

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC TÂM LÝ CHO THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH CÓ NGƯỜI TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Trần Thành Nam

Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

Email: tranthanhnam@gmail.com

(Ngày nhận bài: 14/9/2023, ngày nhận bài chỉnh sửa: 18/9/2023, ngày duyệt đăng: 18/9/2023)

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu tập trung đánh giá hiệu quả chương trình giáo dục tâm lý cho các thành viên gia đình có thành viên là bệnh nhân tâm thần phân liệt trên các khía cạnh kiến thức và sự kỳ thị, chất lượng cuộc sống, mức độ tuân thủ trị liệu và sự hài lòng. Nghiên cứu được thiết kế chọn mẫu ngẫu nhiên theo nhóm và thiết kế đánh giá trước – sau can thiệp.

Kết quả của nghiên cứu khẳng định việc giáo dục tâm lý cho người thân và gia đình đã giúp nâng cao: chất lượng sống cho người bệnh tâm thần phân liệt, sự tuân thủ trong điều trị, sự hài lòng của gia đình trong khi giám sự kỳ thị với người bệnh khi so sánh hai nhóm can thiệp, đối chứng và so sánh theo dòng thời gian từ thời điểm T0 đến T2. Kết quả nghiên cứu cũng khẳng định vai trò quan trọng của việc tích hợp chương trình giáo dục tâm lý vào quy trình can thiệp chuẩn cho người bệnh tâm thần phân liệt. Một số hạn chế của nghiên cứu và đề xuất cho những nghiên cứu tương lai cũng được phân tích.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, chương trình giáo dục tâm lý, chương trình phòng ngừa, hiệu quả

1. Đặt vấn đề

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một rối loạn thường gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 1% dân số tuổi khởi phát trẻ và tiến triển mạn tính. Việc điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt từ trước đến nay vẫn chủ yếu dựa vào hóa dược liệu pháp. Tuy nhiên, trong khoảng ba mươi năm trở lại đây, xu hướng điều trị bệnh nhân tâm thần được kết hợp thêm nhiều liệu pháp khác như hỗ trợ tâm lý xã hội, phục hồi chức năng với vai trò của gia đình (Killackey, 2015).

Các chương trình hỗ trợ tâm lý xã hội và các chương trình phục hồi chức năng dựa trên gia đình đã giúp nhiều

bệnh nhân TTPL có thể làm việc, mua sắm và tự chăm sóc bản thân; quản lý một gia đình; hòa hợp với người khác. Chúng giúp thúc đẩy tính tự chủ của bệnh nhân, giảm thiểu tối đa khả năng tái phát và cần phải nhập viện nội trú.

Những nghiên cứu đi trước đều chỉ ra người bệnh TTPL thường sống cùng và duy trì mối quan hệ chặt chẽ với gia đình và những người hỗ trợ khác (Kuipers, Onwumere, & Bebbington, 2010). Một cuộc khảo sát ở Úc năm 2010 cho thấy bệnh nhân TTPL thường tiếp xúc gần như hằng ngày với người nhà (56,5%), tiếp xúc ít nhất hằng tuần (17,1%) và hầu hết các thành viên trong

gia đình đều muốn tham gia vào việc điều trị và chăm sóc người thân mắc bệnh (Harvey, 2013).

Về vai trò quan trọng của gia đình đối với việc duy trì sự ổn định bệnh và giảm nguy cơ tái phát, Alshowkan Kurtis sau khi tổng hợp 21 nghiên cứu về chất lượng sống (CLS) bệnh nhân TTPL đã kết luận “gia đình đóng vai trò quan trọng đối với CLS của bệnh nhân TTPL” (Alshowkan, Kurtis và White, 2012). Các nghiên cứu về CLS bệnh nhân TTPL khác trên thế giới cũng nhấn mạnh việc tăng cường sự tham gia của gia đình và cộng đồng vào công tác chăm sóc sẽ nâng cao hơn CLS của bệnh nhân TTPL (Galuppy, A., et al., 2010).

Nghiên cứu của tác giả Farkhondeh và cộng sự trên 70 người nhà và 70 bệnh nhân TTPL điều trị nội trú tại bệnh viện; những người nhà và bệnh nhân này được chia làm hai nhóm (nhóm can thiệp gồm 35 người nhà và 35 bệnh nhân, nhóm chứng gồm 35 người nhà và 35 bệnh nhân). Trong khi người nhà và bệnh nhân ở nhóm can thiệp được làm giáo dục tâm lý (GDTL) với các nội dung liên quan (hiểu TTPL là gì, thông tin về thuốc điều trị và sự tuân thủ điều trị, các dấu hiệu tái phát và cách xử lý, tăng cường kỹ năng giao tiếp...) thì nhóm chứng chỉ nhận được điều trị thông thường. Sau hơn một tháng theo dõi nghiên cứu đã chứng minh chương trình GDTL cho người nhà và bệnh nhân TTPL đã cải thiện bối cảnh lâm sàng của bệnh

nhân, làm giảm gánh nặng cho gia đình ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (Sharif, F., 2012).

Nhưng thật không may là nhiều gia đình bệnh nhân TTPL hiện chưa được cập nhật những kiến thức đúng và những kỹ năng hỗ trợ tâm lý xã hội cho người bệnh khiến họ gia tăng kỳ thị về bệnh; không có kỹ năng kiểm soát các triệu chứng của bệnh nhân TTPL; không thực hiện những việc cần làm để giúp bệnh nhân tái hòa nhập nhanh chóng với cuộc sống và nâng cao chất lượng cuộc sống. GDTL cho gia đình mang lại kỳ vọng có thể giải quyết nhu cầu của các gia đình (Harvey, 2013).

Chính vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành xây dựng chương trình “Giáo dục tâm lý dành cho gia đình bệnh nhân tâm thần phân liệt” và thử nghiệm để đánh giá hiệu quả của chương trình trên các phương diện có làm giảm sự kỳ thị và thành kiến về bệnh TTPL không, có tăng cường các hoạt động chức năng và CLS của bệnh nhân không, có tăng cường sự tuân thủ với điều trị không.

2. Tổ chức, phương pháp nghiên cứu

Chương trình GDTL dành cho gia đình được xây dựng thành cẩm nang với 4 buổi: Buổi 1 có mục tiêu giúp bệnh nhân và người nhà hiểu về bệnh TTPL, nguyên nhân, các triệu chứng, các giai đoạn tiến triển, những vấn đề phát sinh khi chung sống với bệnh nhân TTPL. Những nội dung này sẽ giúp gia đình chấp nhận bệnh TTPL và giảm sự kỳ thị

đối với người bệnh. Buổi 2 sẽ cung cấp các kiến thức và kỹ năng cho gia đình để đảm bảo bệnh nhân không làm hại bản thân và người khác, hỗ trợ quản lý hành vi sinh hoạt hằng ngày, hỗ trợ giấc ngủ cho người bệnh. Buổi 3 sẽ cung cấp kiến thức và kỹ năng cho gia đình để khuyến khích sự tự tin, tránh sự cô lập xã hội của người bệnh, giúp người bệnh giao tiếp và ứng phó hiệu quả hơn. Buổi cuối sẽ cung cấp các kiến thức về thuốc, tác dụng và chức năng của thuốc, kỹ thuật tạo động cơ để người bệnh tuân thủ việc uống thuốc.

Nội dung chương trình can thiệp được tập huấn cho những trợ lý nghiên cứu (có trình độ thạc sĩ chuyên ngành Tâm lý học và Tâm lý học lâm sàng) để thực hiện GDTL cho bệnh nhân và người nhà. Hình thức tập huấn: hình thức trực tuyến.

Khách thể nghiên cứu là 60 người nhà bệnh nhân TTPL được chia thành hai nhóm can thiệp (30 khách thể) và đối chứng (30 khách thể) một cách ngẫu nhiên. Những bệnh nhân này được chẩn đoán TTPL theo tiêu chuẩn của ICD – 10, thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân dưới 3 năm, đã từng được điều trị nội trú tại các bệnh viện tâm thần trên địa bàn Hà Nội.

Nhóm nghiên cứu sẽ gặp người nhà của những bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn, giới thiệu với họ về nghiên cứu và ký cam kết tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân vẫn tiếp tục theo các chương trình can thiệp trị liệu hóa được

theo phác đồ can thiệp của bác sĩ như bình thường. Nghiên cứu chỉ thực hiện chương trình GDTL cho người nhà của họ đối với nhóm can thiệp.

Để đo lường hiệu quả của chương trình GDTL, nhóm nghiên cứu sử dụng một số thang đo gồm:

i) Thang đo đánh giá mức độ kỳ thị của gia đình (thang đo này gồm 9 câu, ứng với mỗi câu có 5 lựa chọn, mỗi lựa chọn được cho điểm từ 1 – 5, điểm càng cao sự kỳ thị càng tăng);

ii) Thang đánh giá CLS của bệnh nhân (thang này có hai bản, một bản do gia đình đánh giá, một bản do bệnh nhân tự đánh giá). Thang này đánh giá CLS của bệnh nhân dựa trên 5 khía cạnh là: các hoạt động chung; về hoạt động/ sức khỏe thể chất; về cảm xúc; về hoạt động vui chơi, giải trí; về các mối quan hệ xã hội. Tổng cộng có 59 câu, mỗi câu được cho điểm từ 1 – 5, điểm càng cao thể hiện CLS càng tốt.

iii) Thang đo đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc. Thang này gồm 8 câu, mỗi câu được cho điểm từ 0 – 2, điểm càng cao nghĩa là bệnh nhân càng tuân thủ điều trị.

iv) Thang đo đánh giá mức độ hài lòng với chương trình GDTL và các kỹ năng được cung cấp trong chương trình GDTL. Thang này gồm 4 câu, mỗi câu được cho điểm từ 1 – 4, điểm càng cao nghĩa là người nhà bệnh nhân càng tự tin thực hiện được những kỹ năng đã được chương trình cung cấp.

Thời điểm thu thập số liệu về mức độ kỳ thị, CLS được tiến hành vào ba thời điểm ngay trước khi tiến hành chương trình GDTL, sau khi tiến hành chương trình GDTL và sau ba tháng tiến hành. Số liệu về mức độ tuân thủ điều trị thuốc và mức độ hài lòng với chương trình GDTL thu thập tại hai thời điểm sau khi can thiệp và ba tháng sau khi tiến hành.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

Khách thể nghiên cứu có độ tuổi trung bình 25 tuổi, người nhỏ tuổi nhất là 18 và lớn nhất là 38 tuổi. Tỷ lệ người

bệnh là nam chiếm từ 48,6% đến 51,4%, trình độ văn hóa của người bệnh (tính từ THPT trở lên) chiếm từ 43,3% đến 46,7%, tỷ lệ bệnh nhân chưa có nghề nghiệp việc làm từ 50,0% đến 53,3%. Thời gian bị bệnh trung bình từ 12 đến 13 năm. Trong khi đó tuổi trung bình của thành viên gia đình dao động từ 43,3 đến 46,7 tuổi (chủ yếu là cha mẹ hoặc vợ chồng); trình độ văn hóa của thành viên gia đình từ THPT trở lên chiếm từ 50,0% đến 53,3%. Khảo sát về tình trạng không có bệnh mãn tính và vấn đề sức khỏe từ 86,6% đến 90%.

Số liệu cụ thể được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm khách thể tham gia nghiên cứu

Biến	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng
Người bệnh		
Tuổi TB (SD)	24,8 (5,1)	25,7 (4,3)
% nam	48,6 %	51,4 %
Văn hóa THPT trở lên	46,7 %	43,3%
Thời gian bị bệnh TB	12,5	12,7
Chưa có nghề nghiệp	50,0 %	53,3 %
Người nhà		
Tuổi TB (SD)	43,3 (11,9)	46,7 (13,3)
Văn hóa (THPT trở lên)	53,3%	50%
Tình trạng sức khỏe (tốt)	86,6%	90%

Bên cạnh đó việc thực hiện các phép kiểm định cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trong các biến nhân khẩu học đã được trình bày ở trên. Cũng không có sự khác biệt về các biến số nghiên cứu chính tại thời điểm bắt đầu giữa hai nhóm khi thực hiện phép kiểm định t với hệ số độ tin cậy $p > 0,05$. Trên cơ sở đó chúng ta có thể so sánh được hiệu

quả của chương trình GDTL giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

3.2. Hiệu quả của chương trình giáo dục tâm lý qua thời gian với nhóm can thiệp

Về cơ bản, chương trình GDTL đã cung cấp đầy đủ các thông tin về TTPL, giúp gia đình và bệnh nhân tìm ra các nguồn lực hỗ trợ họ trong quá trình chữa bệnh, kỹ năng giải quyết những vấn đề nảy sinh khi bệnh nhân sống

trong gia đình và cộng đồng. Việc này có thể đã tác động làm giảm sự kỳ thị theo thời gian của cả người bệnh và gia đình. Tuy nhiên trên thực tế, số liệu cho thấy chương trình mới chỉ có tác động làm giảm sự kỳ thị của thành viên gia đình hơn là giảm sự kỳ thị của bệnh nhân theo kiểm định ANOVA về sự khác biệt giữa 3 thời điểm T0, T1, T2 là có ý nghĩa thống kê với điểm kỳ thị của thành viên gia đình nhưng không có ý nghĩa thống kê với điểm kỳ thị của bệnh nhân (xem bảng 2).

Rõ ràng là, khi người nhà bệnh nhân và bệnh nhân được cung cấp thông tin cụ thể về rối loạn như nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển, các phương pháp điều trị và phòng ngừa tái phát... thì họ không còn cảm giác mù mờ mất phương hướng như trước. Nếu như trước đó họ chỉ tin vào những quan niệm phổ biến trong dân gian như bệnh tâm thần không chữa được, khi bị bệnh tâm thần xem như cuộc sống bị hủy bỏ, người bị TTPL có thể nguy hiểm và không ai dám gần gũi bệnh nhân TTPL... thì nay họ đã hiểu rằng TTPL cũng như bao nhiêu bệnh lý khác mặc dù chưa có thuốc chữa lành bệnh nhưng nếu điều trị đúng phương pháp, kết hợp tốt các liệu pháp gia đình và xã hội, tận dụng được các nguồn lực... bệnh nhân TTPL vẫn có thể ổn định lâu dài và có cuộc sống bình thường giống như những người khác. Nói cách khác, chương trình GDTL đã thay đổi nhận thức của gia đình và bệnh nhân về

TTPL theo hướng tích cực, giúp họ đánh giá đúng bản thân và làm tăng giá trị bản thân, thông qua đó làm giảm kỳ thị.

Còn giải thích tại sao lại chưa có sự khác biệt có ý nghĩa trong giảm những kỳ thị định kiến ở bệnh nhân, chúng tôi cho rằng cần rằng phải mất một thời gian để chương trình GDTL có hiệu quả, các thành viên trong gia đình phải nâng cao nhận thức và giảm kỳ thị trước, sau đó mới hỗ trợ bệnh nhân để họ thay đổi nhận thức.

Liên quan đến CLS, số liệu nghiên cứu trong bảng 2 cho thấy điểm CLS tăng dần trong cả hai thang đo thành viên gia đình đánh giá và bệnh nhân đánh giá theo tiến trình thời gian. Sự khác biệt này được chứng minh có ý nghĩa thống kê với $F = 4,229$; $p = 0,001$ với thang thành viên gia đình đánh giá và $F=7,930$, $p=0,000$ do bệnh nhân tự đánh giá. Vấn đề quan trọng ở đây là bệnh nhân tự đánh giá cảm giác chủ quan về sức khỏe của một người (cường độ cơn đau, sự thỏa mãn về một tiêu chí sức khỏe, CLS...) thì rất đáng tin cậy. Hơn ai hết, chính bệnh nhân là người cảm nhận rõ trạng thái của mình nhất. Do vậy, ngày nay bệnh nhân tự đánh giá tình trạng sức khỏe của họ thông qua việc sử dụng bảng câu hỏi chuẩn được xem như là cơ sở cho việc đánh giá CLS.

Liên quan đến việc tuân thủ điều trị, điểm trung bình tuân thủ điều trị ở mức cao từ 1,55 đến 1,68 trên thang 2 điểm. Chúng ta cũng thấy việc tuân thủ điều

trị tăng qua thời gian và xu hướng tăng này là có ý nghĩa thống kê với ($t=2,898$, $p=0,046$). Như vậy, có thể nói chương trình GDTL đã có những tác động tích cực đối với gia đình và các thành viên trong việc giáo dục về tầm quan trọng của điều trị thuốc và thuyết phục người bệnh tuân thủ uống thuốc. Chính việc tuân thủ thuốc cũng góp phần cải thiện CLS và cải thiện các chức năng xã hội

của người bệnh, làm giảm tỷ lệ tái phát sau này.

Tương tự, mức độ hài lòng về chương trình cũng ở mức khá cao từ 3,5 đến 3,6 trên thang 4. So sánh qua thời gian, sự hài lòng vẫn được duy trì và có xu hướng tăng sau 3 tháng. Sự khác biệt về mức độ hài lòng qua các thời điểm là có ý nghĩa thống kê với $t=2,652$ và $p=0,042$.

Bảng 2: Sự thay đổi của các biến nghiên cứu theo thời gian

	T0	T1	T2	F	p
Điểm kỳ thị gia đình	1,68	1,60	1,56	4,170	0,001
Điểm kỳ thị bệnh nhân	1,70	1,68	1,67	0,281	0,755
Chất lượng sống gia đình báo cáo	3,03	3,58	3,78	4,229	0,001
Chất lượng sống người bệnh báo cáo	3,68	3,78	3,93	7,930	0,000
	-	T1	T2	t	p
Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh	-	1,55	1,68	2,898	0,046
Mức độ hài lòng với chương trình GDTL	-	3,52	3,60	2,652	0,042

Ghi chú: T0: trước khi can thiệp; T1: ngay sau khi can thiệp; T2: sau 3 tháng.

3.3. Hiệu quả của chương trình giáo dục tâm lý trên cơ sở so sánh sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm nghiên cứu

Để so sánh hiệu quả của chương trình GDTL giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích điểm trung bình của các biến số tại hai thời điểm T1 và T2 và thực hiện các phép kiểm định t test cho 2 mẫu độc lập. Kết quả phân tích cho thấy tại thời điểm T1, nhóm can

thiệp đều có mức giảm sự kỳ thị về bệnh nhiều hơn thể hiện ở sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong giảm điểm kỳ thị gia đình ($t=2,15$, $p<0,05$) và ở bệnh nhân ($t=2,43$, $p<0,05$). Tại thời điểm T2, nhóm can thiệp vẫn tiếp tục duy trì mức giảm sự kỳ thị về bệnh nhiều hơn nhóm đối chứng ($t=3,36$, $p<0,01$) và ở bệnh nhân ($t=2,89$, $p<0,05$).

Điểm CLS được gia đình báo cáo ở thời điểm T1 không khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm đối chứng

nhưng tại thời điểm T2 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($t=3,48$, $p<0,01$). Trong khi đó, theo báo cáo từ người bệnh thì sự khác biệt CLS giữa hai nhóm tại hai thời điểm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê T1 ($t=2,39$, $p<0,05$) và T2 ($t=2,88$, $p<0,05$).

Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh tại hai thời điểm cũng có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và đối

chứng. Kết quả phân tích cho thấy mức độ tuân thủ điều trị của nhóm can thiệp cao hơn tại hai thời điểm T1 ($t=2,46$, $p<0,05$) và T2 ($t=2,40$, $p<0,05$). Trên thực tế ở nhóm can thiệp chỉ có 3 thành viên bỏ uống thuốc sau khi về nhà (chiếm 10%), trong khi nhóm chứng tỷ lệ khá cao 11 thành viên (chiếm 36,6%). Kết quả chi tiết thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3: Số liệu so sánh giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng

		T1	T(p)	T2	T(p)
Điểm kỳ thị gia đình	Can thiệp	1,60	2,15*	1,56	3,36**
	Chứng	1,62		1,62	
Điểm kỳ thị bệnh nhân	Can thiệp	1,68	2,43*	1,67	2,98*
	Chứng	1,71		1,70	
Chất lượng sống gia đình báo cáo	Can thiệp	3,58	0,89	3,78	3,48**
	Chứng	3,59		3,60	
Chất lượng sống người bệnh báo cáo	Can thiệp	3,78	2,39*	3,93	2,88*
	Chứng	3,70		3,73	
Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh	Can thiệp	1,55	2,46*	1,68	2,80*
	Chứng	1,45		1,50	

Ghi chú: *: $p<0,05$, ** $p<0,01$

4. Kết luận

Có thể khẳng định chương trình GDTL cho các thành viên gia đình người bệnh TTPL sẽ giúp các gia đình (a) nâng cao CLS cho bệnh nhân TTPL, (b) giảm kỳ thị, (c) nâng cao sự tuân thủ điều trị, (d) nâng cao sự hài lòng của gia đình và bệnh nhân.

Những kết quả nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc hướng dẫn thông tin bệnh tật cho người bệnh và các

thành viên gia đình trong việc phối hợp điều trị. Chỉ khi gia đình và người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết liên quan đến bệnh tật mới tạo ra sự khác biệt đối với hiệu quả điều trị.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là chúng tôi đã xây dựng được một chương trình GDTL cho gia đình và bệnh nhân TTPL, đồng thời chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu can thiệp để đánh giá hiệu quả của chương trình.

Khi thiết kế nội dung chương trình GDTL và nghiên cứu, chúng tôi đã đưa ra những biến số then chốt như CLS, sự kỳ thị, sự hài lòng, sự tuân thủ điều trị. Đây chính là những biến số quan trọng để xác định tính khoa học của đề tài, đồng thời tạo ra sự khác biệt so với những nghiên cứu đã làm trước đây.

Tuy nhiên, đề tài vẫn còn những hạn chế là mẫu nghiên cứu còn nhỏ, tầm ảnh hưởng dẫn GDTL chưa được hiệu chỉnh và xuất bản. Đây cũng là những gợi ý để chúng tôi thực hiện những nghiên cứu tiếp theo trong tương lai. Đó là mở rộng mẫu nghiên cứu, biên soạn lại bộ tài liệu, tổ chức tập huấn cách tiến hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alshowkan, A., Kurtis, J. and White, Y. (2012). Quality of life for people with schizophrenia: A literature review, Y 2012. *The Arab Journal of Psychiatry*, Vol. 23, No.2, 122-131.
- Galuppy, A., et al. (2010). Schizophrenia and Quality of Life: How important are symptoms and functioning?. *International Journal of Mental Health System* 2010, 4(1), 1-8.
- Harvey, C., O'Hanlon, B. (2013). Family psycho-education for people with schizophrenia and other psychotic disorders and their families. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(6), 516–520.
- Killackey E., Harvey, C., Amering, M., et al. (2015). Partnerships for meaningful community living: Rehabilitation and recovery-informed practices. *In Psychiatry* (eds A Tasman, J Kay, J Lieverman, et al): 1959–81. John Wiley and Sons.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259-265.
- Sharif, F. et al. (2012). Effects of a psycho – educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012, 12:48, 1-9

EFFECTS ASSESMENT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON FAMILY MEMBERS OF INDIVIDUAL DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA

Tran Thanh Nam

VNU University of Education

Email: tranthanhnam@gmail.com

(Received: 14/9/2023, Revised: 18/9/2023, Accepted for publication: 18/9/2023)

ABSTRACT

The aim of the study is to assess the impact of a psychoeducation intervention for patient's family on the levels of knowledge, internalized stigma, quality of life,

treatment compliance and satisfaction in individuals diagnosed with schizophrenia. This study employed cluster randomization and followed a pre- and post-test design.

The results revealed that the psychoeducation intervention led to significant improvements in knowledge, quality of life, the level of satisfaction while reducing stigma and treatment compliance among participants in the intervention group when compared to the control group as well as following the timeline from the T0 to T2. This study also confirms the importance of incorporating psychoeducation interventions into the standard care regimen for people with schizophrenia. Some limitations of the study and suggestions for future research were also analyzed.

Keywords: *Schizophrenia, psychological education program, prevention program, effectiveness*