

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI HUYỆN ỨNG HÒA, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Lý Thị Kim Chi^{1,2,✉}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tâm thần Mỹ Đức

³Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 7 năm 2020 đến hết tháng 7 năm 2021 trên 230 người bệnh tâm thần phân liệt. Kết quả cho thấy 39,6% người bệnh tuân thủ điều trị tốt, 20,4% người bệnh tuân thủ điều trị trung bình và 40,0% người bệnh tuân thủ kém. Cần có nhiều nghiên cứu hơn để tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến không tuân thủ điều trị của người bệnh.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, Tâm thần phân liệt, huyện Ứng Hòa thành phố Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng và phổ biến, căn nguyên chưa rõ, bệnh có tính chất tiến triển với những rối loạn đặc trưng về tư duy, tri giác và cảm xúc, dẫn đến những rối loạn cơ bản về tâm lý và nhân cách theo kiểu phân liệt, mất dần tính hài hòa thống nhất giữa các hoạt động tâm lý và gây chia cắt rời rạc các hoạt động tâm thần.¹ Tổ chức Y tế thế giới đã báo cáo người mắc tâm thần phân liệt đã tăng từ 13,1 triệu vào năm 1990 lên 20,9 triệu trường hợp trong năm 2016.² Tại Việt Nam, tỷ lệ người bệnh mắc tâm thần phân liệt từ 0,52 - 0,61%, bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi 18 - 40 tuổi.³

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị bệnh tâm thần phân liệt như: Liệu pháp hóa dược, liệu pháp sinh học như sốc điện, kích thích từ xuyên sọ, liệu pháp tâm lý, liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp huấn luyện các kỹ năng xã hội...⁴ Trong đó liệu pháp hóa dược

được cho yếu tố quan trọng nhất quyết định tới hiệu quả điều trị và khả năng phục hồi của người bệnh, để liệu pháp hóa dược đạt hiệu quả thì người bệnh cần tuyệt đối tuân thủ điều trị.⁵

Tại Việt Nam 88 - 94% tại cộng đồng cũng ảnh hưởng tới sự tuân thủ điều trị của người bệnh.³ Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa quản lý và điều trị cho 672 người bệnh tâm thần, trong đó có 61,3% là người bệnh tâm thần phân liệt.⁶ Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt điều trị ngoại trú tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Tất cả người bệnh được chẩn đoán là tâm thần phân liệt đang điều trị ngoại trú tại huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Người bệnh được chẩn đoán là tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ

Tác giả liên hệ: Lý Thị Kim Chi

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: kimchixc@gmail.com

Ngày nhận: 25/10/2021

Ngày được chấp nhận: 09/11/2021

chức Y tế thế giới (ICD-10) mục F20.

+ Người bệnh đã điều trị ít nhất 3 tháng trước khi tiến hành nghiên cứu.

+ Người bệnh tỉnh táo, giao tiếp được.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Người bệnh mắc bệnh cấp tính đang điều trị tại thời điểm nghiên cứu.

+ Người bệnh có chẩn đoán nghiện chất kèm theo.

+ Người bệnh không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi.

2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07 năm 2020 đến hết tháng 7 năm 2021. Số liệu được thu thập từ tháng 11/2020 đến hết tháng 01/2021.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: là cỡ mẫu nghiên cứu

+ α : là sai số loại I, chọn $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy là 95%

+ $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2$ hệ số tin cậy là 95%. Vậy $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 = 1,96$

+ $q = 1 - p = 0,69$

+ p: tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị = 0,31 trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyền⁷

+ d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn lấy = 0,06

Thay vào công thức ta chọn được mẫu tối thiểu là $n = 228$. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 230 đối tượng nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Người bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa được khám và cấp phát thuốc tại 15 địa điểm. Nhóm nghiên cứu lập danh sách người bệnh theo 15 địa điểm

và dựa vào lịch khám cấp phát thuốc của trung tâm tiến hành phỏng vấn 50 - 70% số lượng người bệnh trên 01 địa điểm, lấy mẫu thuận tiện cho tới khi đủ số mẫu nghiên cứu. Lưu ý: mỗi người bệnh chỉ phỏng vấn một lần, không lặp lại. Nếu phỏng vấn lần 01 chưa đủ số lượng người bệnh tại 1 cụm địa điểm cần tiến hành phỏng vấn lần 2, lần 3 cho tới khi đủ cỡ mẫu.

5. Công cụ thu thập và phân tích số liệu

- Bộ câu hỏi thu thập số liệu gồm 02 phần:

+ Phần I: Thông tin chung về người bệnh thu thập thông tin về tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp chính hiện nay của người bệnh.

+ Phần II: Các câu hỏi về tên thuốc, số viên uống trong ngày, số lần uống, số loại thuốc uống, các tác dụng không mong muốn của thuốc, thời gian điều trị, thời gian tái khám và thang điểm đánh giá tuân thủ Morisky - 8 để đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh. Điểm đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên tổng điểm của thang đánh giá tuân thủ Morisky - 8. Mỗi câu trả lời "không" của người bệnh được tính 1 điểm. Riêng câu hỏi số 5 "Ngày hôm qua anh/chị có uống thuốc không?". Nếu trả lời "không" được tính "0 điểm". Nếu trả lời là "có" được tính "1 điểm". Người bệnh được đánh giá là tuân thủ cao nếu đạt 8/8 điểm, tuân thủ trung bình nếu đạt từ 6 - 7 điểm và tuân thủ kém nếu đạt từ 0 - 5 điểm.

- Quản lý, phân tích và xử lý số liệu:

+ Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0.

+ Quá trình phân tích dữ liệu sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm: Các biến liên tục mô tả dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (trung bình \pm SD) nếu có phân bố chuẩn, trung vị với các biến có phân bố không chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các biến phân loại được

trình bày giá trị tuyệt đối và tỷ lệ phần trăm.

6. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và tự nguyện tham gia.

Các số liệu được thu thập chính xác, trung thực, đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho

mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương của trường Đại học Y Hà Nội, được sự chấp thuận của Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	130	56,5
	Nữ	100	43,5
Trình độ học vấn	Không biết đọc/viết	25	10,9
	Tiểu học	44	19,1
	THCS	76	33,0
	THPT	68	29,6
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	17	7,4
Nghề nghiệp	Nông dân	132	57,4
	Thất nghiệp/Ở nhà	47	20,4
	Công nhân/viên chức	19	8,3
	Hưu trí	3	1,3
	Khác: tự do, phụ hồ, photo, dán vàng mã...	29	12,6
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	57	24,8
	Đã kết hôn	133	57,8
	Ly thân/Ly dị/Vợ-chồng đã mất	40	17,4
Người sống cùng	Sống cùng người thân	185	80,4
	Sống một mình	45	19,6
Tiền sử gia đình	Có người thân mắc TTPL	91	39,6
	Không có người thân mắc TTPL	139	60,4
Tuổi của ĐTNC	< 30 tuổi	18	7,8
	31 - 40 tuổi	59	25,7
	41 - 50 tuổi	71	30,9
	51 - 60 tuổi	51	22,2
	> 60 tuổi	31	13,5

Trung bình¹: 46,6 ± 11,84 tuổi

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	18	7,8
	6 - 10 năm	45	19,6
	11 - 15 năm	46	20,0
	> 16 năm	121	52,6
Trung vị ² : 16 (nhỏ nhất: 2 - lớn nhất: 45)			
Tuổi khởi phát bệnh	≤ 20 tuổi	25	10,9
	21 - 30 tuổi	103	44,8
	31 - 40 tuổi	88	38,3
	> 40 tuổi	14	6,1
Trung bình ³ : 29,2 (± 6,92 tuổi)			

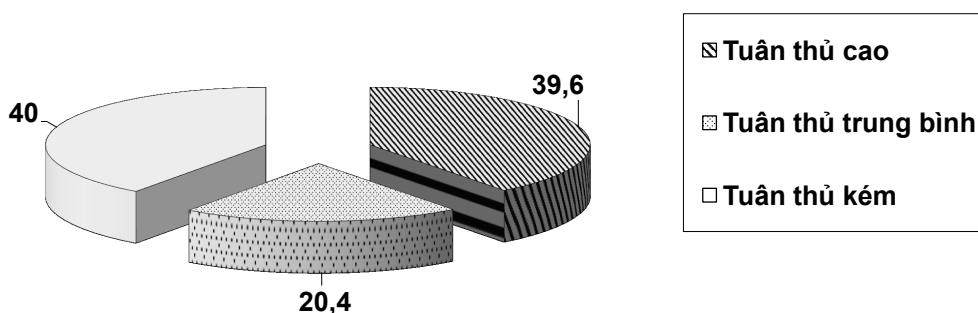
¹ Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối biến tuổi của NB: với $n = 230$, $p = 0,054 > 0,05$. Biến tuổi của NB là biến phân phối chuẩn.

² Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối chuẩn của biến thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu: với $n = 230$; $p = 0,000 < 0,05$. Biến thời gian mắc bệnh của NB là biến phân phối không chuẩn.

³ Sử dụng test Kolmogorov-Smimov kiểm định độ phân phối chuẩn của biến tuổi khởi phát bệnh của NB: với $n = 230$; $p = 0,2 > 0,05$. Biến tuổi khởi phát bệnh của NB là biến phân phối chuẩn.

ĐTNC là nam 56,5%, nữ 43,5%, học THCS 33,0%, không biết đọc/viết là 10,9%. 57,4% là nông dân, 20,4% thất nghiệp. NB đã kết hôn là 57,8%, 39,6% NB có tiền sử gia đình mắc bệnh TTPL.

Tuổi trung bình của ĐTNC là $46,60 \pm 11,84$ SD. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là chiếm 30,9% NB từ 41 - 50 tuổi. Thời gian mắc bệnh của NB có trung vị là 16 năm và tuổi khởi phát bệnh trung bình là 29 tuổi.



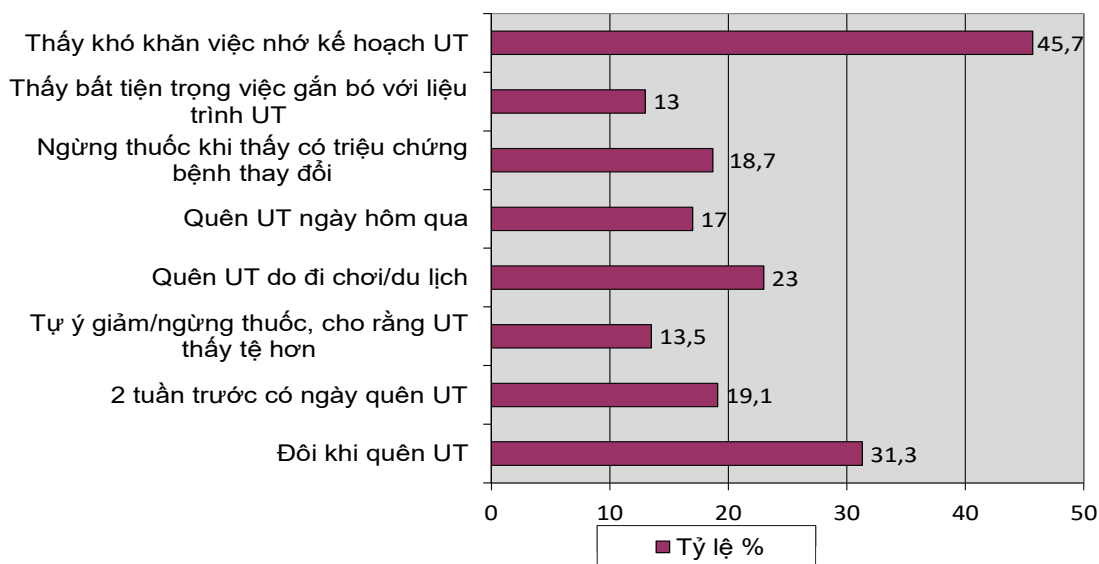
Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh theo thang đánh giá Morisky - 8

Kết quả đánh giá tuân thủ theo thang điểm Morisky - 8: 39,6% người bệnh tuân thủ điều trị tốt, 20,4% người bệnh tuân thủ điều trị trung bình và 40,0% người bệnh tuân thủ điều trị kém.

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ tái khám đúng hẹn

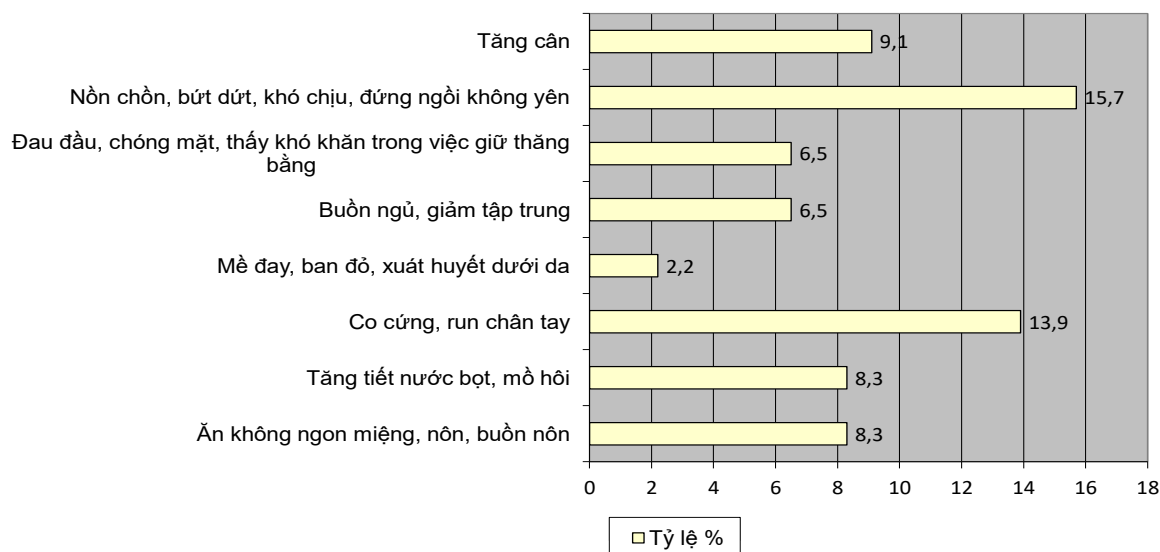
Nội dung	n	Tỷ lệ %
Tái khám đúng hẹn		
Có	330	79,5
Không	85	20,5
Uống đúng thuốc theo hướng dẫn		
Có	114	49,6
Không	116	40,4
Nhớ tên thuốc hàng ngày uống		
Có	44	19,1
Không	186	80,9

Trong 415 NB, có 79,5% NB tới khám và lĩnh thuốc theo đúng hẹn của CBYT, còn lại 20,5% không đến khám theo đúng hẹn. 49,6% NB uống đúng thuốc đúng theo hướng dẫn của CBYT, 50,4% NB báo cáo chưa uống thuốc đúng theo hướng dẫn và chỉ có 19,1% NB nhớ tên thuốc uống hàng ngày.

**Biểu đồ 2. Các trường hợp người bệnh không tuân thủ theo thang điểm đánh giá Morisky - 8**

Các trường hợp NB không tuân thủ phổ biến nhất là thấy khó khăn trong việc nhớ kế hoạch uống thuốc 45,7% và đôi khi quên uống thuốc 31,3%; Các lý do khác giao động từ 13 - 23%.

Có 49,6% người bệnh gặp ít nhất một tác dụng không mong muốn của thuốc. Trong đó, hay gặp nhất là người bệnh thấy bồn chồn, bứt rứt, khó chịu, đứng ngồi không yên là 15,7%; người bệnh có co cứng, run chân tay là 13,9%; các tác dụng không mong muốn khác từ 2,2 - 9,1%.



Biểu đồ 3. Các tác dụng không mong muốn của thuốc người bệnh gặp

IV. BÀN LUẬN

Theo WHO báo cáo (2003) tỷ lệ tuân thủ dài hạn đối với các bệnh mãn tính ở các nước phát triển trung bình là 50%, tại các nước đang phát triển tỷ lệ này còn thấp hơn. Không tuân thủ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả của việc điều trị, sức khỏe giảm sút và gia tăng chi phí chăm sóc sức khỏe.⁸ Điều trị không tuân thủ liên quan đến việc không đúng hẹn tái khám, không tuân theo chế độ dùng thuốc, chế độ ăn uống và thay đổi lối sống và các khía cạnh khác của tuân thủ điều trị. Không tuân thủ thuốc ở người bệnh TTPL làm tăng nguy cơ tái phát, nhập viện, tự sát, tăng chí điều trị và làm giảm chất lượng cuộc sống.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ tuân thủ được đánh giá bởi thang đáng giá tuân thủ Morisky - 8. Kết quả cho thấy tỷ lệ NB tuân thủ điều trị cao là 39,6%, tuân thủ trung bình là 20,4% và tuân thủ kém là 40,0%. Tương tự như kết quả của một số nghiên cứu trong nước và thế giới: 31,0% theo Lê Thị Tuyền.⁷ 42,5 %NB tuân thủ thuốc đầy đủ theo Marco DiBonaventura, cao hơn so với nghiên cứu của Hilary O tại Nigeria là 8,5% và

nghiên cứu của Sanele là 12,6%.¹⁰⁻¹² Tỷ lệ tuân thủ đạt tương đối thấp so với các tuân thủ trong các bệnh mạn tính khác là từ 50% - 80%. Điều này cũng dễ hiểu do đối tượng NB TTPL khá đặc biệt, thường phủ định bệnh, kiến thức về bệnh còn hạn chế, NB hạn chế trong giao tiếp và nhận thức nên việc uống thuốc hành ngày thường do người nhà quản lý và giúp đỡ.

Các kiểu không tuân thủ phổ biến nhất là khó khăn trong việc nhớ kế hoặc uống thuốc 45,7%; Đôi khi quên uống thuốc là 31,3% và quên uống thuốc do đi chơi, du lịch vài ngày có tỷ lệ 23,0%. Tiếp đến là ngừng thuốc khi thấy triệu chứng bệnh thay đổi 18,7%; và quên uống thuốc trong 2 tuần gần đây 19,1%; Quên uống thuốc ngày hôm qua là 17%; Tự ý giảm/ngừng thuốc, cho rằng uống thuốc thấy tệ hơn là 13,5%; Thấy bất tiện trong việc gắn bó với liệu trình điều trị là 13,0%. Qua quá trình phỏng vấn, thu thập thông tin thấy lý do quên uống thuốc chủ yếu của NB là không có sự hỗ trợ của gia đình và NB quên do đi chơi, đi làm lần lượt là 48,3% và 47,4%. Tiếp đến là các lý

do: Tin vào cách chữa của Đông y, châm cứu, cúng bái là 31,3%; Lo ngại về tác dụng không mong muốn của thuốc là 28,3%; Chế độ uống thuốc quá phức tạp: 27,4%. Do địa bàn nghiên cứu là vùng nông thôn, điều kiện sống, mức sống còn thấp hơn tại các thành phố. Mặt khác NB thường sống với gia đình, người thân. Tuy nhiên, do gánh nặng kinh tế nên gia đình chỉ hỗ trợ quản lý thuốc hoặc nhắc nhở NB dùng thuốc trong một khoảng thời gian nhất định đã là một sự tiến bộ và cố gắng. Còn lại, đa số NB không có người trực tiếp chăm sóc và hỗ trợ các sinh hoạt hàng ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lần phỏng vấn lần đầu tiên có 79,5% tới khám và lĩnh thuốc đúng theo hẹn của CBYT ghi trong sổ cấp phát thuốc hàng tháng. 20,5% không đến khám theo đúng hẹn. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Tuyền là 65,1%.⁷ Có thể do khoảng cách địa lý từ nhà tới nơi lĩnh thuốc của NB tại huyện Ứng Hòa gần hơn và phương tiện giao thông thuận tiện hơn nhiều so với Lương Sơn, Hòa Bình, ngoài ra còn có thể kể đến các lý do người bệnh bận việc, quên ngày khám hoặc không có người thân đưa đi khám.

NB TTPL được đánh giá là uống thuốc đúng theo hướng dẫn khi báo cáo đúng số loại thuốc, đúng số viên thuốc và đúng số lần uống trong ngày so với sổ lĩnh thuốc hàng tháng của NB. Trong đó 49,6% NB uống đúng thuốc đúng theo hướng dẫn của CBYT, còn lại 50,4% NB báo cáo chưa uống thuốc đúng theo hướng dẫn của CBYT. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Tuyền là 96,8% và 90% của Đinh Quốc Khánh.⁷ Ngoài ra, chỉ có 19,1% NB có thể nhớ tên thuốc uống hàng ngày và 80,9% NB không biết đọc tên thuốc, thay vào đó đa số NB nhớ thuốc uống theo kinh nghiệm, thói quen hoặc theo cách riêng của mỗi người bệnh như: hình dạng, kiểu dáng, màu sắc, thậm trí là theo

vị đắng hoặc không của các loại thuốc. Một số NB được gia đình quản lý và đưa thuốc uống hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh Tâm thần phân liệt theo thang điểm đánh giá Morysky-8: 39,6% người bệnh tuân thủ điều trị. 79,5% người bệnh tuân thủ đúng lịch tái khám và lĩnh thuốc và 49,6% NB báo cáo dùng thuốc đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế. Nhưng chỉ có 19,1% người bệnh nhớ đúng tên thuốc uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Đức Trình. Giáo trình Tâm thần học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2010:171.
2. Charlson. F. J, Ferrari. A. J, Santomauro. D. F, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* Oct 17 2018;44(6):1195-1203. doi: 10.1093/schbul/sby058.
3. Nguyễn Văn Siêm. Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng. Đại học Y khoa Hà Nội. 2010;26.
4. John S. McIntyre MD, Sara C. Charles MD. Practice guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Psychiatric Association.* 2004;116.
5. Trần Trung Nghĩa Nguyên tắc trị liệu hóa dược trong tâm thần. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2011.
6. Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa. Báo cáo chương trình chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng năm 2019. Trung tâm Y tế huyện Ứng Hòa; 2019.5.
7. Lê Thị Tuyền. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân TTPL điều trị tại cộng đồng, huyện Lương Sơn tỉnh Hòa Bình năm 2013. Luận văn thạc sỹ

Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội; 2013.126.

8. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Dec 2003;2(4):323. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4.

9. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. Apr 30 2008; 8:32. doi: 10.1186/1471-244X-8-32.

10. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey

of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. Mar 20 2012;12:20. doi: 10.1186/1471-244X-12-20.

11. Hillary O. Odo SOO, Imafidon O. Agbonile, Peter O. Esan, Jeffrey S. Soni, Bawo O. James. Assessment of adherence to psychotropic medications among outpatients at the Pharmacy Department of a Psychiatric Hospital, in Benin City, Nigeria. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2014. doi: 10.4103/0973-8398.143925.

12. Sanele M. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2012;6(9). doi: 10.5897/ajpp11.646.

Summary

TREATMENT COMPLIANCE AMONG SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN UNG HOA DISTRICT, HANOI

The study assessed treatment adherence rate of schizophrenic patients in outpatient treatment in Ung Hoa district, Hanoi. From July 2020 to July 2021, 230 outpatients with schizophrenia were surveyed about their medication use, refills, and reasons of non-adherence. More than half (56.6%) of patients were men, 56.6% were between 31 and 50 years old, 33.0% had education level of lower secondary school, 29.6% completed high school, and 10.9% did not know how to read and write. The majority (57.4%) of the patients were farmers, and 57.8% were married. The results showed that 39.6% of patients had good adherence, 20.4% had moderate adherence, and 40.0% had poor adherence. In conclusion, the treatment adherence of schizophrenic patients in Ung Hoa district is low.

Keywords: Treatment adherence, Schizophrenia, Ung Hoa district, Hanoi.