

Báo cáo tóm tắt tổng kết đề tài/dự án:

**NGHIÊN CỨU MỨC ĐỘ HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN
QUAN ĐẾN HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TÂM
THẦN PHÂN LIỆT ĐANG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TẠI TỈNH BẾN TRE**

Chủ nhiệm đề tài: Trần Ngọc Nhân

BẾN TRE-2020

Báo cáo tóm tắt tổng kết đề tài/dự án:

Nghiên cứu mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan đến hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại tỉnh Bến Tre.

**Chủ nhiệm đề tài
(Ký tên)**

Hội đồng KHCN

**CƠ QUAN CHỦ TRÌ
(Ký tên và đóng dấu)**

CƠ QUAN QUẢN LÝ ĐỀ TÀI

BẾN TRE – 2020

DANH SÁCH CÁC THÀNH VIÊN THAM GIA THỰC HIỆN

TT	Họ và tên, học hàm học vị	Chức danh thực hiện đề tài²	Tổ chức công tác
1	Trần Ngọc Nhân Bác sĩ chuyên khoa cấp 2	Chủ nhiệm đề tài	BVTT Bến Tre
2	Nguyễn Thái Bình Bác sĩ	Thư ký đề tài	BVTT Bến Tre
3	Huỳnh Ngọc Lan Vy, Bác sĩ chuyên khoa cấp 1	Thành viên thực hiện chính	BVTT Bến Tre
4	Lê Văn Ty Bác sĩ chuyên khoa cấp 2	Thành viên	TTYT huyện Mỏ Cày Nam
5	Lê Văn Thành Bác sĩ chuyên khoa cấp 2	Thành viên	TTYT huyện Chợ Lách

² Theo quy định tại bảng 1 Khoản b Mục 1 Điều 7 Quyết định số 19/2016/QĐ-UBND ngày 13/5/2016 của UBND tỉnh Bến Tre hướng dẫn định mức xây dựng, phân bổ dự toán và quyết toán kinh phí đối với nhiệm vụ KH&CN có sử dụng ngân sách nhà nước.

MỤC LỤC

Lời mở đầu.....	1
Chương I Thông tin đề tài	3
Chương II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	5
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	5
2.2. Phương pháp nghiên cứu	5
2.3. Y đức trong nghiên cứu	9
Chương III. Kết quả và bàn luận	10
3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.....	10
3.2. Kết quả điều trị	11
3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng.....	11
3.4. Đề xuất biện pháp can thiệp	12
3.5. Đề xuất xây dựng mô hình can thiệp.....	15
Bàn luận.....	20
4.1. Mức độ hòa nhập cộng đồng	20
4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng.....	20
Kết luận.....	23
Kiến nghị	24
Phụ lục	a

LỜI MỞ ĐẦU

Đề tài “Nghiên cứu mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan đến hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại tỉnh Bến Tre” do Bác sĩ chuyên khoa cấp 2 Trần Ngọc Nhân là tác giả đã được Sở khoa học và công nghệ cho phép thực hiện với nguồn kinh phí là 146 triệu đồng nhằm mục tiêu đánh giá mức độ hòa nhập, xác định các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến mức độ hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân tâm thần phân liệt từ đó đề ra những biện pháp can thiệp an toàn, tiết kiệm và hiệu quả.

Trong quá trình thực hiện, với sự biến động khách quan của xã hội, phải kể đến tình trạng dịch COVID-19 bùng nổ ảnh hưởng, làm trì trệ tất cả các khía cạnh trong cuộc sống, một số hoạt động của nghiên cứu cũng vì vậy bị kéo dài hơn so với dự kiến. Bên cạnh đó, nhận thấy tư duy phản biện là vận động tất yếu trong hoạt động khoa học, nhóm tác giả có điều chỉnh một số nội dung hội thảo lấy ý kiến chuyên gia, uyển chuyển việc báo cáo tình hình hoạt động thành báo cáo tham luận phản biện, từ đó phát hiện những ý kiến đóng góp rất hay, hữu hiệu và thiết thực cho đề tài.

Một số hoạt động và sản phẩm nghiên cứu được tóm tắt theo bảng dưới đây:

TT	Tên sản phẩm	Yêu cầu khoa học cần đạt
1	Báo cáo kết quả khảo sát: tỉ lệ bệnh nhân TTPL tái hòa nhập cộng đồng tại tỉnh Bến Tre	Báo cáo tại hội thảo
2	Tham luận: các biện pháp và mô hình can thiệp cộng đồng với bệnh nhân TTPL	Báo cáo tại hội thảo
3	Báo cáo chuyên đề: Mô hình dịch vụ cộng đồng cho bệnh tâm thần phân liệt	Rõ ràng, trung thực, khách quan, Báo cáo tại hội thảo
4	Báo cáo chuyên đề: Nâng cao nhận thức: một liệu pháp tâm lý mới can thiệp cho bệnh nhân TTPL	Rõ ràng, trung thực, khách quan, Báo cáo tại hội thảo
5	Tham luận phản biện: Các mô hình khoa học về sự phục hồi chức năng của tâm thần phân liệt: sự kết hợp, tương phản và ý nghĩa.	Rõ ràng, trung thực, khách quan, Báo cáo tại hội thảo
6	Báo cáo tóm tắt kết quả	Báo cáo được nghiệm thu
7	Báo cáo tổng kết đề tài	Báo cáo được nghiệm thu

Một số sản phẩm đang chờ phản hồi:

TT	Tên sản phẩm	Dự kiến nơi công bố
1	Bài báo khoa học “Mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bến Tre”	Tạp chí Nghiên cứu khoa học (trường Đại học Y dược Cần Thơ)
	Bài báo “Mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bến Tre”	Đăng trên website Bệnh viện Tâm thần Bến Tre

CHƯƠNG I THÔNG TIN ĐỀ TÀI

1	Tên đề tài: Nghiên cứu mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan đến hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại tỉnh Bến Tre.	1a. Mã số của đề tài: (được cấp khi hồ sơ trúng tuyển)				
2	Loại đề tài: ☐ Thuộc Chương trình (Ghi rõ tên chương trình), Mã số: ☒ Độc lập ☐ Khác					
3	Thời gian thực hiện: 12 tháng (từ tháng 04/năm 2018 đến tháng 04/năm 2019)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td>Cấp quản lý</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cơ sở</td> <td>☒</td> </tr> </table>	4	Cấp quản lý	Cơ sở	☒
4	Cấp quản lý					
Cơ sở	☒					
5	Kinh phí thực hiện: Tổng kinh phí: 146.363.100 đồng , trong đó: - Từ ngân sách nhà nước: ... 146.363.100 đồng . - Từ nguồn ngoài ngân sách nhà nước: 0 đồng					
6	Đề nghị phương thức khoán chi: ☒ Khoán đến sản phẩm cuối cùng ☐ Khoán từng phần, trong đó: - Kinh phí khoán: triệu đồng - Kinh phí không khoán:triệu đồng					
7	Chủ nhiệm đề tài: Họ và tên: TRẦN NGỌC NHÂN Ngày, tháng, năm sinh: 01-02-1970 Giới tính: Nam Học hàm, học vị: Bác sĩ chuyên khoa cấp 2 Chức danh khoa học: Chủ tịch Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Tâm thần Bến Tre Chức vụ: Giám đốc Điện thoại của tổ chức: 02753 820 005 Mobile: 0976985598 Fax: 02753 510 939. E-mail: benhvientamthanbt@gmail.com Tên tổ chức đang công tác: Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre Địa chỉ tổ chức: Ấp 2, xã Hữu Định, huyện Châu Thành, tỉnh Bến Tre					
8	Thư ký khoa học: Họ và tên: NGUYỄN THÁI BÌNH Ngày, tháng, năm sinh: 05-01-1991 Giới tính: Nam Học hàm, học vị: Bác sĩ Chức danh khoa học: Thư ký Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Tâm thần Bến Tre. Chức vụ: Nhân viên Điện thoại của tổ chức: 02753 820 005 Mobile: 0989678827 Tên tổ chức đang công tác: Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre Địa chỉ tổ chức: Ấp 2, xã Hữu Định, huyện Châu Thành, tỉnh Bến Tre					
9	Tổ chức chủ trì đề tài: Tên tổ chức chủ trì đề tài: Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre Điện thoại 02753 820 005 Fax: 02753 510 939 E-mail: benhvientamthanbt@gmail.com Website: http://benhvientamthanbentre.com.vn/ Địa chỉ: Ấp 2, xã Hữu Định, huyện Châu Thành, tỉnh Bến Tre Họ và tên thủ trưởng tổ chức: TRẦN NGỌC NHÂN Số tài khoản: 3714.0.1092597.00000 Ngân hàng: Kho bạc nhà nước tỉnh Bến Tre Cơ quan chủ quản đề tài: Sở Y tế tỉnh Bến Tre					
12	Mục tiêu của đề tài: (phát triển và cụ thể hoá định hướng mục tiêu theo đặt hàng)					

- Đánh giá mức độ hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại tỉnh Bến Tre.
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý điều trị tại tỉnh Bến Tre.
- Đề xuất biện pháp can thiệp trên các yếu tố liên quan có thể thay đổi được.

23 Lợi ích của đề tài và phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu:

23.1 Lợi ích của đề tài:

a) Tác động đến xã hội (đóng góp cho việc xây dựng chủ trương, chính sách, pháp luật hoặc có tác động làm chuyển biến nhận thức của xã hội) và tác động đối với ngành, lĩnh vực khoa học (đóng góp mới, mở ra hướng nghiên cứu mới thông qua các công trình công bố ở trong và ngoài nước)

- Bệnh nhân tâm thần phân liệt là bệnh mạn tính điều trị suốt đời, với tình hình giá viện phí hiện nay, chi phí một đợt điều trị nội trú tại bệnh viện tối thiểu là 7.000.000 đồng, nếu không kiểm soát hòa nhập cộng đồng tốt (tối thiểu một bệnh nhân nhập viện một đợt) thì hằng năm tỉnh phải chi trung bình hơn $7.000.000 \times 1800 = 12.600.000.000$ đồng (mười hai tỉ sáu trăm triệu đồng) cho công tác điều trị nội viện. Khi đề tài thực hiện thành công sẽ góp phần tái hòa nhập cộng đồng cho hơn 85% bệnh nhân Tâm thần phân liệt trong địa bàn tỉnh Bến Tre, giảm chi phí điều trị, góp phần **tiết kiệm** ngân sách nhà nước (**tiết kiệm được hơn 10.710.000.000 đồng**)

- Bên cạnh đó, sau khi đề tài thực hiện làm cơ sở khoa học để các cơ quan truyền thông, các ban ngành, đoàn thể, gia đình, bệnh nhân và xã hội sẽ có cái nhìn khác về bệnh tâm thần phân liệt, góp phần tạo môi trường hòa nhập cho bệnh nhân, tránh những yếu tố kì thị tác động xấu đến bệnh nhân.

- Các tỉnh thành đang triển khai dự án quản lý bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng có cơ sở tham khảo, ứng dụng, đánh giá và cải tiến phương pháp quản lý, tuyên truyền góp phần thành công chung của mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Góp phần giữ gìn trật tự, an sinh xã hội.

b) Nâng cao năng lực nghiên cứu của tổ chức, cá nhân thông qua tham gia thực hiện đề tài, đào tạo trên đại học (số người được đào tạo thạc sỹ - tiến sỹ, chuyên ngành đào tạo)

- Là điều kiện để cán bộ, nhân viên y tế tham gia và học tập các phương pháp nghiên cứu khoa học, tích lũy kinh nghiệm và nâng cao kỹ năng thực hiện nghiên cứu khoa học y học trong môi trường bệnh viện.

23.2 Phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu:

(Nêu rõ tên kết quả nghiên cứu; cơ quan/tổ chức ứng dụng; luận giải nhu cầu của cơ quan/ tổ chức ứng dụng; tính khả thi của phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu)

Kết quả nghiên cứu là bài báo cáo toàn văn đề tài, những bài báo khoa học và toàn bộ sản phẩm về phương pháp nghiên cứu trong quá trình thực hiện đề tài là những tài sản phi vật chất đóng góp cho bệnh viện, ngành tâm thần, áp dụng cho 164 xã phường để theo dõi đánh giá kết quả quản lý cộng đồng bệnh nhân tâm thần phân liệt. Ứng dụng các yếu tố liên quan đến mức độ hoà nhập cộng đồng vào công tác chăm sóc, can thiệp trực tiếp và gián tiếp lên bệnh nhân nhằm tăng mức độ hoà nhập cộng đồng cho người bệnh.

CHƯƠNG II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân TTPL và người nhà sống chung hộ cùng bệnh nhân hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng bệnh nhân tại tỉnh Bến Tre tháng 5/2019 đến tháng 7/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Bệnh nhân TTPL đang được quản lý điều trị trong Chương trình mục tiêu Y tế Dân số - Dự án chăm sóc sức khỏe Tâm thần và Trẻ em tại tỉnh Bến Tre, có người trực tiếp chăm sóc hợp tác nghiên cứu.
- Người trực tiếp nuôi dưỡng bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính tại tỉnh Bến Tre đồng ý tham gia nghiên cứu trả lời phỏng vấn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đang nằm viện, nghiện ma túy.

Thân nhân bệnh nhân có rối loạn tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi dùng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có
- p: tỷ lệ của vấn đề sức khỏe được nghiên cứu trên cộng đồng tương tự. Theo nghiên cứu của Vũ Hồng Kính (2010), tỷ lệ hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân tâm thần phân liệt là 73,5%, chúng tôi chọn $p=0,735$
- d: sai số tuyệt đối, chúng tôi chọn mức sai số 3%

- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α được chọn, chúng tôi chọn mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$. Thay vào công thức tính cỡ mẫu vừa nêu, chúng tôi xác định cỡ mẫu tối thiểu là: 831,3; thực tế chúng tôi đã khảo sát thực tế **850 mẫu**.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Khai thác các đặc điểm về nhân khẩu học (đính kèm định nghĩa biến trong phụ lục)

- Tuổi bệnh nhân dựa vào CMND hoặc hộ khẩu
- Giới tính dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu, chia thành hai nhóm nam và nữ.
- Tôn giáo (niềm tin vào những gì siêu nhiên, thiêng liêng hay thần thánh, cũng như những đạo lý, lễ nghi, tục lệ và tổ chức liên quan đến niềm tin đó có thể dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu) [2]:
- Dân tộc dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu gồm:
- Trình độ học vấn, là lớp học cao nhất đã hoàn thành: gồm các mức độ
- Nghề nghiệp chiếm nhiều thời gian nhất của người bệnh trước khi khởi phát bệnh:
- Tình trạng kinh tế gia đình: dựa vào sổ hộ nghèo hoặc giấy chứng nhận gia đình có hoàn cảnh khó khăn.
- Tình trạng hôn nhân

2.2.3.2. Khảo sát các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả điều trị

➤ Nhóm các yếu tố về tiền sử bệnh

- Tiền sử mắc bệnh tâm thần của gia đình:
- Tuổi khởi phát, là tuổi xuất hiện các triệu chứng tâm thần đầu tiên và kéo dài trên 6 tháng:
- Thời gian trì hoãn điều trị từ khi có dấu hiệu tâm thần đầu tiên đến khi điều trị chuyên khoa tâm thần:
- Số lần tái phát (xuất hiện các triệu chứng loạn thần phải nhập viện tại bệnh viện tâm thần):

- Tần suất đi tái khám (số lần đi tái khám bệnh tâm thần tại cơ sở y tế):
- Sự tuân thủ điều trị thuốc, là uống thuốc hằng ngày theo phát đồ của cán bộ y tế:

➤ **Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả thuốc**

- Mức độ uống rượu-bia gây ảnh hưởng sức khỏe, Trung bình quá 40g alcol/ngày-khoảng 4 ly chuẩn với nam và 2 ly chuẩn đối với nữ [25].
- Tình trạng sử dụng thuốc lá trong thời gian mang bệnh:
- Thời gian mang bệnh của bệnh nhân, là thời gian được chẩn đoán đến hiện tại.

➤ **Nhóm các yếu tố tác động đến tâm lý bệnh nhân**

- Thái độ của hàng xóm đối với người bệnh và gia đình người bệnh:
- Tần suất tham gia hoạt động giải trí như xem tivi, nghe nhạc, đi bộ... :
- Sự quan tâm giúp đỡ (thăm hỏi, tặng quà...) của các tổ chức xã hội, :
- Các biến cố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và trong thời gian mang bệnh:

➤ **Những yếu tố thuộc về môi trường sống của bệnh nhân:**

- Điều kiện nơi ở của người bệnh:
- Chỗ ở hiện tại trong gia đình (nơi sinh hoạt, giải trí, nghỉ ngơi trong gia đình):
- Có hoặc không có sự tập huấn, hướng dẫn, khuyến khích người bệnh tự phục vụ bản thân (từ cán bộ y tế hoặc người thân):

2.2.3.3. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt

Những bệnh nhân TTPL đang được quản lý tại cộng đồng là những bệnh nhân đã được điều trị ổn tại bệnh viện tâm thần. Chúng tôi chỉnh sửa lại thang đánh giá hòa nhập cộng đồng của Bệnh Viện Tâm Thần Trung Ương II cho phù hợp đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, dựa vào thang đánh giá chất lượng cuộc sống, thang đánh giá chức năng hoạt động, thang đánh giá chức năng nghề nghiệp [6], [16]: (Đính kèm phụ lục)

2.2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.2.4.1. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn tại nhà, thể minh họa hình ảnh các loại rượu phổ biến tại địa phương.

2.2.4.2. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc bệnh nhân kết hợp quan sát và giao tiếp với người bệnh, xem hồ sơ quản lý bệnh nhân.

2.2.4.3. Các bước thu thập số liệu

- Lập danh sách bệnh nhân TTPL đang được quản lý tại trung tâm y tế huyện.
- Liên hệ cán bộ chuyên trách Dự án BVSKTTCD&TE tuyến xã, cộng tác viên tiếp cận hộ gia đình, giải thích cho người nhà và bệnh nhân hiểu, đồng ý trả lời phỏng vấn.
- Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc bệnh nhân sống chung hộ và quan sát trực tiếp bệnh nhân để đánh giá kết quả điều trị bằng phiếu phỏng vấn.
- Khám trực tiếp trên bệnh nhân để đánh giá thể bệnh.
- Xem sổ quản lý về thời gian nhận thuốc hàng tháng, xem hồ sơ bệnh án.
- Kiểm tra thuốc đang dùng tại nhà về cách bảo quản và cách sử dụng.

2.2.5. Phương pháp kiểm soát sai lệch

Sai số ghi nhận: ghi chép cẩn thận, mã hóa thông tin, kiểm tra kỹ càng.

Sai số cung cấp thông tin: đối chiếu giấy tờ, hồ sơ bệnh án, phỏng vấn thử nghiệm.

2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

2.2.6.1. Xử lý dữ kiện

Mỗi phiếu phỏng vấn sau khi phỏng vấn xong sẽ được kiểm tra ngay về tính hoàn tất và tính phù hợp. Những phiếu không hoàn tất hoặc không phù hợp sẽ được phỏng vấn lại. Nếu cần thiết sẽ loại bỏ các phiếu có nhiều thông tin bị mất. Mã hóa số liệu và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để nhập liệu và phân tích số liệu.

2.2.6.2. Phân tích số liệu

- Xác định tần số, tỷ lệ các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.

- Xác định tần số và tỷ lệ phần trăm bệnh nhân hòa nhập cộng đồng.
- Xác định tần số và tỷ lệ phần trăm các yếu tố liên quan ảnh hưởng mức độ hòa nhập.
- Xác định sự liên quan giữa các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập, sử dụng kiểm định X^2 (chi square test), $\alpha=0,05$.

2.3. Ý đức trong nghiên cứu

Là nghiên cứu cắt ngang mô tả nhằm tìm hiểu về mức độ hòa nhập cộng đồng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân TTPL đang được quản lý điều trị trong Dự án BVSKTTCD&TE. Nhóm nghiên cứu luôn mong muốn một kết quả khách quan, chính xác và trung thực, làm cơ sở và kinh nghiệm cho các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai. Kết quả nghiên cứu có thể là tài liệu tham khảo bổ ích cho cán bộ y tế, những người làm trong công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe cho người bệnh TTPL. Nghiên cứu trên cơ sở khoa học, những thông tin thu thập chỉ để phục vụ mục đích nghiên cứu, không mang ý nghĩa về chính trị hay tôn giáo, tôn trọng quyền lợi người tự nguyện tham gia, hợp tác trong lĩnh vực nghiên cứu. Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre xét duyệt, được sự chấp thuận của địa phương quản lý bệnh nhân. Với lương tâm và trách nhiệm của nhóm nghiên cứu, đảm bảo bí mật, các thông tin không gây tổn hại gì cho người bệnh và người nhà của bệnh nhân.

CHƯƠNG III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về nhân khẩu của mẫu nghiên cứu (n=850).

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Phân nhóm	Số Lượng	Tỷ Lệ (%)
Tuổi	Từ 19 đến 40 tuổi	182	21,4
	Từ 41 đến 60 tuổi	482	56,7
	Từ 61 đến 88 tuổi	186	21,9
	Tuổi trung bình $\pm$ ĐLC	50,82 $\pm$ 11,92	
	Min-Max	19 - 88	
Giới tính	Nam	532	61,5
	Nữ	327	38,5
Tôn giáo	Không tôn giáo	689	81,1
	Phật giáo, thiên chúa, hòa hảo	161	18,9
Dân tộc	Kinh	831	97,8
	Khác	19	2,2
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	494	58,1
	THCS	235	27,6
	THPT	109	12,8
	TCCN trở lên	12	1,4
Nghề nghiệp	Không nghề nghiệp	109	12,8
	Có việc làm ổn định	741	87,2
Kinh tế gia đình	Hộ nghèo, hộ cận nghèo	418	49,2
	Khá, giàu	432	50,8
Tình trạng hôn nhân	Chung sống với bạn đời	303	35,6
	Độc thân	547	64,4
Tiền sử gia đình	Có người thân mắc tâm thần	136	16
	Không có người thân mắc tâm thần	714	84
Tiền sử cá nhân	Có tổn thương thần kinh	27	3,2
	Không có tổn thương	823	96,8

Nhận xét: từ số liệu bảng 3.1 cho thấy: Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 19 đến 88, trung bình là 50,82 $\pm$ 11,92 tuổi nhóm tuổi từ 41 đến 60 chiếm đa số 482 trường hợp (56,7%), Nam giới chiếm tỷ lệ (61,5%) cao hơn nữ giới, đa phần không theo tín ngưỡng hay tôn giáo nào, số ít trường hợp có tôn giáo là Phật giáo, thiên chúa, hòa hảo chiếm 18,9%. Trình độ học vấn tương đối thấp, từ THCS trở xuống chiếm 85,7%. Điều kiện kinh tế khó khăn chiếm 49,2%. Một số ít không có việc làm chiếm 12,8%. Chỉ 35,6% đã kết hôn và duy trì được mối quan hệ hôn nhân.

3.2. Kết quả điều trị:

Người bệnh hòa nhập cộng đồng là 624 (73,4%), 162 (19,1%) chưa hòa nhập, 64 (7,5%) sa sút. Điểm trung bình theo thang đánh giá mức độ hòa nhập là 41,67 (độ lệch chuẩn 15,636), thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 60 điểm. Rối loạn nhận thức là 65,5% (557 trường hợp), Người bệnh đạt số điểm thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 30 điểm, trung bình đạt 18,96 điểm (độ lệch chuẩn = 6,840).

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng

Bảng 2. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng sự hòa nhập cộng đồng qua phân tích đơn biến và mô hình hồi quy đa biến logistic

Yếu tố liên quan	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Giới tính nam	1,388 (1,019-1,8891)	0,037	1,147 (0,744-1,769)	0,535
Có Nghề nghiệp	0,578 (0,38-0,88)	0,01	0,725 (0,413-1,271)	0,261
Có bạn đời	1,989 (1,41-2,80)	<0,001	2,147 (1,367-3,371)	0,001
Có tiền sử tổ thương thần kinh	0,322 (0,149-0,696)	0,003	0,197 (0,065-0,594)	0,004
Thời gian trì hoãn >1 năm	4,350 (2,808-6,739)	<0,001	4,390 (2,369-8,137)	<0,001
tái phát >5 lần	1,576 (1,155-2,150)	0,004	0,877 (0,563-1,367)	0,563
Tần suất tái khám >6 tháng/lần	5,195 (3,419-7,892)	<0,001	4,452 (2,413-8,217)	<0,001
Uống thuốc mỗi ngày	5,049 (2,706-9,420)	<0,001	3,087 (1,357-7,021)	0,007
Hút thuốc lá mỗi ngày	0,659 (0,461-0,942)	0,022	0,476 (0,277-0,820)	0,007
Ngủ đủ 7-8h/ngày	2,949 (2,135-4,073)	<0,001	3,658 (2,387-5,605)	<0,001
Tham gia giải trí	1,925 (1,334-2,779)	<0,001	0,827 (0,301-2,524)	0,800
Tần suất 4-7 ngày/tuần	3,620 (1,468-8,929)	0,007*	3,909 (1,246-12,264)	0,019
Hàng xóm gần gũi	5,278 (2,741-10,164)	<0,001	2,972 (1,209-7,302)	0,018
Được tập huấn tự phục vụ	1,590 (1,137-2,224)	0,006	0,804 (0,484-1,337)	0,401
Biến cố trước khi mắc bệnh	0,651 (0,477-0,888)	0,007	0,665 (0,323-1,371)	0,269
Biến cố trong khi mắc bệnh	0,660 (0,483-0,902)	0,009	0,659 (0,323-1,343)	0,251
Tổ chức xã hội quan tâm	1,532 (1,127-2,082)	0,006	1,731 (1,097-2,731)	0,018

Những yếu tố liên quan có cơ hội làm tăng mức độ hòa nhập cộng đồng khi phân tích đa biến (với $p < 0,05$) là: tình trạng hôn nhân có bạn đời, thời gian trì hoãn điều trị thấp dưới 1 năm, tái khám thường xuyên, uống thuốc mỗi ngày, ngủ đủ giấc, hàng xóm gần gũi, được các tổ chức xã hội quan tâm và thường xuyên tham gia hoạt động giải trí.

Những yếu tố liên quan có thể làm giảm mức độ hòa nhập cộng đồng khi phân tích đa biến (với $p < 0,05$) là: hút thuốc lá mỗi ngày và có tiền sử tổn thương thần kinh thực thể.

3.4. Đề xuất biện pháp can thiệp

- Pháp lý

Xác định vai trò quan trọng của điều trị TTPL tại cộng đồng

Điều trị và quản lý bệnh nhân Tâm thần phân liệt tại cộng đồng là tất yếu, vì lợi ích của cả bệnh nhân, hệ thống y tế và toàn xã hội, do đó, việc thiết lập một cơ sở pháp lý cũng như môi trường chính trị xã hội cho nhóm bệnh nhân này là vô cùng cần thiết. Điều trị tại cộng đồng giúp bệnh nhân không chế tốt các triệu chứng âm tính, cùn mòn, tăng khả năng tái hòa nhập từ đó hạn chế thấp nhất nguy cơ tái phát. Về y tế, điều trị tại cộng đồng giảm gánh nặng y tế rất nhiều chỉ số DALY giảm mạnh do quá trình điều trị đi cùng quá trình phục hồi, và tiết kiệm được rất nhiều nhân sự cũng như trang thiết bị y tế

Về mặt xã hội, việc điều trị và quản lý TTPL tại địa phương tốn ít kinh phí nhưng giúp giảm kì thị, nâng cao hiểu biết của cộng đồng, hạn chế việc mất nhình xã hội, về lâu dài khi làm tốt công tác phục hồi chức năng, bệnh nhân có lại năng lực lao động góp phần đóng góp vào xây dựng và phát triển xã hội, không cần hưởng trợ cấp cũng như không còn là gánh nặng của cộng đồng.

Xây dựng hệ thống chăm sóc TTPL cộng đồng với trang bị, cơ sở vật chất cần thiết

Để quản lý và điều trị TTPL tại cộng đồng có hiệu quả, cần xây dựng một hệ thống chăm sóc bài bản, được trang bị đầy đủ cả nhân lực, cơ sở vật chất và sự ủng hộ từ các tổ chức chính trị- xã hội

Việc điều trị tại cộng đồng không dừng ở việc quản lý tuân thủ điều trị mà còn tạo hoạt động phục hồi chức năng, lao động và tái hòa nhập cộng đồng cho bệnh nhân.

Để làm điều đó, không chỉ cần cán bộ nhân viên y tế, mà cần sự phối hợp của công tác xã hội, phục hồi chức năng tâm thần, tâm lý trị liệu. Các lĩnh vực đó cũng phối hợp đồng loạt chẳng những quản lý tốt bệnh nhân mà còn giúp việc phục hồi diễn ra tích cực, bệnh nhân được thừa nhận và lao động tốt hơn.

Mỗi lĩnh vực có những đặc thù riêng do đó, cần được trang bị những vật liệu cần thiết. ví dụ, với phục hồi chức năng: cần một địa điểm để bệnh nhân có thể đến và phục hồi các chức năng tâm thần từ bậc thấp lên cao, công tác xã hội cần nhân lực được đào tạo và tâm lý cần những phòng tâm lý tại y tế cơ sở.

Sự tham gia đồng loạt của các tổ chức chính trị xã hội

Sự quan tâm tham gia đồng loạt của các tổ chức chính trị xã hội là vô cùng cần thiết, từ vĩ mô đến vi mô, từ hành lang pháp lý đến quản lý case bệnh.

Việc được quan tâm và hỗ trợ từ các tổ chức chính trị xã hội, giúp bệnh nhân yên tâm điều trị tại địa phương, gia đình yên tâm chăm sóc và y tế phát huy tốt vai trò điều trị chuyên môn, hạn chế những rối nhiễu bên ngoài.

Các tổ chức đoàn hội có tiếng nói ủng hộ tạo sân chơi và môi trường lành mạnh cho bệnh nhân phục hồi, bên cạnh đó cũng sẽ ngăn chặn những hành vi tiêu cực về việc lợi dụng bệnh nhân TTPL để mưu cầu lợi ích cá nhân.

- Y tế

Vận hành hệ thống TTCD bằng pháp lý và cơ sở y học

Có hành lang pháp lý hỗ trợ, y tế sẽ triển khai nhiều mô hình chăm sóc cộng đồng, có điều kiện văn gia thường xuyên, bên cạnh đó có nhiều hỗ động hỗ trợ như tập huấn, hướng dẫn y tế áp theo dõi, phát hiện và điều trị tác dụng phụ

Thực hiện theo dõi và áp dụng những biện pháp điều trị mới, điều trị không dùng thuốc, theo hướng dẫn y học chứng cứ, vừa hiện đại, an toàn mà hiệu quả

Tạo các điểm chăm sóc TTPL tại cộng đồng

Thiết lập những điểm chăm sóc TTPL cộng đồng tại y tế áp, y tế xã, lồng ghép tận dụng cơ sở vật chất của các trạm y tế, tạo cho bệnh nhân những địa điểm thăm khám và sinh hoạt y tế tiện lợi, đáp ứng nhu cầu tái khám và tuân thủ của bệnh nhân.

Vai trò của các điểm chăm sóc y tế cho TTPL tại cộng đồng làm nhiệm vụ kiểm tra tuân thủ điều trị, tái khám sớm, phát hiện và xử trí những tác dụng phụ đơn giản của thuốc. Bên cạnh đó những điểm này còn cung cấp thông tin truyền thông và hỗ trợ kiến thức cho gia đình chăm sóc bệnh nhân tại nhà

Phục hồi chức năng và công tác xã hội cùng lúc

Công tác xã hội và phục hồi chức năng được lồng ghép vào hoạt động chăm sóc y tế, làm tốt hoạt động này có thể thay đổi thói quen, lối sống của bệnh nhân, góp phần quản lý case hiệu quả

Phục hồi chức năng tốt giúp bệnh nhân hạn chế tái phát, chậm sa sút, phục hồi các năng lực dân sự, cải thiện chất lượng cuộc sống

Công tác xã hội còn tranh thủ các nguồn lực để hỗ trợ bệnh nhân phát huy hết vai trò cá nhân trong gia đình và trong xã hội

Xây dựng thí điểm CLB bệnh nhân TTPL

Việc vào cuộc của tất cả hệ thống chính trị, xã hội có thể đột ngột mất cân bằng hoặc gặp khó khăn trong phối hợp, do đó, cần thiết có hoạt động thí điểm. Mô hình thí điểm này nên nghiên cứu và triển khai tại một số xã để đánh giá hiệu quả và khắc phục những khó khăn thực tế.

- Xã hội

Truyền thông giảm kì thị

Tăng cường hoạt động truyền thông trực tiếp và gián tiếp, lồng ghép vào các hoạt động truyền thông đại chúng, bình thường hóa cái nhìn xã hội về bệnh tâm thần phân liệt.

Sử dụng nhóm đồng đẳng trong truyền thông cũng như hiệu quả hoạt động của mô hình câu lạc bộ bệnh nhân TTPL là gợi ý cho hoạt động truyền thông chuyên sâu hướng đến nhóm đích là bệnh nhân TTPL, tạo động lực và sự tự tin cho họ.

Đào tạo dạy nghề

Đi kèm với hoạt động phục hồi chức năng, việc quản lý case tốt sẽ định hướng cho hoạt động nghề nghiệp, sự hỗ trợ kịp thời của hệ thống pháp lý và công tác xã hội sẽ tạo cơ hội cho bệnh nhân.

Vui chơi giải trí

Đa dạng hóa các hoạt động thể thao, giải trí mà bệnh nhân có thể tham gia, cũng như tổ chức những giải thi đấu, những hoạt động giao lưu giải trí du lịch góp phần nâng cao hiệu quả của điều trị không dùng thuốc

- Nghiên cứu khoa học

Nghiên cứu chuyên sâu theo dõi các yếu tố trực tiếp bằng thiết kế thuần tập để xác định yếu tố trực tiếp ảnh hưởng

Nghiên cứu định tính các vấn đề xã hội liên quan

Đánh giá hiệu quả can thiệp của các mô hình sau khi triển khai.

3.5. ĐỀ XUẤT XÂY DỰNG MÔ HÌNH CAN THIỆP

- Mô hình can thiệp nhận thức

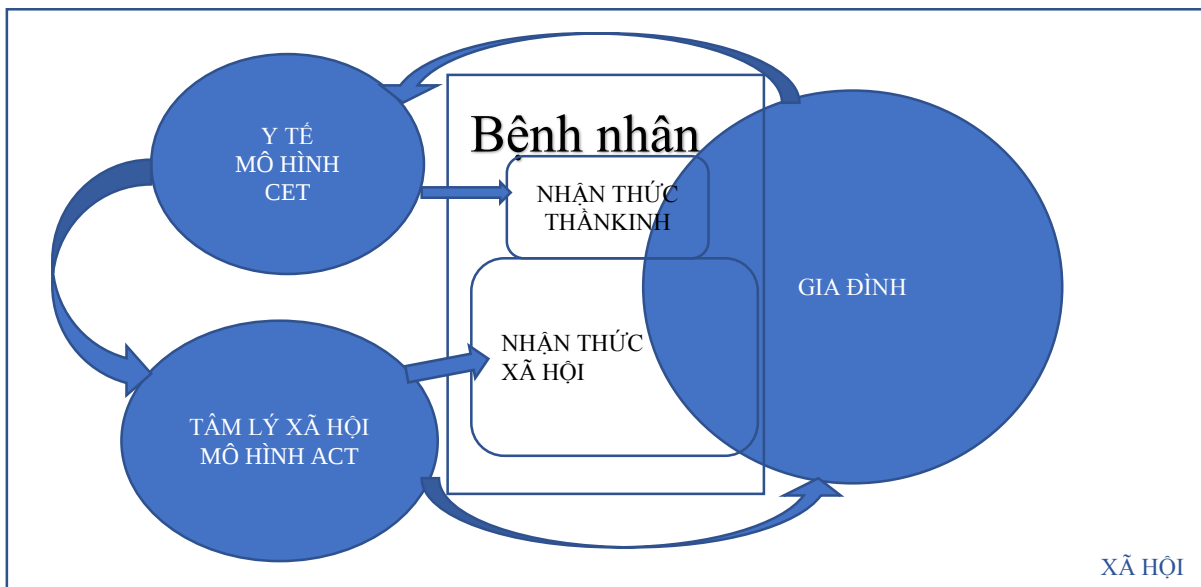
Cơ sở khoa học

Trong nhiều thập kỷ qua, các nhà nghiên cứu đã ghi nhận một loạt các suy giảm nhận thức trong tâm thần phân liệt. Những khiếm khuyết này đã được phân loại rộng rãi gắn liền với nhận thức thần kinh và nhận thức xã hội. Nhận thức thần kinh được xác định bởi các quá trình nhận thức liên quan đến việc hỗ trợ tư duy và lý luận, bao gồm sự chú ý, bộ nhớ, và khả năng điều hành. Sự Chú ý rất quan trọng để phát hiện và mã hóa những thông tin quan trọng, và bộ nhớ là cần thiết để lưu trữ thông tin đó. Bộ nhớ làm việc, đặc biệt là rất cần thiết để hoàn thành các công việc hàng ngày, vì nó cho phép một người lưu trữ một lượng nhỏ thông tin trong tâm trí để thực hiện một hành vi nhất định (ví dụ: nhớ một số điện thoại để thực hiện gọi). Các chức năng điều hành đều quan trọng như nhau, chúng bao gồm các khả năng nhận thức bậc cao, các nguồn lực tâm thần (như sự chú ý và trí nhớ làm việc) vào một vấn đề, và ức chế phản ứng nhận thức khi cần thiết

Gần đây, nghiên cứu về sự suy yếu trong nhận thức xã hội là một trọng tâm trong nghiên cứu về tâm thần phân liệt. Nhận thức xã hội đề cập đến các khả năng nhận thức hỗ trợ xử lý, giải thích và điều chỉnh thông tin cảm xúc xã hội (Newman, 2001). Các lĩnh vực chính của nhận thức xã hội đã được nghiên cứu bao gồm tiếp nhận quan điểm, lý thuyết tâm lý, nhận thức cảm xúc, điều tiết cảm xúc, nhận biết xã hội và nguồn

gốc tượng trưng của các hiện tượng xã hội. Hầu hết các nghiên cứu chỉ ra mức độ suy giảm từ trung bình đến lớn trong các lĩnh vực này ở những người bị tâm thần phân liệt so với những người không mắc bệnh (Green et al., 2008). Trong khi ngày càng rõ ràng rằng những người bị tâm thần phân liệt có những suy yếu đáng kể trong nhận thức xã hội, các lĩnh vực suy yếu lớn nhất vẫn tiếp tục được biết đến.

Thành phần và hoạt động



Trong mô hình can thiệp nhận thức, vai trò y tế đóng góp quan trọng vào nhận thức thần kinh, mô hình can thiệp trực tiếp CET đã chứng minh hiệu quả trên bệnh nhân sa sút trí tuệ, nếu có thể can thiệp trực tiếp bằng CET trên bệnh nhân TTPL đặc biệt là những bệnh nhân TTPL có tổn thương thần kinh trước đó sẽ đặt ra nhiều hiệu quả khả thi cho công tác điều trị và phục hồi nhận thức. Với những bệnh nhân không có tổn thương thần kinh thì can thiệp sâu CET giúp cải thiện tập trung, chú ý, tăng hiệu quả điều trị. Chủ yếu liệu pháp này sẽ do cán bộ y tế can thiệp trực tiếp trên bệnh nhân với sự hỗ trợ của công nghệ thông tin, do đó, cần có cơ sở vật chất và nguồn nhân lực hỗ trợ phù hợp

Để cải thiện nhận thức xã hội, sự can thiệp tâm lý xã hội là cần thiết, mô hình can thiệp tâm lý cộng đồng tích cực ACT là hợp lý để nâng cao nhận thức của bệnh nhân và người nhà. Các liệu pháp hành vi nhận thức sẽ nâng cao nhận thức của bệnh

nhân thức đẩy thay đổi thói quen xấu như hút thuốc lá, ngủ không đủ giấc; đồng thời tác động đến gia đình giúp duy trì điều trị cho bệnh nhân, tái khám đúng lịch, tuân thủ điều trị và không trì hoãn thăm khám.

Việc can thiệp tâm lý xã hội, ngoài việc can thiệp trực tiếp cá nhân còn tác động đến gia đình bệnh nhân từ đó tạo điều kiện cho bệnh nhân thực hành những hành vi mới, hành vi phù hợp, bên cạnh đó gia đình sẽ tác động ngược lại giúp củng cố những hành vi được xây dựng. Can thiệp tâm lý xã hội cấp độ gia đình tốt sẽ tạo nền tảng vững chắc, tạo niềm tin cho nhận thức của xã hội về bệnh nhân tâm thần phân liệt, gần gũi nhất là hàng xóm, thay đổi nhận thức và hành vi của hàng xóm sẽ là cơ sở giảm gánh nặng kì thị và phân biệt đối xử với bệnh nhân tâm thần phân liệt, đây sẽ là điều kiện lí tưởng để bệnh nhân được hòa nhập từ đó sẽ hạn chế thấp nhất tỉ lệ sa sút của bệnh nhân.

- Mô hình Phục hồi chức năng

Là biện pháp chủ yếu giúp cho người bệnh trở lại cuộc sống bình thường tại cộng đồng. Nhằm khắc phục những triệu chứng âm tính, uồn nấn, sửa chữa hành vi của người bệnh, phục hồi lại những thói quen trong sinh hoạt, khôi phục khả năng lao động của người bệnh.

Mười đặc điểm của phục hồi hiệu quả đã được xác định là:

Tự định hướng: dẫn dắt, kiểm soát, và xác định con đường phục hồi của riêng họ.

Cá nhân hóa và tập trung vào con người: Có nhiều con đường phục hồi dựa trên từng người nhu cầu, sở thích và kinh nghiệm riêng.

Trao quyền: Người bệnh có quyền lựa chọn tập thể dục và đưa ra quyết định tác động đến cuộc sống của họ, được huấn luyện và hỗ trợ trong việc làm như vậy.

Toàn diện: Phục hồi bao gồm các khía cạnh khác nhau của một cuộc sống cá nhân bao gồm cả tâm trí, cơ thể, tinh thần và cộng đồng.

Phi tuyến tính: Quá trình phục hồi không phải là quá trình từng bước mà là một quá trình dựa trên sự tăng trưởng liên tục với những thất bại thường xuyên

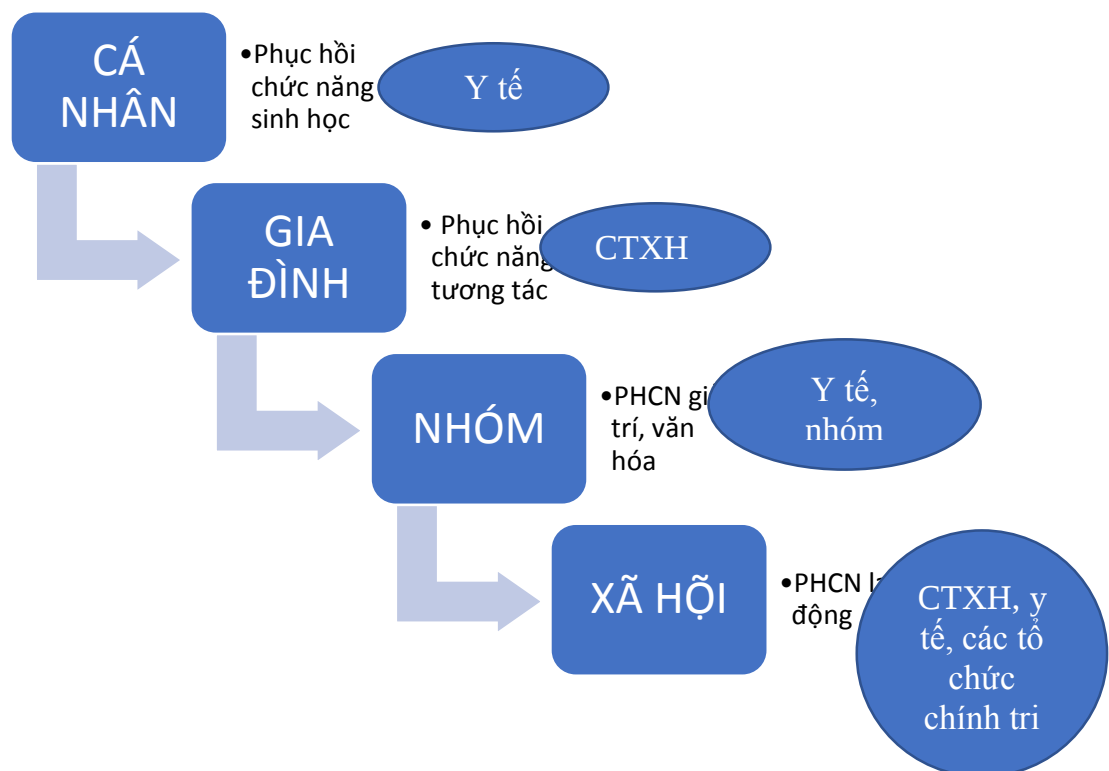
Dựa trên điểm mạnh: Phục hồi tập trung vào việc định giá và xây dựng dựa trên nhiều điểm mạnh, khả năng phục hồi, khả năng đối phó, giá trị vốn có và khả năng của từng cá nhân.

Hỗ trợ ngang hàng: Vai trò vô giá của hỗ trợ lẫn nhau trong mà người bệnh khuyến khích nhau trong phục hồi được công nhận và thăng chức.

Tôn trọng: Cộng đồng, hệ thống chính trị và sự chấp nhận xã hội, sự đánh giá cao của mọi người, bao gồm cả việc bảo vệ quyền lợi của người bệnh và xóa bỏ sự phân biệt đối xử và sự kỳ thị, rất quan trọng trong việc đạt được hồi phục.

Trách nhiệm: Người bệnh có trách nhiệm tự chăm sóc bản thân và hành trình phục hồi của mình

Hy vọng: Sự Phục hồi cung cấp một thông điệp thiết yếu và là động lực cho mọi người có thể vượt qua các rào cản và những trở ngại đối đầu với họ sau này



Mô hình Phục hồi chức năng được xây dựng thực tế từ những hoạt động đang triển khai tại BVTT Bến Tre và mạng lưới quản lý tâm thần cộng đồng với hệ thống điều trị đa mô thức theo nguyên tắc lấy bệnh nhân làm trung tâm.

Bệnh nhân sẽ được đánh giá trước khi bắt đầu PHCN để nhận diện những khó khăn và mục tiêu đặt ra, cấp độ PHCN cá nhân là phục hồi những hoạt động sống cơ bản, xây dựng và duy trì hành vi chăm sóc cá nhân, với sự hỗ trợ của cán bộ y tế là chủ yếu, trao quyền cho bệnh nhân và gia đình trong trường hợp bệnh nhân gặp khó khăn trong quyết định.

Cấp độ PHCN gia đình khi bệnh nhân vượt qua cấp độ PHCN cá nhân, ở cấp độ này, mục tiêu bệnh nhân có thể phụ giúp, hoàn thành công việc tại gia đình từ đơn giản đến phức tạp, cấp độ này đi kèm với quá trình điều trị giai đoạn cấp tính do nhân viên y tế và gia đình xây dựng lộ trình cho bệnh nhân.

Khi vượt qua cấp độ PHCN gia đình bệnh nhân được đánh giá và tiếp tục ở cấp độ cao hơn, là PHCN với nhóm đồng đẳng, những bệnh nhân ở cùng cấp độ PHCN với những khả năng và hạn chế được phân tích từ trước sẽ được chia vào từng nhóm đồng đẳng tương tự nhau để xây dựng những hoạt động hỗ trợ cho nhau. Giai đoạn này bệnh nhân được tham gia các hoạt động vui chơi, giải trí, sinh hoạt văn hóa, văn nghệ, qua đó phát hiện những điểm mạnh, điểm yếu cũng như năng lực xã hội và định hướng nghề nghiệp. Nhân viên tâm lý xã hội và Công tác xã hội sẽ hỗ trợ trực tiếp bệnh nhân, nhân viên y tế hỗ trợ về chuyên môn theo dõi tác dụng phụ và điều chỉnh vấn thuốc để nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Bệnh nhân sẵn sàng đến giai đoạn PHCN xã hội khi bệnh nhân vượt qua những kiểm tra, đánh giá và hoàn thành tốt cấp độ PHCN nhóm, đây là giai đoạn bệnh nhân được hướng nghiệp và đào tạo nghề. Bậc cao nhất trong PHCN cũng như điều trị bệnh nhân TTPL. Công tác xã hội liên kết các nguồn lực, để tạo điều kiện các lớp đào tạo nghề cũng như tạo đầu ra cho sản phẩm. trong suốt quá trình đó, tâm lý xã hội sẽ hỗ trợ cách vượt qua khó khăn, cách đối diện với stress và kiểm soát tâm trạng, hành vi cũng như vệ sinh tâm thần cho bệnh nhân tự làm chủ bản thân và cuộc đời mình.

BÀN LUẬN

4.1. Mức độ hòa nhập cộng đồng

Kết quả điều trị 73,4% hòa nhập, không hòa nhập là 19,1%, có đến 7,5% người bệnh sa sút hơn, 65,5% có rối loạn nhận thức. Kết quả này thấp hơn tại tỉnh Thừa Thiên Huế đã điều trị thuyên giảm và phục hồi chức năng tâm lý xã hội loại tốt đạt 76,4% trên bệnh nhân TTPL, nghiên cứu của Vũ Hồng Kính, 73,5% bệnh nhân cải thiện, 15,3% không hòa nhập và 11,2% sa sút hơn. Sự chênh lệch này có thể do khác nhau về phương pháp, địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tại Oslo, Na Uy (1983), kết quả có 47% bệnh nhân bị cô lập xã hội, một kết quả kém tại quốc gia phát triển hệ thống phúc lợi xã hội, từ đó cho thấy việc điều trị để bệnh nhân có thể cải thiện các chức năng để hòa nhập cộng đồng là một thách thức to lớn [3], [6], [9].

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hòa nhập cộng đồng

Những bệnh nhân trì hoãn điều trị dưới một năm thì có kết quả điều trị cải thiện cao hơn khoảng 4,35 lần so với những bệnh đưa đi điều trị sau một năm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Thị Duyên thì những bệnh nhân được đưa đi khám trước 6 tháng ở những lần tái phát và đặc biệt ở lần điều trị đầu tiên thì kết quả cải thiện hơn nhóm sau 6 tháng, tuy nhiên sự khác biệt chưa đủ tin cậy. Theo Richard Warner (2004) can thiệp sớm vài tuần thì có kết quả điều trị tốt hơn vài tháng trở lên. Nhìn nhận ở góc độ y học thì phát hiện bệnh và điều trị sớm là yếu tố tiên lượng tốt cho việc điều trị [4], [13].

Những bệnh nhân có số lần tái phát nhập viện dưới 5 lần thì kết quả điều trị cải thiện cao hơn gần 1,6 lần so với nhóm bệnh nhân tái phát nhập viện từ 5 lần trở lên, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Kết quả phù hợp với tác giả Bùi Quang Huy, tái phát nhiều lần là một yếu tố tiên lượng xấu, đó cũng là lí do mục đích duy trì hoạt động quản lý tâm thần cộng đồng hàng quý, để hạn chế mức độ tái phát nhập viện của bệnh nhân [4].

Những bệnh nhân tái khám ≤ 6 tháng/lần có kết quả điều trị cải thiện hơn không đi khám 5,19 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Bùi Thế Khanh tại Hà Tây (2005) nhận thấy rằng cán bộ y tế trạm đã xử lý đến 87,93% các trường hợp tái phát của bệnh nhân và tỷ lệ ổn định đạt 80,17% [5]. Từ đó cho thấy, cán bộ y tế tại trạm y tế đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe cho

người TTPL. Hiệu quả can thiệp cộng đồng được đánh giá dựa trên sự phát hiện và xử lý của cán bộ y tế địa phương, và số lần tái khám của bệnh nhân ở địa phương hoặc cả ở bệnh viện, duy trì hệ thống quản lý tâm thần cộng đồng là duy trì điều kiện tái khám thường xuyên cho bệnh nhân để góp phần nâng cơ hội hòa nhập của bệnh nhân lên 5 lần.

Những bệnh nhân uống đều thì có kết quả điều trị cải thiện cao hơn những bệnh nhân không uống thuốc đều khoảng 5,049 lần, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Thị Duyên, Bùi Thế Khanh [5], [8]. Tuy nhiên có 1 trường hợp bệnh nhân uống thuốc vào làm nặng hơn các triệu chứng loạn thần, và theo Asaf Caspi, MD; Michael Davidson thì dưới 1/5 những bệnh nhân TTPL không đáp ứng với bất kỳ loại thuốc hướng thần nào khi bắt đầu điều trị, nhưng nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị thì chỉ có 10% trở thành kháng trị thật sự [24].

Những bệnh nhân hút thuốc hằng ngày có kết quả điều trị cải thiện chỉ bằng 0,659 lần so với những bệnh nhân không hút thuốc hằng ngày, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,022$). Tác giả Punnoose S, Belgamwar MR cho rằng người bệnh TTPL có xu hướng sử dụng thuốc lá nhiều hơn với dân số chung [41], tác giả Veena Kumari, Peggy Postma nhận thấy rằng nicotine trong thuốc lá có tác dụng giảm các triệu chứng của tâm thần, giảm tác dụng phụ của thuốc chống loạn thần trên bệnh nhân TTPL [45]. Một thử nghiệm trên chuột nhận thấy rằng nicotine làm giảm các triệu chứng rối loạn vận động do thuốc Haloperidol gây ra [43]. Tuy nhiên thuốc lá lại làm tăng nguy cơ các bệnh về hô hấp và tim mạch, việc hút thuốc lá trong nghiên cứu này cho thấy sẽ gây cản trở cho mức độ hòa nhập của bệnh nhân vì thế bệnh nhân có nên hút thuốc lá hay không là vấn đề vẫn còn đang tranh luận gay gắt giữa các nhà nghiên cứu.

Những bệnh nhân ngủ trung bình 7 đến 10 giờ/ngày có kết quả điều trị cải thiện cao hơn khoảng 2,947 lần những bệnh nhân ngủ ít hoặc nhiều hơn 7 đến 10 giờ/ngày. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Theo tác giả Bùi Quang Huy [3], những bệnh nhân mất ngủ kéo dài trong 3 ngày trở lên thì có nghĩa là bệnh TTPL đã tái phát, Andrew D. Krystal, M.D., M.S cũng cho rằng giấc ngủ rất quan trọng đối tâm thần [22]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể thời gian ngủ trong ngày tác

động thể nào lên kết quả điều trị TTPL, vì thế nghiên cứu này sẽ là nguồn tham khảo cho những nghiên cứu trên bệnh nhân TTPL trong tương lai.

Tham gia hoạt động giải trí (xem tivi, nghe nhạc, đi bộ...) thì kết quả điều trị cải thiện hơn khoảng 1,9 lần so với không tham gia giải trí. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đồng thời tần suất tham gia thường xuyên (> 4 lần/tuần) thì cơ hội hòa nhập cao hơn 3,62 lần so với tham gia ít hơn 4 lần/tuần sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$, kiểm định hiệu chỉnh bằng test chính xác Fisher). Kết quả phù hợp với tác giả Paul Gorczynski, Mössler K, [39], [40], thì âm nhạc và thể dục trị liệu giúp cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng và chức năng xã hội cho bệnh nhân TTPL.

Những bệnh nhân nhận được thái độ Gần gũi, tôn trọng, giúp đỡ của hàng xóm thì có kết quả điều trị cải thiện cao hơn khoảng 5,278 lần so với nhóm không nhận được. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Được hướng dẫn cách tự phục vụ bản thân thì có kết quả điều trị cải thiện hơn không được hướng dẫn khoảng 1,59 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,006$).

Những bệnh nhân nhận được sự hỗ trợ từ các tổ chức xã hội sẽ có cơ hội hòa nhập gấp 1,5 lần những bệnh nhân thiếu hỗ trợ này, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự hỗ trợ này vừa là động lực trực tiếp nâng cao hiệu quả hòa nhập vừa mang tính khích lệ gián tiếp gia tăng hiệu quả các yếu tố bảo vệ, hạn chế kì thị và mang lại cho bệnh nhân môi trường lí tưởng để hòa nhập. Đây chính là cơ sở cho những đề xuất pháp lý tạo môi trường vĩ mô, lí tưởng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt, thực tế thống kê tương quan hồi quy cũng chỉ ra đây là yếu tố cốt lõi giúp bệnh nhân hòa nhập, hiệu quả của yếu tố này bền bỉ và lâu dài, can thiệp ở mức độ chính sách là can thiệp đảm bảo tương lai cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân bình đẳng hạo và hòa nhập cộng đồng bền vững hơn.

KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị của bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Kết quả điều trị cải thiện 73,4%, không cải thiện 19,1%, 7,5% sa sút hơn.

Kết quả kiểm tra trạng thái tâm thần sơ bộ theo thang đánh giá MMSE: 65,5% có rối loạn nhận thức.

Kỹ năng sa sút nhiều nhất là kỹ năng lao động, tìm và duy trì công việc. Kỹ năng cải thiện nhiều nhất là kỹ năng tự chăm sóc bản thân.

2. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng kết quả điều trị.

Những yếu tố liên quan có cơ hội làm tăng mức độ hòa nhập cộng đồng là: tình trạng hôn nhân có bạn đời, thời gian trì hoãn điều trị thấp dưới 1 năm, tái khám thường xuyên, uống thuốc mỗi ngày, ngủ đủ giấc, hàng xóm gần gũi, được các tổ chức xã hội quan tâm và thường xuyên tham gia hoạt động giải trí.

Những yếu tố liên quan có thể làm giảm mức độ hòa nhập cộng đồng là: hút thuốc lá mỗi ngày và có tiền sử tổn thương thần kinh thực thể.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu thấy rằng, tỷ lệ người bệnh cải thiện các kỹ năng hoà nhập cộng đồng chưa cao so với các nghiên cứu khác và mục tiêu của dự án bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng của bộ y tế đề ra. Từ đó đề xuất các giải pháp như sau:

1. Tiếp tục củng cố và phát huy mô hình chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại địa phương, đặc biệt là hệ thống cộng tác viên từng khu vực, tổ chức viếng thăm gia đình nhằm động viên gia đình và bệnh nhân kiên trì tuân thủ điều trị theo phác đồ của cán bộ y tế, đồng thời khám bệnh, tư vấn giải đáp những thắc mắc liên quan đến bệnh, khuyến khích người nhà đưa bệnh nhân đến tái khám định kỳ hàng tháng.
2. Tuyên truyền, tư vấn cho gia đình bệnh nhân nên nhắc nhở hoặc giúp đỡ người bệnh giữ gìn vệ sinh nơi ở xung quanh, đồng thời không nên cách ly bệnh nhân tại phòng riêng.
3. Cộng tác viên phối hợp với người nhà để đưa bệnh nhân đi đến cơ sở y tế chuyên khoa tâm thần càng sớm càng tốt mỗi khi bệnh nhân có dấu hiệu tái phát các triệu chứng loạn thần.
4. Tổ chức định kỳ những sinh hoạt tập thể, vui chơi, giải trí cho người bệnh, giúp họ không mặc cảm, tự tin hơn trong cuộc sống, đồng thời đem lại sự thoải mái về tin thần, tăng hiệu quả điều trị.
5. Tạo cơ hội việc làm cho người bệnh giúp họ hoà nhập xã hội, đồng thời giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình,
6. Thực hiện những cuộc đánh giá kết quả điều trị để đánh giá chung về công tác chăm sóc sức khoẻ người tâm thần, đề xuất kịp thời những giải pháp giúp bệnh nhân cải thiện và hoà nhập cộng đồng.
7. Phát hiện, quản lý bệnh nhân mới, rút ngắn thời gian trì hoãn điều trị của bệnh nhân. Tuyên truyền cho người dân những kiến thức cơ bản về bệnh TTPL để hỗ trợ cán bộ y tế trong công tác chăm sóc sức khoẻ tâm thần dựa vào cộng đồng.
8. Triển khai, nghiên cứu thực hiện thí điểm 2 mô hình can thiệp trên nhóm đồng đẳng tâm thần phân liệt như đã phân tích

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bùi Quang Huy (2009), *Tâm thần phân liệt*, NXB y học Hà Nội, trang 9-15.
2. Bùi Thế Khanh (2005), *Nghiên cứu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân tâm thần phân liệt dựa vào cộng đồng tỉnh Hà Tây*, Học viện Quân Y, NXB Thư Viện Quốc Gia.
3. Vũ Hồng Kính (2011), *Nghiên cứu tình hình bệnh tâm thần phân liệt và đánh giá khả năng hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân tâm thần phân liệt tại huyện tân hiệp, tỉnh kiên giang năm 2010*, Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường ĐH Y Dược Cần Thơ.
4. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Thị Duyên (2002), “Nghiên cứu các nhân tố liên quan đến sự tái phát của bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid”, *Tạp chí y học thực hành*, (số 4), trang 7-10.
5. Bùi Đức Trình (2008), *Đại cương tâm thần học*, Bộ môn tâm thần trường ĐH Y Thái Nguyên, nhà xuất bản y học.
6. TS. Nguyễn Thị Xuyên, PGS.TS Trần Trọng Hà, TS. Trần Quý Tường, TS. Maya Thomas, ThS. Anneke Maarse và các ủy viên, *Phục hồi chức năng người có bệnh tâm thần*, Quyết định số 1149/QĐ – BYT ngày 01 tháng 4 năm 2008.

TIẾNG ANH

7. Alan S. Brown (2012), “The environment and susceptibility to schizophrenia”, *Prog Neurobiol*, *Author manuscript*. available in PMC 2012 Dec 13.
8. D. William Molloy, Timothy I. M. Standish (1997), “A Guide to the standardized mini mental state examination, Mental status and neuro - psychological assessment”, *International Psychogeriatrics*, Vol 9 (1), page 87-94.
9. Ingrid Melle, Svein Friis, Edvard Hauff, Per Vaglum (2000), “Social Functioning of Patients With Schizophrenia in High-Income Welfare Societies”, *Psychiatric Services*, Vol 51 (No2).
10. Mate Mihanovic, Branka Restek-Petrovic, Anamarija Bogovic, Ena Ivezic Davor Bodor (2015), “Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment”, *Neuropsychiatr Dis Treat*, (11), page 585–595.
11. Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C (2011), “Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.
12. Paul Gorcezynski and Guy Faulkner (2014), “Exercise therapy for schizophrenia”, Faculty of Physical Education and Health, University of Toronto, Canada, *Cochrane Database Syst Rev*. Author manuscript; available in PMC 2014 September 16.
13. Richard Warner (2004), *Recovery from Schizophrenia, Psychiatry and Political Economy*, Published in the USA and Canada by Brunner-Routledge 29 West 35th Street, New York, page 291-293.

PHỤ LỤC

ĐỊNH NGHĨA BIẾN

- Tuổi bệnh nhân: dựa vào CMND hoặc hộ khẩu
- Giới tính dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu, chia thành hai nhóm nam và nữ.
- Tôn giáo (niềm tin vào những gì siêu nhiên, thiêng liêng hay thần thánh, cũng như những đạo lý, lễ nghi, tục lệ và tổ chức liên quan đến niềm tin đó có thể dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu):
 - Phật giáo
 - Thiên chúa giáo
 - Khác
 - Không theo tôn giáo.
- Dân tộc dựa vào CMND hoặc sổ hộ khẩu gồm:
 - Kinh
 - Khơ me
 - Khác
- Trình độ học vấn, là lớp học cao nhất đã hoàn thành: gồm các mức độ
 - Không biết chữ
 - Bậc tiểu học
 - Bậc trung học cơ sở
 - Bậc trung học phổ thông
 - Trung cấp, cao đẳng
 - Cử nhân, đại học trở lên
- Nghề nghiệp chiếm nhiều thời gian nhất của người bệnh trước khi khởi phát bệnh:
 - Nội trợ
 - Nghỉ hưu
 - Nông, ngư dân
 - Công nhân
 - CBVC-NVVP
 - Buôn bán
 - Làm thuê
 - Thất nghiệp
 - Học sinh, sinh viên
 - Khác
- Tình trạng kinh tế gia đình: dựa vào sổ hộ nghèo hoặc giấy chứng nhận gia đình có hoàn cảnh khó khăn. Chia làm 2 nhóm:
 - Nghèo, cận nghèo
 - Khá, giàu
- Tình trạng hôn nhân
 - Độc thân

- Đã kết hôn
- Ly hôn, ly thân
- Góa

Các biến “yếu tố liên quan” ảnh hưởng đến kết quả điều trị

➤ Nhóm các yếu tố về tiền sử bệnh

- Tiền sử mắc bệnh tâm thần của gia đình:
 - Cha
 - Mẹ
 - Anh/chị em ruột
 - Không có
- Tuổi khởi phát, là tuổi xuất hiện các triệu chứng tâm thần đầu tiên và kéo dài trên 6 tháng:
 - Dưới 16 tuổi
 - Từ 16 đến 30 tuổi
 - Trên 30 tuổi
- Thời gian trì hoãn điều trị từ khi có dấu hiệu tâm thần đầu tiên đến khi điều trị chuyên khoa tâm thần:
 - Điều trị ngay
 - Dưới 15 ngày
 - Từ 15 ngày đến 30 ngày
 - Trên 30 ngày
 - Không nhớ/không biết
- Số lần tái phát (xuất hiện các triệu chứng loạn thần phải nhập viện tại bệnh viện tâm thần):
 - Không tái phát
 - < 3 lần
 - ≥ 3 lần
- Tần suất đi tái khám (số lần đi tái khám bệnh tâm thần tại cơ sở y tế):
 - Không đi khám
 - Một năm một lần
 - Sáu tháng/lần
 - Ba đến sáu tháng/lần
 - Một tháng/lần
 - Một tuần/lần
- Sự tuân thủ điều trị thuốc, là uống thuốc hằng ngày theo phát đồ của cán bộ y tế:
 - Uống đều mỗi ngày
 - Mỗi 2 đến 3 ngày uống 1 lần
 - 4 đến 6 ngày uống 1 lần
 - Có triệu chứng mới uống
 - Bỏ thuốc

➤ **Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả thuốc**

- Mức độ uống rượu-bia gây ảnh hưởng sức khỏe, Trung bình quá 40g alcol/ngày-khoảng 4 ly chuẩn với nam và 2 ly chuẩn đối với nữ [25]. Gồm:

- ≤ 1 ngày/tháng
- ≤ 1 ngày/tuần
- $> 1-4$ ngày/tuần
- ≥ 5 ngày/tuần
- Không uống

- Tình trạng sử dụng thuốc lá trong thời gian mang bệnh:

- Có, đang hút hàng ngày
- Có, thỉnh thoảng mới hút
- Có, nhưng đã bỏ
- Chưa bao giờ

- Thời gian mang bệnh của bệnh nhân, là thời gian được chẩn đoán đến hiện tại.

- ≤ 10 năm
- 11 đến 20 năm
- 21 đến 30 năm
- Trên 30 năm

➤ **Nhóm các yếu tố tác động đến tâm lý bệnh nhân**

- Thái độ của hàng xóm đối với người bệnh và gia đình người bệnh:

- Tôn trọng, giúp đỡ, gần gũi
- Bình thường
- Sợ hãi, lẩn tránh
- Khinh bỉ

- Tần suất tham gia hoạt động giải trí như xem tivi, nghe nhạc, đi bộ... :

- Mỗi ngày
- 2-3 ngày/lần
- 4-6 ngày/lần
- 1 tuần/lần
- Hơn 1 tuần/ lần
- Không có

- Sự quan tâm giúp đỡ (thăm hỏi, tặng quà...) của các tổ chức xã hội, :

- Có
- Không có

- Các biến cố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và trong thời gian mang bệnh:

- Mâu thuẫn gia đình (xung đột, cãi vã thường xuyên giữa các thành viên trong gia đình).
- Mâu thuẫn với hàng xóm (xung đột, cãi vã thường xuyên giữa các thành viên trong gia đình với hàng xóm).
- Làm ăn thua lỗ (kinh doanh, sản xuất bị lỗ vốn).

- Có người qua đời
- Thất tình/ ly dị.
- Không có

➤ **Những yếu tố thuộc về môi trường sống của bệnh nhân:**

- Điều kiện nơi ở của người bệnh:

- Thoáng mát, sạch sẽ, ngăn nắp
- Ấm thấp, không sạch sẽ, không ngăn nắp

- Chỗ ở hiện tại trong gia đình (nơi sinh hoạt, giải trí, nghỉ ngơi trong gia đình):

- Ở chung người nhà
- Phòng riêng không cần khoá
- Phòng riêng khoá lại

- Sự tập huấn, hướng dẫn, khuyến khích người bệnh tự phục vụ bản thân (từ cán bộ y tế hoặc người thân):

- Có
- Không

THANG ĐÁNH GIÁ HÒA NHẬP

Bảng 2.1. Đánh giá kỹ năng tự phục vụ bản thân, làm việc nhà của người bệnh.

THỰC HIỆN CÁC KỸ NĂNG	Khi Mới Bắt Đầu Bệnh			Hiện Tại		
	Tốt	Tạm Được	Sa Sút	Hòa nhập	Chưa hòa nhập	Sa Sút
1. Kỹ năng tự phục vụ bản thân						
Ngủ, thức dậy đúng giờ ¹						
Vệ sinh thân thể ²						
Ăn uống cùng bữa chung gia đình						
Kiểm soát được các hành vi ³						
2. Kỹ năng làm việc nhà						
Vệ sinh, dọn dẹp nhà cửa.						
Tham gia nấu ăn, rửa chén, bát...						
Sửa chữa các vật dụng						
Vị trí, chức năng, trong gia đình ⁴						

Ghi chú:

- (1) Ngủ, thức dậy đúng giờ so với các thành viên không mắc bệnh trong gia đình.
- (2) Cắt tóc, tắm, giặt, tự đi vệ sinh đúng nơi quy định.
- (3) Không có các hành vi bạo lực, kỳ quái làm tổn hại bản thân và người khác.
- (4) Làm việc phù hợp chức năng, bổn phận, vị trí trong gia đình.

Bảng 2.2. Đánh giá kỹ năng xã hội, lao động của người bệnh.

THỰC HIỆN CÁC KỸ NĂNG	Khi Mới Bắt Đầu Bệnh			Hiện Tại		
	Tốt	Tạm Được	Sa Sút	Hòa nhập	Chưa hòa nhập	Sa Sút
3. Kỹ năng xã hội						
Thực hiện các quy định chung ¹						
Hợp tác với hàng xóm ²						
Khả năng giao tiếp ³						
Được mọi người tôn trọng						
Được tham gia sinh hoạt ⁴						
4. Kỹ năng lao động/học tập						
Khả năng tìm việc làm/ đi học						
Trách nhiệm với công việc/ học tập						
Mức độ hoàn thành						
Sắp xếp công việc/học tập hợp lý						
5. Kỹ năng thư giãn, giải trí						
Nghỉ ngơi đủ và đúng giờ ⁵						
Xem tivi, nghe đài hợp lý ⁵						
Đọc sách, báo, tin tức hợp lý ⁵						
Tập thể dục, thể thao, văn nghệ... ⁵						

Ghi chú:

- (1) Thực hiện các quy định chung của cộng đồng, địa phương.
- (2) Hợp tác, hỗ trợ, làm việc với hàng xóm.
- (3) Bằng ngôn ngữ, ứng xử với hàng xóm.
- (4) Được tham gia sinh hoạt với cộng đồng, địa phương.
- (5) Hợp lý như các thành viên không mang bệnh trong gia đình.

Bảng 2.3. Đánh giá kỹ năng lao động, thư giãn, giải trí của người bệnh.

THỰC HIỆN CÁC KỸ NĂNG	Khi Mới Bắt Đầu Bệnh			Hiện Tại		
	Tốt	Tạm Được	Sa Sút	Hòa nhập	Chưa hòa nhập	Sa Sút
6. Tham gia hoạt động xã hội						
Thăm hỏi bạn bè, người thân						
Tham gia giao thông ¹						
Sử dụng điện thoại để liên lạc ²						
Đi tái khám hàng tháng ³						
Tham gia sinh hoạt tập thể ⁴						
7. Sử dụng thuốc ⁵						
Quản lý thuốc trong lọ, bọc kín.						
Đề thuốc nơi khô ráo, dễ thấy.						
Kiểm tra số thuốc hiện còn.						
Uống thuốc hằng ngày						

Ghi chú:

- (1) Tham gia giao thông (đi bộ, điều khiển phương tiện) đúng quy định, luật giao thông.
- (2) Trò chuyện, giao tiếp được qua điện thoại, biết được công dụng của điện thoại.
- (3) Người bệnh ý thức được bệnh và tự nguyện đi tái khám chuyên khoa tâm thần.
- (4) Tham gia sinh hoạt tập thể tại cộng đồng, địa phương (dự tiệc, hội họp...).
- (5) Người bệnh tự kiểm tra, bảo quản và sử dụng thuốc.

- Thang đánh giá gồm 7 mục và 30 nội dung, được thiết kế hợp lý, độ tin cậy cao, có chỉ số Cronbach's alpha : 0,96 [38].
 - Kỹ năng được đánh giá tốt hoặc hòa nhập khi mức độ nhắc nhở 1-2 lần/tuần.
 - Kỹ năng tạm được hoặc chưa hòa nhập khi mức độ nhắc nhở >3 lần/tuần.
 - Kỹ năng sa sút khi mức độ nhắc nhở nhiều lần mỗi ngày.
 - Kỹ năng hòa nhập 02 điểm, chưa hòa nhập 01 điểm, sa sút 0 điểm.
- Bệnh nhân được cho là hòa nhập khi tổng số điểm: từ 31 đến 60 điểm. Chưa hòa nhập: 16 đến 30 điểm. Sa sút: dưới 16 điểm.

Để tăng thêm tính tin cậy của kết quả từ thang đánh mức độ hòa nhập của bệnh nhân TTPL, chúng tôi sử dụng thêm thang điểm kiểm tra sơ bộ trạng thái tâm thần của người bệnh (MMSE scale) như sau [16], [26]:

Bảng 2.4. Kiểm tra mức độ định hướng, ghi nhớ, tính nhẩm và trí nhớ của bệnh nhân

1. Định hướng (10 điểm)	Thời gian trả lời	Điểm
1. Hôm nay là thứ mấy?	10s	.../1
2. Hôm nay là ngày bao nhiêu?	10s	.../1
3. Tháng này là tháng mấy?	10s	.../1
4. Mùa này là mùa gì?	10s	.../1
5. Năm nay là năm bao nhiêu?	10s	.../1
6. Chúng ta hiện đang ở đâu?	10s	.../1
7. Hiện đang ở tầng thứ mấy?	10s	.../1
8. Chúng ta đang ở thành phố nào?	10s	.../1
9. Chúng ta đang ở quận/huyện nào?	10s	.../1
10. Nước chúng ta là nước gì?	10s	.../1
2. Ghi nhớ (3 điểm)		
11-13. Anh/chị hãy nói lại đúng thứ tự 3 vật sau: <u>quả mít, chìa khoá, bút chì.</u>	20s	.../3
3. Tính nhẩm (5 điểm)		
14-18. Anh/chị hãy tính nhẩm phép tính 100 -7 rồi tiếp tục trừ 7 (Làm 5 thao tác).	30s	.../5
4. Trí nhớ (3 điểm)		
19-21. Anh/chị hãy nhắc lại 3 vật của bài 2?	30s	.../3

Bảng 2.5. Kiểm tra trạng thái ngôn ngữ và vận động của bệnh nhân.

5. Ngôn ngữ (8 điểm)	Thời gian	Điểm
22. Anh/chị cho biết đây là cái gì? (Chỉ vào cái đồng hồ).	10s	.../1
23. Anh/chị cho biết đây là cái gì ?(Chỉ vào bút chì).	10s	.../1
24. Anh/chị hãy nhắc lại câu sau đây: " Không nói nếu, không nói nhưng".	10s	.../1
25-27. Anh/chị hãy làm theo lời hướng dẫn của tôi như sau: Cầm lấy tờ giấy, gấp đôi vào chỗ giữa, đặt lên bàn.	30s	.../3
28. Anh/chị hãy đọc và làm theo trên giấy: " Hãy nhắm mắt lại".	10s	.../1
29. Anh/chị hãy viết một câu hoàn chỉnh bất kỳ mà anh/chị nghĩ đến ra tờ giấy (câu phải có ý nghĩa, bỏ qua lỗi chính tả).	30s	.../1
6. Vận động		
30. Anh/chị hãy vẽ lại hình bên dưới (hình vẽ đúng khi 2 ngũ giác đủ cạnh và lồng vào nhau tạo thành tứ giác đủ cạnh) : 	60s	.../1

* Tổng số điểm nhỏ hơn 24 là có rối loạn nhận thức.