

THE CURRENT SITUATION OF COMMUNITY INTEGRATION FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS AT DONG DA WARD HEALTH STATION, HANOI CITY

Hoang Thi Thu Cham^{1,2}, Pham Thi Thu Huong^{2*}, Tran Ngoc Phan¹, Le Chau Anh², Vu Thi Ngoc³.

¹Dong Da Ward Health Station-No. 10, Lane 122 Lang Street, Dong Da Ward, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University-No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Psychiatric Hospital-Lane 4C7 Nguyen Van Linh, Phuc Dong, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 01/04/2026

Revised: 28/04/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objective: Describes of the current state of community integration measured by the Community Integration Questionnaire-Revised scale (CIQ-R) and related factors among patients with schizophrenia at Dong Da Ward Health Station, Hanoi City 2025.

Subject and method: This is a cross-sectional descriptive study 94 patients with schizophrenia among the age of 18-65 with duration of illness at least 1 year who received outpatient treatment from October 2025 to March 2026.

Results: The median age was 53 ± 14 , and the duration of illness was $27,50 \pm 16,25$ years. The majority were male (75,5%), unemployed (83,0%), and had low incomes (64,9%). Community integration (CIE) was low ($7,70 \pm 5,72$). Females scored higher than males in the family integration, social integration, and overall scores, with statistical significance ($p < 0.05$). The older the age and longer the duration of illness, the lower the CIE. Those with incomes $> 750,000$ VND/month and who were employment had higher CIE. No association was found between CIE and educational level, medication adherence, and family function ($p > 0.05$).

Conclusion: In addition to managing and supporting patients' adherence to medication treatment, relevant agencies and the healthcare system need to work together towards models of social rehabilitation and vocational support to improve the quality of life for patients with intellectual disabilities and reduce the overall burden on society.

Keywords: Community integration, schizophrenia, medication adherence, family support.

*Corresponding author

Email: phamhuong@hmu.edu.vn Phone: (+84) 914914636 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5709

THỰC TRẠNG HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI TRẠM Y TẾ PHƯỜNG ĐỒNG ĐA, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Hoàng Thị Thu Châm^{1,2}, Phạm Thị Thu Hường^{2*}, Trần Ngọc Phan¹, Lê Châu Anh², Vũ Thị Ngọc³

¹Trạm Y tế Phường Đồng Đa-Số 10 ngõ 122 Đường Láng, Phường Đồng Đa, TP Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội-Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tâm thần Hà Nội-Ngõ 467 Nguyễn Văn Linh, Phúc Đồng, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/04/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hòa nhập cộng đồng theo thang CIQ-R và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) tại Trạm Y tế Phường Đồng Đa, Hà Nội năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 94 người bệnh TTPL từ 18 – 65 tuổi, mắc ≥ 1 năm, điều trị ngoại trú từ tháng 10/2025 tới tháng 03/2026.

Kết quả: Tuổi trung vị là 53 ± 14 , thời gian mắc bệnh $27,50 \pm 16,25$ năm. Đa số là nam (75,5%), không việc làm (83,0%), thu nhập thấp (64,9 %). Mức độ hòa nhập cộng đồng (HNCD) còn thấp ($7,70 \pm 5,72$). Nữ có điểm cao hơn so với nam ở cấu phần hoà nhập gia đình, hoà nhập xã hội, và tổng điểm với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuổi càng cao, thời gian mắc bệnh càng dài thì mức HNCD càng thấp. Nhóm thu nhập > 750,000 đồng/tháng, có việc làm thì mức HNCD cao hơn. Không ghi nhận mối liên quan giữa HNCD với trình độ học vấn, tuân thủ thuốc, chức năng gia đình ($p > 0,05$).

Kết luận: Ngoài việc quản lý NB TTPL tuân thủ điều trị, cần sự phối hợp liên ngành nhằm phát triển các mô hình phục hồi chức năng xã hội, hỗ trợ nghề nghiệp để nâng cao chất lượng cuộc sống cho NB TTPL, giảm gánh nặng cho xã hội.

Từ khóa: Hòa nhập cộng đồng, tâm thần phân liệt, tuân thủ điều trị, hỗ trợ gia đình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 24 triệu người mắc bệnh Tâm thần phân liệt (TTPL) hay 1/300 người trên toàn thế giới [1]. Bệnh TTPL có khuynh hướng mạn tính với các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Đặc trưng của bệnh là tái phát nhiều lần, suy giảm nhận thức dai dẳng kèm với những triệu chứng dương tính và âm tính. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bệnh viện Tâm thần Trung Ương I tỷ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần (TT) thường gặp là 14,2% dân số, trong đó số người mắc TTPL là 0,27% [1].

Hòa nhập cộng đồng (HNCD) được xem là quá trình người bệnh (NB) TT tái thiết lập và duy trì các mối quan hệ có ý nghĩa giữa các cá nhân thông qua trao đổi với các thành viên trong cộng đồng (CĐ) sinh sống [2]. Khái niệm HNCD được mở rộng qua thời gian và khẳng định qua ba lĩnh vực không thể thiếu là khả năng tự lập (hòa nhập gia đình), hoạt động xã hội, và năng suất lao động. NB TTPL trong giai đoạn cấp tính được điều trị tại các cơ sở chuyên khoa TT, khi triệu chứng được cải thiện hoặc thuyên giảm chuyển về quản lý, điều trị tại CĐ nhằm ngăn ngừa tái phát và phục hồi chức năng xã hội [2,3]. Tuy nhiên, quá trình phục hồi tại CĐ còn gặp nhiều hạn chế, NB TTPL phải đối mặt với nguy cơ tái phát cao kèm với sự suy giảm trong nhận

thức và những rối loạn nghiêm trọng trong chức năng xã hội dẫn đến suy giảm chức năng gia đình, mất việc làm, và tái nhập viện [4]. Hơn nữa, sự kỳ thị và phân biệt đối xử trong xã hội khiến NB bị cô lập, ngày càng thu mình gây khó khăn trong việc duy trì các mối quan hệ ảnh hưởng lớn đến HNCD [4].

Nghiên cứu tại Mỹ chỉ ra các yếu tố như giới tính nữ và thu nhập cao có liên quan ý nghĩa với mức độ HNCD [5]. Bên cạnh đó, đánh giá tại Na Uy cho thấy nhóm NB TTPL là nam giới, đã kết hôn, trình độ học vấn cao, thời gian khởi phát bệnh trước 35 tuổi và thời gian nằm viện ngắn có mức HNCD tốt hơn. Ngược lại, tình trạng thất nghiệp có ảnh hưởng tiêu cực tới điểm số của thang đo HNCD [6]. Hơn nữa, theo nghiên cứu của tác giả Brasso và cộng sự thì thời gian mắc bệnh dài cùng với suy giảm các chức năng TT ảnh hưởng lớn đến cuộc sống hàng ngày và các kỹ năng làm việc của NB TTPL [7]. Ngoài ra, việc tuân thủ dùng thuốc được cho là yếu tố quan trọng, ảnh hưởng đến mức HNCD. Một nghiên cứu tại CĐ ở Tây Ban Nha chỉ ra, mặc dù chỉ số HNCD của NB TTPL còn thấp nhưng nhóm tuân thủ điều trị có mức HNCD cao hơn so với nhóm còn lại (73,0% và 60,1%, $p < 0,05$) [8].

*Tác giả liên hệ

Email: phamhuong@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 914914636 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5709

Tại Việt Nam, việc điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở mới chỉ dừng lại ở việc phát hiện, quản lý, điều trị ngoại trú và trợ cấp xã hội cho NB TTPL đạt một phần mục tiêu đã đặt ra của chương trình mục tiêu y tế Quốc gia bảo vệ sức khỏe TT CD. NB TTPL quản lý tại CD được điều trị chủ yếu bằng liệu pháp hoá dược, trong khi các liệu pháp phục hồi chức năng và tâm lý còn hạn chế về nguồn lực, chưa được quan tâm nhiều tại tuyến y tế cơ sở. Trạm Y tế phường (TYTP) Đống Đa hiện đang quản lý và điều trị hơn 200 NBTT, trong đó có 110 người được chẩn đoán TTPL. Với mục tiêu mong muốn tìm ra bằng chứng khoa học thiết thực liên quan đến mức độ HNCD để đề xuất các can thiệp hỗ trợ NB TTPL, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài này với hai mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng hòa nhập cộng đồng ở người bệnh Tâm thần phân liệt tại Trạm Y tế phường Đống Đa, Hà Nội năm 2025; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hòa nhập cộng đồng ở người bệnh tâm thần phân liệt tại Trạm Y tế phường Đống Đa, Hà Nội năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa khám bệnh – TYTP Đống Đa, Hà Nội từ tháng 10/2025 tới tháng 3/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đang được quản lý điều trị ngoại trú tại TYTP Đống Đa, Hà Nội có thời gian chẩn đoán bệnh TTPL ≥ 1 năm, từ 18 – 65 tuổi có năng lực hiểu và trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB đang trong giai đoạn loạn thần cấp, có chẩn đoán rối loạn TT thực tổn, sa sút trí tuệ, chậm phát triển TT.

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ 110 NB TTPL đang được điều trị ngoại trú đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được mời tham gia. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 94 NB đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích số liệu.

2.5. Bộ công cụ nghiên cứu:

Thông tin chung: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, thu nhập, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

Thang đo tuân thủ dùng thuốc Morisky – 8 (MMAS – 8): Thang MMAS – 8 được phát triển năm 2008, gồm 8 câu hỏi đánh giá các hành vi tuân thủ dùng thuốc. Cách trả lời từ câu 1 đến câu 7 là có (1 điểm)/không (0 điểm) với câu số 5 đảo chiều; câu 8 trả lời theo Likert (0 = luôn luôn, 0,25 = thường xuyên, 0,5 = đôi khi, 0,75 = thỉnh thoảng, 1 = không bao giờ/hiếm). Tổng điểm phân loại theo ba mức độ: tuân thủ cao (8 điểm), trung bình (6 – <8 điểm) và thấp (0 – <6 điểm). Thang đã được kiểm định tại Việt Nam và được sử dụng rộng rãi. Nghiên cứu này, hệ số Cronbach alpha là 0.63 [9].

Thang đo APGAR gia đình: Thang của tác giả Smilkstein (1978) đo lường mức độ hài lòng của cá nhân với chức năng gia đình, gồm 5 thành tố: thích nghi, hợp tác, phát triển, tình cảm và giải quyết. Mỗi câu có 3 mức độ trả lời:

0 (không bao giờ), 1 (thỉnh thoảng), 2 (hầu như luôn luôn). Tổng điểm là 0 đến 10 điểm, điểm càng cao thì mức độ hài lòng về sự hỗ trợ của gia đình càng cao [10]. Thang đã được kiểm định tại Việt Nam và được sử dụng rộng rãi trong cộng đồng. Trong nghiên cứu này, hệ số Cronbach alpha là 0.64.

Thang đo hòa nhập cộng đồng Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R): được phát triển bởi tác giả Callaway (2016) đánh giá mức độ HNCD của NB. Thang gồm 18 câu hỏi đánh giá điều kiện sống qua 4 cấu phần: hoà nhập tại nhà (câu 1 – 6), hoà nhập xã hội (câu 7 – 11), năng suất lao động (câu 12 – 15) và mạng xã hội (câu 16 – 18). Tổng điểm từ 0 – 35 điểm, điểm càng cao thể hiện mức độ HN của NB càng tốt [11]. Bộ công cụ đã được Hường và cộng sự đánh giá tính giá trị và độ tin cậy trên đối tượng NB trầm cảm và sinh viên với hệ số Cronbach alpha là 0,83 [12]. Trong nghiên cứu này là 0,936.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR), biến định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Do các biến nghiên cứu không tuân theo phân bố chuẩn, các phương pháp thống kê phi tham số được sử dụng trong phân tích. So sánh giữa hai nhóm sử dụng Mann – Whitney, từ 3 nhóm trở lên thực hiện bằng kiểm định Kruskal – Wallis, phân tích tương quan thực hiện bằng hệ số tương quan Spearman. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đề cương luận văn thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội (Số 5003/QĐ-ĐHYHN ngày 22/7/2025) và được TYTP chấp thuận cho việc lấy số liệu. NB và người nhà được giải thích về mục đích nghiên cứu trước khi ký vào giấy đồng thuận tham gia. Các thông tin được bảo mật và chỉ phục vụ nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu (N= 94)

Biến số	n/Median $\pm$ IQR (Min – Max)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	53 $\pm$ 14 (26 – 65)	
Thời gian mắc bệnh (năm)	27,50 $\pm$ 16,25 (6 – 51)	
Thu nhập (VNĐ)	750,000 $\pm$ 250,000 (0 – 1,590,000)	
$\leq 750,000$	61	64,9
$> 750,000$	33	35,1
Giới tính		
Nam	71	75,5
Nữ	23	24,5

Biến số	n/Median $\pm$ IQR (Min – Max)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn		
Trung học cơ sở	35	37,2
Trung học phổ thông	40	42,6
Cao đẳng/Đại học	19	20,2
Nghề nghiệp		
Không có việc làm/ không làm gì	78	83,0
Có việc bán thời gian/ toàn thời gian	16	17,0
Tuân thủ dùng thuốc (MMAS-8)		
Tuân thủ thấp	61	64,9
Tuân thủ trung bình	43	35,1
Chức năng gia đình (APGAR)	6,25 $\pm$ 2,25 (1,5 – 7,0)	

Bảng 1 cho thấy tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 53 ± 14 (26 – 65), thời gian mắc bệnh $27,50 \pm 16,25$ năm. Thu nhập trung bình của NB là $750,000 \pm 250,000$ đồng/tháng. Nhóm thu nhập thấp $\leq 750,000$ đồng/tháng (64,9 %) cao gần gấp đôi nhóm thu nhập $> 750,000$ đồng (35,1%). Có tới 2/3 đối tượng nghiên cứu là nam (75,5 %). Nhóm có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), tiếp là nhóm Trung học cơ sở (37,2%), nhóm có trình độ cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,2 %). Phần lớn không việc làm hoặc không tham gia lao động (83,0%). Không NB nào đạt điểm tuân thủ điều trị tốt, phần lớn tuân thủ thấp (64,9%) và 1/3 tuân thủ trung bình (35,1%). Điểm chức năng gia đình APGAR trung bình là $6,25 \pm 2,25$ (1,5 – 7,0), phản ánh mức độ hỗ trợ gia đình trung bình.

Bảng 2. Sự khác biệt về giới trong hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt (N= 94)

Nhóm câu hỏi	Nam (n=71) Mean $\pm$ SD	Nữ (n=23) Mean $\pm$ SD	Phân tích đôi biến (Mann-Whitney U test)	p-value
Hòa nhập gia đình	3,27 $\pm$ 2,49	5,63 $\pm$ 3,73	U = 564; Z = -2,665	0,008
Hòa nhập xã hội	1,48 $\pm$ 1,34	2,17 $\pm$ 1,49	U = 515; Z = -2,124	0,034
Năng suất lao động	1,54 $\pm$ 1,47	1,69 $\pm$ 1,69	U = 586; Z = -0,282	0,778
Sử dụng mạng xã hội	0,48 $\pm$ 0,89	1,04 $\pm$ 1,77	U = 785,5; Z = -0,920	0,358
Tổng điểm	6,79 $\pm$ 4,90	10,54 $\pm$ 7,12	U = 735,5; Z = -2,223	0,026
Tổng điểm chung	7,70 $\pm$ 5,72			

Bảng 2 thể hiện sự khác biệt về giới trong HNCD ở NB TTPL. Nữ có điểm cao hơn nam ở cấu phần hòa nhập gia đình (5,63 $\pm$ 3,73 so với 3,27 $\pm$ 2,49) và hòa nhập xã hội (2,17 $\pm$ 1,49 so với 1,48 $\pm$ 1,34) với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 giới ở lĩnh vực

năng suất lao động và sử dụng mạng xã hội. Nhìn chung, nữ giới ghi nhận điểm trung bình HNCD cao hơn đáng kể so với nam (10,54 $\pm$ 7,12 với 6,79 $\pm$ 4,90), có ý nghĩa thống kê ($p = 0,026$). Tổng điểm chung của nhóm NB TTPL là $7,70 \pm 5,72$.

Bảng 3. Phân tích đôi biến về mối liên quan giữa đặc điểm chung của người bệnh tâm thần phân liệt với mức độ hòa nhập cộng đồng

Các biến		CIQ-R Mean $\pm$ SD	Giá trị thống kê (Z/H/rho)	p-value
Tuổi	Từ 18 – 65	7,70 $\pm$ 5,72	rho = -0,207 (S*)	0,045
Thời gian mắc bệnh	Từ 6 – 51	7,70 $\pm$ 5,72	rho = -0,322 (S*)	0,002
Thu nhập	$\leq 750,000$	6,39 $\pm$ 5,03	Z = -2,84 (M**)	0,005
	$> 750,000$	10,12 $\pm$ 9,18		
Giới tính	Nam	6,79 $\pm$ 4,90	Z = -2,223 (M**)	0,026
	Nữ 10,54 $\pm$ 7,12			
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở	6,37 $\pm$ 5,15	H = 4,316 (K***)	0,116
	Trung học phổ thông	8,21 $\pm$ 6,68		
	Cao đẳng/Đại học	7,70 $\pm$ 5,72		
Nghề nghiệp	Không có việc làm/ không làm gì	6,49 $\pm$ 5,23	Z = -4,547 (M**)	<0,001
	Có việc bán thời gian/ toàn thời gian	13,61 $\pm$ 4,17		
Tuân thủ dùng thuốc (MMAS-8)	Tuân thủ thấp	7,58 $\pm$ 6,43	Z = -0,544 (M**)	0,587
	Tuân thủ trung bình	7,80 $\pm$ 5,19		
Chức năng gia đình (APGAR)	Từ 1,5 – 7,0	7,70 $\pm$ 5,72	rho = 0,140 (S*)	0,179

(*Spearman; **Mann – Whitney; ***Kruskal – Wallis)

Bảng 3 trình bày mối liên quan giữa một số đặc điểm chung của NB với mức độ HNCĐ. Tuổi và thời gian mắc bệnh tương quan nghịch mức độ trung bình với HNCĐ, chỉ số rho = -0,207, và rho = -0,322 ($p < 0,05$). Nghĩa là tuổi càng cao và thời gian mắc bệnh càng lâu thì mức độ HNCĐ càng giảm. Nhóm có thu nhập > 750,000 đồng/tháng có điểm HNCĐ cao hơn nhóm $\leq 750,000$ đồng/tháng ($10,12 \pm 9,18$ so với $6,39 \pm 5,03$) với mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$). NB có việc làm (bán thời gian/toàn thời gian) có điểm HNCĐ cao hơn gấp đôi so với nhóm không việc làm ($13,61 \pm 4,17$ so với $6,49 \pm 5,23$), với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nữ có điểm HNCĐ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê với HNCĐ ($p = 0,026$). Nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn, mức độ tuân thủ dùng thuốc, và mức độ hài lòng về chức năng gia đình không liên quan ý nghĩa tới mức độ HNCĐ.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của NB TTPL là 54 ± 14 (26 – 65), thời gian mắc bệnh $27,50 \pm 16,25$ năm. Tới 2/3 NB là nam (75,5%), 83,0% không việc làm, và 64,9% thu nhập thấp. Kết quả cho thấy đặc điểm thường gặp ở NB TTPL trong CD chủ yếu là mạn tính với thời gian mắc bệnh lâu, suy giảm đáng kể chức năng xã hội và nghề nghiệp. Nghiên cứu của Rabinowitz tại Israel cho thấy tuổi khởi phát sớm liên quan chặt chẽ tới mức độ nghiêm trọng của bệnh (nhập viện nhiều hơn, ngày điều trị nội trú kéo dài hơn) điều này có thể lý giải thời gian mắc bệnh kéo có mức độ HNCĐ thấp [13]. Những đặc điểm này phù hợp với tổng quan của Harvey và cộng sự đã chỉ ra người mắc TTPL thường bị suy giảm đa chức năng đặc biệt về nhận thức, động lực xã hội, nghề nghiệp và khả năng thực hiện sinh hoạt hàng ngày [14]. Tỷ lệ NB không có việc làm là 83,0% cao hơn gấp 2,7 lần so với nghiên cứu trên NB trầm cảm kháng trị của Hường (31,2%) [15]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm bệnh học của TTPL có các triệu chứng âm tính và suy giảm nhận thức kéo dài làm hạn chế khả năng duy trì việc làm ổn định. Ngược lại, NB trầm cảm mặc dù có suy giảm chức năng nhưng một số trường hợp vẫn có khả năng phục hồi từng phần và tham gia lao động.

Kết quả ghi nhận nữ giới có mức độ HNCĐ tốt hơn nam, tổng điểm CIQ-R ở nữ là $10,54 \pm 7,12$ cao hơn so với $6,79 \pm 4,90$ ở nam ($p = 0,026$). Thể hiện ở khía cạnh HN gia đình ở nữ $5,63 \pm 3,73$ so với nam là $3,27 \pm 2,49$ ($p = 0,008$) và HN xã hội ở nam chỉ có $1,48 \pm 1,34$ thấp hơn hẳn so với nữ là $2,17 \pm 1,49$ ($p = 0,034$). Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu theo dõi trong 14 năm của Ran trên 510 NB TTPL tại Trung Quốc (2015). Tác giả chỉ ra NB TTPL nam có tỉ lệ tử vong, tự sát và vô gia cư, kèm với hỗ trợ gia đình kém hơn so với nữ [16]. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Hường trên NB trầm cảm kháng trị về mặt HN gia đình ghi nhận có 50,5% NB nữ tự chuẩn bị bữa ăn một mình, trong khi nam chỉ 14,7%. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về giới trong năng suất lao động ($p > 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu trong nhóm trầm cảm kháng trị nam giới có tỉ lệ có việc làm, đi học, hay tham gia công việc tình nguyện nhiều hơn so với nữ (47,1% với 26,4), và có tới 32,4% nam làm việc hoặc đi học toàn thời gian, còn ở nữ chỉ 6,6% [12, 15]. Sự

khác biệt này có thể được lý giải do đặc điểm bệnh học giữa 2 nhóm đối tượng. Nghiên cứu này của chúng tôi ghi nhận NB TTPL tại CD có tổng điểm HNCĐ là $7,70 \pm 5,72$, thấp hơn nhiều so với người bình thường từ 18 – 64 tuổi với $22,33 \pm 4,74$ (11) và so với NB trầm cảm kháng trị ở CD là $13,96 \pm 7,01$ (14). Điều này lý giải do TTPL đặc trưng bởi các triệu chứng âm tính kéo dài và suy giảm nhận thức, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng duy trì việc làm và tham gia các hoạt động xã hội. Trong khi đó ở NB trầm cảm kháng trị, các rối loạn chủ yếu liên quan đến cảm xúc, nhận thức, nhưng NB vẫn có thể duy trì hoặc phục hồi một phần chức năng xã hội và nghề nghiệp.

Kết quả cũng chỉ ra tuổi và thời gian mắc bệnh có tương quan nghịch với HNCĐ, điều này lý giải NB càng lớn tuổi hoặc sống chung với bệnh càng lâu có mức độ HNCĐ càng giảm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu phân tích gộp trên 84 nghiên cứu với 33,456 người tham gia cho thấy chức năng xã hội có cải thiện theo thời gian, nhưng mức cải thiện tốt hơn ở nhóm mắc bệnh < 5 năm, toàn bộ chức năng xã hội có mức cải thiện trung bình, trong khi các thành phần riêng chỉ cải thiện mức nhỏ đến vừa, như chức năng nghề nghiệp, hành vi xã hội, hoạt động và tính độc lập [17]. Phân tích này cho thấy rằng với bệnh lý TT mạn tính, thời gian mắc bệnh càng dài thì khả năng phục hồi chức năng xã hội sẽ hạn chế, phù hợp với xu hướng quan sát được trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu cho thấy nhóm thu nhập > 750,000 đồng/tháng có điểm HNCĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm $\leq 750,000$ đồng/tháng. Đặc biệt người có việc điểm HNCĐ cao hơn gấp đôi với nhóm không việc ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fond tại Trung Quốc (2023) trên 916 NB TTPL có tới 739 người (80,7%) thuộc nhóm thu nhập thấp cho thấy bệnh TTPL gắn chặt với tình trạng nghèo đói và bất bình đẳng, đồng thời nhấn mạnh việc hỗ trợ nhà ở, đào tạo nghề, hỗ trợ việc làm và HNCĐ cho nhóm này. Điều này ủng hộ kết quả của chúng tôi khi chỉ ra rằng thu nhập thấp và thất nghiệp đi kèm với suy giảm chức năng HNCĐ [18].

Nghiên cứu cho thấy nhóm tuân thủ thuốc thấp và trung bình không có sự khác biệt về mức độ HNCĐ. Bên cạnh đó, kết quả cũng chỉ ra không có NB nào đạt điểm tuân thủ điều trị tốt, phần lớn NB tuân thủ dùng thuốc thấp (64,9%) và 1/3 NB tuân thủ trung bình (35,1%). Việc tuân thủ thuốc chống loạn thần được chỉ ra là một yếu tố dự báo quan trọng về sự thuyên giảm triệu chứng và tâm lý xã hội ở NB ngoại trú mắc TTPL, từ đó ảnh hưởng đến mức độ HNCĐ [20]. Tuy nhiên theo mô hình hiện nay, mục tiêu điều trị NB TTPL là đạt được sự phục hồi hoàn toàn, không chỉ thuyên giảm triệu chứng mà còn đạt mức độ hoạt động cao nhất có thể đối với từng cá nhân, điều này nhất thiết liên quan đến việc HNCĐ của NB. Việc tuân thủ điều trị TTPL nói chung được coi là yếu tố then chốt để tối ưu hóa sự phục hồi. Do vậy, bên cạnh việc quản lý hỗ trợ NB tuân thủ điều trị bằng thuốc, cần sự phối hợp liên ngành nhằm phát triển các mô hình phục hồi chức năng xã hội, hỗ trợ nghề nghiệp để nâng cao chất lượng cuộc sống cho NB TTPL, giảm gánh nặng cho xã hội.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 94 NB TTPL điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở cho thấy mức độ HNCĐ còn thấp. So sánh về giới cho thấy nữ giới có điểm cao hơn so với nam ở cấu phần hoà nhập gia đình, hoà nhập xã hội, và tổng điểm HNCĐ với mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, tuổi càng cao và thời gian mắc bệnh càng dài thì mức độ HNCĐ càng thấp. Ngoài ra, nhóm có thu nhập > 750,000 đồng/tháng, có việc làm (bán thời gian/toàn thời gian) có mức độ HNCĐ cao hơn nhóm còn lại.

6. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn những NB TTPL và người nhà, Ban lãnh đạo Trạm Y tế Phường Đồng Đa và Trường Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ và hỗ trợ cho nghiên cứu.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO. Schizophrenia 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>]
- [2] Wong Y-LI, Diane M, and Min S-Y. Neighborhood Experiences and Community Integration. *Social Work in Mental Health*. 2006;4(3):45-59.
- [3] Luo X, Law SF, Wang X, Shi J, Zeng W, Ma X, et al. Effectiveness of an Assertive Community Treatment program for people with severe schizophrenia in mainland China – a 12-month randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2019;49(6):969-79. doi: 10.1017/S0033291718001629.
- [4] Chafi YK, Amare T, Haile K, Damene W, Tesfaye G, Minichil W. Prevalence and correlates of job loss among schizophrenia outpatients at St. Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia; cross sectional study. *PLoS One*. 2020;15(12):e0242352. doi: 10.1371/journal.pone.0242352.
- [5] Chadi Abdallah MD, Carl I. Cohen MD, Miguel Sanchez-Almira MD, Pia Reyes MD, Paul Ramirez PD. Community Integration and Associated Factors Among Older Adults With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2009;60(12):1642-8. doi: 10.1176/ps.2009.60.12.1642.
- [6] Serra R, Etemadi Y, van Regteren Altena M, Barbui C, Tarsitani L. A systematic review of Clinical Practice Guidelines for the development of the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation: focus on schizophrenia. *Front Public Health*. 2023;11:1215617. doi: 10.3389/fpubh.2023.1215617.
- [7] Brasso C, Bellino S, Bozzatello P, Montemagni C, Rocca P. Real-life functioning and duration of illness in schizophrenia: A mediation analysis. *Heliyon*. 2025;11(1):e41332. doi:10.1016/j.heliyon.2025.e41332.
- [8] Bernardo M, Cañas F, Herrera B, García Dorado M. Adherence predicts symptomatic and psychosocial remission in schizophrenia: Naturalistic study of patient integration in the community. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2017;10(3):149-59. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.04.001.
- [9] Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.
- [10] Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
- [11] Callaway L, Winkler D, Tippet A, Herd N, Migliorini C, Willer B. The Community Integration Questionnaire - Revised: Australian normative data and measurement of electronic social networking. *Aust Occup Ther J*. 2016;63(3):143-53. doi: 10.1111/1440-1630.12284.
- [12] Pham TTH, Wu C-Y, Lee MB, Nguyen VT, Pham TTH, Nguyen TLA, et al. Longitudinal associations between psychological factors, community integration, and suicide risks among patients with treatment-resistant depression in Vietnam. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1597196.
- [13] Rabinowitz J, Levine SZ, Häfner H. A population based elaboration of the role of age of onset on the course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2006;88(1):96-101. doi: 10.1016/j.schres.2006.07.007.
- [14] Harvey PD, Heaton RK, Carpenter WT, Jr., Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional impairment in people with schizophrenia: focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophr Res*. 2012;140(1-3):1-8. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.025.
- [15] Huong PTT, Wu C-Y, Lee M-B, Chen I-M. Associations of Suicide Risk and Community Integration Among Patients With Treatment-Resistant Depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; Volume 13 - 2022. doi: 10.3389/fpsyt.2022.806291.
- [16] Ran M-S, Mao W-J, Chan CL-W, Chen EY-H, Conwell Y. Gender differences in outcomes in people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*. 2015;206(4):283-8. doi: 10.1192/bjp.bp.113.139733.
- [17] De Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, Hasson-Ohayon I, Vermeulen JM, Mulder CL, et al. Changes in social functioning over the course of psychotic disorders—A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;239:55-82. doi: 10.1016/j.schres.2021.11.010.
- [18] Fond GB, Yon DK, Tran B, Mallet J, Urbach M, Leignier S, et al. Poverty and inequality in real-world schizophrenia: a national study. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. doi: 10.3389/fpubh.2023.1182441.

