

Mạnh Tuấn (tỷ lệ sinh viên thực hành đúng về SKSS là 50,8%) [6].

KẾT LUẬN

Kiến thức về sức khỏe sinh sản của đối tượng nghiên cứu còn chưa cao, tỷ lệ có kiến thức đạt là 69,2% và có sự khác biệt theo khối học ($p < 0,05$): 85,7% sinh viên năm thứ 4 có kiến thức đạt, cao hơn hẳn so với năm thứ 1 (42,5%). Thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản của đối tượng nghiên cứu chỉ ở mức trung bình: tỷ lệ có thái độ đạt là 51,8%, tỷ lệ có thực hành đạt là 56,1%. Kết quả cũng cho thấy 45,6% đối tượng nghiên cứu đã có người yêu/ bạn tình và 17,7% đã có quan hệ tình dục. Trong đó có 9,5% sinh viên không sử dụng bất kì biện pháp tránh thai nào khi quan hệ tình dục.

KHUYẾN NGHỊ

Nhà trường nên bổ sung các kiến thức liên quan tới SKSS vị thành niên - thanh niên cho sinh viên năm thứ nhất trên các kênh thông tin như bản tin, đài phát thanh của nhà trường. Ngoài ra, cần tăng cường các biện pháp truyền truyền, giáo dục về sức khỏe sinh sản, về tình dục an toàn, cách phòng tránh mang thai ngoài ý muốn và các bệnh lây truyền qua đường tình dục để sinh viên nâng cao hiểu biết cũng như chủ động bảo vệ sức khỏe cho bản thân và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Tổng cục Dân số-KHHGD (2010), "Thái độ của thanh thiếu niên Việt Nam về một số vấn đề xã hội", *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ II*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, UNICEF, WHO (2005), *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam 2003*, Hà Nội, tr.37-47, tr.51-56, tr.58-61.
3. Nguyễn Linh Khiếu (2003), *Gia đình trong giáo dục sức khỏe sinh sản vị thành niên*, Nhà xuất bản Khoa học xã hội, Hà Nội.
4. Tổng cục thống kê (2009), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
5. Vũ Thị Linh Trang (2015), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân của sinh viên Y6, Trường Đại học Y Hà Nội năm 2015", Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Mạnh Tuấn (2016), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hưng Yên, năm 2016", Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI 03 HUYỆN TỈNH HƯNG YÊN

NGUYỄN VĂN ĐĂNG¹, NGUYỄN TẤN DŨNG^{1,2},
ĐẶNG VĂN CHỨC², TRẦN ĐÌNH TRUNG³

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, ²Bệnh viện C Đà Nẵng,
³Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

TÓM TẮT

Mở đầu: Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, khá phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới. Theo các số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, số người bệnh tâm thần phân liệt chiếm 0,3 - 1,2% dân số.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt và các yếu tố liên quan đến sự tái phát bệnh tại 03 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ tỉnh Hưng Yên năm 2018.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đăng
Email: nguyendang.cdctb@gmail.com

Ngày nhận: 06/10/2020

Ngày phản biện: 19/11/2020

Ngày duyệt bài: 22/12/2020

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 372 người bệnh, 46 cán bộ y tế và cơ sở vật chất tại địa phương.

Kết quả: 100% cơ sở vật chất và cán bộ y tế đáp ứng đủ công tác quản lý người bệnh tâm thần phân liệt. Tỷ lệ mắc tâm thần phân liệt là 0,12%. Thể bệnh F20.0 là 40,3% và F20.1 là 31,7% hay gặp nhất, thời gian điều trị trên 10 năm chiếm 82,5%. Tỷ lệ tái phát bệnh là 24,2%. Có mối liên quan đến tái phát bệnh tâm thần phân liệt đang quản lý với giới tính, tiền sử gia đình có người mắc tâm thần kinh, hoàn cảnh sống, sự phối hợp với gia đình không tốt, uống thuốc không đều đặn và thể bệnh ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ mắc tâm thần phân liệt tương

đổi cao. Tỷ lệ tái phát bệnh có mối liên quan đến giới tính, tiền sử gia đình, hoàn cảnh sống, sự phối hợp quản lý, độ tuân thủ thuốc và thể bệnh.

Từ khóa: Thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt, tỷ lệ tái phát bệnh, yếu tố liên quan đến tái phát bệnh.

SUMMARY **SITUATION OF MANAGING** **SCHIZOPHRENIA AT 03 DISTRICT IN HUNG** **YEN PROVINCE**

Introduction: Schizophrenia is a severe psychosis, quite common in our country as well as in the world. According to the statistics of the World Health Organization, the number of people with schizophrenia accounts for 0.3 - 1.2% of the population.

Objectives: Describe the management situation of schizophrenic patients and the factors related to disease recurrence in 03 districts Kim Dong, Tien Lu and Phu Cu, Hung Yen province in 2018.

Methods: Descriptive study cut across 372 patients, 46 health workers and local facilities.

Results: 100% of facilities and health workers adequately met the management of people with schizophrenia. The rate of schizophrenia is 0.12%. F20.0 is 40.3% and F20.1 is the most common 31.7%, after 10 years of treatment, it accounts for 82.5%. The recurrence rate is 24.2%. There was an association with recurrence of schizophrenia under management with sex, family history of psychiatric person, living situation, poor family coordination, irregular medication intake, and disease ($p < 0.05$).

Conclusions: The incidence of schizophrenia is relatively high. The recurrence rate was related to sex, family history, living situation, coordination of management, drug adherence, and form of the disease.

Keywords: Management situation of schizophrenic patients, recurrence rate, factors related to disease relapse.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng, khá phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới. Theo các số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, số người bệnh tâm thần phân liệt chiếm 0,3 – 1,2% dân số. Tuy nhiên tỷ lệ mắc này rất khác nhau ở mỗi nước tùy vào các nghiên cứu của các tác giả khác nhau [1], [2].

Ở Việt Nam, theo báo cáo của Chương trình Quốc gia năm 2002 về điều tra cơ bản từ 63 tỉnh thành trong cả nước, tỷ lệ mắc bệnh TTPL là 0,3-1% dân số (trung bình 0,47%). Bệnh TTPL thường biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và phức

tạp, nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng. Điều trị bệnh TTPL phải điều trị lâu dài, có khi phải trọn đời, chủ yếu điều trị triệu chứng. Tuy nhiên người bệnh chỉ vào viện điều trị nội trú khi có diễn biến nặng trong những đợt cấp, còn chủ yếu là điều trị ngoại trú tại cộng đồng [3].

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt và các yếu tố liên quan đến sự tái phát bệnh tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên*” với hai mục tiêu như sau:

1. Mô tả thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt tại 03 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ, tỉnh Hưng Yên năm 2018.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến sự tái phát bệnh tại 03 huyện trên của tỉnh Hưng Yên năm 2018.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Các người bệnh đã được chẩn đoán lâm sàng là bệnh TTPL, người nhà người bệnh (hoặc người chăm sóc chính). Cán bộ y tế và cơ sở vật chất tại Trạm Y tế phường, xã (gồm tài liệu, sổ sách, báo cáo liên quan).

2. Phương pháp nghiên cứu

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

4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 8 năm 2018 tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên, Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ.

5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

5.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức dưới đây để tính cỡ mẫu nghiên cứu:

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

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 mắc trong quản lý người bệnh TTPL là 0,36 [10].

d: Sai số tối đa của ước lượng chọn là 5%.

Thay các giá trị ta được $n = 345$ thực tế điều tra được 372 người bệnh.

5.2. Phương pháp chọn mẫu

- Đối với chọn TYT và cán bộ y tế: Lấy mẫu toàn bộ, theo phương pháp tiện ích.

- Đối với chọn người bệnh TTPL: Chọn mẫu theo phương pháp nhiều giai đoạn.

+ Giai đoạn 1: Chủ động chọn tỉnh Hưng Yên

+ Giai đoạn 2: Chọn chủ đích 3 huyện vào nghiên cứu. Các huyện đó là Kim Động, Phù Cừ

và Tiên Lữ. Từ cỡ mẫu chung là 372 người bệnh, mỗi huyện cần khoảng 124 người bệnh.

+ Giai đoạn 3: Chọn người bệnh ở các xã vào nghiên cứu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống:

Hiện nay, tổng số người bệnh TTPL đang được quản lý ở cả 03 huyện là: 970 người bệnh. Lập danh sách người bệnh TTPL.

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống bằng cách xác định khoảng cách mẫu k tương ứng, $k = N/n$ (N: tổng số người bệnh TTPL ở 03 huyện, n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu). Chọn trong bảng ngẫu nhiên sao cho đơn vị mẫu đầu tiên X nằm trong khoảng từ 1 đến k, lần lượt chọn X: $X + 1k, X + 2k, \dots$ cho đến khi đủ số lượng mẫu dựa trên danh sách người bệnh đã được lập ở mỗi huyện.

6. Nội dung nghiên cứu

Sơ đồ 1. Khung lý thuyết nghiên cứu

Cung cấp dịch vụ quản lý, điều trị BNTT tại trạm y tế		Dịch vụ quản lý điều trị, chăm sóc người bệnh tâm thần tại y tế cơ sở		Sử dụng dịch vụ quản lý, điều trị BNTT tại trạm y tế
1. Quản trị 2. Nhân lực 3. Kinh phí 4. Thông tin 5. Thuốc 6. Trang thiết bị	→	1. CCDV Tập huấn, tuyên truyền 2. CCDV Khám sàng lọc 3. CCDV Khám bệnh điều trị định kỳ 4. CCDV Quản lý người bệnh tại cộng đồng	←	1. Yếu tố cá nhân 2. Thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh 3. SDDV Tập huấn, tuyên truyền 4. SDDV Khám sàng lọc 5. SDDV Khám bệnh điều trị định kỳ 6. SDDV Quản lý chăm sóc BN tại cộng đồng

7. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập thông tin từ TYT về trang thiết bị, tờ rơi, bàn ghế, loa đài, thuốc, hồ sơ quản lý người bệnh theo bản kiểm kê.

Phòng vấn Cán bộ y tế để biết thông tin về tuổi, giới, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn, chứng chỉ nghề nghiệp, tập huấn và các thông tin về khám chữa bệnh, cung cấp thuốc, ghi chép bệnh án, kiểm tra, báo cáo, sự kết hợp gia đình, địa phương với TYT để quản lý người bệnh.

Nghiên 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.

Phòng vấn người thân (người chăm sóc) để tìm một số yếu tố liên quan đến sự tái phát bệnh của người bệnh trong năm qua.

8. Phương pháp phân tích số liệu

Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để nhập và phân tích số liệu.

Tính tỷ lệ phần trăm so sánh các tỷ lệ phần trăm bằng test bình phương. So sánh có sự khác nhau khi $p < 0,05$.

Tính OR và 95%, p để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với quản lý người bệnh TTPL.

+ Nếu $OR = 1$ không có mối liên quan.

+ $OR > 1$ có mối liên quan thuận, nằm trong 95%CI và cực dưới của 95%CI cũng phải lớn 1.

+ $OR < 1$ có mối liên quan nghịch.

9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương 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 (UBND), trạm y tế các phường, xã tiến hành điều tra thuộc tỉnh Hưng Yên, của lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Hưng Yên.

Nghiên cứu không có tác động trực tiếp lên đối tượng nghiên cứu và không làm ảnh hưởng đến phong tục tập quán, tín ngưỡng của người dân địa phương.

Người chăm sóc người bệnh được chọn khi đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành điều tra. Họ có thể từ chối tham gia trong bất kỳ thời điểm nào trong thời gian diễn ra việc thu thập số liệu mà không cần giải thích lý do.

Số liệu được thu thập đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối. Các số liệu, thông tin thu thập chính xác, trung thực chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

KẾT QUẢ

1. Thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt tại 03 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ, tỉnh Hưng Yên năm 2018

Bảng 1. Thực trạng nhân lực, cơ sở vật chất phục vụ quản lý

Nhân lực/cơ sở vật chất	Số phòng (n = 46)	Tỷ lệ (%)
Số phòng cho quản lý người bệnh	46	100,0
Phòng được trang bị đầy đủ trang thiết bị	46	0,0
Có áp phích, tờ rơi, loa phóng thanh	46	100,0
CBYT được đào tạo và có chứng chỉ chuyên khoa	46	100,0

Có 100% cơ sở vật chất và nguồn nhân lực đáp ứng đầy đủ phục vụ cho công tác quản lý người bệnh TTPL tại cơ sở y tế.

Bảng 2. Phân bố chuyên môn của cán bộ chuyên trách

Chức danh	Số lượng (n = 46)	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	3	6,5
Y sĩ	29	63
Điều dưỡng	14	30,5

Tỷ lệ y sĩ thực hiện chuyên môn quản lý người bệnh TTPL chiếm cao nhất là 63%.

Bảng 3. Phân bố thâm niên quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng

Thâm niên	Số lượng (n = 46)	Tỷ lệ (%)
1- 3 năm	9	19,6
4-6 năm	12	26,1
> 6 năm	25	54,3

Tỷ lệ CBYT có thâm niên cao nhất là trên 6 năm 54,3%.

1. Thực trạng người bệnh tâm thần phân liệt tại 03 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ tỉnh Hưng Yên năm 2018

Có 37,1% người bệnh nữ và 62,9% người bệnh nam được quản lý bệnh TTPL.

Bảng 4. Phân bố tuổi khởi phát theo giới của người bệnh TTPL

Tuổi khởi phát theo giới	(n = 372)		Tỷ lệ (%)
	Nam	Nữ	
< 20 tuổi	27	28	14,8
20 đến 39 tuổi	169	87	68,8
40 tuổi và trên	38	23	16,4

Người bệnh khởi phát bệnh từ 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,8% và thấp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 14,8%.

Bảng 5. Tỷ lệ phân bố người bệnh theo thể bệnh

Thể lâm sàng	Số lượng (n = 372)	Tỷ lệ (%)
F20.0	150	40,3
F 20.1	118	31,7
F 20.2	5	1,3
F 20.3	29	7,8
F 20.4	3	0,8
F 20.5	20	5,4
F 20.6	47	12,6

Thể F 20.0 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,3% và thấp nhất là thể F20.4 chiếm 0,8%.

3. Thực trạng tái phát bệnh của người bệnh tâm thần phân liệt tại 03 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ tỉnh Hưng Yên năm 2018

Có 24,2% người bệnh TTPL tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên tái phát lại trong năm.

4. Một số yếu tố liên quan đến sự tái phát bệnh của người bệnh tâm thần phân liệt tại 3 huyện Kim Động, Tiên Lữ và Phù Cừ, tỉnh Hưng Yên năm 2018

Bảng 6. Mối liên quan giữa sự tái phát bệnh với giới tính (n = 372)

Bệnh	Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI, p
	n	%	n	%	
Nam	68	28,5	171	71,5	2,0 1,17-3,43 < 0,05
Nữ	22	16,5	111	83,5	

Tỷ lệ tái phát ở người bệnh nam là 28,5% cao hơn nữ 16,5%. Người bệnh nam có nguy cơ tái phát bệnh tăng gấp 2,0 lần so với người bệnh nữ và 95%CI từ 1,17 đến 3,43 và p < 0,05.

Bảng 7. Mối liên quan giữa sự tái phát bệnh với tuổi của người bệnh (n = 372)

Bệnh	Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI p
	n	%	n	%	
Tuổi					
< 40 tuổi	33	40,7	48	59,3	2,82 1,66-4,79 < 0,05
≥ 40 tuổi	57	19,6	234	80,4	

Tỷ lệ tái phát ở người bệnh < 40 là 40,7% cao hơn ở người bệnh ≥ 40 tuổi. Người bệnh dưới 40 tuổi nguy cơ tái phát cao gấp 2,82 lần so với người bệnh từ 40 tuổi trở lên với 95%CI từ 1,66-4,79% và p < 0,05.

Bảng 8. Mối liên quan giữa sự tái phát bệnh với tiền sử gia đình (n = 372)

Bệnh	Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI p
	n	%	n	%	
Tiền sử gia đình					
Có	30	44,1	38	55,9	3,2 1,84 - 5,59 < 0,05
Không	60	19,7	224	80,3	

Người bệnh có tiền sử gia đình có người tâm thần có tỷ lệ tái phát 44,1% và nhóm không có tiền sử tỷ lệ tái phát 19,7%. Người bệnh có tiền sử nguy cơ tái phát tăng lên 3,2 lần so với người bệnh không có tiền sử với 95%CI từ 1,84 đến 5,59 và p < 0,05.

Bảng 9. Mối liên quan giữa sự tái phát bệnh với hoàn cảnh sống (n = 372)

Bệnh	Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI
	n	%	n	%	
Sống vợ chồng, con					
Không	59	34,3	113	65,7	2,85 1,73-4,67 < 0,05
Có	31	15,5	169	84,5	

Tỷ lệ người bệnh không sống với gia đình, con có tỷ lệ tái phát là 34,3% và người bệnh sống với gia đình tỷ lệ tái phát là 15,5%. Người bệnh không sống với gia đình nguy cơ tái phát cao gấp 2,85 lần so với người bệnh sống với gia đình với 95%CI từ 1,73 đến 4,67 và $p < 0,05$.

Bảng 10. Mối liên quan giữa sự tái phát với phối hợp quản lý của gia đình và CBYT (n = 372)

Phối hợp QL	Bệnh		Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI
	n	%	n	%	n	%	
Chưa tốt	45	67,2	22	32,8			11,82
Tốt	45	14,7	260	85,3			6,23 - 22,56 < 0,05

Người bệnh thuộc gia đình tham gia quản lý người bệnh không tốt thì nguy cơ mắc TTPL tái phát cao gấp 11,82 lần so với những người bệnh được phối hợp tốt với 95%CI từ 6,23-22,56 và $p < 0,05$.

Bảng 11. Mối liên quan giữa sự tái phát với uống thuốc đều đặn (n = 372)

Uống thuốc	Bệnh		Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI
	n	%	n	%	n	%	
Không đều đặn	29	64,4	16	35,6			7,9
Đều	61	18,6	266	81,4			3,85-16,34 < 0,05

Người bệnh uống thuốc không đều đặn nguy cơ tái phát cao gấp 7,9 lần so với người bệnh uống thuốc đều đặn với 95%CI từ 3,85 đến 16,34 và $p < 0,05$.

Bảng 12. Tỷ lệ liên quan giữa sự tái phát bệnh với thể bệnh < F20,0

< F20,0	Bệnh		Tái phát		Không tái phát		OR, 95%CI
	n	%	n	%	n	%	
Có	50	33,3	100	66,7			2,75
Không	40	18,0	182	82,0			1,4-3,68 < 0,05

Người bệnh mắc thể bệnh TTPL thể F20,0 nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 2,75 lần so với các thể khác với 95%CI từ 1,4-3,68 và $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Thực trạng quản lý người bệnh tâm thần phân liệt ở tại tỉnh Hưng Yên năm 2018

Bảng 1 là kết quả cơ sở vật chất và nguồn nhân lực phục vụ công tác quản lý người bệnh tại các xã ở 03 huyện của tỉnh Hưng Yên với tổng số 46 TYT được điều tra thì 100% đều có phòng phục vụ cho quản lý người bệnh TTPL theo chương trình MTQG. Kết quả của chúng tôi tốt hơn kết quả của Nguyễn Đức Toàn ở thành phố Nghệ An với 25 TYT và 1 TTYT chỉ có 11/15 TYT có phòng quản lý người bệnh TTPL theo CTMT [8]. Như vậy, tại các xã điều tra ở 3 huyện của Hưng Yên đã đạt chuẩn theo CTMT [4]. Trong số 46 cán bộ thì có 3 là bác sĩ, 29 y

sĩ, 14 điều dưỡng. Kết quả của chúng tôi tương đương ở Ninh Bình [5], trong số 40 cán bộ quản lý TTPL tại TYT 30/40 là y sĩ, 2,5% điều dưỡng, không có nữ hộ sinh và đặc biệt có 9 bác sĩ. Kết quả này tốt hơn kết quả của Nguyễn Đức Toàn [8]. Theo tác giả trong số 12 cán bộ chỉ có 2 cán bộ là bác sĩ, 8 y sĩ, 01 là điều dưỡng và đặc biệt có 01 là nữ hộ sinh. Tâm thần là lĩnh vực chuyên khoa sâu, khó và phức tạp nếu cán bộ y tế có trình độ thấp, nghiệp vụ chuyên môn yếu thì khó có thể hoàn thành tốt nhiệm vụ quản lý, điều trị ngay cả trong bệnh viện chứ chưa nói là ở ngoài cộng đồng. Kết quả bảng 3 cho thấy 25 cán bộ thâm niên trên 6 năm, 4-6 năm có 12 cán bộ và dưới 3 năm có 8 cán bộ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Dương Thị Quỳnh Hoa [5] ở Ninh Bình. Số cán bộ có thâm niên công tác trên 6 năm chiếm 57,5% (23/40), 4-6 năm chiếm 15,0% (6/40) và 1-3 năm chiếm 27,5% (11/40). Như vậy, có thể nói cán bộ quản lý người bệnh TTPL ở Hưng Yên là người có thâm niên và kinh nghiệm trong công việc. Kết quả này của chúng tôi tốt hơn kết quả ở Nghệ An. Theo Nguyễn Đức Toàn [8] ở Vinh chỉ có 04 cán bộ làm việc trên 6 năm còn lại từ 1-3 năm có 05 người, 4 - 6 năm có 03 người.

Qua kết quả trên cho thấy cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ y tế ở Hưng Yên là tương đối đầy đủ để phục vụ cho công tác quản lý người bệnh TTPL theo CTMT quốc gia. Tuy nhiên cần tập trung đào tạo lại, tập huấn sâu rộng cho toàn bộ cán bộ quản lý (cán bộ phụ trách chương trình xã) người bệnh TTPL, đặc biệt cần đào tạo cấp chứng chỉ chuyên khoa cho cán bộ ở cơ sở.

2. Thực trạng người bệnh TTPL được quản lý tại TYT ở 03 huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2018

Hình 1 cho thấy phần trăm người bệnh nam 62,9% cao hơn nữ. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương kết quả ở Ninh Bình [5] với người bệnh nam nữ lần lượt là 64,3% và 35,7%. Theo Phạm Tuấn Việt [11] tỷ lệ công nhân xi măng Chinfon Hải Phòng mắc trầm cảm nữ cao hơn nam (4,4% so với 2,5%). Kết quả nghiên cứu của Lê Huy Hoàng [6] cũng thấy tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam. Theo các tác giả này nữ giới có nhiều áp lực từ công việc, gia đình và cuộc sống nên dễ mắc bệnh hơn nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi về TTPL, trong bệnh này thì yếu tố liên quan lại là giới tính nam.

Bảng 4 cho thấy tuổi phát bệnh của người bệnh theo giới. Chúng tôi thấy bệnh khởi phát ở độ tuổi 20 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%, sau đó ở độ tuổi từ 40 trở lên 16,4%, và thấp

nhất ở tuổi dưới 20 chiếm 14,8%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả ở Ninh Bình [5] người bệnh phát bệnh khi ở độ tuổi 20- < 40 tuổi chiếm 60,7%, 40 tuổi và trên chiếm 20,8%, chỉ có 18,5% phát bệnh khi người bệnh dưới 20 tuổi. Kết quả này phù hợp với kết quả của Nguyễn Đức Toàn [8]. Có 280/430 người bệnh tái phát ở tuổi 20- < 40, đặc biệt có 75 BN tái phát trước 20 tuổi. Nhìn chung tuổi mắc bệnh của người bệnh là rất trẻ.

Thể bệnh (bảng 5) cho thấy tỷ lệ người bệnh thể F20.0 chiếm tỷ lệ 40,3%, sau đó đến F20.1 chiếm 31,7% và F20.3 chiếm 7,8%. Kết quả tương tự ở Ninh Bình [5] F20.0 chiếm 46,2%, sau đó là thể F20.5 34,7%, F20.3 chiếm 11,2%, các thể khác chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều. Kết quả này sản sinh kết quả của Nguyễn Đức Toàn [8]: F20.0 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,6%, sau đó là F20.3 chiếm 27,9%. Các thể khác chiếm từ 4,6-14%. Nghiên cứu thuần tập tương lai dựa vào cộng đồng của Alderson HL và CS [15] để tìm mối liên quan chuyển bệnh TTPL của người dùng chất bệnh TTPL. Kết quả theo dõi 3486 người từ 1999 đến 2012 thấy tỷ lệ chuyển bệnh là 17,3% và thời gian cộng dồn mắc bệnh là 15,5 năm. Tác giả còn cho thấy thể bệnh hay gặp là F20.0.

3. Thực trạng sự tái phát bệnh của người bệnh TTPL tại cộng đồng ở 3 huyện của tỉnh Hưng Yên

Tỷ lệ tái phát trong năm người bệnh TTPL của tỉnh Hưng Yên là 24,2%. Tỷ lệ tái phát của chúng tôi cao hơn ở Ninh Bình [5] là 18,7% nhưng tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với tỷ lệ ở Vinh. Tại Vinh có 270/430 (62,8%) người bệnh tái phát. Trong số này có 140 BN tái phát 1-2 lần, 80 BN tái phát 3 - 4 lần và trên 4 lần là 50 BN.

4. Một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh của người bệnh TTPL ở cộng đồng tại tỉnh Hưng Yên

Bảng 6 là mối liên quan giữa giới tính của người bệnh với tái phát bệnh TTPL. Chúng tôi nhận thấy nếu người bệnh là nam thì nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 2,0 lần với 95%CI từ 1,17 đến 3,43. Kết quả phù hợp với kết quả của Dương Thị Quỳnh Hoa. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Toàn [8]. Người bệnh nam nguy cơ tái phát cao gấp 3,74 lần so với người bệnh là nữ với 95%CI từ 2,42 - 5,8. Khi tiến hành tổng quan nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của thiếu niên tại Ấn Độ, Aggarwal S và Berk M [14] thấy trong 10 năm có rất nhiều nghiên cứu về vấn đề này đặc biệt là nghiên cứu về yếu tố nguy cơ. Các tác giả nhận thấy nữ giới là yếu tố liên quan chặt chẽ tới sức

khỏe tâm thần của thiếu niên.

Liên quan tuổi người bệnh với tái phát bệnh (bảng 7). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh trẻ dưới 40 nguy cơ tái phát tăng lên 2,82 lần trong khi đó kết quả nghiên cứu ở Ninh Bình cho thấy người bệnh dưới 40 tuổi nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 6,99 lần với người bệnh từ trên 40 tuổi với 95CI từ 3,54 - 13,8 và $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Đức Toàn [8] với OR là 4,45.

Bảng 8 là tiền sử gia đình có người bị TTPL, động kinh hay các bệnh liên quan với tái phát TTPL. Kết quả cho thấy nếu người bệnh có tiền sử gia đình có người TTPL, động kinh và bệnh tâm thần khác thì nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 3,2 lần phù hợp với kết quả ở Ninh Bình [5] là 10,43 lần so với người bệnh không có tiền sử trên với 95%CI từ 5,03 đến 21,73. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả ở Vinh [8]. Theo kết quả này thì người bệnh có tiền sử gia đình như vậy thì nguy cơ tái phát tăng lên 18,34 lần so với những người bệnh không có tiền sử gia đình bất thường với 95%CI từ 9,34 - 36,63.

Bảng 9 liên quan giữa tình trạng hôn nhân với tái phát. Nếu người bệnh không được sống với gia đình, vợ (chồng), con thì nguy cơ mắc bệnh tăng lên 2,85 lần trong khi đó kết quả của Dương Thị Quỳnh Hoa [5] là 8,74 lần so với người bệnh được sống với vợ (chồng), con. Kết quả phù hợp với kết quả ở Vinh [8] với OR = 2,52. Gia đình và các thành viên trong gia đình là nhân tố quan trọng hỗ trợ quản lý người bệnh tâm thần. Nếu người bệnh không có vợ (chồng), sống độc thân hay ly dị có nghĩa là người bệnh mất đi lực lượng hỗ trợ cả về tinh thần lẫn vật chất. Nguy cơ tái phát bệnh là rất cao.

Bảng 10 cho thấy người bệnh có gia đình phối với chưa tốt với chuyên môn trong quản lý người bệnh thì nguy cơ người bệnh bị tái phát bệnh tăng lên 11,82 lần với 95%CI từ 6,23 đến 22,56 phù hợp với [5] OR là 2,38 với 95%CI từ 1,25 đến 4,54 và $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu ở Vinh [6]. Người bệnh không được sự quan tâm của gia đình thì nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 2,27 lần so với người bệnh có sự phối hợp tốt của gia đình (95%CI từ 1,66 - 4,48). Sự phối hợp quản lý của gia đình và chuyên môn giữ vai trò vô cùng quan trọng. Nếu gia đình không quan tâm thì hiệu quả điều trị rất tiêu cực.

Không được uống thuốc đều đặn với tái phát bệnh của người bệnh TTPL được khảo sát ở bảng 11. Nếu người bệnh không được uống thuốc bệnh đều đặn thì nguy cơ tái phát bệnh

tăng lên rất cao 7,9 lần với 95%CI từ 3,85 đến 16,34 so với kết quả ở Ninh Bình [5] là 15,57 lần so với người bệnh được uống thuốc đều đặn. Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả của Nguyễn Đức Toàn [8] với OR là 58,08 lần, 95%CI từ 30,55 - 111,73. Abracen J và CS ở Canada [13] nghiên cứu 136 người bệnh nam bị tâm thần để đánh giá mức độ tái phát bệnh. Tác giả nhận thấy liều thuốc bệnh vừa trung bình người bệnh tái phát giảm đi 7,7 lần và nếu dùng liều cao thì khả năng tái phát giảm đi 11,6 lần. Kết quả này giải thích vai trò của liệu pháp thuốc là rất quan trọng trong việc kiểm soát sự tái phát bệnh của người bệnh tâm thần.

Bảng 12 là liên quan thể bệnh với sự tái phát bệnh. Người bệnh mắc thể bệnh F20.0 thì nguy cơ tái phát bệnh tăng lên 2,75 lần trong khi đó kết quả của Dương Thị Quỳnh Hoa [5] cho thấy nguy cơ tái phát tăng lên 1,96 lần so với thể khác. Kết quả phù hợp với kết quả ở Vinh [8] với OR là 2,13 lần so với các thể khác, 95%CI từ 1,54-38,83. Theo Nguyễn Viết Nghị [7], Nguyễn Kim Việt [9] và Nguyễn Đức Vương [12] việc điều trị người bệnh TTPL kém hiệu quả phụ thuộc vào thể bệnh, thuốc và sự quan tâm hỗ trợ của gia đình và cộng đồng.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên tổng số 46 cán bộ y tế và 372 người bệnh TTPL ở các xã tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên, chúng tôi nhận thấy:

- Tỷ lệ mắc TTPL là 0,12%. Trong đó, 62,9% là nam, phần lớn là từ 30 đến trên 60 tuổi. Thể bệnh F20.0 (40,3%) và F20.1 (31,7%) hay gặp nhất, thời gian điều trị trên 10 năm chiếm 82,5%.

- 100% người bệnh có hồ sơ quản lý và được ghi chép đầy đủ. 100% được nhận thuốc đều đặn và được khám bệnh thường xuyên. 100% người bệnh được thực hiện liệu pháp lao động, tâm lý, được cấp thuốc đầy đủ tại TYT. 100% các trạm có sự phối hợp tốt điều trị từ địa phương. Công tác kiểm tra giám sát thực hiện 1 - 3 tháng/lần tại 100% số trạm. Chế độ thống kê báo cáo thực hiện tốt tại 46/46 TYT, và thực hiện mô hình quản lý theo CTMT.

- Tỷ lệ tái phát bệnh là 24,2%.

Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tái phát của người bệnh trong năm gồm: Giới tính nam (OR = 2,0), dưới 40 tuổi (OR = 2,82), tiền sử gia đình có người mắc tâm thần kinh (OR = 3,2), không được sống với vợ (chồng) con (OR = 2,85), sự phối hợp với gia đình không tốt (OR = 11,82), uống thuốc không đều đặn (OR = 7,9), thể bệnh (F20.0) (OR = 2,75).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Bình An, Trần Viết Nghị (2001), Bệnh

tâm thần phân liệt, Bệnh học tâm thần, Đại Học Y Hà Nội, trang: 5-12.

2. **Võ Văn Bản** (2007), “Đặc điểm lâm sàng và điều trị các rối loạn tâm thần ở trẻ vị thành niên”, Hội nghị Tâm thần Pháp Việt. Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội, tr:1-5.

3. **Trần Hữu Bình** (2009). Cập nhật chẩn đoán và điều trị Bệnh tâm thần phân liệt, Tài liệu báo cáo Hội nghị Khoa học Viện Sức khỏe Tâm thần (6 tháng đầu năm 2009).

4. Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế (2001), Dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em (2001).

5. **Dương Thị Quỳnh Hoa** (2018), “Thực trạng quản lý bệnh nhân tâm thần phân liệt tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Ninh Bình năm 2017”, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Chuyên ngành quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

6. **Lê Huy Hoàng** (2007), “Thực trạng điều kiện môi trường lao động và cơ cấu bệnh tật của công nhân xí nghiệp giấy Lê Lai 2 Hải Phòng năm 2007”, Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2008.

7. **Trần Viết Nghị** (2000), Bệnh tâm thần phân liệt, Bài giảng sau đại học, Bộ môn Tâm thần, Đại học Y Hà Nội.

8. **Nguyễn Đức Toàn** (2016), “Thực trạng quản lý bệnh nhân tâm thần phân liệt ở cộng đồng thành phố Vinh, Nghệ An năm 2016”, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

9. **Nguyễn Việt** (1984), Tâm thần học (1984), Nhà xuất bản Y học.

10. **Nguyễn Văn Thọ** (2009) “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ở 1021 BN TTPL”. Đề tài cấp Bộ, Bệnh viện Tâm thần Trung ương II.

11. **Phạm Tuấn Việt** (2015), “Trầm cảm và một số yếu tố liên quan trên công nhân công ty xi măng Chinfon Hải Phòng năm 2014”, Luận văn Thạc sĩ, Chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2015.

12. **Nguyễn Đức Vương** (2006) “Nghiên cứu bệnh nhân tâm thần phân liệt”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.

13. **Abracen J et al** (2016), “Individual community – based treatment of offender with mental illness: relationship to Recidivism”, J Inderpers violence, 31(10): 1842-58.

14. **Aggarwal S, Berk M** (2015), “Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: a review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years”, Asia J Psychiatr, 13:3-12.

15. **Alderson HL et al** (2017), “Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance –induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study”, Psychol Med, 47(14):2548-2555.