

TRẢI NGHIỆM SỰ CÔ ĐƠN CỦA NGƯỜI BỆNH LAO  
TẠI BỆNH VIỆN PHỔI NAM ĐỊNH NĂM 2019

Nguyễn Thị Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>, Vũ Thị Minh Phượng<sup>1</sup>,  
Trần Thị Hồng Hạnh<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Mai<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát về thực trạng sự cô đơn của người bệnh lao đang điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, 153 người bệnh lao đã tham gia điền câu trả lời phiếu khảo sát, trong đó 10 người bệnh đã được chọn để tham gia phỏng vấn sâu. **Kết quả:** Mức độ cô đơn thấp (20-34 điểm) chiếm cao nhất 60,1%, cô đơn vừa (35-49 điểm) chiếm 19,0% và cô đơn cao ( $\geq 50$  điểm) có

tỷ lệ 20,9%. Điểm cô đơn trung bình của người bệnh là 36,31%, điểm cô đơn thấp nhất là 20 và cao nhất là 72. Buổi tối là thời điểm người bệnh dễ cô đơn nhất. Khi cô đơn người bệnh thường tìm kiếm người nói chuyện hoặc tham gia các hoạt động mang tính giải trí. **Kết luận:** Mức độ cô đơn ở bệnh nhân điều trị lao nội trú tại bệnh viện Phổi Nam Định khá cao.

**Từ khóa:** Sự cô đơn, người bệnh lao

AN INVESTIGATION OF THE TUBERCULOSIS INPATIENTS  
IN NAM DINH LUNG HOSPITAL IN 2019

ABSTRACT

**Objective:** To survey on current status of loneliness of tuberculosis inpatients in Nam Dinh Lung hospital. **Method:** A quantitative and qualitative research, 153 TB patients participated the survey, of which 10 patients were selected for in-depth interviews. **Results:** The low level of loneliness (20-34 score) accounts for the highest proportion with 60,1%, moderate level loneliness (35-49 score) is 19 % and high level loneliness ( $\geq 50$  score) amounts to 20,9%. The average loneliness score is

36,31%, the lowest loneliness score is 20 and the highest is 72. The evening is the time when the patient is most lonely. When experiencing loneliness, the patients tend to look for others to talk to or engage in recreational activities. **Conclusion:** The level of loneliness in tuberculosis inpatients in Nam Dinh Lung Hospital is moderate-high.

**Keywords:** Loneliness, TB patients

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao vẫn đang là gánh nặng ở nhiều nước đặc biệt là những nước nghèo và đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo báo cáo của WHO năm 2018, Việt Nam đứng thứ 16 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 15 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Khánh  
Email: ntkhanh@ndun.edu.vn

Ngày phản biện: 09/6/2020

Ngày duyệt bài: 16/6/2020

Ngày xuất bản: 29/6/2020

giới. Tính riêng tỉnh Nam Định năm 2018, tổng số người bệnh lao đã phát hiện trên địa bàn toàn tỉnh là 1.722 người; trong đó lao/HIV 20 trường hợp, lao kháng đa thuốc 51 trường hợp, lao trẻ em 44 trường hợp [1].

Bệnh lao có thể gây nên cảm giác mất tự tin cả về mặt thể chất và tinh cảm trong môi trường xã hội. Mặt khác, bởi vì sự lây lan trong cộng đồng và sự nguy hiểm của bệnh lao nên người bệnh dễ bị sự kỳ thị, cô lập trong xã hội. Quá trình điều trị bệnh thường điều trị kéo dài, đặc biệt là thời gian đầu điều trị tấn công tại bệnh viện, sự lây nhiễm của bệnh buộc phải có sự hạn chế tiếp xúc cần thiết với cộng đồng. Điều này có nguy cơ gây ra sự cô đơn cho người bệnh.

Sự cô đơn thường là cảm giác có thể làm phát sinh cảm xúc tức giận, buồn bã, trầm cảm, oán giận, trống rỗng, dễ bị tổn thương và bi quan. Những người cô đơn thường cảm thấy rằng họ thường tự ám ảnh và thiếu sự đồng cảm với người khác. Họ lo sợ bị từ chối, giữ mình ở một khoảng cách, và nuôi dưỡng sự cô đơn. Theo nhiều nghiên cứu, những người cô đơn dễ mắc bệnh tăng huyết áp và tăng cholesterol, kích thích phản ứng căng thẳng, cả thể chất lẫn tinh thần, rút ngắn tuổi thọ giống như người hút 15 điếu thuốc lá mỗi ngày. Cảm giác cô đơn có thể ảnh hưởng đến mối liên kết xã hội, cộng đồng, sức khỏe và hạnh phúc. Đây là vấn đề quan trọng cần sự quan tâm của nhân viên y tế để tránh hậu quả tâm lý xã hội và các tác động tâm lý tiêu cực có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của người bệnh.

Chính vì vậy, chúng tôi lựa chọn đề tài: *“Trải nghiệm sự cô đơn của người bệnh lao tại bệnh viện Phổi Nam Định năm 2019”* với mục tiêu: *Khảo sát về thực trạng sự cô đơn của người bệnh lao đang điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Nam Định.*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

#### *Nghiên cứu định lượng*

Người bệnh mắc bệnh lao đang điều trị nội trú đang điều trị tại Bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh biết đọc, biết viết

+ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

#### *Nghiên cứu định tính*

Một số người bệnh sau khi hoàn thành phiếu trả lời đã được tham gia phỏng vấn sâu.

- Tiêu chuẩn chọn người bệnh tham gia phỏng vấn sâu:

+ Kết quả phân tích định lượng cho thấy người bệnh có trải qua sự cô đơn mức độ cao tại thời gian nằm viện điều trị.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh lao không có khả năng giao tiếp.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 1/06/2019 đến 31/08/2019.

- Địa điểm: Bệnh viện phổi tỉnh Nam Định

### **2.3. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

### **2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Định lượng:

Toàn bộ người bệnh được chẩn đoán mắc lao ở tất cả các thể đang được điều trị nội trú tại bệnh viện. Trong khoảng thời gian nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 153 người bệnh.

Định tính:

- Đã chọn chủ đích 10 người bệnh có mức độ cô đơn cao để tham gia phỏng vấn sâu

## 2.5. Phương pháp thu thập số liệu và các bước thực hiện nghiên cứu

Những người bệnh có đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu được phát phiếu khảo sát tự điền vào ngày thứ 7 điều trị tại bệnh viện, phiếu khảo sát này được xây dựng trên bộ câu hỏi UCLA LONELINESS SCALE của tác giả Russell [6], [7] để đánh giá sự cô đơn của người bệnh. Phiếu khảo sát tiếp tục được chỉnh sửa, bổ sung cho phù hợp với nghiên cứu.

Phiếu khảo sát trước khi sử dụng để thu thập số liệu đã được điều tra thử nghiệm cho 15 người bệnh rồi tiếp tục chỉnh sửa cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Căn cứ vào kết quả khảo sát nghiên cứu viên chọn ra những người bệnh có điểm số cô đơn từ 50 điểm trở lên để tham gia phỏng vấn sâu. Nội dung hướng dẫn phỏng vấn sâu gồm 9 nội dung với 9 câu hỏi bán cấu trúc. Nghiên cứu viên chính trực tiếp thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu, với các nội dung: những yếu tố nào ảnh hưởng tới trải nghiệm cô đơn của người bệnh, những thuận lợi và rào cản khi người bệnh điều trị nội trú tại viện; những giải pháp người bệnh đã thực hiện để giảm sự cô đơn tại bệnh viện - Thời gian mỗi cuộc phỏng vấn khoảng 15-30 phút.

Địa điểm: Thực hiện tại phòng thủ thuật hoặc tại phòng bệnh của các khoa.

## 2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Bộ câu hỏi đánh giá mức độ cô đơn gồm 20 câu hỏi với thang đo likert 4 bao gồm không bao giờ(1), hiếm khi(2), thỉnh thoảng (3) và thường xuyên(4). Điểm số cô đơn chạy từ 20 đến 80 điểm, điểm từ 20-34 mức độ cô đơn thấp, điểm từ 35-49 mức độ cô đơn vừa, > 50 điểm mức độ cô đơn cao.

## 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng thu được được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. thống kê về số lượng và tỷ lệ, Crosstab được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan.

Thông tin định tính: gỡ băng, ghi lại bằng văn bản và phân tích theo chủ đề bổ sung và giải thích cho kết quả định lượng.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Biến		SL	TL %
Giới tính	Nam	107	69,9
	Nữ	46	30,1
Tuổi	18-29	22	14,4
	30-49	43	28,1
	50-59	38	24,8
	≥ 60	50	32,7
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	7	4,6
	Công nhân	21	13,7
	Nông dân	78	51,0
	Nội trợ	3	2,0
	Nghỉ hưu	15	9,8
	Thất nghiệp	3	2,0
	Khác	26	17,0
<b>Tổng</b>		153	100

Bảng 3.1 cho thấy nam chiếm 2/3 trong nghiên cứu (69,9%), còn lại là nữ (30,1%). Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu cũng có sự chênh lệch: từ 18-29 tuổi chiếm ít nhất 14,4%, cao nhất là trên 60 tuổi chiếm 32,7%, từ 30-49 tuổi là 28,1%, 50-59 tuổi là 24,8%. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu tập trung cao nhất là nông dân với 51%, công nhân 13,7%.

**Bảng 3.2: Tình trạng mắc bệnh và thể bệnh lao**

Biến	SL	TL %
<b>Lần điều trị lao</b>		
Lần đầu	116	75,8
≥ 2 lần	37	24,2
<b>Thể bệnh lao</b>		
Lao phổi	100	65,4
Lao ngoài phổi	32	20,9
Lao kháng thuốc	17	11,1
Lao phối hợp	4	2,6
<b>Tổng</b>	153	100,0

Bảng 3.2 cho thấy đa số người bệnh điều trị lao lần đầu chiếm 75,8%, còn lại 24,2% người bệnh điều trị lao từ 2 lần trở lên. Lao phổi là thể lao chiếm chủ yếu với 65,4%, thể lao ngoài phổi chiếm 20,9%, tiếp đến là lao kháng thuốc với 11,1%.

**Bảng 3.3: Thái độ của người bệnh**

Biến		SL	TL %
Chia sẻ về bệnh cho người khác biết	Có	106	69,3
	Không	47	30,7
Chấp nhận bệnh	Có	141	92,2
	Không	12	7,8
Hài lòng về thái độ của NVYT	Rất hài lòng	108	70,6
	Hài lòng	40	26,1
	Không hài lòng	05	3,3
<b>Tổng</b>		153	100,0

Bảng 3.3 cho thấy có 69,3% người chia sẻ về bệnh của mình cho người khác biết, 30,7% không chịu chia sẻ. Chấp nhận bệnh có 92,2% và chỉ có 7,8% không chấp nhận bệnh của mình. Đối với thái độ của nhân viên y tế có 70,6% người bệnh rất hài lòng 26,1% cảm thấy hài lòng .

Khi được phỏng vấn về sự chia sẻ bệnh tật với người khác một bệnh nhân nam 38 tuổi nói “*Sống trong xóm, nếu biết tin ai có bệnh lao thì nhiều người xa lánh ngay*”. Khi được hỏi về thái độ phục vụ của nhân viên y tế, đa số người bệnh đều cảm thấy hài lòng “*Các bác sỹ hầu như ngày nào cũng đến hỏi han mấy lần, các bác rất là nhiệt tình*” (người bệnh nam 50 tuổi). “*Nói chung thì tình cảm đối với bệnh nhân thì rất tốt, nói chung thì tiếp xúc rất đàng hoàng rất vui vẻ*” (bệnh nhân nam, 42 tuổi).

**Bảng 3.4: Sự quan tâm chia sẻ của gia đình, xã hội đối với người bệnh**

Biến		SL	TL %
Thăm hỏi và quan tâm chăm sóc của người thân	Rất quan tâm	105	68,6
	Quan tâm	42	27,5
	Ít quan tâm	06	3,9
Người thân ở lại viện chăm sóc thường xuyên	Có	83	54,2
	Không	70	45,8
<b>Tổng</b>		153	100,0

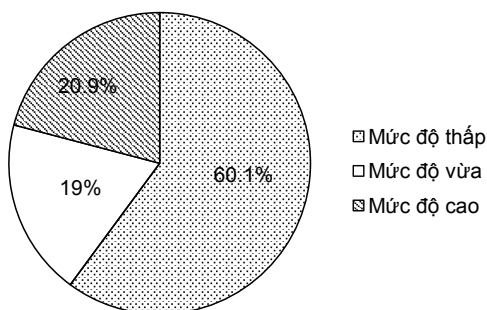
Có 68,6% người bệnh được gia đình rất quan tâm, 27,5% được quan tâm và chỉ có 3,9% ít được sự quan tâm từ gia đình. 54,2% có người thân ở lại viện chăm sóc thường xuyên, không có chiếm 45,8%. Nhận được sự quan tâm của tổ chức xã hội có 55,6%, 44,4% là không nhận được.

Khi phỏng vấn về việc không có người thường xuyên ở lại chăm sóc bệnh nhân

nữ 50 tuổi kể “Nói chung là nhà cô thì công việc làm nông, ở mãi quê ở Hải Hậu, xa gia đình, nên cũng không thường xuyên ở đây được nên thấy cái tư tưởng nó không thoải mái được”.

Hỏi về sự quan tâm của người nhà, người bệnh nữ 53 tuổi kể “chúng nó cũng gọi điện suốt ngày nào cũng gọi”.

### 3.2. Thực trạng sự cô đơn của người bệnh



**Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ cô đơn**

Biểu đồ 3.1 cho thấy có 3 mức độ cô đơn ở người bệnh: trong đó mức độ cô đơn thấp (20-34 điểm) chiếm cao nhất 60,1%, cô đơn vừa (35-49 điểm) chiếm 19,0% và cô đơn cao ( $\geq 50$  điểm) có tỷ lệ 20,9%.

**Bảng 3.5. Điểm trung bình mức độ cô đơn**

Tổng điểm cô đơn (n=153)	Mean	Std	Min	Max
	36,31	15,06	20	72

Điểm cô đơn trung bình của người bệnh là 36,31% và có độ chênh là 15,06%, có điểm cô đơn thấp nhất là 20 và cao nhất là 72.

### 3.3. Kết quả từ phỏng vấn sâu người bệnh

- Sự cô đơn thường diễn ra nhiều vào buổi tối trước lúc đi ngủ.

Bệnh nhân nam, 42 tuổi chia sẻ “Cứ thường 3 giờ chiều là nó hiện lên một lúc và

bắt đầu tối đi ngủ, thường thường thì người nhà thì ít đến thì nó lại ít nghĩ đến. nhưng mà cứ đến liên tục thì nó lại nghĩ đến, mà đưa chân ra kia đi về nghĩ đến cái đoạn đó mất một lúc. Nhưng mà 5,6 ngày không đến thì nó lại quen không nghĩ đến mấy”.

Người bệnh nữ 38 tuổi: “Lúc đi ngủ thì tôi thường suy nghĩ nhiều nhất”.

- Những lúc thấy cô đơn người bệnh có xu hướng tham gia các hoạt động giải trí, tìm kiếm người nói chuyện.

“Những lúc đó thì tôi thường lau chùi nhà vệ sinh của phòng, dọn dẹp trong phòng bệnh rồi đi ra ngoài nói chuyện” Ý kiến của người bệnh nam 54 tuổi.

Người bệnh nam 42 tuổi nói “Nói chung là nếu mà tối thì chú không có chỗ nào đi vì trời mưa thì chú chỉ mua những cái thứ đồ ăn mà lâu lâu về chú nhai cho nó lâu để ví dụ ngồi tối cho nó đỡ đi cho nó quên đi mà. Chứ ví dụ không mưa thì chú cứ đi lòng vòng dưới rồi ngồi ở chỗ ghé, tìm chỗ ghé nào mát thì chú ngồi đó một lúc xong lại đi lòng vòng một lúc thì nó quên”.

Người bệnh nữ 57 tuổi: “Ra ngoài kia (ngoài sảnh của khoa) xem ti vi, đi nói chuyện với các bác ý trong phòng. Rồi đây nó cho cái điện thoại này là mở ra hết nói chuyện với đứa này rồi đứa kia, gọi mạng gọi zalo, gọi hình. Thì trông thấy cháu thì nó cũng đỡ. Cháu trông thấy bà thì suốt ngày bà ơi bà về đi con nhớ bà lắm nó cứ gọi lúc nào mà nhớ lại mở ra”.

Người bệnh nam 58 tuổi “Những lúc mà như thế thì tôi cứ ra nói chuyện với ông này này, tôi thì cũng tếu táo”.

## 4. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy người bệnh lao đa số gặp ở nam giới (107/153) chiếm 69,9%, ở nữ (46/153) chiếm 30,1%. Theo số liệu báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2015 về tỷ lệ giới tính ở những người mắc lao mới

[8] là nam chiếm 62,8%, nữ chiếm 37,2%. Báo cáo tổng kết hoạt động chống lao năm 2014 của Chương trình Chống lao quốc gia [2] cho thấy phân bố người bệnh lao phổi AFB mới (+) theo giới trên toàn quốc là 74,77% nam còn tại Nam Định là 69,39% nam... Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi về giới tương đối phù hợp và logic với báo cáo của chương trình chống lao quốc gia và các nghiên cứu trước đây.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh trong độ tuổi lao động (từ 18-59 tuổi) chiếm 67,3%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Trường [4] có 74,8% và hơi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tình [3] 66,9% ở độ tuổi lao động. Kết quả trên cho thấy người bệnh mắc lao ở độ tuổi lao động là lực lượng sản xuất chính của gia đình và xã hội đã ảnh hưởng lớn đến sự phát triển kinh tế xã hội. Do vậy, bệnh lao là một trong những nguyên nhân gây ra tình trạng nghèo đói.

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người bệnh mắc lao từ lần thứ 2 trở lên chiếm 24,2%. Tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tình là 35,1%. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều từ 18 tuổi trở lên còn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tình có một số đối tượng dưới 18 tuổi, do đó nhận thức của nhóm đối tượng này thấp hơn nguy cơ tái phát cao hơn. Hơn nữa, tỉnh Bắc Giang là tỉnh miền núi khó khăn điều kiện tiếp cận thông tin truyền thông kém hơn trình độ dân trí cũng thấp hơn thành phố Nam Định vì thế tỷ lệ mắc lao tái phát ở Nam Định thấp hơn. Kết quả trên chúng tôi có một tỷ lệ không nhỏ người bệnh phải điều trị tái phát, điều trị lại, nghi kháng thuốc. Đây là đối tượng nguy cơ kháng thuốc cao hơn, cần phải quản lý và theo dõi chặt chẽ đối tượng này để tránh lây lan vi khuẩn lao đặc biệt là

vi khuẩn lao kháng thuốc ra cộng đồng.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy chỉ có 69,3% người bệnh sẵn sàng chia sẻ bệnh của mình cho người khác biết. Bệnh lao vẫn còn bị xã hội kỳ thị, gây mặc cảm cho nhiều bệnh nhân. Vì thế người bệnh thường không dám công khai chữa bệnh, sợ bị xa lánh, kỳ thị. Có 96,7% người bệnh được hỏi cảm thấy hài lòng và rất hài lòng với nhân viên y tế bệnh viện Phổi. Người bệnh tin tưởng và hài lòng với CBYT của bệnh viện thì cũng là một yếu tố tâm lý quan trọng của người bệnh trong quá trình điều trị, và kết quả phỏng vấn sâu cũng cho kết quả này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 96,1% người bệnh nói rằng người thân quan tâm với việc điều trị của họ. Phỏng vấn sâu cũng cho thấy, người thân của họ quan tâm bằng nhiều hình thức như thường xuyên có mặt tại viện (54,2%), gọi điện thoại thăm hỏi động viên hàng ngày. Đây là một yếu tố tác động rất tốt đối với tinh thần của người bệnh giúp người bệnh yên tâm điều trị và giảm sự cô đơn ở bệnh viện.

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy phân loại mức độ cô đơn cao ở người bệnh lao là 20,9%, mức độ cô đơn vừa là 19% và có 60,1% người bệnh có mức độ cô đơn thấp. Trong nghiên cứu của Ayla Yimaz và Ozden Deli tại Izmir Thổ Nhĩ Kỳ năm 2016 [5] có 31,2% người bệnh có mức độ cô đơn cao, mức độ cô đơn vừa là 49% và mức độ cô đơn thấp là 19,7%. Như vậy, so với nghiên cứu của Ayla mức độ cô đơn cao và mức độ cô đơn vừa trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Điểm trung bình mức độ cô đơn của Ayla là 44,36% còn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn là 36,31%. Có sự khác biệt trên là bởi Việt Nam và Thổ Nhĩ Kỳ có sự khác biệt về điều kiện kinh tế, y tế, văn hóa. Thổ Nhĩ Kỳ là đất nước phát triển điều kiện trang thiết bị y tế hiện

đại tỷ lệ người bệnh mắc lao thấp, theo thống kê của WHO, năm 2019 có 11638 ca mắc lao. Tuy thế việc điều kiện y tế tốt, có điều kiện cách ly người bệnh khỏi cộng đồng và giữa người bệnh với người bệnh để điều trị chính vì thế mà mức độ cô đơn cao. Còn ở Việt Nam là nước kinh tế thấp, đa số người bệnh là nông dân nên sức chịu đựng với bệnh tật tốt hơn, khi mắc lao được điều trị tại bệnh viện chuyên khoa nơi có nhiều người cùng mắc và văn hóa chăm sóc người ốm của người Việt, mặc dù bệnh lây nhiễm cần cách ly nhưng nhiều gia đình vẫn có người nhà chăm sóc thường xuyên, vì thế tỷ lệ cô đơn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Thực trạng sự cô đơn của người bệnh lao điều trị nội trú tại bệnh viện Phổi Nam Định là khá cao, đặc biệt sự cô đơn thường diễn ra vào buổi tối. Khi cô đơn người bệnh thường tìm kiếm sự chia sẻ và tham gia vào các hoạt động thể chất và giải trí để giảm bớt cô đơn. Do đó, nhân viên chăm sóc cần có thêm những biện pháp nhằm giảm sự cô đơn cho người bệnh đặc biệt là vào buổi tối. Ngoài ra, Bệnh viện cần tăng cường chất lượng internet miễn phí trong bệnh viện để người bệnh có thể dễ dàng thực hiện các cuộc gọi thoại, hoặc gọi hình ảnh cho người thân bạn bè qua hệ thống zalo, messenger...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định (2019), *Báo cáo tổng kết năm 2019*.
2. Bộ Y tế - Chương trình Chống lao Quốc gia (2015). Báo cáo tổng kết hoạt động chống lao năm 2014 và phương hướng năm 2015.
3. Nguyễn Xuân Tình (2013). *Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lao và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại*

*trú bệnh viện lao và bệnh phổi bắc giang*, luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, trường đại học y tế công cộng.

4. Nguyễn Đăng Trường (2010). Đánh giá việc tuân thủ điều trị lao tại cộng đồng huyện Thanh Trì năm 2009, luận văn thạc sỹ y tế công cộng, trường đại học y tế công cộng.

5. Ayla Yimaz and Ozden Deli (2016). Assessment of anxiety, depression, loneliness, and stigmatization in patients with tuberculosis, *Acta Paul Enferm*, 29(5): 549- 57.

6. Russell, D , Peplau, L. A., & Cutrona, C. E.(1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.

7. Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.

8. WHO (2015). *Global Tuberculosis Report 2015*, Geneva, Switzerland: WHO.