

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI HUYỆN ỨNG HÒA HÀ NỘI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2} và Lý Thị Kim Chi^{1,3}✉

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia

³Bệnh viện Tâm thần Mỹ Đức

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Ứng Hòa Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, đã được thực hiện từ tháng 7 năm 2020 đến hết tháng 7 năm 2021 trên 230 người bệnh tâm thần phân liệt. Kết quả cho thấy tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với các yếu tố: tuổi, tiền sử gia đình, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kiến thức, số năm mắc bệnh, sự động viên thông cảm từ gia đình. Mô hình logistic chỉ ra kiến thức và sự động viên, thông cảm từ gia đình, người thân đối với người bệnh là yếu tố dự báo tuân thủ điều trị. Kết luận của nghiên cứu là các yếu tố: trình độ học vấn, sự động viên quan tâm của gia đình, kiến thức, tuổi, số năm mắc bệnh và tiền sử gia đình của người bệnh tác động tích cực tới tuân thủ điều trị. Ngược lại, các yếu tố: tuổi, số năm mắc bệnh và tiền sử gia đình là yếu tố nguy cơ đối với tuân thủ điều trị. Hai yếu tố dự báo tuân thủ là kiến thức và sự quan tâm của gia đình.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, tâm thần phân liệt, yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng và phổ biến, căn nguyên chưa rõ, bệnh có rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn về tâm lý và các hoạt động tâm thần.¹ Người bệnh mắc tâm thần phân liệt đã tăng từ 13,1 triệu vào năm 1990 lên 20,9 triệu trường hợp trong năm 2016.² Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc tâm thần phân liệt từ 0,52 - 0,61%, bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi 18 - 40 tuổi.³

Tuân thủ điều trị ở các bệnh tâm thần phân liệt cũng tương tự như trong các bệnh mạn tính khác, khoảng 50%.⁴ Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ của người bệnh đã được Tổ chức Y tế

thế giới đưa ra, có thể kể đến như yếu tố kinh tế xã hội, yếu tố bệnh và quá trình điều trị: tính chất bệnh, nhận thức về bệnh, tần suất dùng thuốc, ảnh hưởng của tác dụng không mong muốn của thuốc... Bên cạnh đó, kiến thức và sự hỗ trợ của gia đình, xã hội cũng là yếu tố rất quan trọng giúp người bệnh tâm thần phân liệt, đặc biệt với người bệnh điều trị tại cộng đồng.⁵

Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa quản lý và điều trị cho người bệnh tâm 415 người bệnh tâm thần phân liệt.⁶ Tuy nhiên, tại Ứng Hòa chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị, các lý do khiến người bệnh không tuân thủ. Vì vậy, nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tuân thủ điều trị bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa thành phố Hà Nội và các yếu tố liên quan" với mục tiêu:

Tác giả liên hệ: Lý Thị Kim Chi,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: kimchixc@gmail.com

Ngày nhận: 25/10/2021

Ngày được chấp nhận: 30/11/2021

Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh được chẩn đoán là TTPL đang điều trị ngoại trú tại huyện Ứng Hòa Hà Nội từ tháng 07/2020 đến hết tháng 3/2021 đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được bác sĩ điều trị chẩn đoán là tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới (ICD-10) mục F20.

- Người bệnh đã điều trị ít nhất 3 tháng trước khi tiến hành nghiên cứu

- Người bệnh tỉnh táo, giao tiếp được.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh mắc bệnh cấp tính đang điều trị tại thời điểm nghiên cứu.

- Người bệnh có chẩn đoán nghiện chất, lạm dụng chất kèm theo.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

Trong đó:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

α : là sai số loại I, chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy là 95%.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy là 95% thì $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$.

p: tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị = 0,31 trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyền.⁷

d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn lấy $d = 0,06$.

Thay vào công thức ta chọn được mẫu tối thiểu là $n = 228$. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối

thiểu là 230 đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa được khám và cấp phát thuốc tại 15 địa điểm. Nhóm nghiên cứu lập danh sách người bệnh theo 15 địa điểm và dựa vào lịch khám cấp phát thuốc của trung tâm tiến hành phỏng vấn 50 – 70% số lượng người bệnh trên 01 địa điểm, lấy mẫu thuận tiện cho tới khi đủ số mẫu nghiên cứu. Lưu ý: mỗi người bệnh chỉ phỏng vấn một lần, không lặp lại. Nếu phỏng vấn lần 01 chưa đủ số lượng người bệnh tại 1 cụm địa điểm cần tiến hành phỏng vấn lần 2, lần 3 cho tới khi đủ cỡ mẫu.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07 năm 2020 đến hết tháng 07 năm 2021. Số liệu được thu thập từ tháng 11/2020 đến hết tháng 01/2021.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh gồm 05 phần với tổng số 40 câu hỏi:

- Phần I: Thông tin chung về người bệnh gồm 07 câu: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp chính hiện nay.

- Phần II: Kiến thức về bệnh và thực hành tuân thủ điều trị gồm 10 câu. Mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm, giá trị điểm tối đa là 30 điểm. Kiến thức đạt khi giá trị ≥ 15 điểm. Kiến thức không đạt khi giá trị < 15 điểm ($< 50\%$ tổng số điểm).

- Phần III: Đánh giá về thực hành tuân thủ của người bệnh: Sử dụng thang điểm đánh giá tuân thủ Morisky – 8. Điểm đánh giá dựa trên câu trả lời “không” của người bệnh. Mỗi câu trả lời “không” của người bệnh được tính 1 điểm. Riêng câu hỏi số 5 “Ngày hôm qua anh chị có uống thuốc không?”. Nếu trả lời “không” được tính “0 điểm”. Trả lời là “có” được tính “1 điểm”. Tuân thủ cao nếu đạt 8 điểm, Tuân thủ trung bình từ 6 – 7 điểm và tuân thủ kém 0 – 5 điểm.

- Phần IV + V: Sự hỗ trợ của gia đình và chương trình chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng.

3. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập vào máy tính và xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0.

Quá trình phân tích dữ liệu sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, tính tỷ suất chênh OR, mô hình hồi quy logistic đa biến, cụ thể:

- Các biến liên tục mô tả dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (trung bình \pm SD) nếu có phân bố chuẩn, trung vị với các biến có phân bố không chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các biến phân loại được trình bày giá trị tuyệt đối và tỷ lệ phần trăm.

- Mối liên quan giữa các biến đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý, các yếu tố sự quan tâm của gia đình, xã hội... với tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng các test Chi bình phương và tỷ suất chênh OR, xác định có mối liên quan khi $p < 0,05$.

- Mối quan hệ giữa các biến độc lập phân loại và biến phụ thuộc phân loại được kiểm tra bằng phân tích hồi quy nhị phân Binary Logistic. Lựa chọn mô hình hồi quy logistic đa biến tất với các biến độc lập có ý nghĩa thống kê phù hợp với tuân thủ điều trị của người bệnh ($p < 0,05$).

4. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và tự nguyện tham gia.

Các số liệu được thu thập chính xác, trung thực, đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương của trường Đại học Y Hà Nội, được sự chấp thuận của Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	130	56,5
	Nữ	100	43,5
Trình độ học vấn	Không biết đọc/viết	25	10,9
	Tiểu học	44	19,1
	THCS	76	33,0
	THPT	68	29,6
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	17	7,4
Nghề nghiệp	Nông dân	132	57,4
	Thất nghiệp/Ở nhà	47	20,4
	Công nhân/viên chức	19	8,3
	Hưu trí	3	1,3
	Khác: tự do, phụ hồ, photo, dán vàng mã...	29	12,6

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	57	24,8
	Đã kết hôn	133	57,8
	Ly thân/Ly dị/Vợ-chồng đã mất	40	17,4
Người sống cùng	Sống cùng người thân	185	80,4
	Sống một mình	45	19,6
Tiền sử gia đình	Có người thân mắc TTPL	91	39,6
	Không có người thân mắc TTPL	139	60,4
Tuổi của ĐTNC	< 30 tuổi	18	7,8
	31 – 40 tuổi	59	25,7
	41 – 50 tuổi	71	30,9
	51- 60 tuổi	51	22,2
	> 60 tuổi	31	13,5
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	18	7,8
	6 – 10 năm	45	19,6
	11- 15 năm	46	20,0
	> 16 năm	121	52,6
Tuổi khởi phát bệnh	≤ 20 tuổi	25	10,9
	21 – 30 tuổi	103	44,8
	31- 40 tuổi	88	38,3
	> 40 tuổi	14	6,1

Trung bình¹: 46,6 ± 11,84 tuổi

Trung vị¹: 16 (thấp nhất: 2 – cao nhất: 45)

Trung bình²: 29,2 (± 6,92 tuổi)

¹Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối biến tuổi của người bệnh: với $n = 230$, $p = 0,054 > 0,05$. Biến tuổi của người bệnh là biến phân phối chuẩn.

²Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối chuẩn của biến thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu: với $n = 230$; $p = 0,000 < 0,05$. Biến thời gian mắc bệnh của người bệnh là biến phân phối không chuẩn.

³Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối chuẩn của biến tuổi khởi phát bệnh của người bệnh: với $n = 230$; $p = 0,2 > 0,05$. Biến tuổi khởi phát bệnh của người bệnh là biến phân phối chuẩn.

ĐTNC là nam 56,5%, nữ 43,5%, học THCS 33,0%, không biết đọc/viết là 10,9%. 57,4% là nông dân, 20,4% thất nghiệp. Người bệnh đã kết hôn là 57,8%, 39,6% người bệnh có tiền sử gia đình mắc bệnh TTPL.

Tuổi trung bình của ĐTNC là 46,60 ± 11,84 SD. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là chiếm 30,9% người bệnh từ 41 - 50 tuổi. Thời gian mắc bệnh của người bệnh có trung vị là 16 năm và tuổi khởi phát bệnh trung bình là 29 tuổi.

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị

Yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ		Tuân thủ điều trị		Tổng	OR	p
		Tuân thủ	Không tuân thủ			
Tuổi của người bệnh	≤ 35 tuổi	25	14	39	3,38	0,001
	> 35 tuổi	66	125	191		
Giới tính	Nam	50	80	130	0,89	0,69
	Nữ	41	59	100		
Trình độ học vấn	≥ THPT	57	28	85	6,64	0,00
	< THPT	34	111	145		
Nghề nghiệp	Có việc làm	31	20	51	3,07	0,00
	Thất nghiệp	60	119	179		
Hiện tại sống	Cùng người thân	82	103	185	3,18	0,003
	Một mình	9	36	45		
KC từ nhà đến nơi lĩnh thuốc	≤ 2km	66	97	163	1,14	0,65
	> 2 km	25	42	67		
Kiến thức	Đạt	88	118	206	5,22	0,004
	Chưa đạt	3	21	24		
TD KMM của thuốc	Có	46	70	116	1,00	0,97
	Không	45	69	114		
Tiền sử gia đình	Có	46	45	91	2,14	0,006
	Không	45	94	139		
Tuổi khởi phát của người bệnh	≤ 35 tuổi	77	108	185	1,58	0,17
	> 35 tuổi	14	31	45		
Số năm mắc bệnh	≤ 15 năm	58	51	109	3,03	0,00
	> 15 năm	33	88	121		
Người bệnh thấy bị xa lánh, kỳ thị	Có	75	108	183	1,35	0,39
	Không	16	31	47		
GD động viên, quan tâm	Có	81	86	167	4,99	0,00
	Không	10	53	63		
GD nhắc nhở uống thuốc	Có	76	105	181	1,64	0,15
	Không	15	34	49		
GD quản lý thuốc	Có	63	97	160	0,97	0,93
	Không	28	42	70		

Yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ	Tuân thủ điều trị		Tổng	OR	p
	Tuân thủ	Không tuân thủ			
CBYT hướng dẫn dùng thuốc	Có	82	120	1,44	0,39
	Không	9	19		

Nhóm nghiên cứu đã tìm ra các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ như sau: Nhóm người bệnh từ 35 tuổi trở xuống tuân thủ gấp 3,4 lần so với nhóm người bệnh từ 35 tuổi trở lên. Người bệnh có tiền sử gia đình mắc bệnh tâm thần và số năm mắc bệnh dưới 15 năm tuân thủ cao gấp 2 - 3 lần so với nhóm người bệnh không có tiền sử trong gia đình mắc bệnh tâm thần và thời gian mắc bệnh dài trên 15 năm. Nhóm người bệnh có kiến thức đạt tuân thủ gấp 5 lần so với nhóm người bệnh có kiến thức chưa đạt. Nhóm người bệnh sống cùng gia đình và nhận được sự quan tâm động viên của gia đình tuân thủ gấp 3,2 và 5 lần so với nhóm người bệnh sống một mình và không có sự quan tâm động viên từ gia đình.

Các yếu tố giới tính, tình trạng kinh tế gia đình, tuổi khởi phát bệnh, tác dụng không mong muốn của thuốc, khoảng cách từ nhà tới nơi lĩnh thuốc, người bệnh được gia đình thường nhắc uống thuốc, gia đình quản lý thuốc, người bệnh cảm thấy bị xa lánh kỳ thị, CBYT hướng dẫn dùng thuốc cho người bệnh là các yếu tố nhóm nghiên cứu không thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic dự đoán tuân thủ điều trị của người bệnh Tâm thần phân liệt

Các đặc điểm	OR	95% CI	p
Tuổi của người bệnh	1,50	0,65 – 3,46	0,35
Nghề nghiệp	1,58	0,51 – 2,53	0,23
Hiện tại ở cùng ai	1,21	0,75 – 3,33	0,23
Kiến thức của người bệnh	3,24	1,47 – 7,13	0,003
Tiền sử gia đình có người mắc tâm thần	1,57	0,85 – 2,90	0,15
Nhận được sự động viên, thông cảm từ gia đình, người thân	3,16	1,42 – 7,03	0,005
Gia đình thường xuyên nhắc nhở người bệnh uống thuốc	1,59	0,75 – 3,34	0,23

Mô hình hồi quy logistic gồm 7 biến độc lập được đưa vào để dự đoán khả năng tuân thủ hoặc không tuân thủ điều trị của người bệnh TTPL, với độ chính xác là 69,6%. Trong 7 biến độc lập được đưa vào mô hình hồi quy logistic, có hai biến độc lập có khả năng dự đoán người bệnh TTPL có tuân thủ điều trị hay không tuân thủ điều trị: Kiến thức của người bệnh (OR = 3,24; 95% CI: 1,47 – 7,13; $p = 0,003$) và biến người bệnh nhận được sự động viên, thông cảm từ gia đình (OR = 3,16; 95% CI:

1,42 – 7,03; $p = 0,005$) dự đoán người bệnh có kiến thức đầy đủ tuân thủ cao hơn gấp 3,2 lần nhóm người bệnh không có kiến thức đầy đủ. Tương tự vậy nhóm người bệnh nhận được sự động viên, thông cảm từ gia đình tuân thủ gấp 3,1 lần nhóm người bệnh không nhận được sự thông cảm từ gia đình.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan nhóm nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị là:

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi nghiên cứu với tuân thủ điều trị của người bệnh ($p < 0,05$, $OR = 3,38$). Người bệnh ở nhóm tuổi từ 35 tuổi trở xuống tuân thủ gấp 3,38 lần nhóm người bệnh từ 35 tuổi trở lên. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Tuyền: người bệnh dưới 35 tuổi tuân thủ điều trị cao gấp 5,6 lần so với người bệnh từ 35 tuổi trở lên.⁷ Nghiên cứu của Sanele: Tuổi có ý nghĩa dự báo tuân thủ điều trị, người bệnh trẻ hơn có mức độ tuân thủ tốt hơn, trong khi những người bệnh lớn tuổi tuân thủ mức độ vừa và kém.¹⁰ Kết quả hoàn toàn phù hợp vì tuổi càng trẻ thì càng dễ tiếp nhận thông tin, nhanh nhạy hơn, thường thời gian mắc bệnh ngắn hơn nên mức độ ảnh hưởng của bệnh cũng ít hơn. Người bệnh lớn tuổi hơn có thể tuân thủ kém hơn vì thiếu hụt kiến thức về bệnh, suy giảm trí nhớ.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở lên tuân thủ điều trị cao hơn 6,7 lần so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn dưới THPT ($p < 0,05$, $OR = 6,65$). Giống với kết quả nghiên cứu của Funda Kavak: tuân thủ điều trị liên quan đến cấp học của người bệnh.⁸ Giáo dục đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức của người bệnh về bệnh tật và tầm quan trọng của việc điều trị từ đó nâng cao mức tuân thủ điều trị.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với tuân thủ điều trị của người bệnh ($p < 0,05$, $OR = 3,07$). Nhóm người bệnh có việc làm tuân thủ cao gấp 3,1 lần so với nhóm người bệnh có thất nghiệp/ở nhà. Nghiên cứu của Fudan Kavak cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức thu nhập của người bệnh và tuân thủ điều trị.⁸ Qua đây cũng thấy tầm quan trọng của việc tạo việc làm cho người bệnh TTPL, vừa giúp tăng mức độ người bệnh tuân thủ điều trị vừa cải thiện kinh tế, gia tăng thu nhập giúp người bệnh đỡ mặc cảm, tự ty, cải thiện mức sống của người bệnh.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với tuân thủ điều trị của người bệnh ($p < 0,05$, $OR = 5,22$). Nhóm người bệnh có kiến thức đạt tuân thủ gấp 5,2 lần so với nhóm người bệnh có kiến thức chưa đạt. Tương tự kết quả của Lê Thị Tuyền, người có kiến thức về bệnh chưa đạt thì thực hành không đạt cao gấp 17,3 lần so với những người có kiến thức về bệnh đạt.⁷ Điều này cho thấy giáo dục nâng cao kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị sẽ góp phần nâng cao thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh. Đồng thời khẳng định việc cung cấp kiến thức, tuyên truyền cho người bệnh TTPL và người nhà người bệnh là có hiệu quả, cần được duy trì thực hiện và cải tiến chất lượng nhằm đem lại hiệu quả cao hơn.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số năm mắc bệnh và tuân thủ điều trị của người bệnh với ($p < 0,05$; $OR = 3,03$). 53,2% nhóm đã mắc bệnh dưới 15 năm tuân thủ điều trị cao gấp 3,0 lần so với 46,8% nhóm người bệnh đã mắc bệnh trên 15 năm.

Nhóm nghiên cứu đã chỉ ra rằng người bệnh nhận được sự động viên, thông cảm từ gia đình tuân thủ cao gấp 4,9 lần so với nhóm người bệnh không nhận được sự động viên, cảm thông từ gia đình ($P < 0,05$; $OR = 4,9$). Mặt khác nhóm nghiên cứu cũng chỉ ra rằng:

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hiện tại người bệnh sống cùng ai với tuân thủ điều trị của người bệnh ($p < 0,05$, $OR = 3,18$). Nhóm người bệnh sống cùng người thân, gia đình tuân thủ gấp 3,2 lần so với nhóm người bệnh sống một mình. Nghiên cứu của Qabi Pitschel'Wcdz báo cáo: tỷ lệ tái phát giảm 20% nếu người thân và gia đình tham gia hỗ trợ vào quá trình điều trị của người bệnh. Nếu người thân và gia đình duy trì hoạt động hỗ trợ và chăm sóc người bệnh trong thời gian trên 03 tháng thì tỷ lệ tái phát còn giảm xuống hơn nữa.¹¹ Vì vậy, cần cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe tới gia đình, cộng đồng để nâng cao hiểu biết, giúp họ thay đổi quan niệm về bệnh, điều trị bệnh và tái hòa nhập xã hội.

Mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng với 07 biến độc lập và kết quả thấy 02 yếu tố có khả năng dự báo tuân thủ điều trị của người bệnh TTPL là kiến thức của người bệnh và người bệnh nhận được sự động viên, thông cảm của gia đình. Mô hình dự báo nhóm người bệnh có kiến thức đầy đủ tuân thủ cao gấp 3,24 lần so với nhóm người bệnh chưa có kiến thức đầy đủ về bệnh ($p = 0,003$; $OR = 3,24$). Tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyên là yếu tố kiến thức của người bệnh ($p = 0,04$) có khả năng dự báo tuân thủ. Trong đó, nhóm người bệnh có kiến thức đạt tuân thủ cao gấp 3,51 lần nhóm người bệnh có kiến thức chưa đạt mô hình hồi quy logistic.⁷ Kết quả này được giải thích: theo mô hình niềm tin sức khỏe để có được hành vi tuân thủ tốt thì cần bắt đầu bằng việc nhận thức, suy nghĩ đúng đắn về lợi ích và vai trò của việc tuân thủ, từ đó có động lực để đưa ra các quyết định, các hành động giúp người bệnh tuân thủ tốt hơn. Nhóm người bệnh nhận được sự quan tâm, động viên của gia đình và người thân tuân thủ cao gấp 3,16 lần so với nhóm người bệnh không nhận được sự quan tâm từ gia đình và người thân. Tuy

nhiên nhóm nghiên cứu chưa tìm thấy kết quả nào tương tự trong các nghiên cứu trên thế giới và trong nước, lý do có thể là chưa được các nhà nghiên cứu xem xét tìm hiểu hoặc không phát hiện thấy yếu tố này có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị nên không được đưa vào mô hình hồi quy.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 230 người bệnh và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hoà, nhóm nghiên cứu đưa ra kết luận sau:

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$) là: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số năm mắc bệnh, tiền sử gia đình, kiến thức, sự động viên quan tâm của gia đình.

Mô hình logistic được xây dựng chỉ ra hai yếu tố có khả năng dự đoán là tuân thủ điều trị là: kiến thức của người bệnh và sự động viên, thông cảm từ gia đình, người thân đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Đức Trình. Giáo trình Tâm thần học. *Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội*. 2010:171.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. Oct 17 2018;44(6):1195-1203. doi:10.1093/schbul/sby058
3. Nguyễn Văn Siêm. Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng. *Đại học Y khoa Hà Nội*. 2010:26.
4. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Dec 2003;2(4):323. doi:10.1016/S1474-5151(03)00091-4
5. Rick Greene. Caregiver communication

guide for schizophrenia. National Alliance for Caregiving. 2008: 56.

6. Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa. Báo cáo chương trình chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng năm 2019. *Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa*. 2019: 5.

7. Lê Thị Tuyền. thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân TTPL điều trị tại cộng đồng, huyện Lương Sơn tỉnh Hòa Bình năm 2013. *Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội*. 2013: 126.

8. Kavak F. Determination of Adherence to Treatment of Schizophrenia Patients in Turkey. *Annals of Clinical and Laboratory Research*. 2018;06(02);doi:10.21767/2386-5180.100234

9. Hillary O. Odo SOO, Imafidon O. Agbonile, Peter O. Esan, Jeffrey S. Soni, Bawo O. James. Assessment of adherence to psychotropic medications among outpatients at the Pharmacy Department of a Psychiatric Hospital, in Benin City, Nigeria. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2014;doi:10.4103/0973-8398.143925

10. Sanele M. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2012;6(9);doi:10.5897/ajpp11.646

11. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia a meta analysis. *Schizophr Bull*. 2001;27:73-92.

Summary

TREATMENT COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIA DISORDER IN UNG HOA DISTRICT: RELATED FACTORS

The study was conducted to determine associated factors related to treatment adherence of schizophrenic patients in outpatient treatment in Ung Hoa district, Hanoi. A Cross-sectional descriptive study design was carried out from July 2020 to the end of July 2021 in 230 patients with schizophrenia. The results show that adherence to treatment of patients with schizophrenia has a statistically significant relationship ($p < 0.05$) with the following factors: age, family history, education level, occupation, knowledge, years of illness, sympathetic encouragement from family. The logistic model shows that knowledge, encouragement and sympathy from family and relatives for patients are predictors of treatment adherence. The conclusion of the study is that the education level, family encouragement, knowledge, age, number of years of disease and family history of patients have a positive impact on adherence to treatment. In contrast, age, years of disease and family history are risk factors for treatment adherence. Two predictors of compliance were family knowledge and interest.

Keywords: Treatment adherence, schizophrenia, factors related to treatment adherence.