ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):94-105
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

Thực trạng quản lý điều trị tâm thần phân liệt tại cộng đồng tỉnh Tây Ninh năm 2026

Nguyễn Văn Luân Em[1,2], Nguyễn Trung Kiên[1], Lê Minh Hữu[1], Trần Minh Tiến[1], Nguyễn Chiến Thắng[1], Nguyễn Hoàng Thanh Sơn[1], Nguyễn Văn Thống[1,*]

[1]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ, Việt Nam
[2]Bệnh viện Tâm thần Tây Ninh, Tỉnh Tây Ninh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Quản lý người bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng cần đánh giá đồng thời triệu chứng, chức năng cá nhân - xã hội, tuân thủ điều trị và các yếu tố xã hội liên quan. Dữ liệu địa phương về thực trạng quản lý này tại Tây Ninh còn hạn chế.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, tình trạng tuân thủ điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiểm soát tốt triệu chứng ở người bệnh tâm thần phân liệt được quản lý tại cộng đồng tỉnh Tây Ninh năm 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 400 người bệnh tâm thần phân liệt đang được quản lý tại cộng đồng. Triệu chứng được đánh giá bằng PANSS; chức năng cá nhân - xã hội bằng PSP; mức độ bệnh bằng CGI-S; tuân thủ điều trị bằng GMAS; nguy cơ tự sát bằng C-SSRS. Kiểm soát tốt được xác định khi PANSS <76 điểm. Các yếu tố liên quan được phân tích bằng bảng 2x2 và hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Tỷ lệ kiểm soát tốt theo PANSS là 60,5%, kiểm soát kém chiếm 39,5%. Người bệnh ≥40 tuổi chiếm 72,0%; nam giới 57,8%; học vấn dưới THPT 74,2%; không nghề nghiệp 78,8%. Tỷ lệ giấc ngủ không tốt là 89,8%; suy giảm chức năng rõ/nặng theo PSP 31,8%; tuân thủ cao theo GMAS 31,8%; nguy cơ tự sát trung bình/cao 3,5%. Trong hồi quy logistic đa biến, PSP suy giảm rõ/nặng có liên quan với odds kiểm soát tốt thấp hơn rõ rệt (aOR=0,009; KTC 95%: 0,003-0,025), trong khi tuân thủ cao theo GMAS có liên quan với odds kiểm soát tốt cao hơn (aOR=7,043; KTC 95%: 3,149-15,750). Một số yếu tố xã hội - bệnh học khác cũng có liên quan trong mô hình đa biến nhưng cần diễn giải thận trọng.

Kết luận: Khoảng 6/10 người bệnh tâm thần phân liệt được quản lý tại cộng đồng đạt kiểm soát tốt theo quy ước PANSS <76. Chức năng cá nhân - xã hội theo PSP và tuân thủ điều trị theo GMAS là hai miền đánh giá có liên quan chặt chẽ với tình trạng kiểm soát triệu chứng tại cùng thời điểm khảo sát. Cần lồng ghép đánh giá PANSS, PSP, GMAS, nguy cơ tự sát và các yếu tố xã hội trong theo dõi định kỳ tại cộng đồng.

Từ khóa: tâm thần phân liệt; quản lý cộng đồng; kiểm soát triệu chứng; tuân thủ điều trị; chức năng xã hội

Ngày nhận bài: 19-07-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 30-09-2026 / Ngày đăng bài: 07-10-2026
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Thống. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ, Việt Nam. E-mail: nvthong.gv@ctump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

CURRENT STATUS OF COMMUNITY-BASED SCHIZOPHRENIA MANAGEMENT IN TAY NINH PROVINCE IN 2026

Nguyen Van Luan Em, Nguyen Trung Kien, Le Minh Huu, Tran Minh Tien, Nguyen Chien Thang, Nguyen Hoang Thanh Son, Nguyen Van Thong

Background: Community-based schizophrenia management requires simultaneous assessment of symptoms, personal and social functioning, medication adherence, and related social factors. Local evidence from Tay Ninh province remains limited.

Objectives: To describe clinical characteristics and medication adherence, and to analyze factors associated with good symptom control among community-managed patients with schizophrenia in Tay Ninh province in 2026.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 400 patients with schizophrenia under community management. Symptoms were assessed using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), personal and social functioning using PSP, illness severity using CGI-S, medication adherence using GMAS, and suicide risk using C-SSRS. Good symptom control was defined as PANSS <76. Associated factors were examined using 2x2 tables and multivariable logistic regression.

Results: Good symptom control according to PANSS was found in 60.5% of patients, whereas poor symptom control accounted for 39.5%. Patients aged ≥40 years accounted for 72.0%, males 57.8%, education below upper secondary school 74.2%, and unemployment 78.8%. Poor sleep quality was reported in 89.8%, marked/severe PSP impairment in 31.8%, high GMAS adherence in 31.8%, and moderate/high suicide risk in 3.5%. In multivariable logistic regression, marked/severe PSP impairment was associated with markedly lower odds of good symptom control (aOR=0.009; 95%CI: 0.003-0.025), whereas high GMAS adherence was associated with higher odds of good symptom control (aOR=7.043; 95%CI: 3.149-15.750). Other social and clinical factors were also associated with good symptom control, but should be interpreted cautiously.

Conclusions: Approximately six in ten community-managed patients with schizophrenia achieved good symptom control as operationally defined by PANSS <76. PSP-based personal and social functioning and GMAS-based medication adherence are assessment domains closely associated with concurrent symptom control. Routine community follow-up should integrate PANSS, PSP, GMAS, suicide-risk assessment, and social-factor assessment.

Keywords: schizophrenia; community management; symptom control; medication adherence; social functioning

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là rối loạn tâm thần nặng, thường tiến triển mạn tính, ảnh hưởng kéo dài đến nhận thức, hành vi, khả năng lao động và chức năng xã hội của người bệnh [1]. Bệnh không chỉ biểu hiện bằng các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác hay rối loạn tư duy, mà còn đi kèm triệu chứng âm tính, suy giảm chức năng cá nhân - xã hội và nhiều khó khăn trong duy trì điều trị lâu dài. Vì vậy, quản lý người bệnh tâm thần phân liệt cần được tiếp cận như một quá trình liên tục, bao gồm điều trị duy trì, theo dõi lâu dài, phát hiện sớm nguy cơ tái phát, hỗ trợ tuân thủ điều trị và phục hồi chức năng tại cộng đồng.

Trong quản lý tâm thần phân liệt, mô hình chăm sóc cộng đồng có vai trò đặc biệt quan trọng. Theo khuyến nghị của NICE, người có triệu chứng loạn thần trong chăm sóc chuyên khoa cần được đánh giá toàn diện về sức khỏe tâm thần, nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác, sử dụng rượu/chất, sức khỏe thể chất, các yếu tố tâm lý - xã hội, hoàn cảnh sống, tình trạng học tập - nghề nghiệp, chất lượng cuộc sống và kinh tế [2]. Cách tiếp cận này phù hợp với định hướng chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng lấy người bệnh làm trung tâm, trong đó kiểm soát triệu chứng cần song hành với phục hồi

chức năng, hỗ trợ xã hội và bảo đảm tiếp cận dịch vụ [3].

Tuân thủ điều trị là một nội dung quan trọng trong quản lý lâu dài, do không tuân thủ có liên quan đến tái phát, nhập viện và các hệ quả bất lợi khác [4]. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy kiểm soát triệu chứng kém và tái phát có liên quan đến nhiều yếu tố như tự ý giảm hoặc ngừng thuốc, tự nhận thức bệnh hạn chế, tác dụng phụ, sử dụng rượu/chất, stress đời sống, thiếu hỗ trợ gia đình - xã hội, môi trường gia đình căng thẳng, thất nghiệp, khó khăn kinh tế và suy giảm hoạt động hằng ngày [4-8].

Hiện nay, số liệu công bố về thực trạng quản lý điều trị người bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng ở tỉnh Tây Ninh còn hạn chế. Đặc biệt, vẫn thiếu bằng chứng địa phương mô tả đồng thời đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, tình trạng tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến kiểm soát triệu chứng trong nhóm người bệnh đang được quản lý tại cộng đồng. Trong phạm vi bài báo này, thực trạng quản lý điều trị được tiếp cận thông qua tình trạng lâm sàng, chức năng cá nhân - xã hội, tuân thủ điều trị, nguy cơ an toàn và các yếu tố xã hội của người bệnh đang được hệ thống cộng đồng theo dõi; nghiên cứu không nhằm đánh giá toàn bộ hiệu quả vận hành của hệ thống quản lý.

Mục tiêu nghiên cứu

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và tình trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt được quản lý tại cộng đồng trên địa bàn tỉnh Tây Ninh năm 2026.

(2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiểm soát tốt triệu chứng ở đối tượng trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán tâm thần phân liệt và đang được quản lý tại cộng đồng trên địa bàn tỉnh Tây Ninh năm 2026. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2025 đến tháng 02/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo ICD-10 [9], đang được quản lý điều trị tại cộng đồng trên địa bàn tỉnh Tây Ninh năm 2026, có đủ thông tin cần thiết để đánh giá theo bộ công cụ nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Trường hợp người bệnh cần hỗ trợ quyết định, nghiên cứu chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của người giám hộ hoặc người chăm sóc hợp pháp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Từ chối tham gia, sa sút trí tuệ nặng, bệnh lý thần kinh cấp như đột quỵ cấp, viêm não hoặc co giật, nhằm đảm bảo đối tượng có khả năng trả lời chính xác các thang đo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1{,}96$, tương ứng độ tin cậy 95%; $p = 0{,}7857$, là tỷ lệ tuân thủ thuốc kém/không tuân thủ ở người bệnh tâm thần phân liệt theo nghiên cứu của Trần Như Minh Hằng [10]; $d = 0{,}045$.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 320 người bệnh; dự phòng 10%, cỡ mẫu cần thu thập là khoảng 352 người bệnh. Do nghiên cứu mô tả đồng thời đặc điểm lâm sàng và tình trạng tuân thủ điều trị trong quản lý cộng đồng, cỡ mẫu được tính theo tỷ lệ tuân thủ điều trị từ nghiên cứu trước. Thực tế nghiên cứu đã thu thập và đưa vào phân tích 400 người bệnh, lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu và bảo đảm số biến đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến ở mức chấp nhận được. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Nhóm nghiên cứu sàng lọc người bệnh đang được quản lý tại cộng đồng, giải thích mục tiêu nghiên cứu và xin đồng thuận tham gia. Dữ liệu được thu thập bằng phiếu khảo sát cấu trúc, bao gồm thông tin nhân khẩu - xã hội, đặc điểm bệnh học, thói quen sinh hoạt, nguy cơ tự sát, mức độ triệu chứng, chức năng cá nhân - xã hội, mức độ bệnh và tuân thủ điều trị. Các thang đánh giá được thực hiện bởi nhân sự đã được

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

hướng dẫn thống nhất nhằm hạn chế sai số thông tin.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc là mức độ kiểm soát triệu chứng theo PANSS. Tổng điểm PANSS được phân loại thành nhẹ (<58 điểm), trung bình (58-75 điểm), nặng (76-95 điểm) và rất nặng (>95 điểm). Trong phân tích liên quan, kiểm soát tốt được định nghĩa là PANSS <76 điểm, trong khi kiểm soát kém được định nghĩa là PANSS ≥76 điểm. Cách phân nhóm dựa trên mối liên hệ giữa tổng điểm PANSS và mức độ nặng lâm sàng, trong đó điểm khoảng 75 tương ứng mức bệnh trung bình và điểm cao hơn phản ánh tình trạng nặng hơn [11,12]. Thuật ngữ "kiểm soát tốt" trong nghiên cứu này là quy ước phân tích dựa trên ngưỡng PANSS <76, không đồng nghĩa với khỏi bệnh hoặc ổn định hoàn toàn về lâm sàng.

Các biến độc lập gồm nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người sống cùng, khó khăn chi trả điều trị, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, bệnh lý cơ thể kèm theo, chất lượng giấc ngủ, sử dụng rượu/bia và nguy cơ tự sát. Nguy cơ tự sát được đánh giá bằng Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [13]. Chức năng cá nhân - xã hội được đánh giá bằng Personal and Social Performance (PSP) [14]. Mức độ bệnh được mô tả bằng Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) [15]. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng General Medication Adherence Scale (GMAS) [16].

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn; trong trường hợp phù hợp, trình bày thêm trung vị và khoảng tứ phân vị Q1-Q3. Phân tích đơn biến được thực hiện bằng bảng 2x2, kiểm định Pearson χ^2 hoặc Fisher exact hai phía khi có ô bằng 0 hoặc tần số kỳ vọng <5; báo cáo OR thô và KTC 95% theo phương pháp Wald trên log(OR).

Các biến có p <0,20 ở phân tích đơn biến được cân nhắc cùng với ý nghĩa lâm sàng và khả năng ước lượng để đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình chính gồm 9 biến (Bảng 5), được đưa đồng thời và không sử dụng phương pháp lựa chọn từng bước. C-SSRS không được đưa vào mô hình do có ô tần số bằng 0; CGI-S chỉ được mô tả vì gần với đánh giá mức độ triệu chứng theo PANSS và có ô tần số bằng 0 khi phân nhóm. Kết cục được mã hóa PANSS <76=1 và PANSS ≥76=0. Báo cáo aOR, KTC 95% theo phương pháp Wald và p của kiểm định Wald; mức ý nghĩa thống kê là p <0,05.

Đa cộng tuyến được kiểm tra bằng VIF. Độ phù hợp được đánh giá bằng kiểm định tỷ số khả năng, Nagelkerke R^2 và Hosmer-Lemeshow; phân tích gốc sắp xếp xác suất dự đoán rồi chia 10 nhóm, mỗi nhóm 40 người, có thể tách các xác suất bằng nhau. Phân tích độ nhạy được thực hiện bằng ba mô hình bổ sung: lần lượt bỏ đồng thời PSP và GMAS, chỉ bỏ PSP và chỉ bỏ GMAS khỏi mô hình chính; các phân tích giữ nguyên 400 người bệnh, cách mã hóa kết cục và các biến hiệu chỉnh còn lại, không sàng lọc lại biến theo giá trị p.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 400 người bệnh tâm thần phân liệt được quản lý tại cộng đồng tỉnh Tây Ninh.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội của đối tượng nghiên cứu (n=400)

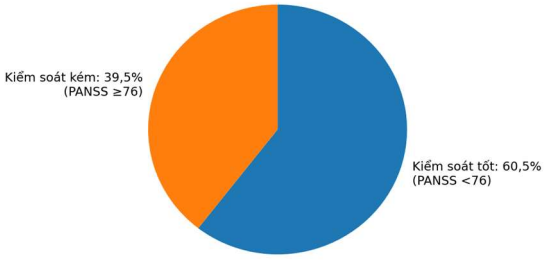
Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<40 tuổi	112	28,0
	≥40 tuổi	288	72,0
Giới tính	Nam	231	57,8
	Nữ	169	42,2
Trình độ học vấn	Dưới THPT	297	74,2
	THPT trở lên	103	25,8
Nghề nghiệp	Không nghề nghiệp	315	78,8
	Có nghề nghiệp/đang học	85	21,2
Tình trạng hôn nhân	Không có vợ/chồng	296	74,0
	Có vợ/chồng	104	26,0
Người sống cùng	Sống một mình	46	11,5
	Sống cùng người thân/có chăm sóc	354	88,5
Khó khăn chi trả điều trị	Có	29	7,2
	Không	371	92,8
Nguồn chi trả thuốc	Tự chi trả	12	3,0
	BHYT	109	27,3
	Chương trình mục tiêu	232	58,0
	Kết hợp	47	11,8
Địa bàn cư trú	Xã	317	79,2
	Phường	83	20,8

Tuổi trung bình của người bệnh là 47,4 ± 13,3 tuổi, trung vị 46,0 (38,0-56,0), nhỏ nhất 14 tuổi và lớn nhất 79 tuổi. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 40 tuổi trở lên, nam giới, học vấn dưới THPT, không nghề nghiệp và không có vợ/chồng (Bảng 1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng tuân thủ điều trị

Tuổi khởi phát bệnh trung bình là 29,3 ± 10,7 tuổi và thời gian mắc bệnh trung bình là 18,2 ± 11,1 năm. Tỷ lệ bệnh cơ thể kèm theo là 14,5%; chất lượng giấc ngủ không tốt chiếm 89,8%; sử dụng rượu/bia chiếm 7,0% (Bảng 2).

Điểm PANSS tổng trung bình là 79,3 ± 30,4 điểm, trung vị 71,0. Tỷ lệ kiểm soát tốt theo PANSS là 60,5%, trong khi kiểm soát kém chiếm 39,5% (Hình 1). Theo PSP, 31,8% người bệnh có suy giảm chức năng rõ/nặng. Tỷ lệ tuân thủ cao theo GMAS là 31,8%, trong khi 68,2% thuộc nhóm tuân thủ thấp hoặc trung bình. Nguy cơ tự sát trung bình/cao theo C-SSRS chiếm 3,5% (Bảng 3, 4).



Hình 1. Mức độ kiểm soát triệu chứng theo PANSS

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát tốt triệu chứng theo PANSS

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố có liên quan với kiểm soát tốt theo PANSS gồm nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người sống cùng, khó khăn chi trả điều trị, thời gian mắc bệnh, nguy cơ tự sát, chức năng cá nhân - xã hội theo PSP và tuân thủ điều trị theo GMAS (Bảng 5).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh sử, sức khỏe và sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm	Phân nhóm/giá trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát bệnh (TB±ĐLC)		29,3 ± 10,7	
Nhóm tuổi khởi phát	≤20 tuổi	123	30,8
	>20 tuổi	277	69,2
Thời gian mắc bệnh (TB±ĐLC)		18,2 ± 11,1	
Nhóm thời gian mắc bệnh	≤10 năm	125	31,2
	>10 năm	275	68,8
Bệnh lý cơ thể kèm theo	Có	58	14,5
	Không	342	85,5
BMI (TB±ĐLC)		23,8 ± 4,3	
Số bữa ăn chính/ngày (TB±ĐLC)		2,9 ± 0,6	
Thời gian ngủ (TB±ĐLC)		4,4 ± 2,1	
Chất lượng giấc ngủ	Không tốt	359	89,8
	Tốt	41	10,2
Hút thuốc lá	Có	86	21,5
	Không	314	78,5
Uống rượu/bia	Có	28	7,0
	Không	372	93,0
Tiền sử gia đình có người TTPL	Có	34	8,5
	Không	366	91,5

Bảng 3. Điểm số PANSS, CGI-S và GMAS (n=400)

Thang đo	Trung bình ± ĐLC	Trung vị (Q1-Q3)
PANSS dương tính	18,2 ± 7,8	16,0 (12,0-24,0)
PANSS âm tính	18,9 ± 7,2	17,0 (15,0-22,0)
PANSS triệu chứng chung	42,2 ± 16,2	39,0 (31,8-52,0)
PANSS tổng	79,3 ± 30,4	71,0 (60,0-95,0)
CGI-S	4,2 ± 1,2	4,0 (3,0-5,0)
GMAS tổng	23,0 ± 6,8	25,0 (19,0-27,0)

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

Bảng 4. Phân nhóm PANSS, CGI-S, PSP, GMAS và C-SSRS (n=400)

Thang đo	Phân nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
PANSS tổng	Bệnh nhẹ <58	94	23,5
	Bệnh trung bình 58-75	148	37,0
	Bệnh nặng 76-95	59	14,8
	Bệnh rất nặng >95	99	24,8
Kiểm soát theo PANSS	Kiểm soát tốt: PANSS <76	242	60,5
	Kiểm soát kém: PANSS ≥76	158	39,5
CGI-S	1-2 điểm	18	4,5
	3-4 điểm	245	61,3
	5-7 điểm	137	34,2
PSP	Chưa suy giảm	137	34,2
	Suy giảm nhẹ-vừa	136	34,0
	Suy giảm rõ/nặng	127	31,8
GMAS	Tuân thủ thấp	90	22,5
	Tuân thủ trung bình	183	45,8
	Tuân thủ cao	127	31,8
C-SSRS	Nguy cơ thấp/không có nguy cơ	386	96,5
	Nguy cơ trung bình	7	1,8
	Nguy cơ cao	7	1,8

Bảng 5. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến kiểm soát tốt triệu chứng theo PANSS

Yếu tố	Phân nhóm	Kiểm soát tốt n (%)	Kiểm soát kém n (%)	OR thô	KTC 95%	p
Tuổi	<40 tuổi	73 (65,2)	39 (34,8)	1,318	0,837-2,075	0,233
	≥40 tuổi	169 (58,7)	119 (41,3)			
Giới tính	Nam	132 (57,1)	99 (42,9)	0,715	0,475-1,077	0,108
	Nữ	110 (65,1)	59 (34,9)			
Học vấn	Dưới THPT	173 (58,2)	124 (41,8)	0,687	0,429-1,101	0,118
	THPT trở lên	69 (67,0)	34 (33,0)			
Nghề nghiệp	Không nghề nghiệp	200 (63,5)	115 (36,5)	1,781	1,098-2,887	0,018
	Có nghề nghiệp	42 (49,4)	43 (50,6)			
Hôn nhân	Không có vợ/chồng	168 (56,8)	128 (43,2)	0,532	0,328-0,862	0,010
	Có vợ/chồng	74 (71,2)	30 (28,8)			
Người sống cùng	Sống một mình	34 (73,9)	12 (26,1)	1,989	0,996-3,970	0,048
	Sống cùng người thân	208 (58,8)	146 (41,2)			
Khó khăn chi trả	Có	11 (37,9)	18 (62,1)	0,370	0,170-0,807	0,010
	Không	231 (62,3)	140 (37,7)			
Tuổi khởi phát	≤20 tuổi	80 (65,0)	43 (35,0)	1,321	0,850-2,053	0,216
	>20 tuổi	162 (58,5)	115 (41,5)			
Thời gian mắc bệnh	>10 năm	154 (56,0)	121 (44,0)	0,535	0,341-0,841	0,006
	≤10 năm	88 (70,4)	37 (29,6)			
Bệnh cơ thể kèm theo	Có	37 (63,8)	21 (36,2)	1,177	0,661-2,098	0,579
	Không	205 (59,9)	137 (40,1)			
Giấc ngủ	Không tốt	214 (59,6)	145 (40,4)	0,685	0,343-1,367	0,281
	Tốt	28 (68,3)	13 (31,7)			
Rượu/bia	Có	20 (71,4)	8 (28,6)	1,689	0,725-3,935	0,220
	Không	222 (59,7)	150 (40,3)			

Yếu tố	Phân nhóm	Kiểm soát tốt n (%)	Kiểm soát kém n (%)	OR thô	KTC 95%	p
C-SSRS	Nguy cơ tự sát trung bình/cao	0 (0,0)	14 (100,0)	Không ước tính*	Không ước tính	<0,001
	Nguy cơ thấp/không có nguy cơ	242 (62,7)	144 (37,3)			
PSP	Suy giảm rõ/nặng	11 (8,7)	116 (91,3)	0,017	0,009-0,035	<0,001
	Chưa suy giảm/suy giảm nhẹ-vừa	231 (84,6)	42 (15,4)			
GMAS	Tuân thủ cao	107 (84,3)	20 (15,7)	5,469	3,209-9,321	<0,001
	Tuân thủ thấp-trung bình	135 (49,5)	138 (50,5)			

OR so sánh nhóm ở dòng đầu với nhóm ở dòng thứ hai của mỗi yếu tố (nhóm tham chiếu), theo odds thuộc nhóm PANSS <76. [a]Kiểm định Pearson χ^2, không hiệu chỉnh liên tục; [b]kiểm định Fisher exact hai phía. KTC 95% của OR được tính theo phương pháp Wald trên log(OR). *Không ước tính OR do có ô tần số bằng 0

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến nhóm PANSS <76

Yếu tố	Nhóm so sánh	B	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Giới tính	Nam so với nữ	-0,369	0,691	0,360-1,329	0,269
Học vấn	Dưới THPT so với THPT trở lên	-1,022	0,360	0,152-0,851	0,020
Nghề nghiệp	Không nghề nghiệp so với có nghề nghiệp/đang học	0,932	2,539	1,072-6,015	0,034
Hôn nhân	Không có vợ/chồng so với có vợ/chồng	-0,862	0,422	0,191-0,935	0,033
Người sống cùng	Sống một mình so với sống cùng người thân	2,485	12,006	3,184-45,265	<0,001
Khó khăn chi trả	Có khó khăn so với không khó khăn	1,759	5,804	1,098-30,683	0,038
Thời gian mắc bệnh	>10 năm so với ≤10 năm	-0,602	0,548	0,263-1,139	0,107
PSP	Suy giảm rõ/nặng so với chưa suy giảm/suy giảm nhẹ-vừa	-4,714	0,009	0,003-0,025	<0,001
GMAS	Tuân thủ cao so với thấp-trung bình	1,952	7,043	3,149-15,750	<0,001

PANSS <76=1; PANSS ≥76=0; n=400. Các nhóm tham chiếu thống nhất với Bảng 4. Omnibus χ^2=284,857, df=9, p<0,001; Nagelkerke R^2=0,690; Hosmer-Lemeshow χ^2=20,951, df=8, p=0,007; tỷ lệ phân loại đúng chung 88,8%. VIF tối đa=1,173. p trong bảng là p của kiểm định Wald

Trong hồi quy logistic đa biến, kiểm soát tốt theo PANSS có liên quan có ý nghĩa thống kê với học vấn dưới THPT, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người sống cùng, khó khăn chi trả điều trị, PSP và GMAS. Suy giảm rõ/nặng theo PSP có liên quan với odds kiểm soát tốt thấp hơn, trong khi tuân thủ cao theo GMAS có liên quan với odds kiểm soát tốt cao hơn. Thời gian mắc bệnh >10 năm không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh (p = 0,107).

Trong hồi quy logistic đa biến, khả năng thuộc nhóm PANSS <76 có liên quan có ý nghĩa thống kê với học vấn dưới THPT, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người sống cùng, khó khăn chi trả điều trị, PSP và GMAS. Suy giảm rõ/nặng theo PSP có liên quan với odds thuộc nhóm PANSS <76 thấp hơn, trong khi tuân thủ cao theo GMAS có liên quan với odds thuộc nhóm này cao hơn. Thời gian mắc bệnh >10 năm không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh (p=0,107).

Phân tích độ nhạy cho thấy khi bỏ cả PSP và GMAS, aOR của sống một mình giảm từ 12,006 xuống 1,909 (KTC 95%: 0,922-3,953), còn khó khăn chi trả đổi từ 5,804 thành 0,568 (KTC 95%: 0,249-1,299). Khi chỉ bỏ PSP, hai aOR lần lượt là 2,636 và 0,542; khi chỉ bỏ GMAS, các giá trị tương ứng là 10,691 và 4,856 (Phụ lục 1).

4. BÀN LUẬN

Trong số 400 người tham gia nghiên cứu tại Tây Ninh, 60,5% thuộc nhóm PANSS <76 và 39,5% thuộc nhóm PANSS ≥76. Mốc 76 chỉ được sử dụng để phân nhóm phân tích tổng điểm PANSS tại thời điểm khảo sát, không phải tiêu chí xác định kiểm soát triệu chứng hoặc thuyên giảm. Kết quả cho thấy gánh nặng triệu chứng còn không đồng nhất trong nhóm đang được quản lý tại cộng đồng; vì vậy, theo dõi cần kết hợp đánh giá triệu chứng, chức năng cá nhân - xã hội, tuân thủ điều trị và các nguy cơ lâm sàng.

Mẫu nghiên cứu có tỷ lệ người từ 40 tuổi trở lên, học vấn

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

dưới THPT, không nghề nghiệp và không có vợ/chồng cao. Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang không xác định được trình tự thời gian giữa hoàn tất học vấn và khởi phát bệnh; do đó, không thể quy kết tâm thần phân liệt là nguyên nhân trực tiếp của trình độ học vấn thấp trong mẫu. Các đặc điểm này chủ yếu cho thấy nhu cầu đánh giá hoàn cảnh sống, hỗ trợ xã hội - nghề nghiệp và nguồn lực gia đình trong quản lý cộng đồng. Tỷ lệ người bệnh sống cùng người thân hoặc có người chăm sóc chiếm đa số cho thấy gia đình vẫn là nguồn lực chăm sóc trung tâm, hỗ trợ dùng thuốc, nhắc tái khám, theo dõi dấu hiệu nặng lên và hỗ trợ sinh hoạt hằng ngày. Cách diễn giải này phù hợp với định hướng chăm sóc toàn diện trong quản lý loạn thần, trong đó đánh giá người bệnh cần bao gồm hoàn cảnh sống, mạng lưới hỗ trợ xã hội, tình trạng nghề nghiệp, chất lượng cuộc sống và các yếu tố kinh tế - xã hội [2,3].

Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ không tốt trong nghiên cứu rất cao, nhưng biến này không có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm PANSS <76 trong phân tích đơn biến. Kết quả cần được diễn giải thận trọng vì nghiên cứu chỉ phân nhóm chất lượng giấc ngủ bằng thông tin khảo sát, chưa sử dụng thang đo chuyên biệt về rối loạn giấc ngủ. Bên cạnh đó, nguy cơ tự sát trung bình/cao chiếm 3,5% và toàn bộ nhóm này thuộc nhóm PANSS ≥76. Do có ô tần số bằng 0, nghiên cứu không đưa biến này vào mô hình logistic đa biến. Tuy nhiên, về thực hành, đây vẫn là tín hiệu cảnh báo quan trọng, cho thấy người bệnh có gánh nặng triệu chứng cao cần được đánh giá nguy cơ tự sát định kỳ trong quá trình quản lý cộng đồng. Việc sử dụng C-SSRS trong bối cảnh này là phù hợp vì đây là thang đo được thiết kế để đánh giá ý tưởng và hành vi tự sát trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng [14].

Điểm PANSS tổng trung bình là 79,3 ± 30,4 và trung vị 71,0, cho thấy mức độ triệu chứng dao động rộng trong nhóm người bệnh đang được quản lý tại cộng đồng. PANSS là công cụ chuẩn hóa gồm các nhóm triệu chứng dương tính, âm tính và tâm thần bệnh học chung, được sử dụng để lượng hóa mức độ nặng của tâm thần phân liệt [11]. Theo phép quy đổi của Leucht và cộng sự, khoảng 75 điểm PANSS tương ứng xấp xỉ mức "bệnh trung bình" trên CGI-S [12]; do đó, mốc 76 trong nghiên cứu chỉ phục vụ phân nhóm tổng điểm tại một thời điểm và không thay thế tiêu chí đáp ứng hoặc thuyên giảm lâm sàng [13].

Kết quả PANSS của nghiên cứu gần với nghiên cứu trên 110 người bệnh tâm thần phân liệt tại các cơ sở tâm thần ở Hà Nội, nơi điểm PANSS tổng trung bình là 79,8 ± 22,4 [18], nhưng cao hơn mức 64,5 ± 12,4 ở nhóm điều trị dựa vào cộng đồng tại Hàn Quốc [19]. Khác biệt có thể liên quan đến tiêu chuẩn chọn mẫu: nghiên cứu Hàn Quốc tuyển người bệnh dùng thuốc đều và ổn định ít nhất 6 tháng, trong khi mẫu Tây Ninh phản ánh rộng hơn người bệnh đang được quản lý tại cộng đồng. Tỷ lệ 60,5% thuộc nhóm PANSS <76 cũng không thể so sánh trực tiếp với tỷ lệ thuyên giảm triệu chứng 43% ở người bệnh sống tại cộng đồng Đài Loan [20], vì nghiên cứu đó đánh giá 8 mục PANSS cốt lõi kết hợp CGI-I, còn nghiên cứu hiện tại phân nhóm theo tổng điểm PANSS tại một thời điểm. So sánh này làm rõ giá trị của số liệu Tây Ninh ở việc mô tả đồng thời triệu chứng, chức năng, tuân thủ và yếu tố xã hội trong mẫu quản lý cộng đồng tương đối lớn, đồng thời cho thấy tỷ lệ phụ thuộc đáng kể vào định nghĩa kết cục, tiêu chuẩn chọn mẫu và bối cảnh dịch vụ.

Tuân thủ cao theo GMAS chiếm 31,8% và là miền đánh giá có liên quan với odds thuộc nhóm PANSS <76 cao hơn trong mô hình đa biến. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước cho thấy không tuân thủ điều trị là vấn đề phổ biến trong tâm thần phân liệt và có liên quan đến tái phát, nhập viện, giảm chức năng xã hội và tăng gánh nặng chăm sóc [4]. Nghiên cứu của Tran Nhu Minh Hang tại bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 ghi nhận tỷ lệ tuân thủ thuốc kém/không tuân thủ là 78,57% [10], trong khi nghiên cứu ngoại trú của Trần Văn Phú tại Nam Định ghi nhận tỷ lệ tuân thủ cao là 42,5% [21]. Các tổng quan gần đây cũng cho thấy tuân thủ điều trị chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như nhận thức bệnh, triệu chứng âm tính, tác dụng phụ, hỗ trợ gia đình, thu nhập và khả năng tiếp cận dịch vụ [22,23]. Tuy nhiên, do GMAS và PANSS được đo cùng thời điểm, mối liên quan này không chứng minh được tuân thủ cao là nguyên nhân trực tiếp của điểm PANSS thấp hơn.

Chức năng cá nhân - xã hội theo PSP là miền đánh giá có liên quan chặt chẽ nhất với nhóm tổng điểm PANSS tại thời điểm khảo sát. Người bệnh suy giảm rõ/nặng theo PSP có odds thuộc nhóm PANSS <76 thấp hơn rõ rệt so với nhóm chưa suy giảm hoặc suy giảm nhẹ - vừa. Kết quả này phù hợp với bản chất của tâm thần phân liệt, trong đó mức độ triệu chứng và chức năng xã hội có mối liên hệ chặt chẽ. PSP phản ánh các lĩnh vực hoạt động xã hội hữu ích, quan hệ cá nhân - xã hội, tự chăm sóc và hành vi gây rối loạn [15]. Nghiên cứu của Jelastopulu E ghi nhận điểm PSP tương quan nghịch với

điểm PANSS, cho thấy triệu chứng càng nặng thì chức năng cá nhân - xã hội càng suy giảm [24]. Tuy nhiên, do PANSS và PSP được đánh giá cùng thời điểm, kết quả nên được hiểu là sự đồng biến giữa triệu chứng và chức năng, không phải bằng chứng cho quan hệ nguyên nhân - kết quả.

Một số yếu tố xã hội - bệnh học cũng ghi nhận mối liên quan với nhóm PANSS <76 trong mô hình đa biến. Học vấn dưới THPT và không có vợ/chồng có liên quan với odds thuộc nhóm PANSS <76 thấp hơn, gợi ý vai trò có thể có của nguồn lực nhận thức, hỗ trợ xã hội và mạng lưới gia đình trong quản lý bệnh mạn tính. Các tổng quan về yếu tố xã hội quyết định sức khỏe trong rối loạn phổ tâm thần phân liệt cho thấy học vấn, việc làm, thu nhập, hoàn cảnh sống và hỗ trợ xã hội có thể liên quan đến các kết cục lâm sàng và chức năng [25].

Ba kết quả có chiều liên quan chưa phù hợp với giả thuyết lâm sàng cần được xem là phát hiện thăm dò. Với không nghề nghiệp, chiều liên quan xuất hiện ở phân tích đơn biến (OR thô=1,781) và tăng sau hiệu chỉnh (aOR=2,539; KTC 95%: 1,072-6,015). Cách phân loại nghề nghiệp rộng và mức độ hỗ trợ gia đình chưa được đo lường chi tiết, nên không thể suy ra thất nghiệp giúp giảm triệu chứng. Nhóm sống một mình chỉ có 46 người và nhóm khó khăn chi trả có 29 người; KTC rộng cho thấy ước lượng kém chính xác. Sau kiểm tra, mã hóa và nhóm tham chiếu thống nhất giữa phân tích đơn biến và đa biến. Phân tích độ nhạy cho thấy mức thay đổi của aOR đối với biến người sống cùng và khó khăn chi trả lớn hơn khi PSP được loại khỏi mô hình, trong khi việc chỉ loại GMAS làm thay đổi các ước lượng ít hơn. Kết quả này cho thấy các ước lượng của hai yếu tố trên nhạy với tập biến hiệu chỉnh, đặc biệt với sự hiện diện của PSP trong mô hình. VIF thấp cho thấy không có bằng chứng đa cộng tuyến đáng kể theo chỉ số này, nhưng không loại trừ tính nhạy của ước lượng khi thay đổi tập biến hiệu chỉnh. PSP phản ánh chức năng cá nhân - xã hội, GMAS phản ánh tuân thủ điều trị, còn PANSS phản ánh mức độ triệu chứng; do thiết kế cắt ngang, phân tích hiện tại không cho phép xác định PSP là yếu tố gây nhiễu, biến trung gian hay một thành phần khác trong cấu trúc nhân quả. Vì vậy, không diễn giải không nghề nghiệp, sống một mình hoặc khó khăn chi trả là yếu tố bảo vệ; cần nghiên cứu dọc và đo lường đầy đủ hoàn cảnh xã hội để kiểm định các mối liên quan.

Từ góc độ quản lý cộng đồng, kết quả gợi ý cơ sở y tế có thể lồng ghép đánh giá triệu chứng bằng PANSS với chức năng theo PSP, tuân thủ theo GMAS, nguy cơ tự sát và hoàn cảnh xã hội trong mỗi đợt theo dõi định kỳ. Người có gánh nặng triệu chứng cao, suy giảm chức năng rõ/nặng, tuân thủ thấp/trung bình hoặc tín hiệu nguy cơ tự sát cần được đánh giá toàn diện và theo dõi chủ động; không nên dùng riêng mốc PANSS 76 như một tiêu chí phân luồng lâm sàng. Tùy kết quả đánh giá tổng hợp, nhân viên y tế có thể tăng cường tư vấn và hỗ trợ dùng thuốc, phối hợp người chăm sóc, xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng cá nhân - xã hội, rà soát rào cản chi trả/tiếp cận và chuyển khám chuyên khoa sớm khi triệu chứng hoặc nguy cơ an toàn tăng. Đây là các hàm ý thực hành rút ra từ mối liên quan tại một thời điểm, không phải bằng chứng về hiệu quả của một can thiệp cụ thể.

Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và mức độ triệu chứng theo PANSS.

Thứ hai, PSP, GMAS và PANSS được đo cùng thời điểm, vì vậy các mối liên quan cần được hiểu là đồng biến lâm sàng chứ không phải quan hệ nguyên nhân - kết quả.

Thứ ba, mặc dù mô hình có tỷ lệ phân loại đúng cao, kiểm định Hosmer-Lemeshow có ý nghĩa thống kê (p=0,007), cho thấy độ hiệu chỉnh/phù hợp chưa tối ưu. Kiểm định này phụ thuộc cách chia nhóm nguy cơ và không trực tiếp đánh giá từng OR riêng lẻ; tuy nhiên, mô hình không nên được dùng để dự báo xác suất cho từng cá thể, và các aOR chỉ nên được diễn giải thăm dò, nhất là khi KTC 95% rộng hoặc chiều liên quan trái giả thuyết lâm sàng.

Thứ tư, lựa chọn biến dựa trên sàng lọc đơn biến có thể bỏ sót yếu tố gây nhiễu; phân tích độ nhạy chỉ đánh giá sự thay đổi ước lượng theo tập biến hiệu chỉnh, không xác định được cơ chế nhân quả.

Thứ năm, một số biến như tuổi khởi phát bệnh và thời gian mắc bệnh phụ thuộc vào hồi cứu của người bệnh hoặc người chăm sóc, có thể có sai lệch nhớ lại.

Thứ sáu, nghiên cứu chưa đo lường chi tiết cường độ công việc, mức độ tự lập, chất lượng hỗ trợ gia đình, thuốc, liều thuốc, tác dụng phụ và mô hình phục hồi chức năng.

Thứ bảy, dữ liệu phản ánh nhóm người bệnh đang được quản lý tại cộng đồng ở Tây Ninh, do đó cần thận trọng khi khái quát cho các địa phương khác.

Các hạn chế này gợi ý cần có nghiên cứu theo dõi dọc, đo lường đầy đủ các yếu tố gây nhiễu và kết quả dài hạn.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

5. KẾT LUẬN

Trong 400 người bệnh tâm thần phân liệt được quản lý tại cộng đồng tỉnh Tây Ninh năm 2026, 60,5% thuộc nhóm PANSS <76 và 39,5% thuộc nhóm PANSS ≥76. Chức năng cá nhân - xã hội theo PSP và tuân thủ điều trị theo GMAS có liên quan chặt chẽ với tình trạng triệu chứng tại cùng thời điểm khảo sát. Một số yếu tố xã hội - bệnh học cũng cho thấy mối liên quan trong mô hình đa biến, nhưng cần diễn giải thận trọng do thiết kế cắt ngang, độ phù hợp mô hình chưa tối ưu và một số ước lượng kém chính xác. Trong thực hành, cần đánh giá tổng hợp mức độ triệu chứng, chức năng, tuân thủ, nguy cơ tự sát và hoàn cảnh xã hội để xác định nhu cầu theo dõi; không dùng riêng mốc PANSS 76 như một tiêu chí phân luồng lâm sàng. Cơ sở y tế có thể tăng cường hỗ trợ dùng thuốc, phối hợp gia đình, phục hồi chức năng và chuyển khám chuyên khoa sớm theo nhu cầu đánh giá toàn diện.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Tâm thần Tây Ninh và các đơn vị y tế địa phương trên địa bàn tỉnh Tây Ninh đã hỗ trợ quá trình triển khai nghiên cứu. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn người bệnh, người chăm sóc và gia đình người bệnh đã đồng ý tham gia, cung cấp thông tin và phối hợp trong quá trình thu thập số liệu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Văn Thống
https://orcid.org/0009-0005-6947-0822
Nguyễn Văn Luân Em
https://orcid.org/0009-0000-9408-8792
Lê Minh Hữu
https://orcid.org/0000-0003-2618-9377
Trần Minh Tiến
https://orcid.org/0009-0003-2832-0401
Nguyễn Chiến Thắng
https://orcid.org/0009-0008-0968-0432
Nguyễn Hoàng Thanh Sơn
https://orcid.org/0009-0007-6347-0332

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Văn Luân Em, Nguyễn Văn Thống, Nguyễn Trung Kiên, Lê Minh Hữu.
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Văn Luân Em, Nguyễn Văn Thống, Nguyễn Trung Kiên, Lê Minh Hữu.
Thu thập dữ liệu: Nguyễn Văn Luân Em.
Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Văn Thống, Nguyễn Trung Kiên, Lê Minh Hữu.
Nhập dữ liệu: Nguyễn Văn Luân Em, Nguyễn Chiến Thắng.
Quản lý dữ liệu: Trần Minh Tiến, Nguyễn Hoàng Thanh Sơn.
Phân tích dữ liệu: Trần Minh Tiến, Nguyễn Chiến Thắng.
Viết bản thảo đầu tiên: Trần Minh Tiến, Nguyễn Chiến Thắng, Nguyễn Hoàng Thanh Sơn.
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: tất cả tác giả

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số QĐ: 25.167.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025.

Công khai sử dụng trí tuệ nhân tạo

Nhóm tác giả có sử dụng công cụ trí tuệ nhân tạo để hỗ trợ biên tập ngôn ngữ, định dạng bản thảo, xây dựng mã kiểm tra thống kê và rà soát tính nhất quán trình bày. Không sử dụng công cụ này để tạo hoặc sửa dữ liệu gốc. Nhóm tác giả chịu trách nhiệm kiểm tra và phê duyệt số liệu, diễn giải kết quả và nội dung bản thảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jun 12]. Available from: https://www.who.int/news-

room/fact-sheets/detail/schizophrenia.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
3. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granstrom O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol. 2013;3(4):200-18.
5. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophr Res. 2012;139(1-3):116-28.
6. Bhattacharyya S, Schoeler T, Di Forti M, Murray R, Cullen AE, Colizzi M. Stressful life events and relapse of psychosis: analysis of causal association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. Lancet Psychiatry. 2023;10(6):414-25.
7. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, Ng SM, Hui CLM, Suen YN, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. Psychol Med. 2021;51(3):365-75.
8. 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.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
10. Tran Nhu Minh Hang, Nguyen Van Thinh, Nguyen Ngoc Quang Linh. Medication adherence and related psychosocial and clinical factors among schizophrenic patients: a cross-sectional analytical study in National Psychiatric Hospital 2, Vietnam. Hue J Med Pharm. 2024;14(2):43-50.
11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76.
12. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? Schizophr Res. 2005;79(2-3):231-8.
13. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005;162(3):441-9.
14. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266-77.
15. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand. 2000;101(4):323-9.
16. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007;4(7):28-37.
17. Naqvi AA, Hassali MA, Rizvi M, Zehra A, Iffat W, Haseeb A, et al. Development and validation of a novel General Medication Adherence Scale (GMAS) for chronic illness patients in Pakistan. Front Pharmacol. 2018;9:1124.
18. Tran BX, Nguyen TT, Boyer L, Fond G, Auquier P, Nguyen HSA, et al. Differentiating people with schizophrenia from healthy controls in a developing country: an evaluation of portable functional near infrared spectroscopy as an adjunct diagnostic tool. Front Psychiatry. 2023;14:1061284.
19. Maeng S, Kim HS, Lee TJ, Koo HJ, Kim WH. A comparative analysis of neurocognitive function in community- and hospital-based patients with schizophrenia. Psychiatry Investig. 2024;21(10):1110-9. doi:10.30773/pi.2024.0077.
20. Fan CH, Hsu SC, Hsiao FH, Chang CM, Liu CY, Lai YM, et al. The association of social support and symptomatic

 https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.12

remission among community-dwelling schizophrenia patients: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):3977.

21. Trần Văn Phú, Trần Thị Khuyên, Nguyễn Thanh Bình. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định năm 2024. Tạp chí Y Dược Thái Bình. 2024;13(4):86-92.
22. Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2022;16:2431-49.
23. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. Schizophrenia (Heidelb). 2023;9(1):31.
24. Jelastopulu E, Giourou E, Merekoulias G, Mestousi A, Moratis E, Alexopoulos EC. Correlation between the Personal and Social Performance scale (PSP) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in a Greek sample of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2014;14:197.
25. Jester DJ, Thomas ML, Sturm ET, Harvey PD, Keshavan M, Davis BJ, et al. Review of major social determinants of health in schizophrenia-spectrum psychotic disorders: I. Clinical outcomes. Schizophr Bull. 2023;49(4):837-50.