

THE STATUS OF TREATMENT MANAGEMENT AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN PRIMARY HEALTHCARE SETTINGS IN WESTERN HAI PHONG, VIETNAM, 2026

Tran Thi Bich Thanh¹, Pham Van Manh², Tran Thi Thuy Ha^{2,3}

¹Hai Duong Mental Health Hospital-Nghien Phan Residential Group, Thach Khoi Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Hai Phong Medical University Hospital-225C Lach Tray, Ngo Quyen, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of treatment management and some factors associated with relapse among patients with schizophrenia in primary healthcare settings in Western Hai Phong, Vietnam, 2026.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 433 patients. Data were collected through structured interviews and medical record review. Descriptive statistics, Chi-square tests, and univariate odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were applied.

Results: The proportion of patients under regular management was 86.9%, while 87.8% received home-based follow-up care and 48.0% were supervised for medication intake. The relapse rate within the past 12 months was 9.9%. No significant association was found between relapse and gender or age ($p > 0.05$). Patients with a treatment duration of ≥ 40 years had a higher relapse rate compared to those treated for < 20 years (OR=4.02; 95%CI:1.25–12.98; $p < 0.05$). Patients under medication supervision had higher relapse rates; however, this finding should be interpreted cautiously because of possible reverse causation.

Conclusion: The management and treatment of patients with schizophrenia at the primary healthcare level achieved positive outcomes. However, further strengthening of medication supervision and improvement in the quality of patient management remain necessary.

Keywords: schizophrenia, treatment management, relapse, primary healthcare.

*Corresponding author

Email: tttha@hpmu.edu.vn Phone: (+84) 903267059 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5597

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ PHÍA TÂY THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2026

Trần Thị Bích Thanh¹, Phạm Văn Mạnh², Trần Thị Thúy Hà^{2,3}

¹Bệnh viện sức khỏe tâm thần Hải Dương-Tổ dân phố Nghiên Phấn, phường Thạch Khôi, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng-225C Lạch Tray, Ngô Quyền, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh ở người bệnh tâm thần phân liệt tại tuyến y tế cơ sở phía Tây thành phố Hải Phòng năm 2026.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 433 người bệnh. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn người bệnh kết hợp với tra cứu hồ sơ quản lý. Phân tích thống kê mô tả, kiểm định χ^2 và tính OR đơn biến với khoảng tin cậy 95%.

Kết quả: 86,9% người bệnh được quản lý thường xuyên; 87,8% được theo dõi tại nhà; 48,0% được giám sát uống thuốc. Có 9,9% tái phát bệnh trong 12 tháng qua. Nhóm người bệnh có thời gian điều trị ≥ 40 năm có tỷ lệ tái phát cao hơn nhóm < 20 năm (OR=4,02; 95% CI:1,25–12,98; $p<0,05$). Bệnh nhân được giám sát việc uống thuốc có tỷ lệ tái phát cao hơn; tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải thận trọng do khả năng nguyên nhân ngược chiều.

Kết luận: Công tác quản lý điều trị người bệnh tâm thần phân liệt tại tuyến y tế cơ sở phía Tây Hải Phòng đạt kết quả tích cực. Công tác giám sát sử dụng thuốc và nâng cao chất lượng quản lý người bệnh vẫn cần được tăng cường.

Từ khóa: tâm thần phân liệt, quản lý điều trị, tái phát, y tế cơ sở.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một rối loạn tâm thần mạn tính, đặc trưng bởi rối loạn tư duy, cảm xúc và hành vi, gây suy giảm chức năng xã hội và khả năng lao động. Theo WHO, tỷ lệ hiện mắc bệnh tâm thần phân liệt trên toàn cầu dao động khoảng 0,3–0,7% dân số. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trong nhóm bệnh không lây nhiễm [1],[2]. Người bệnh TTPL thường cần điều trị lâu dài bằng thuốc chống loạn thần kết hợp với các can thiệp tâm lý - xã hội, trong đó quản lý điều trị tại cộng đồng đóng vai trò quan trọng nhằm duy trì ổn định bệnh và phòng ngừa tái phát [3].

Các nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ không tuân thủ điều trị ở người bệnh TTPL có thể lên tới 40–60%, làm tăng nguy cơ tái phát, nhập viện và gánh nặng kinh tế cho gia đình và hệ thống y tế [4],[5]. Những yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị bao gồm đặc điểm cá nhân của người bệnh, sự hỗ trợ của gia đình và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế [6]. Tại Việt Nam, chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc, trong đó tuyến y tế cơ sở giữ vai trò then chốt trong quản lý hồ sơ, cấp phát thuốc và theo dõi người bệnh. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị còn chưa cao, dao động từ 50–70%, đồng thời công tác quản lý còn gặp nhiều khó khăn như thiếu nhân lực chuyên môn, hạn chế nguồn lực và sự kỳ thị xã hội đối với người bệnh tâm thần [7],[8].

Hải Phòng là thành phố lớn với hệ thống y tế cơ sở tương đối phát triển. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện về hoạt động quản lý điều trị người bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng, đặc biệt tại khu vực phía Tây thành phố – nơi có sự chuyển dịch mạnh về kinh tế – xã hội và dân số. Câu hỏi đặt ra là: Tỷ lệ được quản lý, tuân thủ điều trị hiện nay là bao nhiêu? Có những yếu tố nào liên quan đến tái phát bệnh? Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng hoạt động quản lý điều trị người bệnh tâm thần phân liệt tại tuyến y tế cơ sở phía tây Hải Phòng năm 2026 và một số yếu tố liên quan đến tái phát của người bệnh.

2. 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

Nghiên cứu được tiến hành tại 54 xã, phường thuộc phía tây thành phố Hải Phòng. Công tác quản lý chuyên môn đối với người bệnh tâm thần phân liệt tại khu vực này do Bệnh viện Sức khỏe Tâm thần Hải Dương đảm nhiệm theo phân công của Sở Y tế Hải Phòng trong hoạt động chỉ đạo tuyến chuyên ngành tâm thần.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026.

*Tác giả liên hệ

Email: tttha@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 903267059 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5597

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ NB được chẩn đoán là tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10) mục F20.

+ NB đã điều trị ít nhất 3 tháng trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ NB mắc bệnh cấp tính đang điều trị tại thời điểm nghiên cứu.

+ NB có chẩn đoán nghiện chất kèm theo.

+ NB không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: là hệ số giới hạn tin cậy ở mức $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
 p: tỷ lệ người bệnh được quản lý điều trị thường xuyên tại cộng đồng theo các nghiên cứu và báo cáo về chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng tại tuyến y tế cơ sở ở Việt Nam; Lấy $p = 0,8$ [9].

d: sai số tối đa của ước lượng chọn là 4% ($d=0,04$)

Thay các giá trị, cỡ mẫu $n = 384$ (người). Đây là cỡ mẫu tối thiểu. Dự phòng 10% từ chối tham gia nên cỡ mẫu dự kiến là 422 người. Trên thực tế chúng tôi tiến hành phỏng vấn 433 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống:

- Bước 1: Lập danh sách tất cả người bệnh tâm thần phân liệt hiện đang được quản lý tại 54 xã, phường thuộc khu vực phía Tây thành phố Hải Phòng. Danh sách này được trích xuất từ hệ thống quản lý người bệnh tâm thần cộng đồng do Phòng Chỉ đạo tuyến của Bệnh viện Sức khỏe Tâm thần Hải Dương quản lý và cập nhật định kỳ từ các trạm y tế xã/phường trong khu vực. Theo số liệu quản lý đến ngày 01/02/2026, có 1.760 người bệnh tâm thần phân liệt đang được quản lý tại cộng đồng thuộc địa bàn nghiên cứu, dự kiến chọn khoảng $n = 422$ người bệnh vào nghiên cứu, khoảng mẫu $k = N/n = 4,2$, chọn $k = 4$

- Bước 2: Sử dụng bảng số, tiến hành chọn người bệnh theo công thức: $i + 1k, i + 2k, i + 3k, \dots$ cho đến khi đủ 422 người bệnh TTPL quản lý. Trong trường hợp người bệnh vắng mặt sẽ chọn người bệnh thay thế. Người bệnh thay thế là người bệnh liền kề bên dưới trong danh sách đã lập sẵn của phòng CĐT. Việc thay thế được thực hiện theo cùng danh sách quản lý và cùng tiêu chuẩn lựa chọn nhằm hạn chế sai lệch chọn mẫu. Thực tế, nhóm nghiên cứu tiến đã hành phỏng vấn 433 trường hợp.

2.5. Biến số/chi số nghiên cứu

Bao gồm:

(1) Đặc điểm chung người bệnh (Giới tính; Tuổi (phân nhóm: <30; 30–39; 40–49; 50–59; 60–69; ≥70); Thời gian điều trị (năm; phân nhóm: <5; 5–10; 11–20; 21–30; 31–40; ≥40).

(2) Thực trạng quản lý điều trị tại tuyến y tế cơ sở: Được quản lý thường xuyên (có/không); Được cán bộ y tế giám sát uống thuốc (có/không); Được cán bộ y tế đến thăm và theo dõi tại nhà (có/không); Hồ sơ quản lý đầy đủ (có/không)

(3) Tuân thủ điều trị: Được đánh giá thông qua phỏng vấn người bệnh hoặc người chăm sóc chính kết hợp đối chiếu thông tin trong hồ sơ quản lý tại trạm y tế. Người bệnh được xác định là tuân thủ điều trị khi báo cáo sử dụng thuốc theo đơn và không ghi nhận bỏ thuốc kéo dài hoặc ngừng điều trị trong thời gian theo dõi theo hồ sơ quản lý. Nghiên cứu không áp dụng các phương pháp đánh giá khách quan như đếm thuốc tồn, thang đo tuân thủ chuẩn hóa hoặc xác minh qua dữ liệu cấp phát thuốc.

(4) Tái phát bệnh: Tái phát bệnh trong 12 tháng qua (có/không). Thu thập từ: hồ sơ quản lý và phỏng vấn

Tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu

- Được quản lý thường xuyên: Người bệnh có tên trong sổ quản lý và được theo dõi định kỳ theo quy định của chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở.

- Hồ sơ quản lý đầy đủ: Hồ sơ được coi là đầy đủ khi có đủ các nội dung (Thông tin hành chính; Chẩn đoán bệnh; Điều trị; Theo dõi định kỳ).

- Tuân thủ điều trị: Người bệnh được xác định là tuân thủ điều trị khi người bệnh hoặc người chăm sóc báo cáo sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ trong phần lớn thời gian điều trị (≥80%) và hồ sơ quản lý tại tuyến y tế cơ sở không ghi nhận tình trạng bỏ thuốc kéo dài hoặc ngừng điều trị trong thời gian theo dõi.

- Tái phát bệnh: Người bệnh được xác định có tái phát khi: Có xuất hiện lại triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác, kích động...); và/hoặc phải thay đổi phác đồ điều trị hoặc nhập viện trong 12 tháng qua.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

2.6.1. Công cụ thu thập thông tin

- Phiếu phỏng vấn: Xây dựng dựa trên tiêu chí/tham khảo từ Quyết định 155/QĐ –TTg ngày 29/01/2021 của Thủ tướng chính phủ về phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025 và Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế (2001): Dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em (2001)[4],[7].

Bộ công cụ khảo sát gồm 2 phần: - Phiếu kiểm tra hồ sơ quản lý - Phiếu phỏng vấn người bệnh/người chăm sóc

2.6.2. Triển khai thu thập số liệu

Tập huấn cho nhóm nghiên cứu về mục tiêu nghiên cứu, kỹ năng phỏng vấn và nghiên cứu hồ sơ bệnh án để lấy thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Thu thập thông tin gồm: phỏng vấn người bệnh về các thông tin về khám chữa bệnh, sử dụng thuốc, sự hỗ trợ của gia đình, TYT trong quản lý người bệnh; tra cứu hồ sơ bệnh án của người bệnh được quản lý tại TYT để thu thập thông tin cần thiết vào mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế từ trước.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để phân tích số liệu.

- Sử dụng test thống kê y học: Chi-square test, Fisher's exact test để xác định sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân tái phát và

các yếu tố. Phân tích đơn biến, tính toán tỷ suất chênh OR (odds ratio) với 95% khoảng tin cậy (95% CI) để xác định mối liên quan giữa các yếu tố và thực trạng tái phát của bệnh nhân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tuân thủ theo đề cương được Hội đồng đánh giá đề cương luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Nghiên cứu cũng được sự chấp thuận và tạo điều kiện thuận lợi của Ủy ban nhân dân, Trạm y tế các phường, xã tiến hành điều tra thuộc thành phố Hải Phòng, của lãnh đạo Bệnh viện Sức khỏe Tâm thần Hải Dương và Sở Y tế Hải Phòng.

Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ quản lý và phỏng vấn người bệnh, do đó, nguy cơ đối với đối tượng nghiên cứu là tối thiểu. Người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và có quyền từ chối hoặc rút lui bất cứ lúc nào. Tất cả các thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	227	52,4
	Nữ	206	47,6
Tuổi	< 30 tuổi	4	0,9
	30-39 tuổi	23	5,3
	40-49 tuổi	85	19,6
	50-59 tuổi	121	27,9
	60-69 tuổi	148	34,2
	Từ 70 tuổi trở lên	52	12,0
Thời gian điều trị	< 5 năm	7	1,6
	5-10 năm	6	1,4
	11-20 năm	144	33,3
	21-30 năm	180	41,6
	31-40 năm	77	17,8
	≥ 40 năm	19	4,4
TỔNG		433	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 433 người bệnh tham gia nghiên cứu, người bệnh nam chiếm 52,4% và nữ chiếm 47,6%. Về phân bố tuổi, nhóm tuổi từ 50 trở lên chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt nhóm 60–69 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (34,2%), tiếp đến là nhóm 50–59 tuổi (27,9%). Nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp (6,2%). Thời gian điều trị của người bệnh chủ yếu kéo dài, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm 21–30 năm (41,6%), tiếp theo là nhóm 11–20 năm (33,3%). Các nhóm có thời gian điều trị dưới 10 năm chiếm tỷ lệ rất thấp (3,0%).

3.2. Thực trạng quản lý điều trị

Bảng 2. Thực trạng quản lý điều trị

Nội dung	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Được quản lý thường xuyên	366	86,9

Nội dung	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Người bệnh thuộc nhóm được cán bộ y tế giám sát uống thuốc	208	48,0
Được cán bộ y tế đến thăm và giám sát tại nhà	380	87,8
Tái phát bệnh trong 12 tháng qua	43	9,9
Tuân thủ điều trị	432	99,8
Hồ sơ quản lý đầy đủ	348	80,3
TỔNG	433	100,0

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh được quản lý thường xuyên tại tuyến y tế cơ sở đạt 86,9%. Hoạt động giám sát tại cộng đồng được triển khai tương đối tốt, với 87,8% người bệnh được cán bộ y tế đến thăm và theo dõi tại nhà. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh được giám sát uống thuốc trực tiếp còn thấp (48,0%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị đạt 99,8%, trong khi tỷ lệ tái phát bệnh trong 12 tháng qua là 9,9%. Tỷ lệ hồ sơ quản lý đầy đủ đạt 80,3%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tái phát bệnh trong 12 tháng qua

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tái phát bệnh trong 12 tháng qua

Yếu tố		Tái phát (SL, %)	Không tái phát (SL, %)	OR	p
Giới	Nam	27 (11,9)	200 (88,1)	1,60 (0,83-3,06)	0,154
	Nữ	16 (7,8)	190 (92,2)		
Tuổi	< 50 tuổi*	11 (9,8)	101 (90,2)	-	-
	50-59 tuổi	14 (11,6)	107 (88,4)	1,20 (0,52-2,77)	0,666
	60-69 tuổi	12 (8,1)	136 (91,9)	0,81 (0,34-1,91)	0,630
	Từ 70 tuổi trở lên	6 (11,5)	46 (88,5)	1,19 (0,42-3,43)	0,737
Thời gian điều trị	< 20 năm*	12 (7,6)	145 (92,4)	-	-
	21-30 năm	19 (10,6)	161 (89,4)	1,42 (0,67-3,04)	0,358
	31-40 năm	7 (9,2)	69 (90,8)	1,22 (0,46-3,25)	0,682
	≥ 40 năm	5 (25,0)	15 (75,0)	4,02 (1,25-12,98)	0,019
Được cán bộ y tế giám sát uống thuốc	Có	36 (17,3)	172 (82,7)	6,51 (2,83-15,00)	<0,001
	Không	7 (3,1)	218 (96,9)		

*) : Biến tham chiếu

Nhận xét: Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát bệnh trong 12 tháng qua theo giới, tuổi ($p > 0,05$). Nhóm người bệnh có thời gian điều trị từ 21–30 năm và 31–40 năm không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới 20 năm ($p > 0,05$). Nhóm có thời gian điều trị ≥ 40 năm có tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể so với nhóm có thời gian điều trị dưới 20 năm (25,0% so với 7,6%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=4,02; 95% CI: 1,25–12,98; $p < 0,05$). Nhóm được giám sát uống thuốc có tỷ lệ tái phát cao hơn

so với nhóm không được giám sát (17,3% so với 3,1%), với $OR=6,51$ (95% CI: 2,83–15,00; $p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh thuộc nhóm tuổi từ 50 trở lên, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm 60–69 tuổi. Điều này phản ánh đặc điểm mạn tính và tiến triển kéo dài của bệnh tâm thần phân liệt, khi người bệnh thường phải điều trị lâu dài và tích lũy theo thời gian [1],[2].

Nhóm người bệnh có thời gian điều trị 21–30 năm chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy người bệnh thường sống chung với bệnh trong thời gian dài, đòi hỏi hệ thống quản lý điều trị bền vững tại cộng đồng [3],[4].

Kết quả Bảng 2 cho thấy, tỷ lệ người bệnh được quản lý thường xuyên tại tuyến y tế cơ sở đạt 86,9%, cho thấy chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã được triển khai tương đối hiệu quả tại địa phương. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, nơi tỷ lệ quản lý thường xuyên dao động từ 70–80% [7],[8].

Hoạt động thăm khám và giám sát tại cộng đồng được thực hiện khá tốt, với 87,8% người bệnh được cán bộ y tế đến thăm tại nhà. Điều này phù hợp với định hướng của các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, nhấn mạnh vai trò của quản lý ngoại trú và theo dõi liên tục [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh được cán bộ y tế giám sát uống thuốc trực tiếp còn thấp (48,0%), cho thấy còn hạn chế trong việc đảm bảo tuân thủ điều trị thực tế của người bệnh. Trong khi đó, tỷ lệ tuân thủ điều trị ghi nhận rất cao (99,8%), cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế (40–60%) [4],[5]. Kết quả này cần được diễn giải thận trọng do phương pháp đánh giá chủ yếu dựa trên phỏng vấn người bệnh/người chăm sóc kết hợp hồ sơ quản lý tại tuyến y tế cơ sở. Nghiên cứu không sử dụng các công cụ đánh giá khách quan như thang đo tuân thủ chuẩn hóa, đếm thuốc còn lại hoặc đối chiếu dữ liệu cấp phát thuốc. Do đó, tỷ lệ tuân thủ có thể đã được đánh giá cao hơn thực tế do ảnh hưởng của sai số nhớ lại và xu hướng trả lời xã hội mong muốn. Mặt khác, đối tượng nghiên cứu là những người bệnh đang được quản lý trong chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, vì vậy có thể có mức độ tuân thủ cao hơn so với quần thể người bệnh tâm thần phân liệt nói chung. Tỷ lệ tái phát bệnh trong 12 tháng qua là 9,9%, thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây, nơi tỷ lệ tái phát dao động từ 20–40% [4],[6]. Điều này có thể phản ánh hiệu quả của hệ thống quản lý cộng đồng tại địa phương, tuy nhiên cũng cần thận trọng khi diễn giải do phụ thuộc vào khả năng ghi nhận và báo cáo. So với các nghiên cứu tại cộng đồng ở Việt Nam và một số quốc gia đang phát triển, tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này tương đối thấp. Điều này có thể phản ánh hiệu quả của mạng lưới quản lý bệnh tâm thần tại tuyến y tế cơ sở ở Hải Phòng. Tuy nhiên, sự khác biệt về tiêu chí xác định tái phát, nguồn số liệu và thời gian theo dõi giữa các nghiên cứu cần được cân nhắc khi so sánh.

Xem xét một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh, kết quả nghiên cứu bảng 3 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tái phát bệnh với giới và tuổi. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây cho thấy các yếu

tổ nhân khẩu học đơn thuần không phải là yếu tố quyết định chính đối với tái phát bệnh trong tâm thần phân liệt [6]. Đối với thời gian điều trị, nhóm người bệnh có thời gian điều trị ≥ 40 năm có nguy cơ tái phát cao hơn đáng kể so với nhóm dưới 20 năm ($OR = 4,02$; $p < 0,05$). Kết quả này có thể phản ánh sự tiến triển mạn tính của bệnh, khi người bệnh lâu năm có xu hướng tích lũy nhiều yếu tố nguy cơ như suy giảm chức năng, giảm đáp ứng điều trị và tăng nguy cơ tái phát [3],[4]. Tuy nhiên, thực tế số lượng người bệnh trong nhóm này còn hạn chế, dẫn đến khoảng tin cậy rộng và cần được xem xét diễn giải thận trọng. Do số lượng trường hợp tái phát chỉ gồm 43 trường hợp nên nghiên cứu chưa đủ công suất để xây dựng mô hình hồi quy logistic đa biến ổn định.

Trong nghiên cứu này, người bệnh thuộc diện được cán bộ y tế giám sát uống thuốc ghi nhận tỷ lệ tái phát cao hơn so với nhóm không thuộc diện giám sát. Tuy nhiên, kết quả này không nên được diễn giải theo hướng giám sát uống thuốc làm tăng nguy cơ tái phát. Trong thực hành quản lý bệnh tâm thần tại cộng đồng, những người bệnh có tiền sử tái phát nhiều lần, mức độ bệnh nặng hơn, khả năng tuân thủ điều trị kém hoặc có nguy cơ mất kiểm soát bệnh thường là đối tượng được ưu tiên đưa vào diện giám sát chặt chẽ. Do đó, mối liên quan quan sát được có thể phản ánh hiện tượng nhiễu do chỉ định quản lý, khi chính đặc điểm nguy cơ cao của người bệnh dẫn đến việc được giám sát nhiều hơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu chỉ sử dụng phân tích đơn biến và chưa thực hiện mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu tiềm tàng như mức độ bệnh, tiền sử tái phát hoặc khả năng tuân thủ điều trị. Vì vậy, chưa thể kết luận giám sát uống thuốc là yếu tố liên quan độc lập với tái phát bệnh. Các nghiên cứu dọc hoặc phân tích đa biến trong tương lai là cần thiết để làm rõ mối liên quan này.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và tái phát bệnh. Thứ hai, biến số tuân thủ điều trị được đánh giá chủ yếu dựa trên phỏng vấn người bệnh hoặc người chăm sóc kết hợp hồ sơ quản lý. Nghiên cứu chưa sử dụng các phương pháp đánh giá khách quan như đếm thuốc, thang đo tuân thủ chuẩn hóa hoặc dữ liệu cấp phát thuốc. Do đó, kết quả về tỷ lệ tuân thủ điều trị có thể chịu ảnh hưởng của sai số thông tin và có xu hướng được báo cáo cao hơn thực tế. Một hạn chế của nghiên cứu là biến “được cán bộ y tế giám sát uống thuốc” được đưa vào phân tích như một yếu tố liên quan đến tái phát bệnh, trong khi trên thực tế đây có thể là biện pháp quản lý áp dụng cho những người bệnh có nguy cơ tái phát cao, mức độ bệnh nặng hoặc tuân thủ điều trị kém. Do nghiên cứu chưa thu thập và phân tích đầy đủ các đặc điểm lâm sàng hoặc mức độ bệnh ban đầu của nhóm người bệnh cần giám sát, nên có thể dẫn đến sai số do nhiễu và hiện tượng nguyên nhân ngược (reverse causation). Vì vậy, mối liên quan quan sát được giữa giám sát uống thuốc và tái phát bệnh cần được diễn giải thận trọng và không nên hiểu theo quan hệ nhân quả trực tiếp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy công tác quản lý điều trị người bệnh tâm thần phân liệt tại tuyến y tế cơ sở phía Tây thành phố Hải Phòng đạt tỷ lệ quản lý thường xuyên cao và hoạt động theo dõi tại cộng đồng được triển khai tương đối tốt. Tỷ lệ tái phát bệnh trong 12 tháng qua ở mức thấp. Người bệnh có

thời gian điều trị từ 40 năm trở lên ghi nhận tỷ lệ tái phát cao hơn so với nhóm điều trị dưới 20 năm. Nhóm người bệnh thuộc diện được cán bộ y tế giám sát uống thuốc ghi nhận tỷ lệ tái phát cao hơn trong phân tích đơn biến. Tuy nhiên, kết quả này có thể chịu ảnh hưởng của hiện tượng nhiễu do chỉ định quản lý và chưa đủ cơ sở để khẳng định đây là yếu tố liên quan độc lập hoặc có quan hệ nhân quả với tái phát bệnh. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường chất lượng quản lý tại cộng đồng, đặc biệt đối với các trường hợp bệnh kéo dài, đồng thời cải thiện hiệu quả giám sát và hỗ trợ người bệnh nhằm giảm nguy cơ tái phát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Schizophrenia. Geneva: WHO; 2022.
- [2] Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the Global Burden of Disease Study. *Schizophr Bull.* 2018;44(6):1195–1203.
- [3] Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders. *World Psychiatry.* 2013;12(3):216–226.
- [4] Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:1173–1182.
- [5] Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(Suppl 4):1–46.
- [6] Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(10):892–909.
- [7] Bộ Y tế. Báo cáo chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Hà Nội, 2020.
- [8] Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Mai. Thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2019; 480: 45–50.
- [9] Đinh Thị Hoan. Đánh giá thực trạng chất lượng quản lý và điều trị bệnh nhân của 94 xã tham gia Dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số đặc biệt năm 2012 (393), Tổng hội Y Dược học Việt Nam, tr.203-209.

