

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI HUYỆN GIAO THỦY TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

TÓM TẮT

Trần Văn Phú¹, Trần Thị Khuyên^{2*}, Nguyễn Thanh Bình²

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định năm 2024.

Phương pháp: Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang có phân tích với cỡ mẫu là 268 người bệnh đang điều trị ngoại trú. Người bệnh Tâm thần phân liệt được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế trước có tham khảo thang điểm đánh giá Morisky-8.

Kết quả: Mức độ đối tượng tuân thủ điều trị cao (42,5%), tuân thủ điều trị thấp (25,0%) và tuân thủ điều trị kém (32,5%). Người bệnh có tuổi dưới 35 có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn người bệnh có tuổi trên 35 với OR = 2,37 (1,09 - 5,10). Người bệnh không gặp tác dụng phụ khi sử dụng thuốc tuân thủ điều trị tốt hơn so với người bệnh gặp tác dụng phụ khi sử dụng thuốc với OR=0,19 (0,11-0,32). Người bệnh được gia đình đưa đi khám tuân thủ điều trị tốt hơn so với người bệnh không được gia đình đưa đi khám với OR=1,80 (1,10-2,96). Người bệnh được gia đình động viên, thông cảm, quan tâm tuân thủ điều trị tốt hơn với OR=3,41 (0,95-12,26).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt theo thang điểm đánh giá Morisky-8: 42,5% người bệnh tuân thủ điều trị. Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kiến thức, sự hỗ trợ của gia đình với tuân thủ điều trị của người bệnh.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, Tâm thần phân liệt

CURRENT STATUS OF TREATMENT COMPLIANCE AND ASSOCIATED FACTORS IN OUTPATIENT SCHIZOPHRENIA TREATMENT IN GIAO THUY DISTRICT, NAM DINH PROVINCE, IN 2024

ABSTRACT

1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nam Định

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả chính: Trần Thị Khuyên

Email: khuyendhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/8/2024

Ngày phản biện: 9/12/2024

Ngày duyệt bài: 13/12/2024

Objective: Describe the current status of treatment compliance and some related factors in outpatient schizophrenia patients in Giao Thuy district, Nam Dinh province in 2024.

Method: Descriptive epidemiological research method with a cross-sectional survey with a sample size of 268 patients receiving outpatient treatment. People with schizophrenia are interviewed using a pre-designed set of questions with reference to the Morisky-8 rating scale.

Results: Adherence rates were high (42.5%), low (25.0%), and poor (32.5%). Patients under 35 years old had better adherence compared to those over 35 years old (OR=2.37, 95% CI: 1.09-5.10). Patients without side effects had better adherence than those with side effects (OR=0.19, 95% CI: 0.11-0.32). Patients accompanied by family members had better adherence compared to those without family support (OR=1.80, 95% CI: 1.10-2.96). Patients who received encouragement, sympathy, and care from their families had better adherence (OR=3.41, 95% CI: 0.95-12.26).

Conclusion: Adherence rate among schizophrenia patients, as assessed by the Morisky-8 scale, was 42.5%. There was a significant association between age group, knowledge, and family support with medication adherence.

Keywords: Treatment compliance, Schizophrenia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, bệnh có những rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn cơ bản về tâm lý và nhân cách theo kiểu phân liệt, mất dần tính hài hòa thống nhất giữa các hoạt động tâm thần [1]. Bệnh tâm thần phân liệt là bệnh khá phổ biến ở hầu hết các nước trên thế giới, tỷ lệ từ 0,3 - 1,5% dân số. Bệnh thường phát sinh ở lứa tuổi từ 15 - 35 tuổi, tại Việt Nam, tỷ lệ này là dao động từ 0,47% [1].

Điều trị bệnh TTPL tốn kém, đòi hỏi nguồn lực chăm sóc sức khỏe đa dạng để quản lý bệnh. Bệnh ở giai đoạn cấp cần được điều trị nội trú tại cơ sở y tế chuyên khoa. Điều trị giai đoạn cấp mới chỉ thực hiện được một phần công việc trong quá trình điều

trị bệnh TTPL. Việc điều trị bệnh ở giai đoạn ổn định cần phải tiến hành lâu dài ở cộng đồng và gia đình, đồng thời phải áp dụng nhiều liệu pháp điều trị kết hợp giữa thầy thuốc chuyên khoa, gia đình, cộng đồng và y tế cơ sở. Tại Việt Nam 88 - 94% người bệnh tâm thần phân liệt mãn tính được điều trị tại cộng đồng [1]. Do đó, thành công trong điều trị tại cộng đồng phụ thuộc chủ yếu vào sự tuân thủ điều trị của người bệnh và sự quan tâm giúp đỡ của gia đình, cộng đồng và cán bộ y tế (CBYT).

Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy một tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt còn thấp. Nghiên cứu của Dibonaventura M và cộng sự tại Mỹ cho tỷ lệ 42,5% tuân thủ điều trị là kết quả của nghiên cứu trên 876 người bệnh TTPL điều trị tại cộng đồng [2]. Nghiên cứu của Lê Thị Tuyền và cộng sự tại Hòa Bình năm 2013, nghiên cứu của Lý Thị Kim Chi tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ tuân thủ ở người bệnh TTPL dao động từ 30% đến 39,6% [3], [4].

Trung tâm Y tế huyện Giao Thủy quản lý và điều trị cho 495 người bệnh tâm thần phân liệt, định kỳ cấp phát thuốc tại 22 Trạm Y tế xã [5]. Tuy nhiên việc xác định tỷ lệ và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người bệnh chưa được nghiên cứu tìm hiểu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh được chẩn đoán là TTPL đang điều trị ngoại trú tại huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Y tế huyện Giao Thủy

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2023 đến tháng 8/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích.

* **Cỡ mẫu:**

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu (người bệnh TTPL);

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$);

p: Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của Lý Thị Kim Chi và Nguyễn Văn Tuấn trong nghiên cứu Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hoà, thành phố Hà Nội năm 2021 là $= 39,6\%$ ($p = 0,396$) [3];

d: Độ sai lệch mong muốn giữa kết quả nghiên cứu và kết quả thực của quần thể, trong nghiên cứu chọn $d = 0,06$;

Cỡ mẫu được tính là 256 người bệnh.

* Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn xã: trên cơ sở danh sách các đơn vị hành chính (xã/thị trấn), chọn bốc thăm ngẫu nhiên 10 xã thuộc huyện Giao Thủy, lấy toàn bộ bệnh nhân tâm thần phân liệt đến trạm lấy thuốc tại 10 Trạm Y tế. Tổng số bệnh nhân đang khám và lĩnh thuốc hàng tháng là 268 người, lấy toàn bộ người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế trước. Bộ câu hỏi được xây dựng có sự tham gia, góp ý của các chuyên gia dịch tễ học, tâm thần, sau đó điều tra thử, chỉnh sửa và đi điều tra tại thực địa.

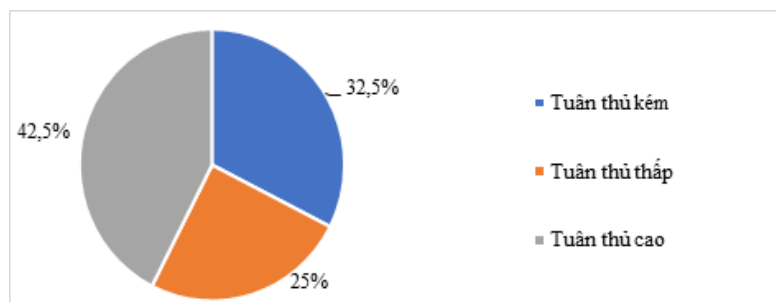
2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm EPI- DATA 3.1 và SPSS 20. Trong đánh giá kết quả sử dụng các phương pháp thống kê y học và dịch tễ học (tính giá trị trung bình, tỷ lệ), tính tỷ suất chênh OR và 95%CI_{OR}. Các số liệu được trình bày bằng các bảng số liệu và biểu đồ. Phân tích, tổng hợp để từ đó rút ra các nhận xét, đánh giá.

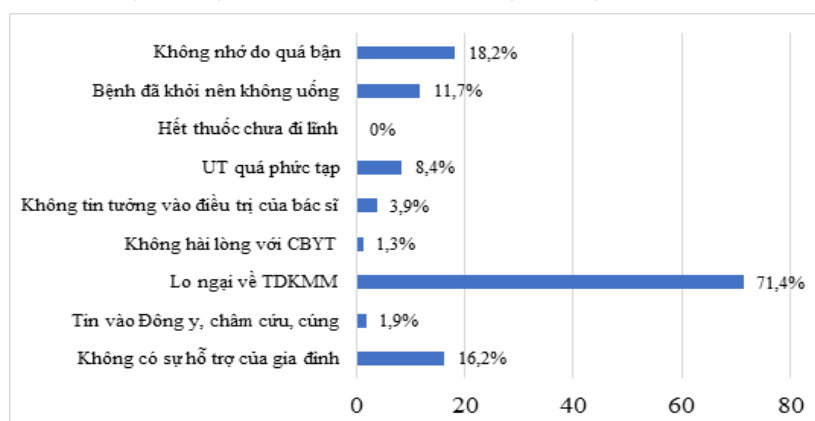
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng thông qua Đề cương luận văn thạc sĩ Y học dự phòng khoá 5 (2022-2024) của Trường Đại học Y dược Thái Bình theo Quyết định số 545/QĐ-YDTB ngày 12 tháng 03 năm 2024 trước khi tiến hành nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia và có thể dừng nghiên cứu bất cứ lúc nào khi không muốn tham gia nghiên cứu.

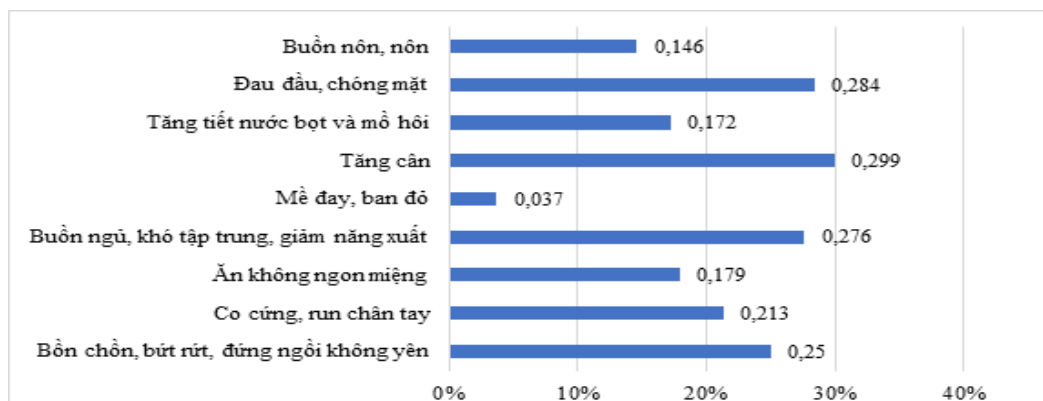
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh theo thang đánh giá Morisky – 8 (n=268)**

Qua biểu đồ 1 về tuân thủ điều trị của người bệnh theo thang đánh giá Morisky-8 cho thấy mức độ đối tượng tuân thủ điều trị cao (42,5%), tuân thủ điều trị thấp (25,0%) và tuân thủ điều trị kém (32,5%).

**Biểu đồ 2. Lý do người bệnh quên uống thuốc (n=154)**

Qua biểu đồ 2 cho thấy lý do người bệnh quên uống thuốc, lo ngại về tác dụng phụ của thuốc (71,4%), tiếp theo là không nhớ do quá bận (18,2%), không có sự hỗ trợ của gia đình (16,2%) và thấp nhất là không hài lòng với CBYT (1,3%).

**Biểu đồ 3. Các tác dụng không mong muốn của thuốc người bệnh gặp phải (n=268)**

Qua biểu đồ 3 cho thấy các tác dụng không mong muốn của thuốc người bệnh gặp, chủ yếu người bệnh có tác dụng phụ là tăng cân (29,9%), tiếp theo là buồn ngủ, khó tập trung, giảm năng suất (27,6%). Tác dụng phụ đau đầu, chóng mặt (28,4%), bồn chồn, bứt rứt, đứng ngồi không yên (25,0%) và thấp nhất là tác dụng phụ nổi mề đay (3,7%).

Bảng 1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi của người bệnh với tuân thủ điều trị (n=268)

Tuổi của NB	Tuân thủ điều trị		Tổng	OR (95% CI)
	Tuân thủ	Không tuân thủ		
≤ 35 tuổi	19	12	31	2,37
> 35 tuổi	95	142	237	(1,09-5,10)

Qua bảng 1 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi của người bệnh và tuân thủ điều trị, người bệnh có tuổi dưới 35 có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn người bệnh có tuổi trên 35 với $OR = 2,37 (1,09 - 5,10)$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa yếu tố kiến thức của người bệnh với tuân thủ điều trị (n=268)

Kiến thức của NB	Tuân thủ điều trị		Tổng	OR (95% CI)	p
	Tuân thủ	Không Tuân thủ			
Đạt	54	48	102	1,98 (1,20-3,28)	0,007
Chưa đạt	60	106	166		

Qua bảng 2 cho thấy, người bệnh có mức độ đạt về kiến thức tuân thủ điều trị tốt hơn so với người có kiến thức chưa đạt với $OR=1,98 (1,20-3,28)$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa yếu tố người bệnh gặp tác dụng không mong muốn của thuốc với tuân thủ điều trị

Tác dụng không mong muốn của thuốc	Tuân thủ điều trị		Tổng	OR (95% CI)	p
	Tuân thủ	Không Tuân thủ			
Có	48	122	170	0,19 (0,11-0,32)	>0,05
Không	66	32	98		

Qua bảng 3 cho thấy, người bệnh không gặp tác dụng phụ khi sử dụng thuốc tuân thủ điều trị tốt hơn so với người bệnh gặp tác dụng phụ khi sử dụng thuốc với $OR=0,19 (0,11-0,32)$, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa yếu tố sự hỗ trợ của gia đình với tuân thủ điều trị (n=268)

Sự hỗ trợ của gia đình	Tuân thủ điều trị		Tổng	OR (95% CI)	p
	Tuân thủ	Không Tuân thủ			
Gia đình đưa NB đi khám					
Có	72	75	147	1,80 (1,10-2,96)	0,02
Không	42	79	121		
Gia đình quản lý thuốc của NB					
Có	68	95	163	0,92 (0,55-1,50)	0,73
Không	46	59	105		
Gia đình thường xuyên nhắc nhở NB uống thuốc					
Có	79	103	182	1,12 (0,66-1,88)	0,67
Không	35	51	86		
Gia đình luôn động viên, thông cảm, quan tâm tới NB					
Có	111	141	252	3,41 (0,95-12,26)	0,04
Không	3	13	16		

Qua bảng 4 cho thấy, không có mối liên quan giữa sự hỗ trợ của gia đình về quản lý thuốc của người bệnh, thường xuyên nhắc nhở người bệnh uống thuốc với tuân thủ điều trị. Người bệnh được gia đình đưa đi khám tuân thủ điều trị tốt hơn so với người bệnh không được gia đình đưa đi khám với $OR=1,80$ (1,10-2,96), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Người bệnh được gia đình động viên, thông cảm, quan tâm tuân thủ điều trị tốt hơn với $OR=3,41$ (0,95-12,26), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Về thực trạng tuân thủ điều trị, biểu đồ 1 cho kết quả: tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị/ người bệnh tuân thủ điều trị cao là 42,5%, tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị là 57,5% (trong đó tỷ lệ người bệnh tuân thủ trung bình là 25% và tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị kém là 32,5%). Kết quả nghiên cứu cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Lý Thị Kim Chi là 39,6% người bệnh tuân thủ điều trị cao; nghiên cứu của Lê Thị Châu An là 54,81% người bệnh tuân thủ điều trị (trong đó tỷ lệ tuân thủ điều trị cao là 33,59%) [6]. Kết quả của nhóm nghiên cứu cũng tương tự như kết quả của một số nghiên cứu: 31,0% theo Lê Thị Tuyền [5]; 42,5% người bệnh tuân thủ thuốc đầy đủ theo Marco DiBonaventura [2], cao hơn so với nghiên cứu của Hilary O tại Nigeria [7] là 8,5% và nghiên cứu của Sanele là 12,6% [8]. Tỷ lệ tuân thủ đạt tương đối thấp so với các tuân thủ trong các bệnh mạn tính khác là từ 50% - 80%. Nguyên nhân là do đối tượng người bệnh TTPL khá đặc biệt, thường phủ định bệnh, kiến thức về bệnh còn hạn chế, người bệnh giao tiếp đôi khi còn khó khăn nên việc tuân thủ uống thuốc hàng ngày còn thấp, một số trường hợp khi thuốc uống còn do người nhà quản lý và giúp đỡ.

Quá trình phỏng vấn, thu thập thông tin thấy lý do quên uống thuốc chủ yếu của người bệnh là lo ngại về các tác dụng không mong muốn là 71,4%. Tiếp đến là các lý do: Không nhớ do quá bận là 18,2%; Không có sự hỗ trợ của gia đình là 16,2%; Cho là bệnh đã khỏi nên không uống chiếm 11,7%; Chế độ uống thuốc quá phức tạp chiếm 8,4%. Do địa bàn nghiên cứu là vùng nông thôn ven biển, điều kiện sống, mức sống còn thấp hơn tại các thành phố. Kinh tế gia đình còn khó khăn và là một cản trở lớn trong việc chăm sóc và hỗ trợ người bệnh TTPL. Vậy nên đa số gia đình chỉ hỗ trợ quản lý thuốc hoặc nhắc nhở người bệnh dùng thuốc trong một khoảng thời gian nhất định đã là một sự tiến bộ và cố gắng. Còn lại, đa số NB không có người trực tiếp chăm sóc và hỗ trợ các sinh hoạt hàng ngày.

Trên thực tế, lý do không tuân thủ điều trị của người bệnh TTPL là sợ các tác dụng phụ của thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi được hỏi về các TDKMN người bệnh gặp, chủ yếu người bệnh có tác dụng phụ là tăng cân (29,9%), tiếp theo là buồn ngủ, khó tập trung, giảm năng suất (27,6%). Tác dụng phụ đau đầu, chóng mặt (28,4%), bồn chồn, bứt rứt, đứng ngồi không yên (25,0%) và thấp nhất là tác dụng phụ nổi mề đay (3,7%). Vì vậy, CBYT cần phải thường xuyên đánh giá tiến triển của bệnh cũng như những khả năng có thể xảy ra do ảnh hưởng tác dụng phụ của thuốc đối với người bệnh

Nâng cao tỷ lệ tuân thủ trong TTPL có thể có một tác động tích cực đáng kể đến người bệnh, gia đình người bệnh và xã hội. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có kiến thức chung đạt với thực hành đạt về tuân thủ điều trị của người bệnh. Có 52,9% người bệnh trong nhóm có kiến thức đạt tuân thủ điều trị trong khi chỉ có 36,1% người bệnh có kiến thức chưa đạt tuân thủ điều trị. Nghĩa là nhóm người bệnh có kiến thức đạt tuân thủ gấp 1,98 lần so với nhóm người bệnh có kiến thức chưa đạt. Kết quả tương tự với kết quả của Lê Thị Tuyền có 98,8% người bệnh trong nhóm đạt về kiến thức cũng đạt về thực hành tuân thủ điều trị, trong khi tỷ lệ thực hành đạt về tuân thủ điều trị ở nhóm có kiến thức chưa đạt là 82,9%. Kết quả này cũng trùng với nhận định của Đinh Quốc Khánh (2010) khi chỉ ra mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của người chăm sóc chính với thực hành chăm sóc của họ với người bệnh TTPL [9]. Những người có kiến thức chung về bệnh chưa đạt thì sẽ có thực hành chăm sóc không đạt cao gấp 4,2 lần so với người có kiến thức đạt. Nhìn chung, các nghiên cứu đều chỉ ra có kiến thức tốt thì thực hành sẽ tốt hơn. Khi người bệnh có kiến thức tốt thì đồng nghĩa với việc họ ý thức tốt về bệnh tật và tình trạng sức khỏe của mình nên thực hành tuân thủ điều trị của họ sẽ tốt hơn. Vì vậy, hoạt động giáo dục nâng cao kiến thức về bệnh, tuân thủ điều trị sẽ góp phần nâng cao thực hành cũng như tuân thủ điều trị của người bệnh TTPL, việc cung cấp kiến thức, tuyên truyền, truyền thông về bệnh cho người bệnh TTPL và người nhà người bệnh

có hiệu quả, cần được duy trì thực hiện và cải tiến chất lượng nhằm đem lại hiệu quả cao hơn nữa.

Có đến 63,4% người bệnh có xuất hiện ít nhất một TDKMM của thuốc và có mối liên quan giữa TDKMM của thuốc với mức độ tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). 67,3% người bệnh không có tác dụng phụ khi sử dụng thuốc tuân thủ điều trị tốt hơn 19 lần so với người bệnh có tác dụng phụ. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu: Marco DiBonaventura báo cáo 86,2% người bệnh gặp ít nhất một TDKMM của thuốc và chỉ ra có mối liên quan giữa TDKMM của thuốc với tuân thủ điều trị [2]. Người bệnh có gặp TDKMM của thuốc hay không còn do loại thuốc sử dụng, sự đáp ứng và dung nạp thuốc của mỗi người bệnh là khác nhau. Cùng một loại thuốc nhưng có người bệnh gặp TDKMM có người bệnh không gặp. TDKMM của thuốc là yếu tố quan trọng để quyết định tiếp tục hay ngừng sử dụng thuốc [9]. Quan điểm điều trị chung là kiểm soát bệnh đồng thời với việc hạn chế TDKMM của thuốc, tuy nhiên việc giải quyết các TDKMM của thuốc chống loạn thần vẫn là một phần bị bỏ quên trong chăm sóc, điều trị TTPL, điều này có thể do những bất cập trong khâu cung ứng thuốc và quản lý bệnh TTPL tại cộng đồng đã làm hạn chế sự lựa chọn, thay đổi thuốc của bác sĩ trong điều trị bệnh. Mặc dù có bằng chứng về sự liên quan giữa tỷ lệ người bệnh gặp TDKMM với mức độ tuân thủ, nhưng cũng chưa có bằng chứng về việc giải quyết TDKMM của thuốc ở mỗi lần khám làm gia tăng sự tuân thủ điều trị của người bệnh.

Có mối liên quan giữa người bệnh được gia đình đưa người bệnh đi khám và luôn động viên, thông cảm, quan tâm tới người bệnh với tuân thủ điều trị của người bệnh. Người bệnh có gia đình đưa đi khám tuân thủ điều trị tốt hơn 1,8 lần so với người bệnh không có gia đình đưa đi khám; Người bệnh được gia đình động viên, thông cảm, quan tâm tuân thủ điều trị tốt hơn 3,41 lần so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Thực tế, có đến 94,0% người bệnh tuân thủ báo cáo rằng nhận được sự động viên, thông cảm từ gia đình và chỉ 6,0% người bệnh không nhận được sự động viên thông cảm từ gia đình tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyền [4] và Đình Quốc Khánh chỉ ra môi trường hỗ trợ gia đình và xã hội có ảnh hưởng rất lớn đến thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh [9]. Tỷ lệ người bệnh được nhắc nhở ngày khám và lĩnh thuốc hàng tháng (60% - 77,0%); Có 68,3% người bệnh được hỗ trợ quản lý thuốc điều trị hàng tháng; 74,6% người bệnh được hỗ trợ cho uống

thuốc/nhắc nhở uống thuốc hàng ngày. Sự quan tâm, động viên của gia đình đóng góp một phần rất lớn trong việc tuân thủ dùng thuốc của người bệnh. Qua đó có thể thấy được tầm quan trọng của sự hỗ trợ, chăm sóc, động viên và thông cảm của người thân và gia đình người bệnh là rất quan trọng. Gia đình là nơi người bệnh sống, mọi thành viên trong gia đình có thời gian tiếp xúc, gần gũi với người bệnh nhất [10]. Cần quan tâm, động viên hỗ trợ về tinh thần giúp người bệnh có động lực và niềm tin để điều trị. Hằng ngày luôn chú ý đảm bảo để người bệnh uống thuốc đủ, đúng giờ, đúng liều lượng, theo dõi và phát hiện kịp thời các biểu hiện bất thường của người bệnh, đưa người bệnh đến cơ sở y tế chuyên khoa sớm khi cần. Vấn đề tài chính trong gia đình sẽ hạn chế thời gian quản lý, chăm sóc, hỗ trợ phục hồi chức năng cho người bệnh. Kèm theo là sự hạn chế tham gia các hoạt động xã hội do sự kỳ thị về bệnh tâm thần vẫn còn thường xuyên trong nhiều gia đình, sự phân biệt đối xử của cộng đồng đối với người bệnh TTPL cũng như gia đình có người bị TTPL [11]. Những người bệnh có sự hỗ trợ từ những người xung quanh thì họ sẽ vượt qua được sự mặc cảm của bệnh tật cũng như sự kỳ thị. Vì vậy, địa phương cần thông tin giáo dục sức khỏe hơn nữa để nâng cao thái độ cho người bệnh, gia đình người bệnh và cộng đồng giúp họ thay đổi quan niệm về bệnh, điều trị bệnh và tái hòa nhập xã hội.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh Tâm thần phân liệt theo thang điểm đánh giá Morisky-8: 42,5% người bệnh tuân thủ điều trị

- Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kiến thức, tác dụng không mong muốn và sự hỗ trợ của gia đình với tuân thủ điều trị của người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Đức Trình (2010), Giáo trình Tâm thần học, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E (2012), A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia, BMC Psychiatry.
3. Lý Thị Kim Chi (2021), Thực trạng và 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 năm 2021, Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội.

4. **Lê Thị Tuyền (2013)**, 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.
5. **Trung tâm Y tế huyện Giao Thủy (2023)**, Báo cáo chương trình chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng năm 2023, Trung tâm Y tế huyện Giao Thủy
6. **Lê Thị Châu An và các cộng sự. (2024)**, Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tâm thần phân liệt đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Tân Bình năm 2023, Tạp chí Y Dược Thực hành 175(37), tr. 9-9.
7. **Hillary O. Odo SOO, Imafidon O. Agbonile, Peter O. Esan, et al (2014)**, Assessment of adherence to psychotropic medications among outpatients at the Pharmacy Department of a Psychiatric Hospital, in Benin City, Nigeria, Asian Journal of Pharmaceutics.
8. **Sanele M (2012)**, Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting, African Journal of Pharmacy and Pharmacology.
9. **Đinh Quốc Khánh (2010)**, Kiến thức - thái độ - thực hành của NCSC người bệnh TTPL tại nhà và một số yếu tố liên quan đến thực hành chăm sóc ở huyện Bình Xuyên Vĩnh Phúc năm 2010, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
10. **Nguyễn Thị Dung (2023)**, Kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà của người chăm sóc chính tại bệnh viện tâm thần tỉnh nam định năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam. 526(2).