

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đặng Trần Khang¹, Nguyễn Minh Tinh¹, Nguyễn Thị Loan¹, Trần Thị Phương Lan¹, Dương Thanh Nga¹, Nguyễn Thị Trà My¹, Nguyễn Thu Hoài¹, Nguyễn Hữu Thiện^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ và một số đặc điểm về sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt (TTPL).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 155 bệnh nhân tâm thần phân liệt. Các đối tượng được khám lâm sàng, khai thác bệnh sử và đánh giá mức độ tuân thủ điều trị bằng thang Morisky 8 câu hỏi (Morisky Medication Adherence Scale – 8 items, MMAS-8). Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các thống kê mô tả.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống loạn thần ở mức trung bình và cao (≥ 6 điểm MMAS-8) là 30,32% (95% CI: 23,1%–37,6%). Có 38,71% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu nhận thức đúng rằng điều trị TTPL là suốt đời. Lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân không uống thuốc là “tự cho là bệnh đã khỏi, không cần uống thuốc” (53,55%), tiếp theo là “tự cho là không có bệnh” (40,65%). Chỉ có 32,26% bệnh nhân uống thuốc chống loạn thần một cách công khai và tự giác.

Kết luận: Tỷ lệ không tuân thủ điều trị còn ở mức cao (69,68%), phản ánh nhu cầu cấp thiết của các can thiệp giáo dục và hỗ trợ tuân thủ lâu dài trong quản lý bệnh TTPL.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt; tuân thủ điều trị; MMAS-8.

SOME CHARACTERISTICS OF TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA TREATED AT MILITARY HOSPITAL 175

ABSTRACT

Objective: To investigate the rate and some characteristics of treatment adherence among patients with schizophrenia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 155 patients with schizophrenia. Participants underwent clinical assessment, history taking, and evaluation of treatment adherence using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Data were analyzed using SPSS 22.0 with descriptive statistics.

Results: The proportion of patients with moderate or high adherence to antipsychotic medication

¹Khoa Sức khỏe Tâm thần (A6), Bệnh viện Quân y 175

Ngày nhận bài: 25/12/2025

Ngày phản biện: 13/02/2026

Người phản hồi: Nguyễn Hữu Thiện, email: thienqy43@gmail.com

(MMAS-8 score ≥ 6) was 30.32% (95% CI: 23,1%–37,6%). In the study sample, 38.71% of patients correctly understood that treatment for schizophrenia is lifelong. The most common reason for not taking medication was the belief that they had recovered and no longer needed medication (53.55%), followed by the belief that they did not have a disease (40.65%). Only 32.26% of patients took antipsychotic medication voluntarily and without concealment.

Conclusion: The rate of non-adherence remained high (69.68%), highlighting the urgent need for educational interventions and long-term adherence support in the management of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia; treatment adherence; MMAS-8.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh lý tâm thần nặng với tỷ lệ mắc phải trong suốt cuộc đời khoảng từ 0,5-1% [1]. Bệnh có biểu lâm sàng rất đa dạng, gây rối loạn tri giác, tư duy, cảm xúc, hành vi của bệnh nhân và suy giảm nhận thức đáng kể ở giai đoạn muộn. Bệnh TTPL tiến triển kéo dài suốt đời, bệnh nhân mất dần khả năng lao động, mất khả năng tự phục vụ chính bản thân mình, dần dần trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Cho đến nay, có nhiều phương pháp được sử dụng phối hợp để điều trị bệnh TTPL như: liệu pháp hóa dược, liệu pháp can thiệp như sốc điện, kích thích từ trường xuyên sọ, bên cạnh đó, các liệu pháp tâm lý, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp rèn luyện các kỹ năng xã hội, nghề nghiệp... cũng có vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân tái hòa nhập trở lại đời sống xã hội cũng như học tập, làm việc. Sau khi điều trị nội trú, bệnh nhân ra viện về với gia đình thì chế độ điều trị dựa trên nền tảng duy trì liệu pháp hóa dược với trụ cột là thuốc chống loạn thần đóng vai trò đặc biệt quan trọng giúp bệnh nhân ổn định, ít tái phát và có tiên lượng tốt hơn về lâu dài. Các bệnh nhân không duy trì đều đặn thuốc chống loạn thần thường tái phát các triệu chứng loạn thần, rối loạn về tư duy, tri giác, cảm xúc, hành vi và đặc biệt gây suy giảm đáng kể tới chức năng xã hội nghề nghiệp. Vì vậy, việc tuân thủ thuốc chống loạn thần có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong duy trì sự ổn định, giảm tái phát ở bệnh nhân TTPL.

Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy các đặc điểm tuân thủ điều trị khác nhau ở bệnh nhân TTPL. Trong nghiên cứu “Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt

tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội” của tác giả Lý Thị Kim Chi, Nguyễn Văn Tuấn (2022), kết quả đã cho thấy 39,6% người bệnh tuân thủ điều trị tốt, 20,4% người bệnh tuân thủ trung bình, 40,0% người bệnh tuân thủ điều trị kém [2]. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Thị Hải (2022), khi phân tích thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 năm 2022 đã ghi nhận 76,5% người bệnh tuân thủ điều trị [3]. Stephanie V Phan (2016), đã chỉ ra việc không tuân thủ dùng thuốc là thường gặp ở bệnh nhân TTPL và do nhiều yếu tố bao gồm thiếu nhận thức bệnh, tâm bệnh học, lạm dụng chất, các vấn đề liên quan đến điều trị, kỳ thị, ảnh hưởng văn hóa và tình trạng kinh tế xã hội.[4].

Kết quả của các nghiên cứu trên vẫn còn những điểm chưa rõ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Đánh giá tỷ lệ và mô tả một số đặc điểm liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị tại Bệnh viện Quân y 175”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 155 bệnh nhân có chẩn đoán TTPL điều trị tại khoa A6 Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025.

Tiêu chí chọn bệnh nhân vào nghiên cứu: Bệnh nhân đủ 16 tuổi trở lên, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10. Bệnh nhân đã điều trị TTPL bằng thuốc chống loạn thần tối thiểu 2 tháng, có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân và người đại diện hợp pháp.

Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân có lạm dụng chất ma túy, nghiện bia rượu hoặc có các bệnh lý nội, ngoại khoa nặng khác ảnh hưởng đến hành vi tuân thủ điều trị. Các bệnh nhân có rối loạn về trí nhớ, ngôn ngữ, mù chữ... không thể thực hiện việc đánh giá tâm thần và làm các trắc nghiệm tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, khai thác bệnh sử, hỏi và ghi nhận các thông tin, quá trình điều trị theo bệnh án nghiên cứu, đánh giá tuân thủ điều trị theo thang MMAS-8. Đây là công cụ đã được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu trước đây về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt trong nước cũng như quốc tế [2],[3],[4]. Thang MMAS được đánh giá theo 8 mục, mỗi mục nếu bệnh nhân thực hiện tốt sẽ đạt được 1

điểm. Đánh giá kết quả:

- + Tuân thủ cao: 8 điểm
- + Tuân thủ trung bình: 6 - 7 điểm
- + Tuân thủ thấp/không tuân thủ: < 6 điểm

Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0, các số liệu được tính theo %.

2.3 Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung và quy trình nghiên cứu, đồng thời tự nguyện đồng ý tham gia bằng phiếu đồng thuận. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, được bảo mật tuyệt đối và không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác. Người bệnh có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

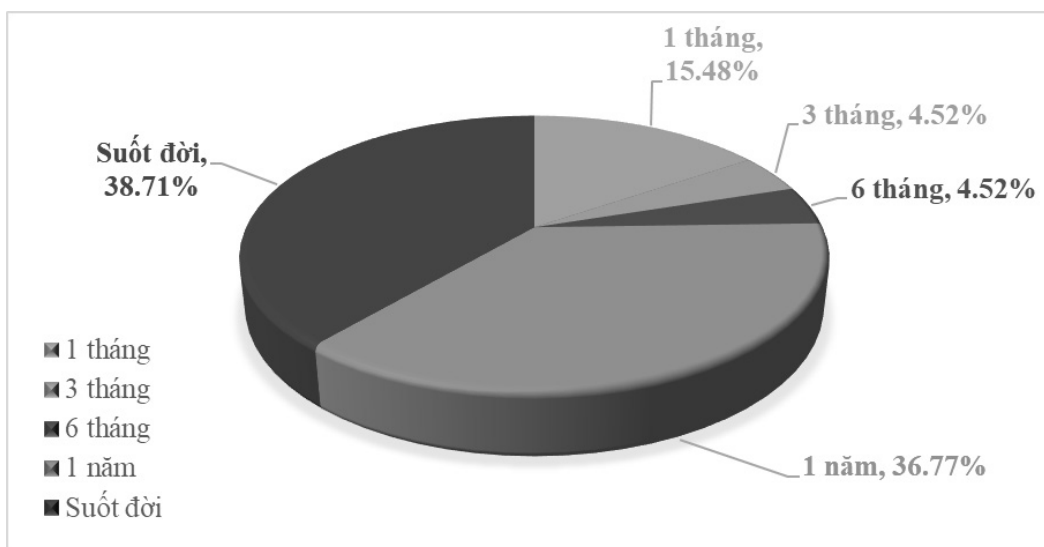
3.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị và nhận thức về thời gian điều trị bệnh ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Khảo sát sự tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm MMAS-8

| STT | Triệu chứng | Số lượng (n=155) | Tỷ lệ % | |
|--|--|----------------------------|---------|-------|
| 1 | Không bao giờ/hiếm khi quên sử dụng thuốc | 46 | 29,68 | |
| 2 | Trong hai tuần qua không bao giờ/hiếm khi bệnh nhân quên uống thuốc | 97 | 62,58 | |
| 3 | Không bao giờ/hiếm khi giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc mà không báo cáo với bác sĩ vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc | 68 | 43,87 | |
| 4 | Không bao giờ/hiếm khi quên mang thuốc khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà | 60 | 38,71 | |
| 5 | Bệnh nhân đã uống tất cả các loại thuốc của ngày hôm qua. | 132 | 85,16 | |
| 6 | Không bao giờ/hiếm khi ngừng thuốc vì bệnh nhân cảm thấy các triệu chứng đã được kiểm soát | 62 | 40,00 | |
| 7 | Không bao giờ/hiếm khi bệnh nhân cảm thấy băn khoăn về việc phải uống thuốc kéo dài. | 72 | 46,45 | |
| 8 | Không bao giờ/hiếm khi bệnh nhân gặp khó khăn trong việc nhớ phải uống thuốc | 46 | 29,68 | |
| 9. Tổng điểm và mức độ tuân thủ điều trị | 6-8 điểm | Tuân thủ cao và trung bình | 47 | 30,32 |
| | <6 điểm | Tuân thủ kém | 108 | 69,68 |

Mục có tỷ lệ tuân thủ cao nhất là “đã uống tất cả các loại thuốc trong ngày hôm qua” với 85,16%, cho thấy mức độ tuân thủ tốt trong ngắn hạn. Ngược lại, các mục có tỷ lệ thấp nhất là “không bao giờ/hiếm khi quên sử dụng thuốc” và “không gặp khó khăn trong việc nhớ uống thuốc”, đều chỉ đạt 29,68%.

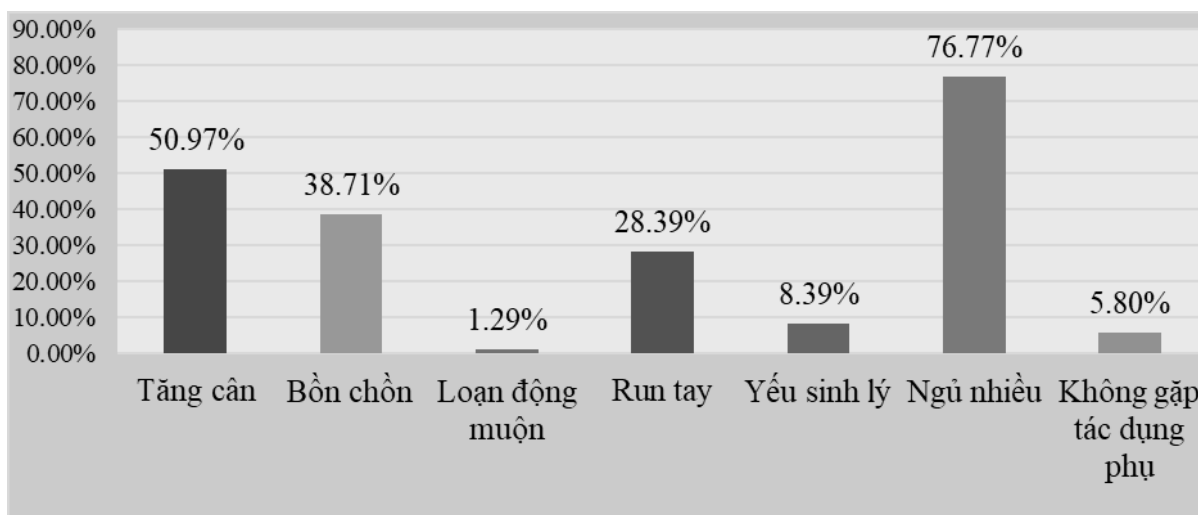
Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống loạn thần ở nhóm tuân thủ thấp/không tuân thủ chiếm tỷ lệ cao nhất, là 69,68% (95% CI: 62,4%–76,9%); trong khi nhóm tuân thủ trung bình và tuân thủ cao chỉ chiếm 30,32% (95% CI: 23,1%–37,6%).



Biểu đồ 3.1. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về thời gian điều trị bệnh

Số bệnh nhân nhận thức đúng về thời gian điều trị bệnh TTPL là kéo dài suốt đời chỉ chiếm 38,71%.

3.2. Đặc điểm tác dụng phụ và một số lý do không uống thuốc ở đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Các dụng phụ của thuốc chống loạn thần ở đối tượng nghiên cứu

Tác dụng phụ thường gặp nhất là ngủ nhiều (76,77%), tiếp theo là tăng cân (50,97%) và bồn chồn (38,71%). Tác dụng phụ ít gặp nhất là loạn động muộn (1,29%).

Bảng 3.2. Một số lý do không uống thuốc thường gặp ở đối tượng nghiên cứu

| Một số lý do không uống thuốc | Số thống kê | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|-------------|----------|-----------|
| Tự cho là không có bệnh | | 63 | 40,65 |
| Tự cho là bệnh đã khỏi, không cần uống thuốc | | 83 | 53,55 |
| Thuốc gây ngủ nhiều | | 40 | 25,81 |
| Thuốc gây tăng cân | | 25 | 16,13 |
| Thuốc gây vô sinh | | 6 | 3,87 |
| Thuốc làm yếu sinh lý | | 8 | 5,16 |
| Thuốc gây độc cho gan thận | | 15 | 9,68 |

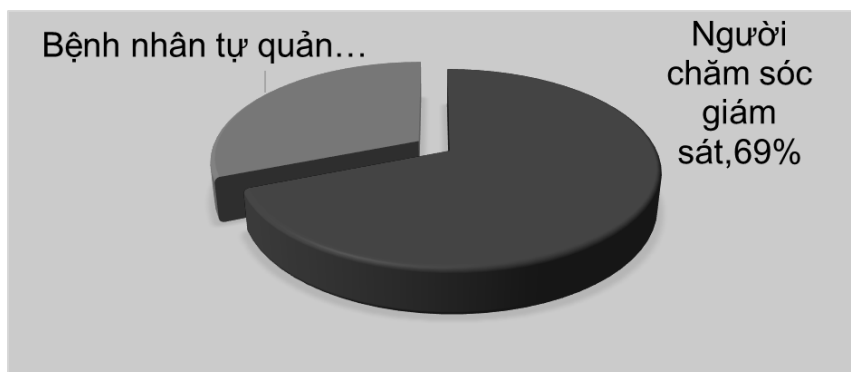
Các lý do không uống thuốc thường gặp nhất là do sự thức sai lệch về tình trạng bệnh bao gồm: “tự cho là bệnh đã khỏi, không cần uống thuốc” (53,55%), tiếp theo là “tự cho là không có bệnh” (40,65%).

3.3. Cách thức uống và quản lý thuốc ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Cách thức uống thuốc chống loạn thần của đối tượng nghiên cứu

| Cách thức uống thuốc | Số thống kê | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|--|----------|-----------|
| Uống thuốc công khai tự giác | | 50 | 32,26 |
| Không tự giác uống thuốc | Đôi khi phải nhắc nhở | 47 | 30,32 |
| | Đôi khi phải ép buộc | 28 | 18,06 |
| | Đã từng dấu thuốc và/hoặc nhỏ thuốc | 16 | 10,32 |
| | Từng phải nghiền thuốc trộn vào đồ ăn, nước uống | 14 | 9,03 |
| Tổng | | 155 | 100 |

Số bệnh nhân uống thuốc chống loạn thần công khai, tự giác chỉ chiếm (32,26%). Nhóm không tự giác uống thuốc chiếm phần lớn (67,74%); tỷ lệ thấp nhất là nhóm từng phải nghiền thuốc trộn vào đồ ăn hoặc nước uống (9,03%).



Biểu đồ 3.3. Cách thức quản lý thuốc ở đối tượng nghiên cứu

Trong việc quản lý thuốc cho người bệnh TTPL, chỉ 69% trường hợp có sự giám sát của người thân.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị và nhận thức về thời gian điều trị bệnh ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 cho thấy mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc ở bệnh nhân TTPL còn rất thấp, với 69,68% thuộc nhóm tuân thủ thấp/không tuân thủ, chỉ 30,32% ở mức tuân thủ trung bình và mức tuân thủ cao. Những số liệu này phản ánh một thực trạng đáng báo động trong chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt là trong bối cảnh thuốc chống loạn thần là nền tảng trong điều trị duy trì TTPL.

Kết quả trên có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu trước đó, đặc biệt là những nghiên cứu sử dụng thang đo MMAS-8. Đây là công cụ chuẩn hóa được sử dụng phổ biến trong đánh giá mức độ tuân thủ điều trị bằng thuốc. Nghiên cứu của Sandip Subedi và cộng sự (2020) cho thấy tỷ lệ không tuân thủ thuốc ở bệnh nhân TTPL lên đến 89,4%, phản ánh xu hướng phổ biến của việc bỏ liều, quên uống thuốc hoặc dùng thuốc không đúng giờ [5]. Trong khi Buse Karabulut và cộng sự (2024) ghi nhận 52% số người tham gia có mức độ tuân thủ kém [6].

Đáng chú ý, nghiên cứu của Wei-Feng Mi và cộng sự (2020) không chỉ xác định tỷ lệ không tuân thủ mà còn nhấn mạnh vai trò của nó như một yếu tố dự báo quan trọng cho việc tái phát bệnh. Theo nghiên cứu này, 55,8% bệnh nhân không tuân thủ đã bị tái phát, trong khi tỷ lệ này ở nhóm tuân thủ là 23 [7]. Sự khác biệt rõ rệt này cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa việc tuân thủ điều trị và nguy cơ tái phát rối loạn loạn thần, qua đó nhấn mạnh vai trò của sự can thiệp kịp thời trong quản lý điều trị lâu dài.

Kết quả từ biểu đồ 3.1 cho thấy nhận thức của bệnh nhân tâm thần phân liệt (TTPL) về thời gian điều trị có sự phân hóa rõ rệt. Tỷ lệ

bệnh nhân cho rằng thời gian điều trị kéo dài suốt đời chiếm cao nhất với 38,71%, tiếp theo là nhóm nghĩ rằng chỉ cần điều trị trong 1 năm (36,77%). Trong khi đó, tỷ lệ thấp nhất thuộc về nhóm cho rằng điều trị chỉ kéo dài 3 tháng hoặc 6 tháng, mỗi nhóm chỉ chiếm 4,52%. Điều này cho thấy mặc dù một bộ phận bệnh nhân đã nhận thức được tính chất mạn tính và lâu dài của bệnh, song vẫn còn tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân cho rằng thời gian điều trị chỉ là ngắn hạn.

4.2. Đặc điểm tác dụng phụ và lý do không uống thuốc ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Biểu đồ 3.2 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tác dụng phụ thường gặp nhất là ngủ nhiều (76,77%), tiếp theo là tăng cân (50,97%) và bồn chồn (38,71%). Tác dụng phụ ít gặp nhất là loạn động muện (1,29%), và chỉ có 5,80% bệnh nhân không gặp bất kỳ tác dụng phụ nào. Kết quả này không hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Dibonaventura M và cộng sự (2012), trong đó các tác dụng phụ phổ biến nhất được báo cáo bao gồm khó suy nghĩ/tập trung (32,2%), bồn chồn/cảm giác lo lắng (28,2%), mất ngủ (28,4%), tăng cân (25,8%) và buồn ngủ (25,1%) [8]. Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân số, loại thuốc sử dụng hoặc cách ghi nhận tác dụng phụ khác nhau giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, cả hai nghiên cứu đều cho thấy các tác dụng phụ là phổ biến và ảnh hưởng đến chất lượng sống cũng như mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Kết quả này cũng chỉ ra rằng các bác sỹ lâm sàng cần thực sự quan tâm tới tác dụng phụ của thuốc, qua đó giúp nâng cao tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân TTPL.

Bảng 3.2 cho thấy lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân không uống thuốc là “tự cho là bệnh đã khỏi, không cần uống thuốc” (53,55%), tiếp theo là “tự cho là không có bệnh” (40,65%). Lý do ít gặp nhất là lo sợ thuốc gây vô sinh (3,87%). Trong nghiên cứu của Mohammed F

và cộng sự năm 2024, 38,41% bệnh nhân cho rằng thuốc gây mệt mỏi và uể oải [9]. Những kết quả này cho thấy nhận thức sai lệch về bệnh và vai trò của thuốc điều trị là yếu tố cản trở lớn trong việc tuân thủ điều trị, từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý bệnh lâu dài.

4.3. Đặc điểm cách thức uống thuốc và cách quản lý thuốc chống loạn thần

Bảng 3.3 phản ánh một thực trạng đáng lo ngại trong công tác điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt (TTPL), khi tỷ lệ bệnh nhân uống thuốc chống loạn thần một cách công khai và tự giác chỉ chiếm 32,26%. Điều này đồng nghĩa với việc gần 68% số bệnh nhân còn lại chỉ dùng thuốc một cách miễn cưỡng, thiếu chủ động hoặc hoàn toàn không nhận thức được việc mình đang điều trị bằng thuốc. Trong số này, một nhóm nhỏ (9,03%) còn phải được cho uống thuốc thông qua hình thức nghiền nhỏ thuốc và trộn vào thức ăn hoặc nước uống để tránh sự từ chối của bệnh nhân. Trong các nghiên cứu trước đây,

Biểu đồ 3.3 cho thấy chỉ có 69% số bệnh nhân TTPL có sự giám sát từ phía người thân trong việc sử dụng thuốc điều trị, một con số tuy không quá thấp nhưng vẫn chưa đáp ứng được kỳ vọng trong bối cảnh bệnh nhân tâm thần rất cần sự hỗ trợ chặt chẽ từ gia đình. Tỷ lệ này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lý Thị Kim Chi và cộng sự (2022) với 69,56%, cho thấy rằng việc quản lý thuốc tại nhà vẫn chủ yếu dựa vào sự chủ động của gia đình thay vì một hệ thống hỗ trợ toàn diện từ các cơ sở y tế [2]. Tuy nhiên, sự giám sát này cũng đối mặt với nhiều thách thức. Nhiều gia đình còn thiếu hiểu biết về bệnh tâm thần phân liệt hoặc chưa được trang bị đầy đủ kỹ năng chăm sóc, dẫn đến việc giám sát điều trị kém hiệu quả, thậm chí làm gia tăng căng thẳng trong mối quan hệ với người bệnh. Không ít trường hợp, gia đình phải đối mặt với áp lực tâm lý, gánh nặng tài chính, hoặc đơn giản là không đủ thời gian để theo dõi việc dùng thuốc hằng ngày. Gia đình không chỉ là lực lượng hỗ trợ trực tiếp mà còn

đóng vai trò quan trọng trong việc động viên tinh thần và kết nối người bệnh với hệ thống y tế. Tuy nhiên, sự hạn chế của nguồn lực y tế cộng đồng, sự rời rạc trong quản lý bệnh nhân sau điều trị nội trú, cùng với thiếu sự phối hợp giữa các bên liên quan khiến nhiều gia đình rơi vào tình trạng bị động và đơn độc trong hành trình chăm sóc người bệnh.

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại một địa điểm duy nhất nên khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Bên cạnh đó, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu thông tin bệnh sử và quá trình điều trị có thể ảnh hưởng đến độ đầy đủ và chính xác của dữ liệu thu thập.

Trong phạm vi nghiên cứu, các số liệu và bảng biểu chủ yếu tập trung vào mô tả thực trạng tuân thủ điều trị và một số lý do liên quan ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, chưa đi sâu phân tích mối liên quan giữa các yếu tố này. Nội dung này cần được tiếp tục nghiên cứu trong các công trình tiếp theo để làm rõ hơn các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị.

Ngoài ra, hướng nghiên cứu này đã được đề cập trong một số nghiên cứu trước đây, do đó tính thời sự của đề tài còn phần nào hạn chế. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có ý nghĩa nhất định khi chỉ ra được một số lý do liên quan đến tác dụng phụ của thuốc, đồng thời nhấn mạnh vai trò của nhận thức về bệnh ở bệnh nhân tâm thần phân liệt đối với việc tuân thủ điều trị.

Trong tương lai, nghiên cứu sẽ có giá trị thực tiễn cao hơn nếu được mở rộng theo hướng đánh giá các biện pháp can thiệp, như giáo dục nâng cao nhận thức cho người bệnh và gia đình, cũng như áp dụng các hình thức nhắc nhở dùng thuốc qua điện thoại hoặc các phương tiện hỗ trợ khác.

6. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 155 bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị tại Bệnh viện Quân y 175, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc chống

loạn thần theo thang MMAS-8 là 30,32% (95% CI: 23,1%–37,6%), cho thấy tình trạng không tuân thủ điều trị còn khá phổ biến.

Chỉ có 38,71% bệnh nhân nhận thức đúng rằng điều trị tâm thần phân liệt cần được duy trì suốt đời; phần lớn còn lại chưa có nhận thức đúng về thời gian điều trị.

Tác dụng phụ thường gặp nhất là ngủ nhiều (76,77%) và tăng cân (50,97%); chỉ 5,80% bệnh nhân không gặp tác dụng phụ nào.

Lý do do phổ biến nhất khiến bệnh nhân không

uống thuốc là cho rằng bệnh đã khỏi, không cần uống thuốc (53,55%), tiếp theo là cho rằng mình không có bệnh (40,65%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy không tuân thủ điều trị là vấn đề cần được ưu tiên can thiệp. Các biện pháp cần hướng tới nâng cao nhận thức của người bệnh và gia đình, hỗ trợ nhắc nhở dùng thuốc, tăng cường phối hợp giữa bệnh viện – người bệnh – gia đình, và theo dõi định kỳ bằng các công cụ phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đức CT, Huy BQ. Giáo trình song ngữ tâm thần học. Tâm thần phân liệt. Hà Nội: Nhà xuất bản Quân đội nhân dân; 2017. p.175-187.
2. Chi LTK., et al. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội. Nghiên cứu Y học. 2022;151(3):228-35.
3. Hương NTT., et al Phân tích thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 năm 2022. Y dược lâm sàng 108. 2022:p18.
4. Phan SV., et al. Medication adherence in patients with schizophrenia. Int J Psychiatry Med. 2016;51(2):211-9.
5. Subedi S, Paudel K, Thapa DK. Treatment non-compliance in patients with schizophrenia. J Univ Coll Med Sci. 2020;8(1):21.
6. Karabulut B, Uslu E. Schizophrenia and medication adherence: Associated factors. Arch Psychiatr Nurs. 2024;49:47-54.doi, 10.1016/j.apnu.2024.01.015
7. Mi WF, Chen XM, Fan TT, Tabarak S, Xiao JB, Cao YZ, et al. Identifying Modifiable Risk Factors for Relapse in Patients With Schizophrenia in China. Front Psychiatry. 2020;11:574763. doi, 10.3389/fpsy.2020.574763
8. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2012;12:20.doi, 10.1186/1471-244x-12-20
9. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. BMC Psychiatry. 2024;24(1):108.doi, 10.1186/s12888-024-05554-0.