

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Chất lượng cuộc sống người bệnh tâm thần phân liệt đã điều trị ổn định tại Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp năm 2015Nguyễn Thị Hồng Đào¹, Nguyễn Quỳnh Anh^{2*}**TÓM TẮT**

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) người bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) đã điều trị ổn định tại Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp năm 2015.

Phương pháp nghiên cứu: với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu là 110 người bệnh TTPL đã điều trị ổn định tại Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp. Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi soạn sẵn với phương pháp thu thập số liệu là phỏng vấn người bệnh.

Kết quả nghiên cứu: cho thấy CLCS của người bệnh TTPL là ở mức 3,48/5 điểm, trong đó điểm CLCS khía cạnh môi trường thấp nhất và sức khỏe chung là cao nhất. Một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh TTPL như giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, khả năng tài chính, triệu chứng âm tính (thể hiện các tiêu hao mất mát trong hoạt động tâm thần), dương tính (thể hiện những biến đổi bệnh lý phong phú, cơ động và đa dạng trong hoạt động tâm thần) và hội chứng ngoại tháp.

Kết luận: CLCS của người bệnh TTPL đã ổn định là ở mức khá và có liên quan đến một số yếu tố cá nhân (giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp..) cũng như đặc điểm bệnh lý (hội chứng ngoại tháp, các triệu chứng tâm thần).

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, tâm thần phân liệt, Đồng Tháp.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng, có khuynh hướng tiến triển mãn tính, làm cho người bệnh dần dần tách rời khỏi cuộc sống xã hội bên ngoài thu dần vào thế giới nội tâm, khả năng làm việc, học tập ngày một giảm sút, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu (1). Đây là một trong những nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu trên thế giới. Năm 2014, ước tính toàn cầu có ít nhất 26 triệu người đang sống chung với bệnh TTPL và ở Việt Nam, con số này là hơn 250 nghìn người (2). So với người bình thường, người mắc căn bệnh này tử vong sớm hơn 15

- 20 năm chủ yếu là do đồng thời mắc một bệnh thực thể nào đó (3). Bên cạnh đó, theo kết quả nghiên cứu “Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam năm 2008”, bệnh TTPL là một trong những nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật và tử vong (4). Vì vậy, nghiên cứu chất lượng cuộc sống (CLCS) người bệnh TTPL nói riêng và người bệnh tâm thần nói chung đã được quan tâm và triển khai để có biện pháp nâng cao CLCS người bệnh.

Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh hạng 3, giường kế hoạch được Sở Y tế giao là 110 giường bệnh. Hiện tại có hơn 70% người bệnh nhập



*Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Quỳnh Anh

Email: nqa@huph.edu.vn

¹Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 12/03/2018

Ngày phản biện: 12/05/2018

Ngày đăng bài: 10/11/2018

viện điều trị nội trú tại bệnh viện được chẩn đoán là TTPL. Đây là một trong những mặt bệnh phải điều trị dài ngày tại bệnh viện và người bệnh phải chịu nhiều tác dụng phụ của thuốc nên đã ảnh hưởng rất lớn đến CLCS của người bệnh. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào về CLCS của người bệnh tâm thần nói chung và bệnh TTPL nói riêng được thực hiện tại bệnh viện. Chính vì thế, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá CLCS của người bệnh TTPL đã điều trị ổn định tại bệnh viện và xác định các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh TTPL. Trên cơ sở đó nhằm đưa ra một số giải pháp nhằm tăng cường nâng cao công tác điều trị, chăm sóc người bệnh TTPL tại bệnh viện trong thời gian tới.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

110 người bệnh TTPL đã được điều trị ổn định tại bệnh viện. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2014 đến tháng 7/2015 tại Bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp, với thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang.

Biến số nghiên cứu chính

Nhóm biến số liên quan đến đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, nơi cư ngụ, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình, tài chính, số lần nhập viện. Nhóm biến số liên quan đến đánh giá CLCS của người bệnh TTPL, sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF bao gồm: khía cạnh sức khỏe thể chất, khía cạnh sức khỏe tâm thần, các mối quan hệ xã hội và khía cạnh môi trường. Nhóm biến số liên quan đến đo lường các triệu chứng âm tính và dương tính.

Bộ công cụ WHOQOL-BREF. Đây là bộ công cụ ngắn gọn, dễ trả lời, rất thuận tiện

khi sử dụng và có tính ứng dụng linh hoạt ở các nước có nền văn hóa khác nhau, đặc biệt là chỉ mất khoảng thời gian ngắn (10 - 15 phút) để tự đánh giá, phù hợp cho đối tượng tham gia nghiên cứu là người bệnh tâm thần (5). Đồng thời, WHOQOL-BREF được sử dụng rất phổ biến trong các nghiên cứu đo lường CLCS người bệnh TTPL của các tác giả trên thế giới cũng như ở Việt Nam (6-8). Bên cạnh đó, bộ công cụ này cũng đã có bản dịch tiếng Việt và được tác giả Tô Xuân Lâm và cộng sự sử dụng để đo lường CLCS người bệnh TTPL nội trú (8). Ở bệnh viện Tâm thần Đồng Tháp, có 10 người bệnh TTPL đã được phỏng vấn thử và nhận thấy người bệnh có thể hiểu và trả lời được các câu hỏi của bộ công cụ. Thang PANSS cũng được sử dụng để đo lường các triệu chứng âm tính dương tính, đây là một phỏng vấn có cấu trúc chặt chẽ, đồng thời kết hợp quan sát hành vi của người bệnh trong lúc phỏng vấn. Bên cạnh đó, thang đo lường triệu chứng âm tính dương tính (PANSS) đã được Bộ môn Tâm thần trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh dịch sang tiếng Việt và thích ứng năm 1992. Hiện nay, thang này được sử dụng phổ biến tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần. Hơn nữa, đã có nhiều tác giả sử dụng thang PANSS kết hợp với bộ công cụ WHOQOL-BREF để đánh giá CLCS người bệnh TTPL (6-8).

Điểm trung bình “Chất lượng cuộc sống chung” là điểm trung bình của một câu hỏi về “sự hài lòng về CLCS chung” trong bộ công cụ WHOQOL-BREF, còn điểm trung bình “Chất lượng cuộc sống tổng quát” là trung bình cộng của cả bốn khía cạnh sức khỏe thể chất, khía cạnh tinh thần, các mối quan hệ xã hội và khía cạnh môi trường”.

Cách tính điểm CLCS dựa trên bộ công cụ đo lường CLCS WHOQOL - BREF được chấm điểm với mức cao nhất là 26 câu hỏi x 5 = 130 điểm và mức thấp nhất là 26 câu hỏi x 1 = 26 điểm. Điểm càng cao thì CLCS càng cao.

Toàn bộ các thông tin sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Nghiên cứu sử dụng thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, tối thiểu; phân tích tương quan giữa hai biến để xác định yếu tố liên quan.

Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh TTPL bằng phiếu phỏng vấn và phiếu đánh giá triệu chứng âm tính - dương tính (thang PANSS).

Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu và được quyền rút ra khỏi nghiên cứu trong bất kỳ giai đoạn nào. Phiếu phỏng vấn không ghi tên người bệnh mà đã được mã hóa để đảm bảo thông tin được bảo mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng thông qua.

KẾT QUẢ

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70	63,6
	Nữ	40	36,4
Nhóm tuổi	≤ 45 tuổi	95	86,4
	45 tuổi	15	13,6
Trình độ học vấn	Từ THCS trở xuống	86	78,2
	Trên THCS	24	21,8
Nơi ở	Thành thị	38	34,5
	Nông thôn	72	65,5
Tôn giáo	Có	83	75,5
	Không	27	24,5
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ/chồng	30	27,3
	Không sống cùng vợ/chồng	80	72,7
Khả năng tài chính	Có phụ thuộc	79	71,8
	Không phụ thuộc	31	28,2
Hội chứng ngoại tháp	Có	39	35,5
	Không	71	64,5

Hơn phân nửa đối tượng nghiên cứu là nam giới. Phần lớn người bệnh trong độ tuổi ≤45 tuổi. Đa số người bệnh có trình độ học vấn thấp từ THCS trở xuống và có theo đạo. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có tình

trạng hôn nhân không có vợ/chồng và có phụ thuộc tài chính vào người khác. Có hơn 2/3 người bệnh sống cùng người thân. Có 35,5% người bệnh TTPL có hội chứng ngoại tháp.

Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh TTPL**Bảng 2. Phân bố điểm trung bình CLCS theo các khía cạnh (n=110)**

Các khía cạnh CLCS	TB	Tối thiểu	Tối đa	ĐLC
CLCS chung	3,37	2,00	5,00	0,70
Sức khỏe chung	3,58	0,00	5,00	0,85
Sức khỏe thể chất	3,81	2,14	4,86	0,63
Tinh thần	3,44	2,00	5,00	0,65
Các mối quan hệ xã hội	3,42	1,67	4,67	0,53
Môi trường	3,25	2,00	4,50	0,52
CLCS tổng quát	3,48	2,28	4,33	0,50

Kết quả phân tích cho thấy điểm trung bình CLCS chung của đối tượng nghiên cứu ở mức khá ($3,37 \pm 0,70$ điểm) nhưng thấp hơn điểm sức khỏe chung (trung bình $3,58 \pm 0,85$). Bên cạnh đó, trong bốn khía cạnh của CLCS, điểm của sức khỏe thể chất là cao nhất (trung bình $3,81 \pm 0,63$ điểm). Khía cạnh tinh thần và các mối quan hệ xã

hội có điểm trung bình tương đương nhau lần lượt là $3,44 \pm 0,65$ và $3,42 \pm 0,53$ điểm, thấp nhất là khía cạnh môi trường (trung bình $3,25 \pm 0,52$ điểm). Về CLCS tổng quát của cả 26 câu hỏi có điểm thấp nhất là 2,28 điểm, cao nhất là 4,33 điểm, điểm trung bình ở mức khá ($3,48 \pm 0,5$ điểm) so với điểm tối đa là 5 điểm.

Bảng 3. Mối tương quan giữa các đặc điểm nhân khẩu - xã hội học của người bệnh TTPL với điểm CLCS tổng quát (n=110)

Đặc điểm cá nhân	Hệ số tương quan	Giá trị p
Tuổi	-0,121	0,206
Giới	-0,209	0,028
Trình độ học vấn	-0,039	0,688
Nơi ở	0,114	0,238
Tôn giáo	-0,059	0,539
Tình trạng hôn nhân	-0,163	0,048
Khả năng tài chính	0,417	<0,001

Kết quả cho thấy có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa điểm CLCS tổng quát với khả năng tài chính của người bệnh. Cụ thể, người bệnh càng độc lập về tài chính thì CLCS càng cao. Hệ số tương

quan là 0,417 cho thấy mối tương quan ở mức độ trung bình. Bên cạnh đó, nơi ở của đối tượng cũng có mối tương quan thuận với CLCS tổng quát, nhưng mối tương quan này là rất yếu (hệ số tương quan là 0,114) và

không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Mức độ tương quan ở mức yếu đối với các đặc điểm như giới tính, tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh sống của đối tượng (giá trị tuyệt đối của hệ số tương quan nhỏ hơn 0,3) và cũng được chỉ ra là có ý nghĩa thống kê ($p <$

0,05). Ngoài ra, các đặc điểm như tuổi, trình độ học vấn và tôn giáo cũng có mối tương quan rất yếu với điểm CLCS tổng quát (giá trị tuyệt đối của hệ số tương quan nhỏ hơn 0,2). Tuy nhiên, kết quả chỉ ra là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng với điểm CLCS tổng quát (n=110)

Đặc điểm lâm sàng	Hệ số tương quan	Giá trị p
Triệu chứng âm tính	-0,438	0,000
Triệu chứng dương tính	-0,473	0,000
Hội chứng ngoại tháp	-0,434	0,000

Kết quả cho thấy điểm CLCS tổng quát có mối tương quan nghịch với tất cả các đặc điểm lâm sàng của người bệnh. Triệu chứng âm tính, triệu chứng dương tính và hội chứng ngoại tháp là có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với điểm CLCS tổng quát và mức độ tương quan ở mức trung bình (giá trị tuyệt đối của hệ số tương quan nhỏ hơn 0,5). Theo đó, người bệnh có nhiều triệu chứng âm tính, dương tính và hội chứng ngoại tháp thì điểm CLCS càng thấp.

BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong số đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam giới (63,6%) cao hơn nhiều so với nữ giới (36,4%). Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự thực hiện năm 2005 tại Ấn Độ trên 50 người bệnh TTPL, trong đó đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là nam giới (6). Tuy nhiên, theo y văn, khi nghiên cứu tỷ lệ mắc TTPL là như nhau ở cả hai giới (1).

Tuổi thấp nhất của các đối tượng trong mẫu nghiên cứu là 18, cao nhất là 61 tuổi, tuổi trung bình là $35 \pm 8,8$ tuổi. Đây là lực lượng

lao động chủ yếu của xã hội. Đặc điểm về độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với đặc điểm về độ tuổi của người bệnh TTPL tại Ba Lan trong một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện năm 2011 trên 115 người bệnh TTPL ổn định của tác giả Marta Makara-Studzińska và cộng sự (7). Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của tác giả Tô Xuân Lân và cộng sự thực hiện năm 2012 trên 168 người bệnh TTPL nội trú cho thấy nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 35 - 44 tuổi, chiếm tỷ lệ 41,07% (8).

Về trình độ học vấn, đa số đối tượng tham gia trong nghiên cứu có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống là 78,2%. Từ kết quả trên cho thấy đa số người bệnh TTPL có trình độ học vấn thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy gần 2/3 người bệnh TTPL sinh sống ở khu vực nông thôn. Vậy kết quả nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm phân bố dân cư ở Đồng Tháp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng có theo đạo (75,5%) gấp 3 lần những người bệnh không theo đạo (24,5%), phần lớn trong số họ là theo đạo Phật. Trong khi đó, tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự thực hiện nghiên cứu năm 2005 tại Ấn Độ cho rằng phần lớn

người bệnh trong nghiên cứu của họ theo đạo Hindu (6). Do các nhóm người bệnh của hai nghiên cứu sinh sống ở các quốc gia khác nhau nên theo hai đạo khác nhau. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh theo đạo trong hai nghiên cứu là tương đồng với nhau.

Tình trạng hôn nhân của người bệnh TTPL là hơn 1/4 đối tượng tham gia nghiên cứu có vợ/có chồng (27,3%), nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự với hầu hết đối tượng trong nghiên cứu là đã có vợ/có chồng (6). Tỷ lệ người bệnh có vợ/có chồng trong nghiên cứu của Ram Kumar Solanki cao hơn có thể là do họ kết hôn sớm trước khi bệnh khởi phát.

Tỷ lệ người bệnh có phụ thuộc tài chính vào người khác trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,8% tương đương với kết quả của tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự là 70% (6). Còn nghiên cứu của tác giả Tô Xuân Lân và cộng sự thì tỷ lệ này là 85,71% (8), là cao hơn so với hai nghiên cứu trên vì đối tượng trong nghiên cứu của ông chỉ có 18,45% người bệnh là có nghề nghiệp. Qua đó cho thấy phần lớn người bệnh TTPL ở các quốc gia khác nhau đều có phụ thuộc tài chính vào người khác.

Có 64,5% đối tượng tham gia nghiên cứu không có hội chứng ngoại tháp khi sử dụng thuốc chống loạn thần, chỉ có một số lượng nhỏ đối tượng có hội chứng này. Điều này có thể do hầu hết người bệnh tại bệnh viện được điều trị đơn trị liệu thuốc chống loạn thần thế hệ mới.

Thực trạng CLCS của người bệnh TTPL

Kết quả phân tích cho thấy CLCS của người bệnh TTPL ở mức khá ($3,48 \pm 0,5$ điểm) so với điểm tối đa là 5 điểm, cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Ram Kumar Solanki (3,27 điểm) và tác giả Tô Xuân Lân (2,70 điểm). Năm 2005, Ram Kumar Solanki nghiên cứu trên 50 người bệnh TTPL, sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF để đánh giá CLCS người

bệnh và sử dụng thang PANSS để đo lường các triệu chứng âm tính dương tính (6). Năm 2012, tác giả Tô Xuân Lân nghiên cứu trên 168 người bệnh TTPL nội trú, cũng sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF và thang đo lường triệu chứng âm tính dương tính PANSS (8). Sở dĩ có sự khác biệt này là do đối tượng trong nghiên cứu này là những người bệnh đã được điều trị ổn định, trong khi đó đối tượng nghiên cứu của Tô Xuân Lân chỉ là người bệnh điều trị nội trú. Còn nghiên cứu của Ram Kumar Solanki được thực hiện năm 2005 cho thấy thời điểm của nghiên cứu cách nay khá lâu. Tại Việt Nam trong những năm gần đây y học đang trên đà phát triển, sức khỏe tâm thần đã dần được chú trọng, CLCS của người bệnh dần được cải thiện hơn.

Mối tương quan giữa các đặc điểm nhân khẩu - xã hội học với điểm CLCS WHOQOL-BREF tổng quát

Kết quả phân tích cho thấy có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa điểm CLCS tổng quát với các đặc điểm cá nhân như giới tính, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống của người bệnh. Chỉ có duy nhất một đặc điểm là khả năng tài chính là có mối tương quan thuận với điểm CLCS, người bệnh có khả năng tài chính càng cao thì CLCS càng tốt, vì có thể đáp ứng được một số nhu cầu vật chất phù hợp với bản thân. Từ đó, người bệnh sẽ tự tin hơn về khả năng lao động kiếm sống của họ bởi không bị ảnh hưởng hay phụ thuộc tài chính vào người khác. Hệ số tương quan là 0,417 cho thấy mối tương quan ở mức độ trung bình. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự đã kết luận rằng thu nhập của người bệnh có mối tương quan tích cực đáng kể với CLCS tổng quát (6).

Mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng với điểm CLCS WHOQOL-BREF tổng quát

Điểm CLCS tổng quát có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với một

số đặc điểm lâm sàng của người bệnh TTPL như triệu chứng âm tính, dương tính và hội chứng ngoại tháp. Theo đó, người bệnh càng có nhiều triệu chứng trên thì CLCS của họ càng giảm sút. Tuy nhiên, mối tương quan này chỉ ở mức độ trung bình. Kết quả nghiên cứu của tác giả Ram Kumar Solanki và cộng sự cũng cho rằng người bệnh càng có nhiều triệu chứng âm tính và dương tính thì CLCS càng thấp (6). Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của tác giả Tô Xuân Lâm và cộng sự kết luận rằng các triệu chứng dương tính có ảnh hưởng ở mức độ vừa phải đến CLCS của người bệnh TTPL, còn các triệu chứng âm tính có ảnh hưởng nặng nề đến CLCS của họ trên tất cả các khía cạnh (8). Từ đó cho thấy có sự tương đồng về mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng dương tính lên CLCS của người bệnh TTPL trong nghiên cứu của chúng tôi và của Tô Xuân Lâm và cộng sự. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng âm tính lên CLCS của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là ít nặng nề hơn.

KẾT LUẬN

CLCS của người bệnh TTPL là ở mức khá (3,48/5 điểm). Trong đó, điểm của khía cạnh sức khỏe thể chất là cao nhất (3,81 điểm), kế đến là điểm sức khỏe chung (3,58 điểm), tiếp theo là khía cạnh tinh thần (3,44 điểm), các mối quan hệ xã hội (3,42 điểm), CLCS chung (3,37 điểm), thấp nhất là điểm của khía cạnh môi trường (3,25 điểm). Phân tích cũng cho thấy những người bệnh càng độc lập về tài chính thì CLCS càng cao. Ngược lại, những người bệnh càng có nhiều triệu chứng âm tính, dương tính và hội chứng ngoại tháp thì CLCS của họ càng thấp.

KHUYẾN NGHỊ

Từ những kết quả trên, bệnh viện cần nâng cao công tác điều trị nhằm cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỷ lệ người bệnh có hội chứng ngoại tháp. Bên cạnh đó, bệnh viện cần có những hoạt động nhằm cải thiện khía cạnh môi trường để nâng cao CLCS cho người bệnh ở khía cạnh này. Đồng thời, bệnh viện cũng cần phối hợp với các cơ sở đào tạo nghề tại địa phương để mở các lớp đào tạo nghề cho người bệnh TTPL ổn định như dệt thảm lau chân, dệt chiếu,..., để người bệnh có được nguồn thu nhập nhỏ góp phần nâng cao CLCS của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt (1984), *Bệnh Tâm thần phân liệt*, Tâm thần học, Nhà xuất bản Y học.
2. Lan Nhi (2014), “Việt Nam có hơn 250.000 người mắc bệnh tâm thần phân liệt”, *The World & Viet Nam Report*.
3. George N. Christodoulou (2014), “Living with Schizophrenia “World Federation for Mental Health””, *World Mental Health Day 2014*.
4. Nguyễn Thị Trang Nhung (2011), *Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam 2008*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. WHO (1997), WHOQOL BREF, University of Seattle Washington.
6. Ram Kumar Solanki & et al (2005), “Schizophrenia: Impact on quality of life”, *Indian Journal of Psychiatry*. 3(50), p. 181-186.
7. Marta Makara- Studzinska & et al (2011), “The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service – selected factors”, *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 1(5), p. 31-34.
8. Tô Xuân Lâm (2012), “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tâm thần phân liệt Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2”.

Quality of life of stable treated Schizophrenia patients at Dong Thap Mental Hospital, 2015

Nguyen Thi Hong Dao¹, Nguyen Quynh Anh²

¹Dong Thap Mental Hospital

²Hanoi University of Public Health

Objectives: The study assessed the quality of life of stable treated schizophrenia patients at Dong Thap Mental hospital in 2015. **Methods:** This study used WHOQOL-BREF questionnaire with cross-sectional study design, collected qualitative data by interviewing 110 inpatients and outpatients with schizophrenia in the Dong Thap Mental Hospital. The results showed that the quality of life of patients with schizophrenia is 3.48 out of 5 points. Several factors related to the quality of life of patients with schizophrenia, such as gender, marital status, occupation and life situation, financial capacity, negative or positive symptoms and extrapyramidal syndrome. **Conclusion:** The quality of life of stable treated patients with schizophrenia is fairly, influenced by both personal characteristics (gender, marital status,..) and clinical situation (negative positive symptoms and extrapyramidal syndrome).

Keywords: *Quality of life, schizophrenia, Dong Thap Mental Hospital.*