

COPD và Sức khỏe Tâm thần: Hướng dẫn Toàn diện và Thực tiễn cho Chăm sóc Ban đầu

Tài liệu đề bàn này nhằm mục đích nâng cao nhận thức về những khó khăn trong việc xác định và quản lý các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD); đồng thời hướng dẫn các bác sĩ gia đình (BSGD) những công cụ đánh giá cũng như các can thiệp không dùng thuốc và dùng thuốc.

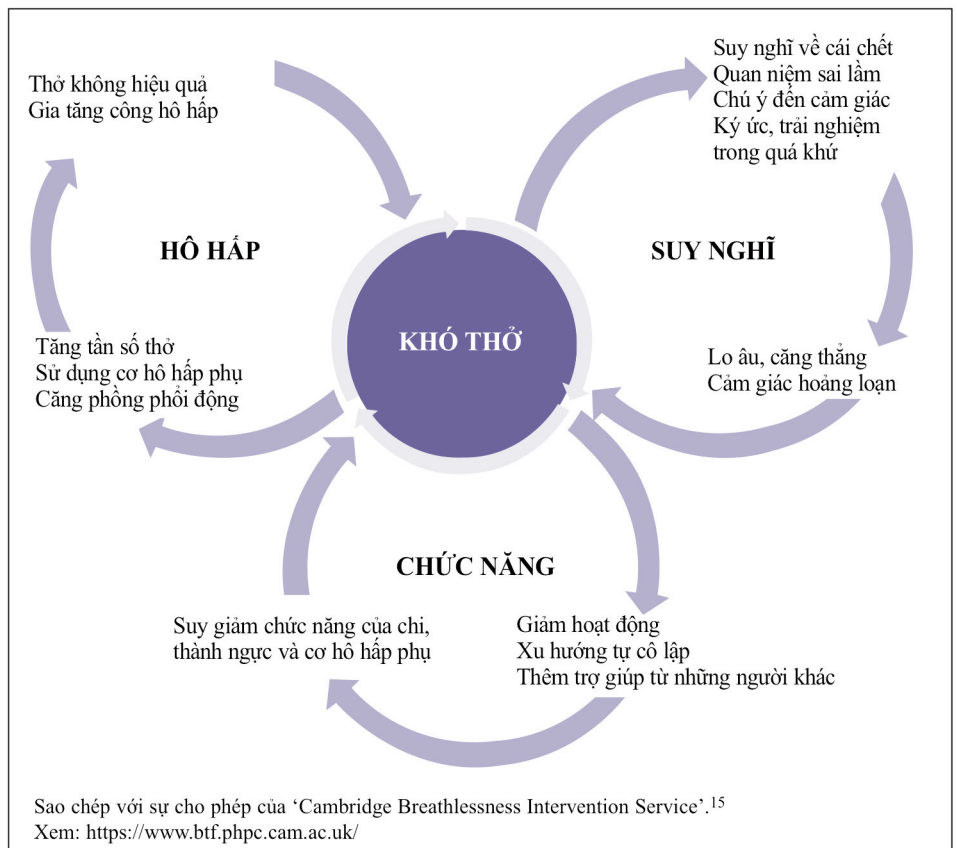
TỔNG QUAN

Các vấn đề sức khỏe tâm thần, bao gồm lo âu và trầm cảm, khá phổ biến ở người bệnh COPD và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của họ. Ở các nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao, phụ thuộc thuốc lá cũng là một yếu tố có ảnh hưởng đáng kể đến CLCS của người COPD. BSGD thường thiếu tự tin trong việc điều trị những vấn đề sức khỏe này do mối tương tác qua lại phức tạp giữa chúng với các triệu chứng bệnh như khó thở; từ đó khiến việc chăm sóc, quản lý trở nên khó khăn. Khoảng 30% người COPD có trầm cảm đồng mắc (và có thể lên đến 80% khi độ nặng của COPD gia tăng), và khoảng 10% đến 50% có lo âu đồng mắc.¹⁻³ Tỷ lệ này sẽ tăng theo tuổi và theo mức độ nặng của triệu chứng, người bệnh có thể cùng mắc trầm cảm và lo âu.³⁻⁶ Khoảng 20% người dân hút thuốc lá trên toàn cầu,⁷ mặc dù con số này thay đổi theo quốc gia, khoảng 20% người hút thuốc sẽ mắc COPD.⁸ Tuy nhiên, tỷ lệ hút thuốc lá vẫn cao sau khi được chẩn đoán COPD.^{9,10} Các hướng dẫn đơn thuần về bệnh thường chỉ tập trung vào một yếu tố và thiếu hướng dẫn chung cho các BSGD.

COPD VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

COPD VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

Mặc dù có bằng chứng rõ ràng về tỷ lệ trầm cảm và lo âu cao ở người mắc COPD, những bệnh đi kèm này lại không được chẩn đoán và điều trị đầy đủ. Trầm cảm và/hoặc lo âu liên quan đến COPD có liên quan đến giảm CLCS, hút thuốc lá dai dẳng, tuân thủ kế hoạch điều trị kém, nhập viện nhiều hơn, gia tăng tái nhập viện và đợt cấp, tỷ lệ tự quản lý thấp, tỷ lệ sống còn thấp và chi phí chăm sóc cao hơn so với những người không mắc bệnh trầm cảm và/hoặc lo âu đi kèm.¹¹ Thật vậy, khó thở, trầm cảm, lo âu và khả năng gắng sức có tương quan nhiều hơn với tình trạng sức khỏe hơn là tương quan với các trị số hô hấp kỹ được sử dụng phổ biến.¹² Người mắc COPD cho biết họ thường có cảm giác bị cô lập, và bệnh tâm thần có thể làm tăng sự cô lập này do sự kỳ thị từ xã hội hoặc từ chính bản thân họ, làm giảm CLCS và làm giảm việc tuân thủ điều trị COPD.^{13,14}



KHÓ THỞ VÀ VẤN ĐỀ TÂM LÝ

Khó thở là một triệu chứng chủ đạo và phức tạp ở người mắc COPD. Đó không chỉ là nhận thức chủ quan về khó thở mà còn là phản ứng và đáp ứng của một người đối với cảm giác khó chịu.¹⁵ Chu kỳ tiêu cực 'Suy nghĩ' trong mô hình Hô hấp-Suy nghĩ-Chức năng (xem sơ đồ trên) cung cấp một cách hiểu về việc suy nghĩ ảnh hưởng và bị ảnh hưởng như thế nào bởi hơi thở và cả hoạt động thể chất; nó cũng gợi ý làm thế nào chúng ta có thể phá vỡ các chu kỳ này.¹⁵

Chú ý đến cảm giác khó thở, ký ức về những trải nghiệm trong quá khứ, quan niệm sai lầm và suy nghĩ về cái chết có thể góp phần gây lo âu, cảm giác hoảng loạn, thất vọng, tức giận và tâm trạng chán nản, từ đó củng cố những suy nghĩ và hình ảnh không có lợi và không thực tế. Ngược lại, các can thiệp để giải

quét những suy nghĩ tiêu cực liên quan đến khó thở và kiểm soát các triệu chứng lo âu, tâm trạng chán nản có khả năng cải thiện CLCS và cải thiện sự tuân thủ điều trị COPD.

SỬ DỤNG THUỐC LÁ VÀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN KÉM

Tuy rằng tỷ lệ hút thuốc không cao ở những người mắc COPD ở tất cả các quốc gia, nhưng mối liên hệ chặt chẽ giữa sử dụng thuốc lá và sức khỏe tâm thần kém cần được xem xét. Những người hút thuốc lá mắc rối loạn sức khỏe tâm thần thường có xu hướng nghiện hút thuốc hơn, hút nhiều hơn và nhiều khả năng tái nghiện; và do đó cần hỗ trợ lập đi lập lại cho những nỗ lực cai thuốc lá.¹⁶⁻¹⁹ Hút thuốc, trầm cảm và lo âu đều liên quan đến nguy cơ tử

▼ vong cao hơn ở người mắc COPD. Nguy cơ này tăng lên theo thời gian hút thuốc và theo số gói-năm.²⁰ Cai thuốc lá là can thiệp có hiệu quả và quan trọng nhất để làm chậm sự tiến triển của COPD, tăng tỷ lệ sống còn và giảm tỷ lệ bệnh tật.^{5,21,22} Trái ngược với niềm tin phổ biến, bỏ thuốc lá làm giảm lo âu và trầm cảm. Thật vậy, tác động của việc cai thuốc lá tương tự hoặc nhiều hơn so với thuốc chống trầm cảm cho rối loạn khí sắc và lo âu.^{23,24} Đôi khi khó phân biệt giữa các triệu chứng lo âu và triệu chứng do cai nghiện, vì vậy hãy đánh giá mức độ lo âu tại mỗi lần thăm khám.

CÁC ĐIỂM HÀNH ĐỘNG ĐỂ XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở NGƯỜI BỆNH COPD

Khi tiến hành tham vấn, cần lấy người bệnh làm trung tâm. Nhân viên y tế cần nhận biết rằng trầm cảm và lo âu là những bệnh đồng mắc phổ biến, có thể ảnh hưởng đến kết cuộc COPD. Từ đó, tiên đoán người bệnh có thể mắc trầm cảm hoặc lo âu hoặc cả hai. Khi đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần, hãy thực hành kỹ năng lắng nghe tích cực và tránh ngắt lời, thể hiện sự đồng cảm và quan sát cẩn thận. Ngôn ngữ cơ thể và tín hiệu phi ngôn ngữ có thể cung cấp thông tin hữu ích, ví dụ, tạm dừng lâu và thiếu giao tiếp bằng mắt trong khi trò chuyện. Khi xem xét chẩn đoán, hãy tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm và xem xét liệu việc “gắn mác” trầm cảm và/hoặc lo âu có hữu ích hay không, ví dụ, cho sự hiểu biết của bệnh nhân về tình hình của họ và để quản lý toàn diện cho họ.

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ

Nhận biết các triệu chứng thể chất như kém tập trung, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi hoặc đau đầu, có thể liên quan đến lo âu và trầm cảm, và xem xét sử dụng bảng câu hỏi đã được chuẩn hóa nếu người bệnh có các triệu chứng (xem Bảng 1).

ĐIỀU TRỊ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN Ở NGƯỜI BỆNH COPD

Chăm sóc người bệnh COPD và các vấn đề sức khỏe tâm thần cần một cách tiếp cận rất rộng, nhận ra rằng tâm trí, cơ thể, cách chúng ta tương tác với mọi người và môi trường đều có liên quan đến nhau. Một cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm, tập trung vào mong muốn, mục tiêu và sở thích của họ là rất quan trọng. Sử dụng các kỹ năng OARS để thiết lập và duy trì mối quan hệ bằng cách sử dụng các phản ứng và hành vi bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ (Bảng 2).

Những người bệnh COPD thường có mức độ tự trắc ẩn (self-compassion) thấp,²⁵ và cách tiếp cận toàn diện đối với sự khỏe mạnh là điều cần thiết để giải quyết những nhận thức tiêu cực về bản thân cũng như giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần. Ở đây chúng ta xem xét bằng chứng cho một số can thiệp khả thi bao gồm không dùng thuốc và dùng thuốc trong chăm sóc ban đầu.

Bảng 1: Đánh giá các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người bệnh COPD

Nhiều công cụ đã được sử dụng trong nghiên cứu, nhưng trong thực hành lâm sàng, các BSGĐ đã quen thuộc với các công cụ để sử dụng này:

- Bộ câu hỏi PHQ-4 được khuyến nghị bởi WHO để khảo sát nhanh tình trạng trầm cảm và lo âu. Công cụ này có thể được hoàn thành trực tuyến. Câu hỏi 1 và 2 là thuộc phần lo âu GAD2; câu hỏi 3 và 4 thuộc phần trầm cảm PHQ2. Tổng điểm lớn hơn 3 ở phần nào cũng cần đánh giá thêm, ví dụ, với Bảng câu hỏi sức khỏe bệnh nhân 9 (PHQ9) hoặc Thang đo rối loạn lo âu tổng quát (GAD7).

Trong 2 tuần qua, bạn có thường xuyên bị làm phiền bởi những vấn đề này không: 0 = hoàn toàn không; 1 = vài ngày; 2 = hơn nửa số ngày; 3 = gần như mỗi ngày					
1. Cảm thấy lo lắng, lo lắng hoặc trên bờ vực	0	1	2	3	Từ 3 điểm trở lên là (+) về lo âu
2. Không thể dừng hoặc không thể kiểm soát được sự lo lắng	0	1	2	3	
3. Ít hứng thú hoặc niềm vui khi làm việc	0	1	2	3	Từ 3 điểm trở lên là (+) về trầm cảm
4. Cảm thấy thất vọng, chán nản hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3	
Phân loại vấn đề tâm thần dựa trên tổng điểm:					
<ul style="list-style-type: none"> • Không có: 0–2 • Nhẹ: 3–5 • Trung bình: 6–8 • Nặng: 9–12 					
Nguồn: https://qxmd.com/calculate/calculator_476/patient-health-questionnaire-4-phq-4 .					

- PHQ9 được sử dụng để đánh giá trầm cảm, bao gồm 9 mục với điểm cắt chẩn đoán là 5 và có sẵn bằng nhiều ngôn ngữ.
- GAD7 được sử dụng để đánh giá lo âu và là thang điểm tự báo cáo gồm 7 mục, với điểm cắt là 10. GAD7 cũng có sẵn bằng nhiều ngôn ngữ.

Những công cụ này có thể hữu ích nhất trong tầm soát trầm cảm và lo âu, cũng như khi cần làm rõ chẩn đoán nghi ngờ.

Bảng 2: OARS (Open questions, Affirmations, Reflection, Summary)

O	Câu hỏi mở	Để tìm hiểu về cảm xúc và niềm tin của người bệnh, ví dụ: "Bạn có muốn cho tôi biết thêm về cảm giác của bạn không?" "Bạn cảm thấy khó thở như thế nào?"
A	Xác nhận	Hãy tích cực và động viên; xây dựng mối quan hệ và thể hiện sự đồng cảm. "Thật tốt khi bạn sẵn sàng thảo luận về nỗi buồn của mình, tôi ở đây để giúp bạn."
R	Phản hồi	"Có vẻ như bạn đã suy nghĩ rất nhiều về các triệu chứng của mình và bạn biết phải làm gì."
S	Tóm tắt	"Hãy cùng tóm tắt những gì chúng ta đã thảo luận."

Source: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/394208/Session-5.pdf

CAN THIỆP KHÔNG DÙNG THUỐC

Các đánh giá của Cochrane kết luận rằng phương pháp trị liệu nhận thức hành vi có cấu trúc (CBT, cognitive behavioural therapy) có thể hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng trầm cảm và lo âu.^{1,26} Phương pháp này, khi được thực hiện bởi chuyên viên, sẽ khả thi và tiết kiệm chi phí trong cộng đồng.²⁷ Kết hợp phương pháp CBT để giải quyết tình trạng khó thở trong COPD và hỗ trợ tự quản lý giúp tăng sự sẵn sàng tham gia điều trị bao gồm kích hoạt hành vi và hoạt động thể chất, và cũng có thể hữu ích cho chứng lo âu và trầm cảm.^{28–31}

Bảng 3 trình bày chi tiết các biện pháp can thiệp có thể hữu ích để giải quyết tình trạng khó thở. Tất cả những biện pháp này, tuy không phải đều có thể truy cập, dịch, xác minh tính giá trị, áp dụng hoặc được chấp nhận về mặt văn hóa ở mọi quốc gia, nhưng danh sách rất đa dạng, vì vậy hãy lựa chọn và áp dụng biện pháp mà bạn có thể tiếp cận tại nơi bạn công tác. Ví dụ, ‘Dịch vụ Can thiệp Khó thở

Cambridge’ (Cambridge Breathlessness Intervention Service) cung cấp một loạt các biện pháp can thiệp để giải quyết tình trạng khó thở liên quan đến vòng luân quản "suy nghĩ".¹⁵

Chăm sóc toàn diện cho người mắc COPD và các bệnh đi kèm như lo âu và trầm cảm có thể cần một nhóm liên chuyên ngành, nếu có thể, để có thể cung cấp một số hoặc tất cả các can thiệp nêu trên cũng như phục hồi chức năng hô hấp (PHCN HH). PHCN HH cải thiện các triệu chứng lo âu và trầm cảm.³² Tuy nhiên, người bệnh thường không được giới thiệu hay chuyển bệnh đầy đủ và những người bị COPD thường không tham dự hoặc hoàn thành khóa học PHCN HH của họ; chúng tôi đang chờ kết quả của thử nghiệm TANDEM kết hợp CBT để cải thiện sự chấp nhận và tham gia PHCN HH.² Tập thể dục trong môi trường tự nhiên có nhiều lợi ích trị liệu, cho cả sức khỏe tinh thần và thể chất.³³ Tham gia vào các hoạt động ngoài trời có thể hữu ích cho người đang mắc bệnh tâm thần, góp phần giảm mức

Bảng 3: Các biện pháp can thiệp để giải quyết khó thở

Can thiệp	Lý do/mục tiêu	Bằng chứng ủng hộ
Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT)	Cách tiếp cận giải quyết vấn đề thách thức những suy nghĩ / hành vi không hữu ích; giảm lo âu trong COPD trong ngắn hạn; tăng tham dự phục hồi chức năng phổi.	Yohannes AM, et al. J Am Med Dir Assoc 2017;18: 1096.e1-1096.e17. Heslop-Marshall K, et al. ERJ Open Res 2018;4: 0094-2018. Pumar MI, et al. J Thorac Dis 2019;11(Suppl 17): S2238-S2253.
Thiền định/ chánh niệm	Hít thở chánh niệm 20 phút làm giảm khó thở trong bệnh phổi và lo âu/trầm cảm khi bệnh diễn tiến; Tăng cường sự chú ý không đánh giá và có thể làm tăng sự tự tin vào năng lực bản thân.	Seetee S, et al. J Med Assoc Thai 2016;99:828-8. Malpass A, et al. BMJ Open Respir Res 2018;5:e000309. Tan SB, et al. J Pain Symptom Manage 2019;57:802-8. Look ML, et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2021; 11:433-9.
Kỹ thuật thư giãn	Một số bằng chứng cho thấy các kỹ thuật thư giãn có thể giúp giảm lo âu, khó thở và mệt mỏi trong COPD. Hình ảnh có hướng dẫn ('nghĩ về một nơi tốt đẹp'), thư giãn cơ và đếm là được chấp thuận nhất.	E, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016; 11:2315-9. Yilmaz CK, Kapucu S. Holist Nurs Pract 2017;31:369-77. Volpato E, et al. Evid Based Complement Alternat Med 2015;2015:628365.
Châm cứu/ bấm huyệt	Cải thiện khó thở trong trường hợp bệnh nặng và có thể làm giảm lo âu.	von Trott P, et al. J Pain Symptom Manage 2020;59: 327-338.e3.
Trị liệu ca hát (Singing therapy)	Hầu hết các bằng chứng cho thấy liệu pháp này có thể cải thiện chức năng phổi; một số bằng chứng cho thấy nó có thể cải thiện sự lo âu và tăng chất lượng cuộc sống; giá trị bằng chứng chưa rõ.	Gimenes Bonilha A, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2009;4:1-8. Lord VM, et al. BMC Pulm Med 2010;10:41. McNamara RJ, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017; 12:CD012296.
Tâm lý tích cực về cảm giác kiểm soát / tự tin	Không dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, các tiếp cận toàn diện về khó thở giúp giảm lo âu / trầm cảm và sử dụng tâm lý tích cực, cải thiện sự tự tin vào năng lực bản thân.	Brighton LJ, et al. Thorax 2019;74:270-81. Lovell N, et al. J Pain Symptom Manage 2019;57: 140-155.e2.
Hòa nhập xã hội	Bằng chứng thực nghiệm ở những người tình nguyện khỏe mạnh cho thấy sự hòa nhập xã hội làm giảm nhận thức về khó thở; Bệnh nhân mô tả cảm thấy được trấn an từ sự hiện diện của người khác.	Herzog M, et al. Biol Psychol 2019;140:48-54

độ lo âu, căng thẳng và trầm cảm.³⁴ Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu chuyên biệt ở những người bệnh COPD về vấn đề này.

CAN THIỆP DỪNG THUỐC

Quản lý hiệu quả tình trạng khó thở bằng thuốc giãn phế quản⁵ sẽ góp phần giảm bớt căng thẳng tâm lý. Điều trị nghiện thuốc lá bằng thuốc sẵn có cũng như tham vấn. Thiếu các khuyến cáo liên quan đến thuốc chống trầm cảm cho người bệnh COPD.¹¹ Tuy nhiên, chúng tôi đề xuất các phương pháp điều trị bao gồm sử dụng thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (ưu tiên SSRI) hoặc, nếu không có sẵn hoặc không thích hợp vì các lý do lâm sàng khác, thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA) có thể là lựa chọn thứ hai để điều trị trầm cảm.¹¹ Tránh sử dụng TCA ở những người COPD nặng, do làm tăng nguy cơ ức chế trung khu hô hấp và suy hô hấp. Lo âu có thể được kiểm soát bằng SSRI, nhưng bằng chứng còn yếu.³⁵ Mặc dù thuốc benzodiazepin được sử dụng rộng rãi cho COPD, bằng chứng cho thấy nó không giúp giảm khó thở và không nên được sử dụng cho chỉ định này.³⁶ Chúng có thể được xem xét ngắn hạn cho những người bị lo âu cấp tính (không quá 4 tuần) và ở liều thấp nhất có thể.³⁷ Chuyên hóa của thuốc chống trầm cảm và thuốc

chống lo âu tăng lên ở những người hút thuốc lá, do đó có khả năng cần liều cao hơn so với người không hút thuốc. Khi cai thuốc lá thành công, có thể cần phải giảm liều.³⁸

KHI NÀO NÊN CHUYỂN

Chuyển khám chuyên khoa hoặc chuyển tuyến trên người bệnh COPD đến các dịch vụ sức khỏe tâm thần thích hợp nếu có, bao gồm cả tâm lý nếu người bệnh mong muốn các biện pháp không dùng thuốc, hoặc không đạt được việc kiểm soát lo âu hoặc trầm cảm với các biện pháp can thiệp có sẵn. Những người bệnh COPD và rối loạn tâm thần hoặc có ý định tự tử cần được giới thiệu ngay đến các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa.

KẾT LUẬN

Cải thiện sức khỏe tâm thần giúp cải thiện kết cuộc COPD. BSGĐ và nhân viên y tế tuyến cơ sở khi chăm sóc người bệnh COPD cần giao tiếp linh hoạt và có kỹ năng để xác định trầm cảm và lo âu, đặc biệt là ở người đang hút thuốc và người đang cố gắng bỏ thuốc, nhóm người có nguy cơ cao nhất về kết cục xấu. Cung cấp thông tin hỗ trợ cai thuốc lá (xem Hướng dẫn để bàn giúp bệnh nhân bỏ thuốc lá của IPCRG³⁹)

và xem xét CBT. Tìm ra các dịch vụ tại địa phương có sẵn để hỗ trợ sức khỏe tâm thần. Giá trị của biện pháp dược lý cần thêm bằng chứng.

Tài liệu tham khảo

1. Pollok J, et al. Cochrane Database Syst Rev 2019;3: CD012347.
2. Sohanpal R, et al. Trials 2020;21:18(2020).
3. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. Eur Respir Rev 2014; 23:345-9.
4. Barnett K, et al. Lancet 2012;380:37-43.
5. GOLD 2022 Report. Available at: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>. Accessed March 2022.
6. Wagena EJ, et al. Eur Respir J 2005;26:242-8.
7. Ritchie H, Roser M. Smoking. 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/smoking>. Accessed March 2022.
8. Terzikhan N, et al. Eur J Epidemiol 2016;31:785-92.
9. Stegberg M, et al. Eur Clin Respir J 2018;5:1421389.
10. Vogelmeier C, et al. New England J Med 2011;364: 1093-103.
11. Pollok J, et al. Cochrane Database Syst Rev 2018;12: CD012346.
12. Tsiligianni I, et al. Prim Care Respir J 2011;20:257-68.
13. Stuart H. World Psych 2008;7:185-8.
14. Kassis IT, et al. Br J Med Med Res 2014;4:785-96.
15. Spathis A, et al. npj Prim Care Respir Med 2017;27:27.
16. Berlin I, Covey LS. Addiction 2006;101:1814-21.
17. Coultard M, et al. Office for National Statistics (ONS) 2002.
18. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. 2013.
19. Ho SY, et al. Gen Hosp Psychiatry 2015;37:399-407.
20. Lou P, et al. Respir Care 2014;59:54-61.

◀ GHI CHÚ

21. Williams S, et al. IPCRG Position paper No. 1 – Primary care and chronic lung disease. Available at: <https://www.ipcr.org/primaryrespiratorycare>. Accessed March 2022.
22. Tonnesen P. Eur Respir Rev 2013;22:37–43.
23. Rigotti NA. Lancet Respir Med 2013;1:241–50.
24. Taylor G, et al. BMJ 2014;348:g1151.
25. Harrison SL, et al. Chron Respir Dis 2017;14:22–32.
26. Usmani ZA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017;3: CD010673.
27. NICE guideline CG124. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Accessed March 2022.
28. Aylett E, et al. BMC Health Serv Res 2018;18:559.
29. Hu MX, et al. BMC Public Health 2020;20:1255.
30. Newham JJ, et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2017;12: 1705–20.
31. NICE guideline. NG115. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/Recommendations>. Accessed March 2022.
32. Gordon CS, et al. Chest 2019;156:80–91.
33. Natural England. Links between natural environments and mental health: evidence briefing (EIN018). 2016. Available at: <http://publications.naturalengland.org.uk/publication/5748047200387072>. Accessed March 2022.
34. Krzanowski J, et al. Green Walking in mental health recovery: A Guide. 2020. Available at: <https://sustainablehealthcare.org.uk/green-walking>. Accessed March 2022.
35. Usmani ZA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2011;11: CD008483.
36. Simon S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2010;1: CD007354.
37. NICE. BNF. Hypnotics and anxiolytics. Available at: <https://bnf.nice.org.uk/treatment-summary/hypnotics-and-anxiolytics.html>. Accessed March 2022.
38. NCSCCT. Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services. Available at: <https://www.ncset.co.uk/usr/pdf/Smoking%20cessation%20and%20smokefree%20policies%20-%20Good%20practice%20for%20mental%20health%20services.pdf>. Accessed March 2022.
39. IPCRG. Desktop Helper No. 4 - Helping patients quit tobacco - 3rd edition. Available at: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>. Accessed March 2022.

Các tài nguyên bổ sung và tài liệu tham khảo đầy đủ có thể được truy cập thông qua phiên bản trực tuyến của Hướng dẫn để bàn này www.ipcr.org/dth12



Tác giả: **Ioanna Tsiglianni, Siân Williams**; Người đóng góp: **Anna Spathis**
Người phân biên: **Steve Holmes, Nazim Uzzaman, Oscar Flores-Flores**; Chủ biên: **Tracey Lonergan**
Chuyên ngữ: **Trung tâm Đào tạo Bác sĩ gia đình, Đại học Y Dược Tp.HCM.**

Tài liệu này được tài trợ từ quỹ trợ cấp giáo dục của Boehringer Ingelheim, tổ chức đã tài trợ hỗ trợ phát triển, sắp chữ, in ấn và các chi phí liên quan nhưng không đóng góp vào nội dung của tài liệu này

Tài liệu này dùng để tham khảo; nó được thiết kế để sử dụng trong bối cảnh chung và không nên áp dụng cho một trường hợp cụ thể. Thông tin chi tiết có tại: www.ipcr.org/dth12

Bản quyền theo: Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

IPCRG là một tổ chức từ thiện đã đăng ký [Số: SC No 035056] và một công ty trách nhiệm hữu hạn có đảm bảo (Công ty số 256268).
Địa chỉ liên lạc: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, Vương quốc Anh