

MỨC ĐỘ HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG, TRẠNG THÁI TÂM THẦN TRƯỚC VÀ SAU 12 THÁNG CAN THIỆP Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐANG QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ TẠI HUYỆN MỎ CÀY NAM, TỈNH BẾN TRE NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Thái Bình¹, Phạm Thị Tâm².

1. Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tâm thần phân liệt điều trị không tốt sẽ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá mức độ hòa nhập cộng đồng, trạng thái tâm thần trước và sau 12 tháng can thiệp, tìm hiểu một số yếu tố liên quan của người bệnh tâm thần phân liệt tại đang quản lý, điều trị tại huyện Mỏ Cày Nam, tỉnh Bến Tre năm 2019 – 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trước và sau can thiệp không nhóm đối chứng trên 224 bệnh nhân tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại huyện Mỏ Cày Nam, tỉnh Bến Tre năm 2019 - 2020. **Kết quả:** Trước can thiệp có 66,5% hòa nhập, không hòa nhập 25,0% và 8,5% sa sút hơn, trong đó 55,8% có rối loạn nhận thức. Các yếu tố: Nghề nghiệp, tuổi khởi phát bệnh, phát hiện và điều trị bệnh sớm, tuân thủ điều trị, tham gia hoạt động giải trí,

không bị tổn thương não, cho thấy có mối liên quan có ý thống kê với sự hòa nhập cộng đồng sau điều trị. Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ hòa nhập cộng đồng 81,3%, không hòa nhập 12,9%, 5,8% sa sút hơn. Trong đó 52,2% có rối loạn nhận thức. Các kỹ năng hòa nhập gia đình và xã hội được cải thiện. **Kết luận:** Có sự cải thiện mức độ hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân sau can thiệp, phát hiện và điều trị bệnh sớm, tuân thủ điều trị, khuyến khích người bệnh tham gia hoạt động giải trí, không tổn thương não, tăng cường sự hỗ trợ của cộng đồng giúp người bệnh cải thiện và hoà nhập với cuộc sống.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, hòa nhập cộng đồng, Bến Tre.

ABSTRACT

LEVEL OF COMMUNITY INTEGRATION, MINI MENTAL STATE EXAMINATION AFTER 12 MONTHS INTERVENTION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN MO CAY NAM DISTRICT, BEN TRE PROVINCE IN 2019 – 2020

Nguyen Thai Binh¹, Pham Thi Tam²

1. Ben Tre Mental Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Schizophrenia can become a burden to family and society if treatment is not good enough. **Objectives:** This study aims to evaluate level of community integration and finds out some factors relating to community integration of patients with schizophrenia in Mo Cay Nam district, Ben Tre province, Viet Nam 2019-2020. **Materials and methods:** Across-sectional descriptive study with non-control intervention was conducted in 224 patients with schizophrenia managing treatment in Mo Cay Nam district, Ben Tre province, Viet Nam. **Results:** Before intervention, there was 66.5% integrated, 25.0% not integrated, and 8.5% decline over, while 55.8% had cognitive disorder. Factors including: Occupation, age of onset, early detection and treatment of disease, adherence to treatment, participation in recreational activities, no brain damage showed statistically association with evaluate level of community integration after treatment. After 12 months of intervention, there was 81.3% integrated, 12.9% not integrated, and 5.8% decline over, while 52.2% had cognitive disorder. Family and social inclusion skills have improved. **Conclusions:** There is an improvement in the patient's level of community integration after intervention, early detection and treatment, adherence to treatment, encouraging patients to participate in recreational activities, without brain damage, enhance the support of the community can help people with schizophrenia improving and integrating with the life.

Keywords: Schizophrenia, community integration, Ben Tre.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) khá phổ biến, tiến triển từ từ, khuynh hướng mạn tính, dần dần tách rời cuộc sống. Bệnh TTPL chiếm 1% dân số, ảnh hưởng đến đời sống kinh tế gia đình và xã hội. Phát hiện sớm và quản lý điều trị tốt phần lớn sẽ thuyên giảm, ngược lại sẽ dẫn đến sa sút trí tuệ và có hành vi nguy hiểm [1], [2], [15]. Huyện Mỏ Cày Nam đang quản lý, điều trị cho 224 bệnh nhân TTPL, chưa có nghiên cứu đánh giá can thiệp giúp bệnh nhân TTPL hoà nhập cuộc sống. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

Đánh giá mức độ hòa nhập cộng đồng, trạng thái tâm thần trước và sau 12 tháng can thiệp, tìm hiểu một số yếu tố liên quan của người bệnh tâm thần phân liệt tại đang quản lý, điều trị tại huyện Mỏ Cày Nam, tỉnh Bến Tre, năm 2019 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện trên 224 bệnh nhân TTPL và người trực tiếp nuôi dưỡng bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân được chẩn đoán TTPL theo ICD-10, đang được quản lý điều trị và người nhà hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng bệnh nhân tại huyện Mỏ Cày Nam, từ 16 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu. Những người nhà bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần, không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trước và sau can thiệp, không nhóm đối chứng.

Cỡ mẫu: 224 bệnh nhân TTPL và người trực tiếp nuôi dưỡng bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu

- Mức độ hòa nhập cộng đồng, trạng thái tâm thần trước và sau can thiệp

Chúng tôi điều chỉnh lại thang đánh giá phục hồi chức năng của Bệnh viện Tâm thần TW II, kết hợp thang đánh giá chất lượng cuộc sống, thang đánh giá chức năng hoạt động, thang đánh giá chức năng nghề nghiệp. Gồm 7 kỹ năng: tự phục vụ bản thân, làm việc nhà, kỹ năng xã hội cơ bản, lao động/học tập, thư giãn, giải trí, tham gia hoạt động xã hội, tự kiểm tra – bảo quản và uống thuốc, phân thành 30 nhóm hoạt động. Mỗi hoạt động có 3 mức độ: tốt, trung bình, sa sút. Hòa nhập tốt từ 31 đến 60 điểm, trung bình từ 16 đến 30 điểm, sa sút dưới 16 điểm. Sử dụng thang điểm kiểm tra trạng thái tâm thần sơ bộ (MMSE scale) để đánh giá nhận thức của bệnh nhân [4].

- Các biện pháp can thiệp

Sau khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hòa nhập cộng đồng và trạng thái tâm thần, chúng tôi thực hiện can thiệp vào các yếu tố liên quan có thể thay đổi được và đánh giá mức độ hòa nhập, trạng thái tâm thần sau 12 tháng. Dùng biện pháp truyền thông, tư vấn trực tiếp, tăng cường vận động, nhắc nhở từ cán bộ Cộng tác viên, Y tế áp tại địa phương định kỳ 2 lần/tháng, giám sát hàng tháng, quý của cán bộ Y tế.

- Khảo sát các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng

+ Nhóm các yếu tố về tiền sử bệnh: Số lần tái phát, sự tuân thủ điều trị thuốc, tần suất đi tái khám, thời gian trì hoãn điều trị.

+ Nhóm các đặc điểm làm thay đổi kết quả điều trị: Tình trạng sử dụng rượu, bia, thuốc lá và mức độ sử dụng gây ảnh hưởng sức khỏe trong thời gian mang bệnh.

+ Nhóm các yếu tố tác động đến tâm lý bệnh nhân: Thái độ của hàng xóm đối với người bệnh và gia đình người bệnh, tần suất tham gia hoạt động giải trí như xem tivi, nghe nhạc, đi bộ. Thái độ của cán bộ y tế khi khám và điều trị, sự quan tâm giúp đỡ của các tổ chức xã hội, các biến cố ảnh hưởng tâm lý người bệnh.

+ Những yếu tố thuộc về môi trường sống của bệnh nhân: Điều kiện vệ sinh, chỗ ở hiện tại trong gia đình (nơi sinh hoạt, giải trí, nghỉ ngơi trong gia đình), sự tập huấn,

hướng dẫn, khuyến khích người bệnh tự phục vụ bản thân (từ cán bộ y tế hoặc người thân).

Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn người chăm sóc bệnh nhân, kết hợp quan sát và giao tiếp với người bệnh, xem hồ sơ quản lý bệnh nhân.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Ứng dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Xác định tần số và tỷ lệ bệnh nhân hòa nhập cộng đồng trước và sau can thiệp. Xác định các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập bằng kiểm định χ^2 (chi square test), $\alpha=0,05$. Dùng mô hình hồi quy đa biến Logictis phương pháp Enter để loại các yếu tố nhiễu. Dùng kiểm định Wilcoxon, McNemar ngưỡng $\alpha=0,05$ để so sánh mức độ hoà nhập cộng đồng, trạng thái tâm thần của bệnh nhân trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu (n=228)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Phân nhóm	Số Lượng	Tỷ Lệ (%)
Tuổi	Từ 19 đến 24 tuổi	01	0,4
	Từ 25 đến 60 tuổi	177	79,1
	Từ 61 đến 88 tuổi	46	20,5
Giới tính	Nam	148	66,1
	Nữ	76	33,9
Tôn giáo	Không tôn giáo	182	81,3
	Phật giáo, thiên chúa, hòa hảo	42	18,7
Trình độ học vấn	Không biết đọc, viết	26	11,6
	Tiểu học	110	49,1
	THCS	50	22,3
	THPT trở lên	38	17,0
Nghề nghiệp	Lao động tay chân nặng nhọc	100	44,6
	Lao động nhẹ, trí óc	81	36,2
	Thất nghiệp	43	19,2
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	132	58,9
	Đã kết hôn	79	35,3
	Ly hôn, ly thân, góa	13	5,8

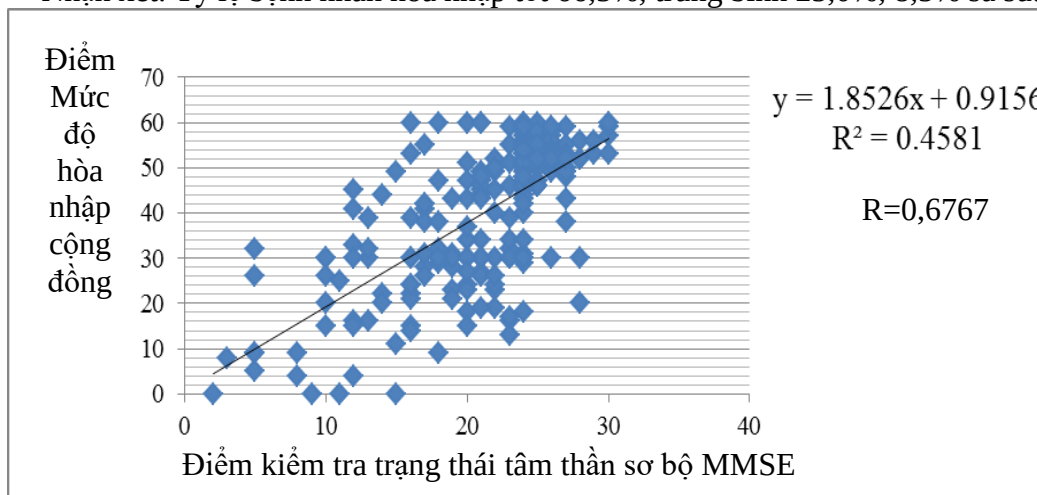
Nhận xét: Bệnh nhân từ 25 đến 60 tuổi 79,1%, nam giới 66,1%, tôn giáo không 81,3%, trình độ học vấn tiểu học 49,1%, lao động chân tay nặng nhọc 44,6%, độc thân 58,9%.

3.2. Kết quả trước can thiệp

Bảng 2. Mức độ hoà nhập cộng đồng của bệnh nhân trước và sau can thiệp (n=224).

Mức độ hòa nhập	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tốt	149	66,5
Trung bình	56	25,0
Sa sút	19	8,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân hòa nhập tốt 66,5%, trung bình 25,0%, 8,5% sa sút.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa trạng thái tâm thần và mức độ hòa nhập

Nhận xét: Có sự tương quan chặt chẽ giữa tổng số điểm kiểm tra nhận thức sơ bộ bằng thang MMSE với khả năng hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân TTPL ($R=0,6767$).

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng

Bảng 3. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng sự hòa nhập cộng đồng qua phân tích đơn biến và mô hình hồi quy đa biến logistic

Yếu tố liên quan	Hồi quy logistic đơn biến		Hồi quy logistic đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Nghề nghiệp				
Lao động nặng	-	-	-	-
Lao động nhẹ	1,42 (0,73 - 2,76)	0,30	1,69 (0,66 - 4,30)	0,370
Thất nghiệp	7,3 (3,35 - 16,15)	<0,001	7,12 (2,31 - 21,86)	0,001
Tình trạng hôn nhân				
Đã kết hôn	3,12 (1,63 - 5,98)	<0,001	2,06 (0,80 - 5,25)	0,130
Độc thân, ly dị-thân, góa				
Tái phát				
≤ 3 lần	2,05(1,15 - 3,64)	0,013	1,13 (0,44 - 2,86)	0,793
>3 lần				
Uống thuốc				
Uống đều	3,08(1,34 - 7,08)	0,006	4,94 (1,35 - 18,03)	0,016
Không đều				
Thuốc chống đang dùng				
Phối hợp thể hệ mới	2,52(1,25 - 5,11)	0,009	1,89 (0,71 - 4,99)	0,198
Thể hệ cũ				
Tần suất tái khám				
≤ 6 tháng/lần	2,76(1,31 - 5,85)	0,006	1,79 (0,56 - 5,72)	0,325
> 6 tháng/lần				
Thời gian trì hoãn điều trị				
<6 tháng	4,66 (2,58 - 8,41)	<0,001	3,57 (1,51 - 8,43)	0,004

Yếu tố liên quan	Hồi quy logistic đơn biến		Hồi quy logistic đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
≥ 6 tháng				
Bệnh hệ thần kinh TW				
Không	8,22 (2,22- 30,44)	0,001	19,07 (2,38 - 52,78)	0,005
Có				
Tuổi khởi phát				
≥ 21 tuổi	5,23(2,87 – 9,51)	<0,001	5,26 (2,29 – 12,10)	<0,001
< 21 tuổi				
Uống rượu/bia				
Có	5,72 (1,30-25,17)	0,010	8,39 (0,88 – 79,80)	0,064
Không				
Hút thuốc lá hằng ngày				
Có	3,98(1,15 – 13,8)	0,020	2,35 (0,43 – 12,70)	0,319
Không				
Tham gia giải trí				
Có	3,79(1,85 – 7,77)	<0,001	5,29 (1,79 – 15,66)	0,003
Không				
Hướng dẫn phục hồi chức năng				
Có	1,93(1,05 – 3,54)	0,032	1,65 (0,64 – 4,25)	0,300
Không				
Nơi ở				
Chung người nhà	3,55(1,87 – 6,72)	<0,001	1,88 (0,73 – 4,84)	0,190
Phòng riêng				

Nhận xét: Các yếu tố liên quan khi phân tích đa biến: Nghề nghiệp trước khi bệnh (OR = 7,12; KTC 95%: 2,31 – 21,86), uống thuốc đều (OR=4,94; KTC 95%: 1,35 -18,03), thời gian trì hoãn điều trị <6 tháng (OR=3,57; KTC95%: 1,51 – 8,43), không mắc bệnh hệ thần kinh trung ương (OR=19,07; KTC 95%: 2,38 - 52,78), tuổi khởi phát ≥ 21 tuổi (OR=5,26; KTC 95%: 2,29 – 12,10) và có tham gia giải trí (OR =5,29; KTC 95%: 1,79 – 15,66).

3.4. Thay đổi mức độ hoà nhập cộng đồng sau can thiệp

Bảng 4. Mức độ hoà nhập cộng đồng của bệnh nhân trước và sau can thiệp (n=224).

Mức độ hòa nhập	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p
Tốt	149 (66,5)	182 (81,3)	<0,001
Trung bình	56 (25,0)	29 (12,9)	
Sa sút	19 (8,5)	13 (5,8)	

Nhận xét: Tỷ lệ hòa nhập cộng đồng ở mức độ tốt tăng lên đáng kể sau can thiệp từ 66,5% lên 81,3%, tăng 14,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Bảng 5. Thay đổi 7 kỹ năng sau can thiệp (n=224)

Thực hiện các kỹ năng	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P Wilcoxon
	Trung vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	Trung vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	
Kỹ năng tự phục vụ bản thân	7	0 - 8	8	3 - 8	<0,001

Thực hiện các kỹ năng	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p Wilcoxon
	Trung vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	Trung vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	
Kỹ năng làm việc nhà	5	0 - 8	6	0 - 8	<0,001
Kỹ năng xã hội cơ bản	5	0 -10	6	0 - 10	<0,001
Kỹ năng lao động	3	0 - 8	4	0 - 8	0,013
Kỹ năng thư giãn, giải trí	5	0 - 8	6	0 - 8	<0,001
Kỹ năng hoạt động xã hội	5	0 -10	6	0 -10	<0,001
Kỹ năng bảo quản, sử dụng thuốc	7	0 - 8	8	0 - 8	<0,001

Nhận xét: Có sự tăng lên về tất cả các kỹ năng hòa nhập gia đình và xã hội của người bệnh. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 6. Thay đổi mức độ hoà nhập và trạng thái tâm thần sau can thiệp (n=224)

Sự thay đổi điểm số đánh giá	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p Wilcoxon
	Trung Vị	Nhỏ nhất - lớn nhất	Trung Vị	Nhỏ nhất – lớn nhất	
Mức độ hòa nhập	45	0 - 60	46	3 - 60	<0,001
Trạng thái tâm thần	22	2 - 30	23	0 - 30	0,001

Nhận xét: Có sự gia tăng điểm số đánh giá mức độ hòa nhập cộng đồng và điểm đánh giá trạng thái tâm thần sơ bộ sau can thiệp, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ hòa nhập cộng đồng trước can thiệp

Kết quả điều trị 66,5% hòa nhập tốt, trung bình là 25,0%, 8,5% người bệnh sa sút hơn, 55,8% có rối loạn nhận thức. Phù hợp nghiên cứu của Ông Minh Luân (2016) [3]. Nghiên cứu tại Oslo, Na Uy, có 47% bệnh nhân bị cô lập xã hội, một kết quả kém tại quốc gia phát triển hệ thống phúc lợi xã hội, từ đó cho thấy việc điều trị để bệnh nhân có thể cải thiện các chức năng để hòa nhập cộng đồng là một thách thức lớn [10].

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng, trạng thái tâm thần

Bệnh nhân có nghề nghiệp lao động chân tay hòa nhập tốt hơn thất nghiệp với $OR = 7,30$ (KTC 95%: 3,35 – 16,15, $p < 0,001$). Phù hợp nghiên cứu của Ông Minh Luân (2016) [3]. Nghiên cứu của Erim BR (2019) nhận thấy rằng, những bệnh nhân có việc làm thì điểm số chất lượng cuộc sống, các chức năng hoạt động cao hơn nhóm thất nghiệp [8].

Uống thuốc đều thì khả năng hòa nhập cao hơn những bệnh nhân không uống thuốc đều ($OR=4,94$; KTC 95%: 1,35 -18,03). Kết quả phù hợp với Ông Minh Luân (2016), bệnh nhân uống thuốc đều sẽ hòa nhập cộng đồng tốt hơn nhóm còn lại [3]. Nghiên cứu của Ploumpidis và cộng sự (2018) nhận thấy rằng: một trong những nguyên nhân đáng chú ý khiến bệnh nhân bỏ trị là do các biến cố trong cuộc sống của bệnh nhân và các hoạt động của trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng hoạt động chưa hiệu quả [13].

Những bệnh nhân trì hoãn điều trị hơn 6 tháng thì khả năng hòa nhập cộng đồng thấp hơn những bệnh được đưa đi điều trị trước 6 tháng ($OR=3,57$; KTC95%: 1,51 –

8,43). Theo Hui Lin Ong et al (2016), can thiệp điều trị và phục hồi chức năng sớm sẽ giúp bệnh nhân cải thiện trạng thái tâm thần và mức độ hòa nhập cuộc sống [9]. Theo Chen H (2019), học vắn thấp, độc thân, góa bụa làm tăng nguy cơ trì hoãn điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt [6]. Theo Richard Warner can thiệp sớm vài tuần thì có kết quả điều trị tốt hơn vài tháng trở lên [14]. Nhìn nhận ở góc độ y học thì phát hiện bệnh và điều trị sớm là yếu tố tiên lượng tốt cho việc điều trị.

Những bệnh nhân không mắc bệnh hệ thần kinh trung ương thì hòa nhập tốt hơn những bệnh nhân có mắc các bệnh thuộc hệ thần kinh trung ương như chấn thương sọ não, viêm não, động kinh, tai biến mạch máu não (OR = 8,22; KTC 95%: 2,22 – 30,44; p Fisher stest = 0,001). Kết quả tương tự với nghiên cứu của Asher, chấn thương sọ não có liên quan đến các kết quả xấu đáng kể về sức khỏe tâm thần ở một phần ba số người sống sót, tăng nguy cơ mắc một loạt các RLTT như rối loạn tâm trạng, rối loạn lo âu, rối loạn sử dụng chất kích thích, thay đổi nhân cách và suy giảm nhận thức [5].

Bệnh nhân khởi phát ≥ 21 tuổi thì hòa nhập tốt hơn nhóm còn lại (OR=5,26; KTC 95%: 2,29 – 12,10). Kết quả này phù hợp với tác giả Costa E Silva JA, Mate Mihanovic tuổi khởi phát sớm được xác định rất nhiều về mặt di truyền trong khi rối loạn phổ tâm thần phân liệt khởi phát rất muộn cho thấy không có thành phần di truyền rõ ràng, cho nên đa số bệnh nhân có tuổi khởi phát càng sớm thì tiên lượng càng xấu và khả năng hòa nhập cộng đồng thấp hơn nhóm khởi phát muộn [7], [11].

Tham gia hoạt động giải trí (xem tivi, nghe nhạc, đi bộ...) thì hòa nhập tốt hơn so với không tham gia (OR =5,29; KTC 95%: 1,79 – 15,66). Kết quả phù hợp với tác giả Paul Gorczynski, âm nhạc trị liệu và thể dục trị liệu giúp cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng và chức năng xã hội cho bệnh nhân TTPL [12].

4.3. Kết quả sau can thiệp

Sau 12 tháng can thiệp, mức độ hòa nhập cộng đồng: 81,3% tốt, 12,9% trung bình, 5,8% sa sút hơn, 55,2% có rối loạn nhận thức. Có sự tăng lên về tất cả các kỹ năng hòa nhập gia đình và xã hội của người bệnh, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Ông Minh Luân (2016) ghi nhận: tỷ lệ hòa nhập cộng đồng sau khi điều trị là 68,2% với mức độ hòa nhập tốt tăng sau khi điều trị là 21,4% [3]. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Asher L, Hanlon C (2018), sau 12 tháng can thiệp, bệnh nhân cải thiện được chức năng gia đình, lao động, xã hội [5].

V. KẾT LUẬN

Trước can thiệp, hòa nhập cộng đồng tốt chiếm 65,5%, trung bình 25,0%, 8,5% sa sút hơn, 55,8% có rối loạn nhận thức. Sau 12 tháng can thiệp, mức độ hòa nhập cộng đồng: 81,3% tốt, 12,9% trung bình, 5,8% sa sút hơn, 55,2% có rối loạn nhận thức. Các yếu tố liên quan đến mức độ hòa nhập có ý nghĩa thống kê: lao động chân tay, uống thuốc đều, trì hoãn điều trị < 6 tháng, không có bệnh hệ thần kinh trung ương, tuổi khởi phát ≥ 21 tuổi và có tham gia giải trí. Phát hiện và điều trị bệnh sớm, tái khám định kỳ, tuân thủ điều trị, khuyến khích người bệnh tham gia hoạt động giải trí, không bị tổn thương não, tăng cường sự hỗ trợ của cộng đồng sẽ giúp người bệnh cải thiện và hoà nhập với cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Tiến Đức (2017), *Tâm thần phân liệt*, Giáo trình tâm thần học, Bộ môn Tâm thần, Học viện

- quân Y, NXB quân đội nhân dân, tr. 178.
2. Nguyễn Thị Loan (2016), *Công tác xã hội nhóm với bệnh nhân tâm thần phân liệt nhằm phục hồi chức năng tự phục vụ*, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
 3. Ông Minh Luân (2016), *Sự tuân thủ điều trị và đánh giá mức độ hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân tâm thần phân liệt đang quản lý tại Cù Lao Dung, Sóc Trăng*, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 4. Bùi Đức Trình (2008), *Đại cương tâm thần học*, Bộ môn Tâm thần, Trường ĐHY Thái Nguyên.
 5. Asher L, Hanlon C (2018), Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study, *BMC Psychiatry*. 18(1): pp.1818-4.
 6. Chen H (2019), *Time delay in seeking treatment for first-episode schizophrenia: a retrospective study*, Early Interv Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/eip.12879>
 7. Costa E Silva JA, Steffen RE (2019), *Urban environment and psychiatric disorders: a review of the neuroscience and biology*, Metabolism. [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0026-0495\(19\)30137-4](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0026-0495(19)30137-4).
 8. Erim BR et al. (2019), *The Factors Affecting the Relationship between Remission Status and Employment in Chronic Schizophrenia Patients*, Psychiatry Investig, 16(11): pp. 860–867.
 9. Hui Lin Ong et al (2016), Performance of Mini-Mental State Examination (MMSE) in long-stay patients with schizophrenia or schizoaffective disorders in a psychiatric institute, *Science Direct, Psychiatry Research* 241 (2016), pp. 256–262.
 10. Ingrid Melle, Svein Friis, et al (2014), Social Functioning of Patients with Schizophrenia in High-Income Welfare Societies, *Psychiatric Services*, Vol 51 (No2).
 11. Mate Mihanovic, Branka Restek-Petrovic et al (2015), Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment, *Neuropsychiatr Dis Treat*, (11), pp. 585–595.
 12. Paul Gorczynski and Guy Faulkner (2014), Exercise therapy for schizophrenia”, Faculty of Physical Education and Health, University of Toronto, Canada, *Cochrane Database Syst Rev*.
 13. Ploumpidis D (2018), Patients coming back after interruption of care in a community mental health center: Associations with care provision and psychopathological features, *Psychiatriki*. 29(4): pp. 327-337.
 14. Richard Warner (2014), Recovery from Schizophrenia, Psychiatry and Political Economy, *Published in the USA and Canada by Brunner-Routledge* 29 West 35th Street, New York, pp. 291-293.
 15. Velligan DI, Brain C (2019), Caregiver Burdens Associated With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Quantitative Caregiver Survey of Experiences, Attitudes, and Perceptions, *Front Psychiatry*. 10: pp. 584.

(Ngày nhận bài: 10/9/2020 - Ngày duyệt đăng: 22/09/2020)
