$  to  $6.56 \pm 3.94$  ( $p < 0.001$ ) in the intervention group. Meanwhile, BADSF scores increased from  $24.22 \pm 7.91$  to  $34.87 \pm 6.92$  ( $p < 0.001$ ), and BRCS scores increased from  $12.62 \pm 4.03$  to  $15.81 \pm 2.54$  ( $p < 0.001$ ). In contrast, the control group showed a tendency toward decline or non-significant changes.

**Conclusion:** These findings confirm the effectiveness of group-based behavioral activation therapy in reducing depressive symptoms, enhancing behavioral activation, and improving resilience among patients with depression.

**Keywords:** Effectiveness, group intervention, behavioral activation, depression.

---

\*Corresponding author

Email: phamhuong@hmu.edu.vn Phone: (+84) 914914636 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4353

# HIỆU QUẢ CAN THIỆP LIỆU PHÁP KÍCH HOẠT HÀNH VI CHO NHÓM NGƯỜI BỆNH TRẦM CẢM TẠI TỈNH THANH HÓA

Phạm Thị Thu Hường<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thanh Tâm<sup>2</sup>, Lê Bất Tân<sup>3</sup>, Chu Lê Hương Giang<sup>3</sup>, Trịnh Văn Hồng<sup>3</sup>, Trần Thị Lý<sup>3</sup>, Lê Thị Phương<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Phương<sup>3,5</sup>, Nguyễn Quang Hưng<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Lan Anh<sup>1</sup>, Trương Quang Trung<sup>4</sup>, Nguyễn Thị Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Chung<sup>5</sup>, Nguyễn Thuý Anh<sup>6</sup>, Lê Châu Anh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>BasicNeeds Việt Nam - 119 Thảo Nguyên, Khu đô thị Ecopark, Xã Phụng Công, Tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

<sup>3</sup>Bệnh viện Tâm thần Thanh Hóa - 217 Hải Thượng Lãn Ông, P. Đông Quang, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

<sup>4</sup>Hệ thống Y tế Vinmec - 458 Minh Khai, P. Vĩnh Tuy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

<sup>5</sup>Trường Đại học Y Hà Nội, phân hiệu Thanh Hóa - 722 Quang Trung, P. Hạc Thành, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

<sup>6</sup>Bệnh viện Tâm thần Hà Nội - 30, ngõ 467 Đường Nguyễn Văn Linh, P. Phúc Lợi, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 05/12/2025

Ngày sửa: 20/12/2025; Ngày đăng: 23/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm tại cộng đồng cho người bệnh trầm cảm tại tỉnh Thanh Hóa.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên 242 đối tượng từ 18-65 tuổi có điểm PHQ-9  $\geq 10$  tại 6 xã thuộc huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa từ tháng 8/2024-1/2025.

**Kết quả:** Sau 8 tuần can thiệp bằng liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm, nhóm can thiệp ghi nhận cải thiện đáng kể ở các chỉ số trầm cảm (PHQ-9), căng thẳng tâm lý (BSRS-5), mức độ kích hoạt hành vi (BADS-SF) và khả năng thích ứng phục hồi (BRCS), trong khi nhóm chứng hầu như không thay đổi. Cụ thể, điểm PHQ-9 giảm từ  $15,86 \pm 3,68$  xuống  $7,00 \pm 3,94$  ( $p < 0,001$ ) và BSRS-5 giảm từ  $13,77 \pm 3,28$  xuống  $6,56 \pm 3,94$  ( $p < 0,001$ ) ở nhóm can thiệp. Chỉ số BADS-SF tăng từ  $24,22 \pm 7,91$  lên  $34,87 \pm 6,92$  ( $p < 0,001$ ) và BRCS tăng từ  $12,62 \pm 4,03$  lên  $15,81 \pm 2,54$  ( $p < 0,001$ ), trong khi nhóm chứng có xu hướng giảm hoặc thay đổi không đáng kể.

**Kết luận:** Kết quả nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm trong giảm triệu chứng trầm cảm, cải thiện hành vi chủ động và khả năng thích ứng phục hồi ở người bệnh trầm cảm.

**Từ khóa:** Hiệu quả, can thiệp nhóm, kích hoạt hành vi, trầm cảm.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5 (DSM-5) của Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (2013), trầm cảm là một rối loạn khí sắc đặc trưng bởi khí sắc trầm buồn kéo dài, mất hứng thú trong các hoạt động thường ngày cùng nhiều triệu chứng đi kèm, gây suy giảm đáng kể chức năng xã hội, nghề nghiệp và chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị can thiệp tâm lý là lựa chọn điều trị đầu tiên cho các trường hợp trầm cảm từ mức vừa đến nặng nhờ hiệu quả cao và ít tác dụng phụ [2]. Đặc biệt, trong bối cảnh cơ sở vật chất và nguồn lực sức khỏe tâm thần còn hạn chế ở nhiều quốc gia, các can thiệp tâm lý dựa vào cộng đồng ngày càng được đánh giá là lựa chọn tối ưu bởi những lợi thế về hiệu quả điều trị, khả năng tiếp cận và chi phí phù hợp. Kích hoạt hành vi (behavioral activation) vốn được phát triển như một phương pháp điều trị cá nhân,

tuy nhiên ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh tính khả thi và hiệu quả của hình thức can thiệp nhóm. Một phân tích tổng hợp của Simmonds-Buckley M và cộng sự cho thấy can thiệp kích hoạt hành vi nhóm giúp giảm đáng kể triệu chứng trầm cảm (SMD = 0,72; 95% CI: 0,34-1,10), hiệu quả tương đương với các liệu pháp tâm lý khác [3]. Trong hướng dẫn điều trị quốc gia tại Anh (NICE guideline) năm 2022 dành cho người mắc trầm cảm mức độ nhẹ (điểm PHQ-9  $\leq 16$ ), kích hoạt hành vi theo nhóm là một trong những phương pháp can thiệp được khuyến nghị hàng đầu [4].

Tại Việt Nam, phân tích tổng hợp trong giai đoạn COVID-19 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở cộng đồng Việt Nam là 14,6% [5]. Mặc dù trầm cảm là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến, sự đầu tư của chính phủ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần còn ít (chỉ 0,44%) [6], khả năng

\*Tác giả liên hệ

Email: phamhuong@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 914914636 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4353

tiếp cận điều trị vẫn còn rất hạn chế và phương pháp điều trị phần lớn là sử dụng thuốc. Người bệnh tập trung điều trị chủ yếu tại các bệnh viện tâm thần tuyến trung ương và tỉnh, chi phí điều trị cao, ít sử dụng truyền thông cộng đồng và các biện pháp phòng ngừa. Đứng trước thực trạng mức độ phổ biến của trầm cảm cộng đồng cao, trong khi khả năng tiếp cận điều trị và các can thiệp cộng đồng ở Việt Nam còn chưa đáp ứng đầy đủ, một số mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tích hợp dựa vào cộng đồng đã được triển khai, điển hình là chương trình LIFE-DM tại 12 xã do Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng kết hợp với tổ chức BasicNeeds Việt Nam tiến hành đã chứng minh được hiệu quả trong quản lý trầm cảm [7]. Dù hiệu quả đã được ghi nhận, các mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng tại Việt Nam, đặc biệt là mô hình kích hoạt hành vi nhóm, vẫn chưa được triển khai và phát triển rộng rãi. Nghiên cứu của Đỗ Tuyết Mai và cộng sự năm 2021 đánh giá hiệu quả của mô hình quản lý trầm cảm tại cộng đồng của BasicNeeds Việt Nam ứng dụng liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm cho người bệnh trầm cảm tại 10 xã/phường tỉnh Thái Nguyên cho thấy bước đầu đưa ra kết quả khả quan trên triệu chứng trầm cảm [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa có nhóm đối chứng. Vì vậy, để cung cấp thêm bằng chứng mạnh mẽ về tính khả thi và hiệu quả của can thiệp liệu pháp kích hoạt hành vi dựa vào cộng đồng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu hiệu quả can thiệp kích hoạt hành vi theo nhóm tại cộng đồng cho người bệnh trầm cảm ở Thanh Hóa với 2 mục tiêu chính:

1. *Đánh giá sự thay đổi về mức độ triệu chứng trầm cảm của người bệnh trầm cảm tại Thanh Hóa trước và sau can thiệp kích hoạt hành vi nhóm 8 buổi;*

2. *Đánh giá sự thay đổi về căng thẳng tâm lý, khả năng thích ứng phục hồi, và mức độ kích hoạt hành vi của người bệnh trầm cảm tại Thanh Hóa trước và sau can thiệp nhóm 8 buổi.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người dân trong độ tuổi từ 18-65 tại 6 xã (Quảng Trạch, Quảng Hợp, Quảng Trường, Quảng Đức, Quảng Giao, Quảng Lộc) thuộc huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa, có điểm PHQ-9  $\geq 10$  sau sàng lọc trầm cảm tại trạm y tế xã; đối tượng có khả năng nghe hiểu tốt và kí vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người có các bệnh lý cơ thể nặng, rối loạn tâm thần nặng, rối loạn tâm thần thực tổn, rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng chất, động kinh, sa sút trí tuệ, chậm phát triển trí tuệ. Người bị giảm thính lực, tàn tật, không nghe hiểu tiếng Việt tốt; người có trầm cảm nặng, hoang tưởng, ảo giác, có ý tưởng tự sát mãnh liệt.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại 6 xã ở huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa gồm: 3 xã can thiệp là Quảng Trạch, Quảng Hợp, Quảng Trường và 3 xã đối chứng là Quảng Đức, Quảng Giao, Quảng Lộc. Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2024-1/2025.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp có nhóm đối chứng ngẫu nhiên.

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu được tính toán sử dụng phần mềm G\*POWER. Giá sử cỡ mẫu được tính toán với độ tin cậy

95%,  $\alpha = 0,05$  để phát hiện hệ số ảnh hưởng (effect size) trung bình với  $d = 0,53$  đối với kiểm định 2 phía (two-tailed test), sự khác biệt của điểm trầm cảm giữa hai nhóm được đo lường bởi thang điểm PHQ-9 sau can thiệp. Tổng cỡ mẫu được ước tính sau khi cài đặt các thông số là 200 đối tượng. Dự kiến tỉ lệ bỏ nghiên cứu khi theo dõi là 20%, vì vậy cỡ mẫu mục tiêu là 242 được chia làm 2 nhóm (nhóm can thiệp và nhóm chứng, mỗi nhóm 121 đối tượng). Tiêu chí bỏ nghiên cứu được coi là những đối tượng bỏ tham gia sinh hoạt nhóm  $\geq 3$  buổi. Sau 8 buổi có 14 đối tượng bỏ tham gia nghiên cứu, tỉ lệ bỏ nghiên cứu là 11,57%.

- Phân bổ ngẫu nhiên: nhóm nghiên cứu làm việc với lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Thanh Hóa để xác định huyện trọng điểm can thiệp là huyện Quảng Xương và bốc thăm 3 xã can thiệp, 3 xã chứng với điều kiện xã can thiệp có khoảng cách từ 10 km trở lên với xã chứng, các xã có sự tương đồng về dân số và kinh tế.

- Nội dung chương trình can thiệp Liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm cho nhóm can thiệp: nội dung chương trình can thiệp và sách sử dụng trong chương trình đã được Hội đồng Trường Đại học Y Hà Nội thẩm định và ban hành theo Quyết định số 1170/QĐ-ĐHYHN ngày 22/4/2024. Sau khi nhóm can thiệp và nhóm chứng được thiết lập, nhóm can thiệp sẽ được điều hành bởi 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng tại trạm y tế đã được đào tạo và cấp chứng chỉ Liệu pháp kích hoạt hành vi cho nhóm người bệnh trầm cảm bởi Trường Đại học Y Hà Nội. Chương trình can thiệp bao gồm 8 buổi trong 8 tuần liên tục, mỗi buổi kéo dài 90-120 phút bao gồm các chủ đề và nội dung tại bảng 1. Người tham gia sinh hoạt được phát một cuốn tài liệu bao gồm các nội dung được thảo luận trong nhóm và bài tập về nhà mỗi tuần.

**Bảng 1. Nội dung can thiệp 8 tuần liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm**

Buổi	Tên bài	Nội dung chính
1	Giới thiệu và định hướng	Làm quen và giới thiệu hoạt động nhóm; hiểu tác động của căng thẳng đối với cuộc sống; có kiến thức cơ bản về trầm cảm và biết được mối quan hệ hai chiều giữa trầm cảm và hoạt động
2	Thực hiện hoạt động có lợi cho sức khỏe	Biết cách lựa chọn hoạt động có ảnh hưởng đến cảm xúc của mình; biết cách thực hiện các hoạt động ngay cả khi cảm thấy không thích; biết về các loại hoạt động khác nhau mà mình có thể thực hiện
3	Hoạt động phù hợp và cách cân bằng cuộc sống	Biết hoạt động ở mức độ phù hợp với tình trạng sức khỏe hiện tại; biết cân bằng các hoạt động trong cuộc sống
4	Xác định mục tiêu và lập kế hoạch hoạt động	Biết cách xây dựng mục tiêu ngắn hạn và dài hạn; biết lập kế hoạch hoạt động

Buổi	Tên bài	Nội dung chính
5	Kỹ năng giải quyết vấn đề	Biết đặt câu hỏi phù hợp khi đứng trước khó khăn; nắm được phương pháp giải quyết vấn đề; biết cách giải quyết khó khăn khi thực hiện mục tiêu
6	Tầm quan trọng của kết nối xã hội	Hiểu rõ ý nghĩa của kết nối xã hội; xác định được những người có thể hỗ trợ mình trong cuộc sống; biết cách xây dựng và phát triển mạng lưới xã hội ngày càng tốt hơn
7	Kỹ năng giao tiếp đơn giản và hiệu quả	Xác định kiểu giao tiếp của bản thân; biết cách lắng nghe tích cực và đưa ra yêu cầu giúp đỡ hợp lý; biết cách xử lý khi xảy ra bất đồng trong giao tiếp
8	Phòng chống tái phát và tốt nghiệp	Biết được các biểu hiện cảnh báo sự tái phát và xử lý phù hợp khi tái phát; tự tin hướng đến tương lai; có kế hoạch hoạt động nhóm sau khi kết thúc sinh hoạt

- Nội dung giáo dục tâm lý và tờ rơi thông tin về trầm cảm cho nhóm chứng: nội dung giáo dục tâm lý cho nhóm chứng bao gồm các thông tin về trầm cảm. Tờ rơi thông tin được thiết kế phối hợp giữa BasicNeeds Việt Nam và WHO đăng ký theo mã số WHO/1391142-0, kèm theo thông tin về số hotline của Bệnh viện Tâm thần tỉnh Thanh Hóa.

- Đảm bảo tính trung thực và chất lượng chương trình can thiệp: 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng tại trạm y tế và 2 giám sát viên (1 bác sĩ, 1 điều dưỡng) từ Bệnh viện Tâm thần tỉnh Thanh Hóa đã được đào tạo và cấp chứng chỉ Liệu pháp kích hoạt hành vi cho nhóm người bệnh trầm cảm bởi 2 giảng viên có kinh nghiệm về liệu pháp kích hoạt hành vi và nghiên cứu cộng đồng của Trường Đại học Y Hà Nội và BasicNeeds Việt Nam. Tất cả các buổi sinh hoạt đều được giám sát hỗ trợ đánh giá theo bảng kiểm, quay phim lại, sau đó được chủ nhiệm dự án cùng thảo luận đánh giá và hỗ trợ kịp thời ngay sau mỗi buổi.

- Thang đo sử dụng trong nghiên cứu:

+ Thông tin chung: bao gồm các biến tuổi, giới, công việc hiện tại.

+ Thông tin về trầm cảm (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9): PHQ-9 là bộ công cụ đánh giá mức độ trầm cảm được phát triển bởi Kroenke K, Spitzer R.L và William J.B từ năm 2001 [9]. Bộ công cụ bao gồm 9 câu hỏi được đánh giá từng mức độ từ 0 (không có) tới 3 (hầu như mọi ngày). Tổng điểm được phân loại theo các mức độ: 0-4 (không trầm cảm); 5-9 (triệu chứng tối thiểu, có nguy cơ); 10-14 (trầm cảm nhẹ); 15-19 (trầm cảm vừa); 20-27 (trầm cảm nặng).

+ Mức độ căng thẳng tâm lý (Brief Symptom Rating Scale-5 - BSRS-5): là bộ công cụ đánh giá mức độ căng thẳng tâm lý được phát triển bởi Lee M.B và cộng sự (2003) [10]. Bộ câu hỏi gồm 5 mục đánh giá các triệu chứng của căng thẳng tâm lý trong 1 tuần vừa qua bao gồm: mất ngủ, lo âu, dễ kích thích, trầm cảm, tự ti và câu hỏi cuối

cùng để sàng lọc về ý tưởng tự sát. Đối tượng đánh giá các triệu chứng theo thang điểm từ 0-4 (tương ứng “hoàn toàn không” đến “rất nhiều”) và tổng điểm được tính bằng cách cộng điểm của 5 mục đầu tiên với 4 mức độ: không có căng thẳng tâm lý (0-4 điểm), căng thẳng tâm lý nhẹ (6-9 điểm), trung bình (10-14 điểm), nặng ( $\geq 15$  điểm) [10].

+ Khả năng thích ứng phục hồi (Brief Resilient Coping Scale - BRCS-4): được phát triển và ứng dụng rộng rãi bởi Sinclair V.G và Wallston K.A (2004) [11] bao gồm 4 câu hỏi ngắn đo lường khả năng thích ứng và phục hồi của cá nhân với những khó khăn trong cuộc sống về nhận thức và hành vi. Người tham gia đánh giá từng mục trên thang điểm từ 1-5 với tổng điểm dao động từ 4-20, với điểm từ 4-13, 14-16, và 17-20 lần lượt chỉ mức độ thích ứng phục hồi thấp, trung bình, và cao.

+ Kích hoạt hành vi (behavioral activation for Depression Scale-Short Form - BADS-SF): nghiên cứu đã được sự đồng ý từ Manos R.C và cộng sự để sử dụng bộ công cụ ở Việt Nam [12]. Bộ công cụ bao gồm 9 mục để đánh giá cơ chế tác động của Liệu pháp kích hoạt hành vi trong 1 tuần qua là chủ động (6 câu) và né tránh (3 câu). Người tham gia đánh giá mức độ đồng ý từ 0 (không chút nào) tới 6 (hoàn toàn đúng). Tổng điểm dao động từ 0-54 với điểm càng cao thể hiện mức độ kích hoạt hành vi chủ động càng cao và mức độ né tránh càng giảm. Trong nghiên cứu này chỉ số Cronbach Alpha = 0,7.

### 2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0. Phương pháp phân tích ý định điều trị (intention to treat) được áp dụng trong phân tích số liệu. Sự khác biệt của 2 nhóm trước khi can thiệp được so sánh bằng test Chi-square và T-test. Paired-sample T-test được sử dụng để xác định sự thay đổi của các biến đo lường giữa hai nhóm trước và sau can thiệp. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu là  $p < 0,05$ , khoảng tin cậy (KTC) 95%.

### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức y sinh của Trường Đại học Y Hà Nội với mã số 1385/GCN-HMUIRB. Những người tham gia nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào. Những đối tượng được phát hiện trầm cảm nặng, có loạn thần, ý tưởng tự sát mãnh liệt sẽ được các bác sỹ chuyên khoa tâm thần tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Thanh Hóa theo dõi, điều trị và tư vấn cho người bệnh và gia đình.

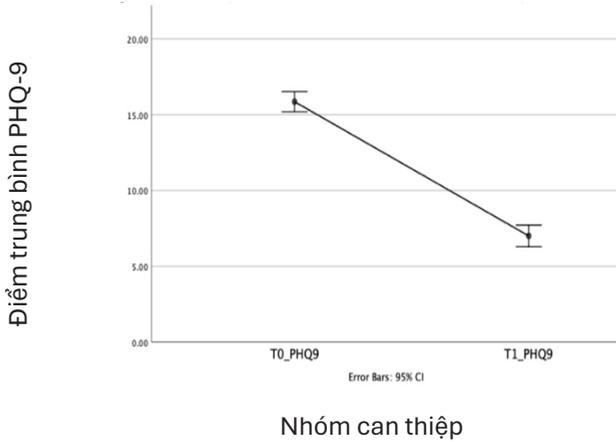
## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 2. Đặc điểm của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp kích hoạt hành vi nhóm**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n = 121)	Nhóm chứng (n = 121)	t/X2	p	
Tuổi	56,46 ± 7,67	55,18 ± 8,09	1,28	0,20	
Giới	Nam	3 (2,5%)	8 (6,6%)	1,54	0,12
	Nữ	118 (97,5%)	113 (93,4%)		

Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n=121)	Nhóm chứng (n=121)	t/X2	p
Thời gian làm việc hiện tại	≥ 20 giờ/tuần	63 (52,1%)	66 (54,5%)	0,38	0,70
	< 20 giờ/tuần	58 (47,9%)	55 (45,5%)		
Trầm cảm (PHQ-9)		15,86 ± 3,68	16,48 ± 4,55	-1,19	0,23
Căng thẳng tâm lý (BSRS-5)		13,77 ± 3,28	13,98 ± 3,31	-0,49	0,62
Kích hoạt hành vi (BAD-SF)		24,22 ± 7,91	24,25 ± 7,57	-0,12	0,90
Khả năng thích ứng phục hồi (BRCS)		12,62 ± 4,03	12,05 ± 3,78	1,14	0,25

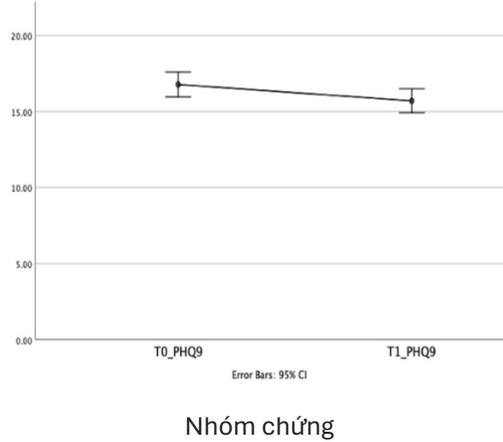
Bảng 2 cho thấy hai nhóm khá tương đồng về độ tuổi, giới tính, công việc. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp là 56,46 ± 7,67 và nhóm chứng là 55,18 ± 8,09 tuổi. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế ở cả hai nhóm (96,7% ở nhóm can thiệp và 93,8% ở nhóm chứng), và hơn 1/2 số người tham gia làm việc ≥ 20 giờ/tuần. Mức độ trầm cảm theo thang PHQ-9, điểm căng thẳng tâm lý (BSRS-5), mức độ kích hoạt hành vi (BAD-SF) và khả năng thích ứng phục hồi (BRCS) giữa hai nhóm không ghi nhận sự khác biệt.



Biểu đồ 1. Sự thay đổi điểm trung bình PHQ-9 ở hai nhóm trước và sau can thiệp

Bảng 3. Sự thay đổi của hai nhóm trước và sau 8 tuần can thiệp kích hoạt hành vi nhóm

Đặc điểm	Nhóm	Trước can thiệp	Sau 8 tuần can thiệp	t	p
Trầm cảm (PHQ-9)	Can thiệp	15,86 ± 3,68	7,00 ± 3,94	1984	< 0,001
	Chứng	16,48 ± 4,55	15,71 ± 4,23	1,83	0,07
Căng thẳng tâm lý (BSRS-5)	Can thiệp	13,77 ± 3,28	6,56 ± 3,94	17,56	< 0,001
	Chứng	13,98 ± 3,31	13,64 ± 3,50	0,96	0,34
Kích hoạt hành vi (BAD-SF)	Can thiệp	24,22 ± 7,91	34,87 ± 6,92	-11,23	< 0,001
	Chứng	24,25 ± 7,57	21,98 ± 6,48	3,33	0,001
Khả năng thích ứng phục hồi (BRCS)	Can thiệp	12,62 ± 4,03	15,81 ± 2,54	-7,79	< 0,001
	Chứng	12,05 ± 3,78	11,27 ± 3,19	2,36	0,02



Bảng 3: Sau 8 tuần, nhóm can thiệp kích hoạt hành vi nhóm cho thấy cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số về trầm cảm, căng thẳng tâm lý, chỉ số kích hoạt hành vi và khả năng thích ứng phục hồi. Cụ thể, điểm PHQ-9 giảm từ 15,86 ± 3,68 còn 7,00 ± 3,94 (p < 0,001), trong khi nhóm chứng chỉ giảm nhẹ và hầu như không thay đổi (p = 0,07) (biểu đồ 1). Tương tự, mức độ căng thẳng tâm lý (BSRS-5) ở nhóm can thiệp giảm mạnh từ 13,77 ± 3,28 xuống 6,56 ± 3,94 (p < 0,001), còn nhóm chứng gần như không thay đổi (p = 0,34). Đáng chú ý, sau khi được can thiệp bằng liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm, nhóm can thiệp đã cải thiện rõ rệt cả mức độ kích hoạt hành vi lẫn khả năng thích ứng phục hồi, trái ngược với xu hướng giảm nhẹ ở nhóm chứng. Chỉ số kích hoạt hành vi (BAD-SF) của nhóm can thiệp tăng từ 24,22 ± 7,91 lên 34,87 ± 6,92, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001, trái ngược với nhóm chứng có xu hướng giảm từ 24,25 ± 7,57 xuống 21,98 ± 6,48 (p = 0,001). Tương tự khả năng thích

ứng phục hồi (BRCS) cũng được ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, cụ thể nhóm can thiệp có chỉ số BRCS tăng 12,62 ± 4,03 lên 15,81 ± 2,54 (p < 0,001); ngược lại, chỉ số này ở nhóm chứng giảm nhẹ từ 12,05 ± 3,78 xuống 11,27 ± 3,19 (p = 0,02).

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, nhóm can thiệp và nhóm chứng có sự tương đồng đáng kể về các đặc điểm nhân khẩu học cơ bản như tuổi, giới tính và nghề nghiệp. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp (56,46 ± 7,67) và nhóm chứng (55,18 ± 8,09) không có sự khác biệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wu C.Y và cộng sự trên đối tượng trầm cảm kháng trị tại Đài Loan với độ tuổi trung bình trên nhóm chứng và nhóm can thiệp lần lượt là 56,5 ± 12,0 và 55,7 ± 12,1 [13]; tương tự trong nghiên cứu của Đỗ Tuyết

Mai và cộng sự là  $55,0 \pm 7,55$  [8]. Nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra độ tuổi của đối tượng trong các chương trình quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng thường dao động từ 50-65 tuổi [14]. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế ở cả hai nhóm (96,7% ở nhóm can thiệp và 93,8% ở nhóm chứng), tương tự nghiên cứu của Đỗ Tuyết Mai và cộng sự với 93,59% [8]. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phụ nữ có nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp đôi so với nam giới, đặc biệt trong độ tuổi trung niên [14]. Điều này cũng có thể lý giải nữ giới có xu hướng quan tâm sức khỏe và chủ động tìm kiếm sự trợ giúp và tham gia các hoạt động cộng đồng hơn nam giới.

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trầm cảm theo thang điểm PHQ-9 của nhóm can thiệp giảm đáng kể từ  $15,86 \pm 3,68$  xuống còn  $7,00 \pm 3,94$  sau 8 tuần. Sự khác biệt điểm trầm cảm trước và sau khi can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , trong khi nhóm chứng chỉ giảm nhẹ và không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,07$ ). Tương tự nghiên cứu của Đỗ Tuyết Mai và cộng sự cũng ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) của điểm trầm cảm trên 356 đối tượng được can thiệp liệu pháp tâm lý nhóm [8]. Kết quả này cũng tương đồng với phân tích tổng hợp can thiệp kích hoạt hành vi nhóm trên người bệnh trầm cảm của Chan A.T.Y và cộng sự cho thấy điểm trầm cảm ở 240 đối tượng được phân ngẫu nhiên vào liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm thấp hơn so với nhóm đối chứng [15].

Bên cạnh đó, mức độ căng thẳng tâm lý (BSRS-5) ở nhóm can thiệp sau 8 tuần ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, giảm mạnh từ  $13,77 \pm 3,28$  xuống  $6,56 \pm 3,94$  ( $p < 0,001$ ), còn nhóm chứng gần như không thay đổi ( $p = 0,34$ ). Khả năng thích ứng phục hồi (BRCS) cũng được ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, cụ thể nhóm can thiệp có chỉ số BRCS tăng từ  $12,62 \pm 4,03$  lên  $15,81 \pm 2,54$  ( $p < 0,001$ ); ngược lại, chỉ số này ở nhóm chứng giảm nhẹ từ  $12,05 \pm 3,78$  xuống  $11,27 \pm 3,19$  ( $p = 0,02$ ). Tương tự trong nghiên cứu của Đỗ Tuyết Mai và cộng sự đã cho thấy tỷ lệ đối tượng thích ứng thấp giảm đáng kể từ 95,8% xuống 61,5% ( $p < 0,001$ ) sau 3 tháng can thiệp [8]. Đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng thích ứng phục hồi tới triệu chứng trầm cảm trước và sau can thiệp, khi tăng 1 điểm trên thang đo khả năng thích ứng phục hồi thì điểm trầm cảm giảm 0,249 [8]. Tương tự, trong nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên người bệnh trầm cảm kháng trị của Wu C.Y và cộng sự cũng chỉ ra khả năng phục hồi của đối tượng nghiên cứu được tăng cường và kéo dài sau can thiệp. Đồng thời, đã giúp người bệnh trầm cảm giảm căng thẳng sau 8 tuần can thiệp ( $11,26 \pm 5,61$  xuống  $9,70 \pm 4,90$ ) [13]. Các thành tố cốt lõi của can thiệp kích hoạt hành vi nhóm như thực hiện hoạt động để thay đổi cơ chế vòng lặp của suy nghĩ - cảm xúc - hành vi, khả năng giải quyết vấn đề, nâng cao khả năng truyền thông giao tiếp, giúp nâng cao khả năng phục hồi, từ đó giúp đối tượng thay đổi nhận thức đồng thời tăng cường kết nối xã hội. Như vậy, khả năng thích ứng phục hồi từ nghịch cảnh, giúp người bệnh điều chỉnh nhận thức tích cực và gia tăng tận dụng các nguồn lực cá nhân để thích ứng và phát triển. Cuối cùng, chỉ số kích hoạt hành vi (BADSF) của nhóm can thiệp tăng từ  $24,22 \pm 7,91$  lên  $34,87 \pm 6,92$  ( $p < 0,001$ ), phản ánh sự cải thiện rõ rệt trong mức độ hoạt động chủ động và giảm hành vi né tránh. Ngược lại, nhóm chứng có xu hướng giảm từ  $24,25 \pm 7,57$  xuống  $21,98 \pm 6,48$  ( $p = 0,001$ ). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi hiệu quả của liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm trong việc thúc đẩy hành vi có lợi cho sức khỏe, giảm trì hoãn và nâng cao

khả năng giải quyết vấn đề.

Những phát hiện của nghiên cứu cho thấy liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm không chỉ giảm triệu chứng trầm cảm và căng thẳng tâm lý mà còn nâng cao khả năng phục hồi và hành vi chủ động ở người bệnh. Điều này là bằng chứng mạnh mẽ cho việc triển khai Liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm tại cộng đồng, giúp tăng khả năng tiếp cận, quản lý và duy trì can thiệp lâu dài, đồng thời tận dụng sự hỗ trợ của nguồn lực không chuyên như các cán bộ y tế tại trạm y tế xã để tăng cường hiệu quả điều trị. Hơn nữa, can thiệp nhóm tạo điều kiện kết nối nhóm đồng đẳng giúp người bệnh cải thiện chức năng xã hội, thích ứng với khó khăn và nâng cao chất lượng cuộc sống trong bối cảnh cộng đồng là một giải pháp khả thi, an toàn và bền vững.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm trên 242 đối tượng tại 6 xã thuộc huyện Quảng Xương, tỉnh Thanh Hóa từ tháng 8/2024-1/2025 cho thấy: sau 8 tuần can thiệp liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm có hiệu quả rõ rệt trong giảm triệu chứng trầm cảm và căng thẳng tâm lý, đồng thời cải thiện mức độ kích hoạt hành vi và khả năng thích ứng phục hồi của người tham gia ( $p < 0,01$ ). Trong khi đó, nhóm chứng không ghi nhận cải thiện triệu chứng căng thẳng tâm lý và trầm cảm, thậm chí có xu hướng giảm nhẹ ở các chỉ số mức độ kích hoạt hành vi và khả năng thích ứng phục hồi ( $p < 0,05$ ), cho thấy hiệu quả vượt trội và tính khả thi của liệu pháp kích hoạt hành vi nhóm trong can thiệp cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Inc., 2013:xliv, 947. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- [2] Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders [Internet]. World Health Organization, 2023. Accessed August 17, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598420/>
- [3] Simmonds-Buckley M, Kellett S, Waller G. Acceptability and Efficacy of Group Behavioral Activation for Depression Among Adults: A Meta-Analysis. *Behav Ther*, 2019, 50 (5): 864-885.
- [4] Depression in adults: treatment and management. Guidance. NICE. June 29, 2022. Accessed August 17, 2025. [https://www.nice.org.uk/guidance/ng222?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.nice.org.uk/guidance/ng222?utm_source=chatgpt.com)
- [5] Tran Q.D, Vu T.Q.C, Phan N.Q. Depression prevalence in Vietnam during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Ethics Med Public Health*, 2022, 23: 100806.
- [6] Vuong D.A, Van Ginneken E, Morris J et al. Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services. *Asian J Psychiatr*, 2011, 4 (1): 65-70.
- [7] Ngo V.K, Weiss B, Lam T et al. The Vietnam Multicomponent Collaborative Care for Depression

- Program: Development of Depression Care for Low- and Middle-Income Nations. *J Cogn Psychother*, 2014, 28 (3): 156-167.
- [8] Đỗ Tuyết Mai, Nguyễn Thanh Tâm, Trần Thị Thanh Hương. Kết quả bước đầu của can thiệp tâm lý nhóm cho người bệnh trầm cảm tại tỉnh Thái Nguyên năm 2021. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2022, 156 (8): 221-233.
- [9] Kroenke K, Spitzer R.L, Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001, 16 (9): 606-613.
- [10] Lee M.B, Liao S., Lee Y.J et al. Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi*, 2003, 102 (10): 687-694.
- [11] Sinclair V.G, Wallston K.A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 2004, 11 (1): 94-101.
- [12] Manos R.C, Kanter J.W, Luo W. The behavioral activation for depression scale-short form: development and validation. *Behav Ther*, 2011, 42 (4): 726-739.
- [13] Wu C.Y, Lee M.B, Huong P.T.T, Chen I.M, Chen H.C, Hsieh M.H. Longitudinal Outcomes of Resilience, Quality of Life, and Community Integration in Treatment-Resistant Depression: A Two-Group Matched Controlled Trial. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 2024, 30 (4): 765-777.
- [14] Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*, 2017, 4 (2): 146-158.
- [15] Chan A.T.Y, Sun G.Y.Y, Tam W.W.S, Tsoi K.K.F, Wong S.Y.S. The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trial. *J Affect Disord*, 2017, 208: 345-354.