

DISABILITY CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AT THE MENTAL HEALTH INSTITUTE, BACH MAI HOSPITAL IN 2024

Nguyen Thi Phuong Huy*, Pham Thi Thu Hien, Pham Phuong Thao, Dinh Van Cuong

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Phuong Dinh Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 22/05/2025

Revised: 09/06/2025; Accepted: 17/06/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of disability in schizophrenic patients at Mental Health Institute, Bach Mai Hospital.

Method: A cross-sectional study.

Results: The average age of schizophrenia onset was 34.42 ± 10.85 years. The majority of patients were under 40 years old (73.3%), while those aged 40 and above accounted for 26.7%. The prevalence of schizophrenia was higher in females (56.7%) than in males (43.3%). Patients aged ≥ 40 had significantly higher disability scores in the domains of understanding and communication (6.88 ± 6.13 vs. 3.22 ± 4.50 , $p = 0.015$) and social integration (6.63 ± 4.84 vs. 3.68 ± 3.89 , $p = 0.018$). Patients with a history of psychiatric medication use had higher disability scores in mobility (2.82 ± 3.20 vs. 0.56 ± 0.73 , $p = 0.040$), daily life activities (8.39 ± 7.41 vs. 3.00 ± 3.91 , $p = 0.038$), and overall disability score (34.51 ± 25.42 vs. 15.33 ± 14.59 , $p = 0.033$).

Conclusion: Disability is quite common among individuals with schizophrenia. Most patients experience significant difficulties in understanding and communication, social integration, and daily life activities.

Keywords: Functional disability, functional impairment, schizophrenia.

*Corresponding author

Email: nguyenphuonghuy071820@gmail.com **Phone:** (+84) 988709956 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2615**

ĐẶC ĐIỂM KHUYẾT TẬT Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024

Nguyễn Thị Phương Huy*, Phạm Thị Thu Hiền, Phạm Phương Thảo, Đinh Văn Cường

Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Phương Đình, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Received: 22/05/2025

Revised: 09/06/2025; Accepted: 17/06/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm khuyết tật ở người bệnh tâm thần phân liệt tại Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,42 \pm 10,85$. Nhóm dưới 40 tuổi chiếm đa số với 73,3%;. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ và nam là 56,7%; 43,3%. Nhóm ≥ 40 tuổi có điểm số cao hơn đáng kể trong lĩnh vực hiểu biết và giao tiếp ($6,88 \pm 6,13$ so với $3,22 \pm 4,50$, $p = 0,015$) và hòa nhập với mọi người ($6,63 \pm 4,84$ so với $3,68 \pm 3,89$, $p = 0,018$). NB có lịch sử sử dụng thuốc tâm thần có điểm số khuyết tật cao hơn ở lĩnh vực di chuyển ($2,82 \pm 3,20$ so với $0,56 \pm 0,73$, $p = 0,040$); điểm hoạt động sống hàng ngày ($8,39 \pm 7,41$ so với $3,00 \pm 3,91$, $p = 0,038$) và tổng điểm khuyết tật ($34,51 \pm 25,42$ so với $15,33 \pm 14,59$, $p = 0,033$).

Kết luận: Khuyết tật khá phổ biến ở những người mắc bệnh tâm thần phân liệt. Hầu hết người bệnh gặp khó khăn nhiều trong lĩnh vực hiểu biết và giao tiếp, hòa nhập với mọi người, hoạt động sống hàng ngày.

Từ khóa: Khuyết tật chức năng, suy giảm chức năng, tâm thần phân liệt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính, ảnh hưởng đến 1% dân số trên toàn thế giới. Đây là một trong mười căn bệnh hàng đầu góp phần vào tăng gánh nặng bệnh tật toàn cầu [4]. Tâm thần phân liệt gây suy giảm nhận thức, dẫn đến suy giảm chức năng trong công việc, trường học, nuôi dạy con cái, tự chăm sóc, sống tự lập, các mối quan hệ giữa cá nhân và thời gian giải trí [8]. Hậu quả đáng lo ngại nhất của bệnh tâm thần phân liệt là tỷ lệ tử vong sớm cao hơn bình thường, nguy cơ tự sát ở những người mắc bệnh tâm thần phân liệt cao gấp 15 đến 25 lần so với dân số nói chung [5]. Nam giới mắc chứng tâm thần phân liệt là nạn nhân của tội giết người gần gấp mười lần so với dự kiến [9]. Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và làm việc của người bệnh đều giảm sút [2].

Trên thế giới có khoảng 26 triệu người bệnh tâm thần phân liệt. trong đó Việt Nam ghi nhận tỷ lệ 0,47% dân số [7].

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về TTPL tại Việt Nam,

nhưng chưa có nghiên cứu nào khảo sát tình trạng khuyết tật của người bệnh TTPL điều trị nội trú. Do đó, chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm khuyết tật ở người bệnh tâm thần phân liệt tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh Viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả những người bệnh điều trị nội trú được bác sĩ chẩn đoán là tâm thần phân liệt mã F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6 tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 04 năm 2024.

- Người bệnh hoặc người nhà có thể đọc và hiểu tiếng Việt

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh và người nhà không thể trả lời các bảng

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvphuonghuy071820@gmail.com Điện thoại: (+84) 988709956 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2615>

câu hỏi.

- Người bệnh bị khuyết tật vận động
- Người bệnh bị khuyết tật nghe, nói
- Người bệnh bị khuyết tật nhìn
- Người bệnh bị khuyết tật thần kinh, tâm thần
- Người bệnh bị khuyết tật trí tuệ

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 02/2023 đến tháng 04/2024 tại Viện sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tất cả người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn: 60 người.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp 60 người bệnh tâm thần phân liệt bằng bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần 1: Thu thập thông tin người bệnh; Phần II: Điểm số khuyết tật theo bộ công cụ WHODAS 2.0 - 36 câu hỏi được thiết kế dưới dạng Liker từ không đến không thể thực hiện. Điểm càng cao thì chức năng sống cũng như mức độ tàn tật càng lớn.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả: Trung bình, tần suất, độ lệch chuẩn và anova

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học, hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai tại quyết định số 7011/QĐ-BM ngày 28 tháng 11 năm 2023

- Các thông tin về nghiên cứu được phổ biến trực tiếp, đầy đủ cho người đại diện pháp lý và đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự chấp thuận tự nguyện tham gia của người đại diện pháp lý và/hoặc đối tượng nghiên cứu. Các thông tin do các đối tượng nghiên cứu cung cấp hoàn toàn được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		34,42±10,85 15 – 66	
Nhóm tuổi	< 40	47	78,3
	≥ 40	13	21,7
Giới tính	Nữ	34	56,7
	Nam	26	43,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh TTPL là 34,42±10,85 với độ tuổi 15 - 66. Nhóm tuổi ≤ 40 tuổi chiếm phần lớn 73,3%, người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam.

3.2. Đặc điểm khuyết tật của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm khuyết tật giữa các nhóm tuổi và điểm WHODAS 2.0

Bảng 2. Đặc điểm khuyết tật giữa các nhóm tuổi và điểm WHODAS 2.0 (n=60)

Nhóm tuổi	Hiểu biết và giao tiếp	Di chuyển	Tự chăm sóc bản thân	Hòa nhập với mọi người	Hoạt động sống hàng ngày	Tham gia hoạt động xã hội
< 40	3,22±4,50	2,30±3,10	1,77±3,12	3,68±3,89	7,18±7,23	10,30±6,61
≥ 40	6,88±6,13	3,00±3,03	2,63±3,83	6,63±4,84	8,69±7,38	12,56±5,63
p	0,015	0,437	0,382	0,018	0,481	0,228

Nhận xét: Điểm số khuyết tật trong lĩnh vực hiểu biết và giao tiếp ở nhóm ≥ 40 tuổi cao hơn nhóm tuổi < 40 tuổi (6,88±6,13; 3,22±4,50; p = 0,015). Tương tự Điểm số khuyết tật trong lĩnh vực hòa nhập với mọi người ở nhóm ≥ 40 tuổi (6,63±4,84) cao hơn đáng kể so với nhóm < 40 tuổi (3,68±3,89), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,015). Điểm số thể hiện trên các lĩnh vực di chuyển, tự chăm sóc bản thân, hoạt động sống hàng ngày, tham gia hoạt động xã hội tuy cao hơn ở nhóm ≥ 40 tuổi, tuy nhiên p > 0,05 không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Đặc điểm khuyết tật giữa lịch sử sử dụng thuốc tâm thần và điểm WHODAS 2.0

Bảng 3. Đặc điểm khuyết tật giữa lịch sử sử dụng thuốc tâm thần và điểm WHODAS 2.0 (n=60)

Lịch sử dùng thuốc	Hiểu biết và giao tiếp	Di chuyển	Tự chăm sóc bản thân	Hòa nhập với mọi người	Hoạt động sống hàng ngày	Tham gia hoạt động xã hội
Có	4,75± 5,41	2,82±3,20	2,16±3,45	4,92±4,47	8,39±7,41	11,47±6,37
Không	1,11± 1,70	0,56± 0,73	1,11±2,32	1,89±2,10	3,00±3,91	7,67±5,87
p	0,052	0,04	0,387	0,052	0,038	0,100

Nhận xét: Những người bệnh đã từng sử dụng thuốc tâm thần có điểm số khuyết tật cao hơn những người bệnh chưa từng sử dụng thuốc tâm thần trong di chuyển và hoạt động sống hàng ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Đặc điểm khuyết tật giữa lịch sử tuân thủ sử dụng thuốc và điểm WHODAS 2.0

Bảng 4. Đặc điểm khuyết tật giữa lịch sử tuân thủ sử dụng thuốc và điểm WHODAS 2.0 (n=60)

Lịch sử tuân thủ điều trị	Hiểu biết và giao tiếp	Di chuyển	Tự chăm sóc bản thân	Hòa nhập với mọi người	Hoạt động sống hàng ngày	Tham gia hoạt động xã hội
Có	4,17± 5,60	2,46±3,50	1,38± 2,12	4,33± 4,76	6,83±7,70	10,96±6,97
Không	4,22± 4,67	2,50± 2,80	2,42± 3,88	4,56± 4,07	8,08± 6,98	10,86±6,09
p	0,968	0,959	0,235	0,847	0,517	0,955

Nhận xét: Người bệnh tuân thủ điều trị có điểm số khuyết tật thấp hơn những người bệnh không tuân thủ điều trị, điển hình lĩnh vực tự chăm sóc bản thân (1,38±2,12; 2,42±3,88) và hoạt động sống hàng ngày (6,83±7,70; 8,08±6,98) với $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Đặc điểm khuyết tật giữa các lần điều trị và điểm WHODAS 2.0

Bảng 5. Đặc điểm khuyết tật giữa các lần điều trị và điểm WHODAS 2.0 (n=60)

Số lần điều trị	Hiểu biết và giao tiếp	Di chuyển	Tự chăm sóc bản thân	Hòa nhập với mọi người	Hoạt động sống hàng ngày	Tham gia hoạt động xã hội
Chưa bao giờ	3,11± 3,58	1,61±2,06	2,39±3,88	3,94±4,04	8,83±7,783	11,50±5,10
1 lần	4,31± 5,08	3,19±3,78	2,06±3,32	4,63±4,57	7,50±8,40	11,06±7,62
2 lần	3,09± 5,34	2,45±3,11	2,09±3,56	4,23±4,71	7,45±7,46	10,90±6,95
Trên 2 lần	6,20± 6,57	2,80±3,28	1,40±2,53	5,07±4,46	6,27±5,39	10,00±6,55
p	0,323	0,494	0,866	0,903	0,801	0,930

Nhận xét: Về hiểu biết và giao tiếp điểm số khuyết tật ở những người bệnh đã điều trị nội trú trên 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất là và thấp nhất là đã từng điều trị 2 lần (6,20± 6,57; 3,09± 5,34). Với sự di chuyển thì điểm số khuyết tật tập trung cao nhất ở những người bệnh đã từng điều trị ở bệnh viện 1 lần và thấp nhất là chưa bao giờ điều trị (3,19±3,78; 1,61±2,06). Điểm số khuyết tật về tự chăm sóc bản thân chiếm phần lớn ở người bệnh chưa từng điều trị và phần nhỏ ở người bệnh đã điều trị nội trú trên 2 lần (2,39±3,88; 1,40±2,53). Khả năng hòa nhập với mọi người có điểm số khuyết tật xuất hiện cao nhất ở người bệnh đã từng điều trị nội trú trên 2 lần và thấp nhất ở người bệnh chưa bao giờ điều trị (5,07±4,46; 3,94±4,04). Hoạt động sống hàng ngày có điểm số khuyết tật chiếm ưu thế ở người bệnh chưa bao giờ điều trị và không ưu thế ở người bệnh đã điều trị tại bệnh viện trên 2 lần (8,83±7,783; 6,27±5,39). Lĩnh vực tham gia hoạt động xã hội có điểm số khuyết tật cao nhất được thể hiện ở người bệnh chưa bao giờ điều trị và thấp nhất ở người bệnh đã điều trị trên 2 lần (11,50±5,10; 10,00±6,55). Tất cả các sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi là $34,42 \pm 10,85$ tương đương với nghiên cứu của Akinsulore và cộng sự là $32,10 \pm 10,70$ [1]. Về nhóm tuổi chúng tôi cho thấy nhóm <40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3% kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fakorde và cộng sự (2020) với lứa tuổi 30 -39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (56,7%; 43,3%) khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Olangun và cộng sự (2016) (Nữ: 55%; nam: 45%) [6]. Tâm thần phân liệt là một bệnh lý loạn thần có khuynh hướng mạn tính, và có chỉ định sử dụng thuốc chuyên khoa tâm thần lâu dài. Khi sử dụng thuốc người bệnh có thể phải đối diện với các tác dụng không mong muốn như cứng hàm, khó nói, khó nuốt, mắt nhìn ngược.... Tác giả Fakorde và cộng sự (2020) cho thấy những người bệnh có tác dụng không mong muốn của thuốc có tỷ lệ khuyết tật cao hơn những người bệnh không có tác dụng không mong muốn của thuốc (87,5%; 76,2%) [3]. Do vậy người bệnh có lịch sử dùng thuốc chuyên khoa tâm thần có tỷ lệ khuyết tật cao hơn ($34,51 \pm 25,42$; $15,33 \pm 14,59$); $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc có điểm số khuyết tật thấp hơn người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc ($30,1$; $3 \pm 27,61$; $32,64 \pm 23,43$). Điều này có thể giải thích là người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc sẽ giúp tình trạng bệnh tật được cải thiện rất nhiều triệu chứng âm tính, vì vậy người bệnh có điểm số khuyết tật thấp hơn người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc. Những người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc sẽ làm bệnh tật ngày một tiến triển nặng nề. Kết quả này với $p > 0,05$, không có ý nghĩa thống kê.

Số lần người bệnh tâm thần phân liệt điều trị nội trú không thấy có mối tương quan với số lần điều trị nội trú, mặc dù người bệnh đã từng điều trị nội trú có khuynh hướng có điểm số khuyết tật cao hơn là chưa bao giờ điều trị. Tuy nhiên sự phân bố về điểm số khuyết tật không đồng đều, ở 1 lần điều trị có điểm số khuyết tật cao nhất, 2 lần điều trị có điểm số khuyết tật thấp nhất nhưng từ 2 lần trở lên có điểm số khuyết tật lại cao hơn 2 lần và thấp hơn ở 1 lần điều trị. Thực trạng này có thể do đối tượng nghiên cứu trả lời phỏng vấn chưa sát với bộ câu hỏi dẫn đến phân bố khuyết tật không theo xu hướng, với $p > 0,05$ không có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Khuyết tật chức năng là một vấn đề phổ biến ở người bệnh tâm thần phân liệt, đặc biệt là ở nhóm ≥ 40 tuổi và nữ giới. Nghiên cứu cho thấy người bệnh gặp nhiều khó khăn trong các lĩnh vực hiểu biết và giao tiếp, hòa nhập xã hội, và hoạt động sống hàng ngày. Những người bệnh có tiền sử sử dụng thuốc tâm thần có mức độ khuyết tật cao hơn, đặc biệt trong di chuyển và thực hiện các hoạt động sống hàng ngày.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: (i) Cần nâng cao chất lượng chăm sóc phục hồi chức năng như: tăng cường các chương trình phục hồi chức năng tập trung vào kỹ năng giao tiếp, tự chăm sóc bản thân và hòa nhập cộng đồng; phát triển các mô hình can thiệp cá nhân hóa nhằm cải thiện chất lượng sống của người bệnh; (ii) Tăng cường hỗ trợ tâm lý và xã hội; (iii) Tiếp tục nghiên cứu với mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tác động của phục hồi chức năng đối với khả năng chức năng của người bệnh tâm thần phân liệt và so sánh với các nhóm bệnh lý tâm thần khác để có cái nhìn toàn diện hơn về tình trạng khuyết tật trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Akinsulore A, Mapayi BM, Aloba OO, Oloniniyi I, Fatoye FO, Makanjuola ROA, 2015, "Disability assessment as an outcome measure: A comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control", *Annals of General Psychiatry*, số 14(1), tr. 40. doi: 10.1186/s12991-015-0079-6.
- [2] Caldwell CB, Gottesman II, 1992, "Schizophrenia—A high-risk factor for suicide: Clues to risk reduction", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, số 22(4), tr. 479–493. doi: 10.1111/j.1943-278X.1992.tb01040.x.
- [3] Fakorede OO, Ogunwale A, Akinhanmi AO, 2020, "Disability among patients with schizophrenia: A hospital-based study", *International Journal of Social Psychiatry*, số 66(2), tr. 179-187. doi:10.1177/0020764019894608.
- [4] Minzenberg MJ, Yoon JH, Carter CS, American Psychiatric Publishing, Inc., 2008, *Schizophrenia*, trong *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 5th ed., tr. 407–456.
- [5] Murray CJL, Lopez AD (eds.), Harvard University Press, 1996, *The Global Burden of Disease and Injury Series, Vol 1: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, MA.
- [6] Olagunju AT, Adegbaaju DA, Uwakwe R, 2016,

- "Disability among attendees with schizophrenia in a Nigerian hospital: Further evidence for integrated rehabilitative treatment designs", *Mental Illness*, số 8(2), tr. 40–46. doi: 10.1108/mi.2016.6647.
- [7] Regier DA, 1988, "One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites", *Archives of General Psychiatry*, số 45(11), tr. 977. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800350011002.
- [8] Terkelsen KG, Menikoff A, 1995, "Measuring the costs of schizophrenia. Implications for the post-institutional era in the US", *Pharmacoeconomics*, số 8(3), tr. 199–222. doi: 10.2165/00019053-199508030-00004.
- [9] US Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 2001, *Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenges in the Developing World*.