

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG, GIẢM CHÚ Ý Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI HUYỆN TƯƠNG DƯƠNG TỈNH NGHỆ AN NĂM 2019

Nguyễn Hải An^{1,*}, Lê Đức Cường¹, Lê Đình Tuấn¹, Nguyễn Thị Hiền^{1,**}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn tăng động, giảm chú ý (ADHD) ở học sinh tiểu học tại huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An năm 2019. **Phương pháp:** phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Học sinh ở độ tuổi 9-11 tuổi có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh độ tuổi 6-8 tuổi với OR = 2,5 (95%CI: 1,1-5,9). Học sinh ở khu vực sống vùng sâu có nguy cơ mắc cao hơn so với khu vực sống vùng thị trấn, đồng bằng với OR = 3,6 (95%CI: 1,8-7,4). Học sinh có bố hoặc mẹ có học vấn dưới PTTH có nguy cơ mắc cao hơn so với học sinh có bố hoặc mẹ có học vấn từ trên PTTH, lần lượt với OR = 3,2 (95%CI: 1,6 - 6,7) và OR = 3,3 (95%CI: 1,6-7,2). Học sinh có mẹ hoặc bố nghề nghiệp là nông dân, nghề tự do có nguy cơ mắc cao hơn so với học sinh có mẹ hoặc bố làm nghề khác, lần lượt với OR = 3,1 (95%CI: 1,2-8,1) và 2,9 (95%CI: 1,1-7,8). Học sinh bị đánh thường xuyên có nguy cơ mắc cao hơn so với học sinh không bị bố mẹ đánh thường xuyên với OR= 5,7 (95% CI: 1,4-22,9). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa mắc rối loạn tăng động, giảm chú ý của học sinh tiểu học Huyện Tương Dương, Tỉnh Nghệ An với một số yếu tố về: độ tuổi học sinh, khu vực sống, học vấn của bố, mẹ, nghề nghiệp của bố, mẹ, tiền sử đề mỗ, tình trạng thường xuyên bị bố mẹ đánh.

Từ khóa: Rối loạn tăng động giảm chú ý, Tiểu học, Nghệ An

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần ở trẻ nhỏ là đạt được những mốc về phát triển, cảm xúc và kỹ năng xã hội, học tập và cách đương đầu với những vấn đề chúng gặp phải. Theo CDC, đánh giá sức khỏe tâm thần trẻ nhỏ thường là các rối loạn tăng động, giảm chú ý (ADHD), rối loạn chống đối thách thức, rối loạn cư xử, lo âu, trầm cảm, mối quan hệ xã hội và khả năng học tập ở trẻ. Rối loạn tâm thần trẻ nhỏ là

những rối loạn từ những năm sớm đầu đời cho đến khi những năm học sinh.

ADHD là một rối loạn phổ biến ở trẻ em, theo DSM-IV thì hiện có 5% số trẻ mắc ADHD [2], tại Mỹ tỷ lệ mắc ADHD ở trẻ là 11% năm 2011 [4], tại Hàn Quốc 7,6-9,5%, tại Ấn Độ 10-20% và tỷ lệ này là 29,7% tại các vương quốc Ả rập [8]. Có trên 50% trẻ mắc ADHD có các biểu hiện rối loạn tâm thần khác, chủ yếu là các vấn đề về hành vi, khó khăn trong học tập, lo âu và trầm cảm. Trẻ mắc ADHD có sự gia tăng nguy cơ phát triển trong giai đoạn sau các rối loạn nhân cách, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, lạm dụng chất gây nghiện, các hành vi phạm tội [5], [8].

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn tâm thần ở trẻ nhỏ, tuy vậy, các nghiên cứu đa số tập trung vào các đối tượng là trẻ đến bệnh viện trong tình trạng mắc bệnh hoặc

¹ Đại học Y Thái Bình

* Tác giả thực hiện chính:

Nguyễn Hải An

** Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Nguyễn Thị Hiền

Email: hien_nganvn@yahoo.com

Ngày tiếp nhận: 2/6/2020

Ngày phản biện: 12/6/2020

Ngày chấp nhận đăng: 22/9/2020

nghe ngở bệnh. Trong đó, các nghiên cứu về vấn đề sức khỏe tâm thần học đường hầu như còn ít các nghiên cứu.

Huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An là huyện thuộc khu vực miền núi Bắc Trung Bộ, dân số 74.836, toàn huyện có 6.984 trẻ học sinh tiểu học. Đây là khu vực còn nhiều khó khăn, giao thông của học sinh chủ yếu là đi bộ tới trường. Nhiều học sinh tiểu học ngoài thời gian đi học thường phải phụ giúp gia đình các công việc nhà, một số em còn phải làm những công việc nặng nhọc để kiếm tiền mưu sinh cho chính bản thân. Do đó huyện Tương Dương phải đối mặt với rất nhiều vấn đề khó khăn của trẻ em, trong đó công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần còn đang bị bỏ ngỏ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn tăng động, giảm chú ý ở học sinh tiểu học tại huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 3 trường Tiểu học ở 3 khu vực của huyện Tương Dương, Nghệ An
- Đối tượng nghiên cứu: Học sinh tiểu học tại 3 trường nghiên cứu
- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 12/2019 – 02/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

* Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cơ mẫu: Cơ mẫu theo tính toán theo công thức

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(1-d)^2} \cdot DEFF$$

Cơ mẫu tính toán được là 432 học sinh, thực tế điều tra 450 học sinh.

- Phương pháp chọn mẫu:

* Chọn chủ đích huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An.

* Tại huyện Tương Dương chọn 3 vùng: thị trấn, ven thị trấn và xa thị trấn. Tại mỗi vùng chọn 1 trường vào nghiên cứu.

* Lập danh sách học sinh thuộc 3 trường tiểu học đủ tiêu chuẩn, bốc ngẫu nhiên mỗi trường 150 em (lứa tuổi từ 7-11 tuổi), từ lớp 1 đến lớp 5. Tổng số 450 học sinh.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

* Công cụ thu thập thông tin:

- Bảng kiểm đánh giá ADHD theo thang đo VANDERBILT [8]

- Thu thập thông tin về tiền sử bản thân, sức khỏe thai sản của mẹ và sức khỏe của bố qua bộ câu hỏi chuẩn bị trước.

* Tiêu chí đánh giá

Mỗi dấu hiệu được chia thành các mức độ: không bao giờ, đôi khi, thường xuyên, rất thường xuyên, ứng với mỗi mức độ được tính điểm từ 0 – 3, trong đó không bao giờ được tính 0 điểm và rất thường xuyên được tính 3 điểm [8]. Riêng các rối loạn trong quan hệ và kết quả học tập được tính điểm từ 1-5 tương ứng với tốt, khá, trung bình, hơi kém và kém.

Tiêu chí xác định trẻ mắc ADHD: Trẻ được xác định mắc ADHD khi đảm bảo có các dấu hiệu ADHD như tiêu chuẩn DSM-IV [8], ngoài ra trẻ cần có thêm ít nhất 1 dấu hiệu về rối loạn quan hệ xã hội và kết quả học tập (câu 48-55) với mức độ là hơi kém và kém (thang điểm 4-5) [8].

Tiêu chuẩn DSM-IV cho ADHD: Có 2 tiêu chuẩn (A) và (B) [5]

(A) Tồn tại ít nhất 6 triệu chứng giảm chú ý trong thời gian tối thiểu là 6 tháng, đến độ

không thích nghi và không phù hợp với trình độ phát triển:

- 1) Không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả với công việc được giao.
- 2) Khó khăn khi phải duy trì chú ý vào nhiệm vụ / hoạt động.
- 3) Dường như không chú ý nghe khi hội thoại.
- 4) Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ /bài vở (không phải do chống đối hoặc không hiểu).
- 5) Khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ /hoạt động.
- 6) Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia các công việc đòi hỏi sự nỗ lực trí tuệ.
- 7) Mất những đồ dùng cần thiết trong công việc / học tập.
- 8) Dễ bị xao nhãng bởi kích thích bên ngoài.
- 9) Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày.

(B) Tồn tại ít nhất 6 triệu chứng tăng động-xung động trong thời gian ít nhất là 6 tháng, đến độ không thích nghi và không phù hợp với trình độ phát triển của trẻ:

- Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên.
- Ra khỏi chỗ ngồi ở những nơi cần phải ngồi yên.
- Chạy hoặc leo trèo quá mức ở những nơi cần phải ngồi yên.
- Khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh.
- Hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được “gắn động cơ”.
- Nói quá nhiều.
- Bọt phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong.
- Khó khăn khi chờ đợi đến lượt mình.

- Ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/ cuộc hội thoại của người khác.

Trẻ mắc ADHD được phân ra thành ADHD dạng trội giảm chú ý nếu đảm bảo tiêu chuẩn A, trẻ mắc ADHD trội tăng động - xung động nếu đảm bảo tiêu chuẩn B, trẻ mắc ADHD dạng kết hợp nếu có cả tiêu chuẩn A và B.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số

Để hạn chế sai số trong quá trình điều tra dịch tễ (không hiểu câu hỏi, trả lời bừa, trả lời sai, trả lời không đúng bản chất), chúng tôi thực hiện các kỹ thuật sau để nhằm làm giảm sai số: đơn giản hóa phiếu điều tra, đơn giản hóa câu hỏi, hỏi ngắn gọn, rõ ràng, đi thẳng nội dung chính, tập huấn điều tra viên, tập huấn đối tượng nghiên cứu, điều tra thử 1 nhóm nhỏ để đánh giá độ thuần thực của điều tra viên và khả năng hợp tác từ gia đình và nhà trường, lựa chọn các điều tra viên là người có kinh nghiệm tham gia nghiên cứu tại cộng đồng.

Các đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu chuẩn xác, có tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng, giám sát chặt chẽ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự thông qua của hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Trong nghiên cứu đảm bảo: không gây nguy hiểm cho bệnh nhân; Đảm bảo bí mật của người cung cấp thông tin. Thông báo kết quả cho người tham gia nghiên cứu biết. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho sức khỏe cộng đồng, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

2.6. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ học sinh nam (52,9%) cao hơn học sinh nữ (47,1%). Độ tuổi trong nghiên cứu phần lớn từ 9-11 tuổi (62%), trong khi độ tuổi 7-8 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn (38%). Số học sinh tại 3 khu vực: miền núi, đồng bằng và thị trấn đều chiếm tỷ lệ tương đương.

Bảng 3.2. cho thấy trình độ học vấn của

mẹ chủ yếu là từ PTTH trở lên (56%), phần lớn mẹ là nông dân hoặc làm nghề tự do (66,89%), tuổi mẹ sinh con từ dưới 35 tuổi chiếm 59,33%. Đặc điểm của bố: Trình độ học vấn của bố chủ yếu là từ PTTH trở lên (61,56%), nghề nghiệp nông dân, tự do chiếm phần lớn (67,78%), tuổi bố sinh con chủ yếu trên 35 tuổi (61,11%).

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Giới	Nam	238	52,9
	Nữ	212	47,1
Tuổi	7-8 tuổi	171	38,0
	9-11 tuổi	279	62,0
	Mean±SD	9,03±1,52	
Khu vực sống	Miền núi	150	33,3
	Đồng bằng	150	33,3
	Thị trấn	150	33,3
Tổng		450	100

Bảng 3.2. Đặc điểm cha, mẹ của học sinh

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Học vấn mẹ	Từ THPT trở lên	252
	Dưới THPT	198
Nghề nghiệp mẹ	Nông dân, tự do	301
	Nghề khác	149
Tuổi mẹ khi sinh con	≤35	267
	>35	183
Học vấn bố	Từ THPT trở lên	277
	Dưới THPT	173
Nghề nghiệp bố	Nông dân, tự do	305
	Nghề khác	145
Tuổi bố khi sinh con	≤35	175
	>35	275

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tăng động, giảm chú ý và nhân khẩu học

Đặc điểm		Mắc		Không		OR	(95%CI)
		SL	TL%	SL	TL%		
Giới tính	Nam	17	7,1	221	92,9	0,9	(0,4-1,8)
	Nữ	17	8,0	195	92,0		
Độ tuổi	6 đến 8	27	9,7	252	90,3	2,5	(1,1-5,9)
	9 đến 11	7	4,1	164	95,9		
Khu vực sống	Vùng sâu	21	14,0	129	86,0	3,6	(1,8-7,4)
	Thị trấn, đồng bằng	13	4,3	287	95,7		
Học vấn mẹ	<THPT	24	12,1	174	87,9	3,3	(1,6-7,2)
	≥THPT	10	4,0	242	96,0		
Bố học vấn bố	<THPT	22	12,7	151	87,3	3,2	(1,5-6,7)
	≥THPT	12	4,3	265	95,7		
Nghề mẹ	Nông dân, tự do	29	9,6	272	90,4	3,1	(1,2-8,1)
	Khác	5	3,4	144	96,6		
Nghề bố	Nông dân, tự do	29	9,5	276	90,5	2,9	(1,1-7,8)
	Khác	5	3,5	140	96,5		

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tăng động, giảm chú ý và đặc điểm tiền sử

Đặc điểm		Mắc		Không		OR	(95%CI)
		SL	TL%	SL	TL%		
Tuổi mẹ sinh con	>35	11	6,0	172	94,0	0,7	(0,3-1,4)
	≤35	23	8,6	244	91,4		
Tuổi bố sinh con	>35	18	6,5	257	93,5	0,7	(0,3-1,4)
	≤35	16	9,1	159	90,9		
Thứ tự trẻ trong gia đình	Con thứ	17	9,0	172	91,0	1,4	(0,7-2,9)
	Con đầu	17	6,5	244	93,5		
Số con trong gia đình	≥2 con	32	8,2	358	91,8	2,6	(0,6-11,1)
	1 con	2	3,3	58	96,7		
Tiền sử đẻ mổ	Có	1	1,4	71	98,6	0,1	(0,0-0,9)
	Không	33	8,7	345	91,3		
Cân nặng sơ sinh	<2500g	8	11,1	64	88,9	1,7	(0,7-3,9)
	≥2500g	26	6,9	352	93,1		
Bất thường thai lý	Có	0	0,00	4	100,00	-	-
	Không	34	7,6	412	92,4		
Tổng		34	7,6	416	92,4		

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tăng động, giảm chú ý và hoàn cảnh sống

Đặc điểm		Mắc		Không		OR	(95%CI)
		SL	TL%	SL	TL%		
Nghèo, cần nghèo	Có	10	29,4	24	70,6	1,1	(0,5-2,4)
	Không	112	26,9	304	73,1		
Mẹ mắc bệnh mạn tính	Có	3	7,3	38	92,7	0,96	(0,3-3,3)
	Không	31	7,6	378	92,4		
Bố mắc bệnh mạn tính	Có	1	2,6	37	97,4	0,3	(0,04-2,3)
	Không	33	8,0	379	92,0		
Bố nông nãi/ưu phiên	Có	11	10,7	92	89,3	1,7	(0,8-3,6)
	Không	23	6,6	324	93,4		
Mẹ nông nãi, ưu phiên	Có	3	7,1	39	92,7	0,9	(0,3-3,2)
	Không	31	7,6	377	92,4		
Xung đột trong dạy trẻ	Có	3	20,0	12	80,0	3,3	(0,9-12,2)
	Không	31	7,1	404	92,9		
Bố mẹ áp đặt	Có	1	12,5	7	87,5	1,8	(0,2-14,9)
	Không	33	7,5	409	92,5		
HS bị đánh thương xuyên	Có	3	30,0	7	70,00	5,7	(1,4-22,9)
	Không	31	7,0	409	93,0		
Tổng		34	7,6	416	92,4		

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Độ tuổi 9-11 tuổi học sinh có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh độ tuổi 6-8 tuổi với $OR = 2,5$ (95%CI: 1,1-5,9). Học sinh ở khu vực sống vùng sâu có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với khu vực sống vùng thị trấn, đồng bằng với $OR = 3,6$ (95%CI: 1,8-7,4).

Học sinh có bố hoặc mẹ có học vấn dưới PTTH có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh có bố hoặc mẹ có học vấn từ trên PTTH, lần lượt với $OR = 3,2$ (95%CI: 1,6 - 6,7) và $OR = 3,3$ (95%CI: 1,6-7,2). Học sinh có mẹ hoặc bố nghề nghiệp là nông dân, nghề tự do có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh có mẹ hoặc bố làm nghề khác, lần lượt với $OR = 3,1$ (95%CI: 1,2-8,1) và 2,9 (95%CI: 1,1-7,8).

Kết quả bảng 3.4 cho thấy học sinh có tiền sử được sinh mổ có nguy cơ mắc ADHD thấp hơn

so với học sinh không có tiền sử sinh mổ với $OR = 0,1$ (95% CI: 0,0 - 0,9).

Kết quả bảng 3.5 cho thấy trong các đặc điểm hoàn cảnh gia đình của trẻ: học sinh bị đánh thương xuyên có nguy cơ mắc tăng động, giảm chú ý cao hơn so với học sinh không bị bố mẹ đánh thương xuyên với $OR = 5,7$ (95% CI: 1,4-22,9; $p = 0,03$).

3. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa mắc ADHD của học sinh và các đặc điểm khu vực sống, học vấn mẹ, học vấn bố, nghề nghiệp mẹ, nghề nghiệp của bố ($p < 0,05$). Trong khi đó đặc điểm giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc ADHD ở học sinh ($p > 0,05$).

Kết quả phân tích cho thấy nguy độ tuổi 9-

11 tuổi học sinh có nguy cơ ADHD cao gấp 2,51 lần so với học sinh độ tuổi 6-8 tuổi (95%CI 1,07-5,90). Học sinh ở khu vực sống vùng sâu có nguy cơ mắc ADHD cao gấp 3,59 lần so với khu vực sống vùng thị trấn, đồng bằng (95%CI 1,75-7,40). Học vấn của mẹ học sinh dưới PTTH có nguy cơ mắc ADHD cao gấp 3,3 lần so với học sinh có mẹ học vấn từ trên PTTH (95%CI 1,56-7,16). Học sinh có bố học vấn dưới PTTH có nguy cơ mắc ADHD cao gấp 3,2 lần so với học sinh có bố học vấn từ trên PTTH (95%CI 1,55-6,68). Học sinh có mẹ nghề nghiệp là nông dân, nghề tự do có nguy cơ mắc ADHD cao gấp 3,07 lần so với học sinh có mẹ nghề khác (95%CI 1,16-8,10). Học sinh có bố là nông dân, nghề tự do có nguy cơ mắc ADHD cao gấp 2,9 lần so với học sinh có bố nghề khác (95%CI 1,11-7,77).

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy có thể khu vực sống, học vấn, và nghề nghiệp của bố, mẹ có liên quan đến việc tiếp cận các dịch vụ y tế, giáo dục và sự tiếp cận thông tin, cũng như ảnh hưởng đến khả năng giáo dục trẻ. Qua đó cho thấy việc can thiệp cần xác định các đối tượng ưu tiên theo lứa tuổi học sinh, khu vực sống, học vấn của bố mẹ và nghề nghiệp của bố mẹ.

Về độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với kết quả khảo sát của CDC (2008) ngoài cộng đồng từ 2004-2006 cho thấy tỷ lệ nhóm tuổi 6-11 tuổi (7,1%) cao hơn nhóm tuổi 12-17 tuổi [6].

Khu vực sống trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2017) trong đó khu vực sống nông thôn với 55,2% so với thành thị là 44,8%, trong đó khu vực thành thị ở nhóm ADHD dạng trội về giảm chú ý chiếm 33,3%, nhóm ADHD trội tăng động ở khu vực thành thị chiếm 57,1%, nhóm ADHD kết hợp ở khu vực thành thị chiếm 45,9% [3].

Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với

kết quả nghiên cứu của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2017) trong đó mẹ làm nông dân chiếm 26,0%, bố làm nông dân chiếm 30,2%. Trong đó nhóm ADHD dạng giảm chú ý có tỷ lệ mẹ nông dân là 28,6%, bố là nông dân 33,3%, nhóm ADHD dạng trội về tăng động có tỷ lệ mẹ là nông dân chiếm 14,3%, bố là nông dân chiếm 14,3%. Nhóm ADHD kết hợp có mẹ là nông dân chiếm 27,9%, bố là nông dân chiếm 32,8% [3].

Học vấn của bố mẹ và mắc ADHD trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2017) trong nhóm trẻ mắc ADHD, mẹ có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,1%, bố có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,1%. Trong đó nhóm trẻ mắc ADHD giảm chú ý có mẹ học vấn từ PTTH trở lên chiếm 71,4%, bố có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 71,4%. Nhóm trẻ mắc ADHD trội tăng động có mẹ học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,6%, bố có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,6%. Nhóm trẻ ADHD dạng kết hợp có mẹ học vấn từ PTTH trở lên chiếm 80,3%, có bố học vấn từ PTTH trở lên chiếm 80,3% [3].

Nghiên cứu của CDC (2008) cho thấy học vấn của bà mẹ có sự khác biệt về tỷ lệ ADHD ở trẻ, tuy vậy bà mẹ dưới PTTH thì tỷ lệ có con mắc ADHD lại thấp nhất với 6,4%, bà mẹ tốt nghiệp PTTH có con mắc ADHD chiếm 9,2%, bà mẹ tốt nghiệp cao đẳng có con mắc ADHD chiếm 9,5%, bà mẹ tốt nghiệp cử nhân và trên cử nhân có con mắc ADHD chiếm 6,5% [6].

3.2. Mối liên quan giữa tăng động, giảm chú ý và đặc điểm tiền sử

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi mẹ sinh con, độ tuổi bố sinh con, thứ tự trẻ trong gia đình, số con trong gia đình, tiền sử cân nặng sơ sinh, bất thường thai kỳ không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mắc ADHD ở học sinh ($p>0,05$). Trong khi đó tiền sử đẻ mổ có mối liên quan có ý nghĩa

thống kê với mức ADHD ($p < 0,05$). Trong đó học sinh có tiền sử đẻ mổ có nguy cơ mắc ADHD chỉ bằng 0,1 lần so với học sinh không có tiền sử đẻ mổ (95%CI 0,0-0,9). Hiện nay, đẻ mổ đang có nguy cơ gia tăng tại các bệnh viện, nhưng gia đình có điều kiện thường có xu hướng đẻ mổ [1]. Những gia đình này thường có khả năng tiếp cận với các dịch vụ, y tế giáo dục tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2017) trong đó mức ADHD, tỷ lệ con đầu lòng là 70,8%, con thứ là 29,2% [3]. Cũng theo nghiên cứu của Thành Ngọc Minh số con trong gia đình từ 2 con trở lên chiếm tỷ lệ 75%, gia đình chỉ có một con chiếm 25%; Trẻ mắc ADHD thời kỳ người mẹ mang thai bất thường chiếm tỷ lệ 5,2%, trong đó nhóm ADHD trội giảm chú ý có tiền sử bất thường thời kỳ mang thai chiếm 7,1%; Trẻ mắc ADHD, tỷ lệ có tiền sử đẻ mổ là 27,1%, tiền sử đẻ thường là 72,9%.

3.3. Mối liên quan giữa tăng động, giảm chú ý và hoàn cảnh sống

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố thuộc về hoàn cảnh sống của trẻ bao gồm hộ nghèo, cận nghèo, mẹ mắc bệnh mạn tính, bố mắc bệnh mạn tính, bố nóng nảy ưu phiền, mẹ nóng nảy ưu phiền, xung đột của bố mẹ trong các dạy trẻ, bố mẹ áp đặt trẻ không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ mắc tăng động giảm chú ý ở học sinh ($p > 0,05$). Trong khi đó học sinh thường xuyên bị bố mẹ đánh có mối liên quan đến rối loạn tăng động giảm chú ý ở học sinh ($p < 0,05$). Trong đó, học sinh bị đánh thường xuyên có nguy cơ mắc tăng động, giảm chú ý là 5,7 lần so với học sinh không bị bố mẹ đánh thường xuyên (95%CI 1,4-22,9).

Phân tích đa biến của Thành Ngọc Minh và cộng sự (2017) cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến điểm ADHD bao gồm trẻ nam hơn trẻ nữ 7,60 điểm, trẻ khi sinh bố có bố từ trên

35 tuổi hơn trẻ khi sinh có bố dưới 35 tuổi 9,3 điểm, trẻ là con đầu hơn trẻ con thứ 6,8 điểm, trẻ ở gia đình có 1 con ít hơn trẻ ở gia đình có từ 2 con là 5,8 điểm, trẻ có bố nóng nảy ưu phiền điểm ADHD hơn trẻ có bố bình thường 3,2 điểm. Trẻ có mẹ nóng nảy ưu phiền có điểm ADHD hơn trẻ có mẹ tính bình thường 3,0 điểm. Trẻ thường xuyên bị đánh đập có điểm ADHD hơn trẻ bình thường 5,7 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3].

4. KẾT LUẬN

- Học sinh từ 9-11 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn tăng động, giảm chú ý (ADHD) cao hơn so với học sinh từ 6-8 tuổi với OR = 2,5 (95%CI = 1,1-5,9). Tình trạng này liên quan tới khu vực sinh sống (vùng sâu có nguy cơ mắc ADHD cao hơn vùng thị trấn, đồng bằng)

- Học sinh bị bố mẹ đánh thường xuyên, bố hoặc mẹ có học vấn dưới PTTH có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh không bị đánh thường xuyên với OR lần lượt là 5,7 và 3,2.

- Học sinh có mẹ hoặc bố nghề nghiệp là nông dân, nghề tự do có nguy cơ mắc ADHD cao hơn so với học sinh có mẹ hoặc bố làm nghề khác, lần lượt với OR = 3,1 và 2,9 (95%CI: 1,1-7,8). Ngoài ra cũng có mối liên qua giữa ADHD với tiền sử sinh mổ.

Khuyến nghị

Cần nâng cao các dịch vụ y tế học đường, trong đó có các giải pháp nhằm giảm tỷ lệ rối loạn tâm thần cho học sinh tiểu học tại huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An.

Thường xuyên có các đánh giá để xác định được tỷ lệ các loại rối loạn tâm thần học đường, qua đó đề ra các giải pháp can thiệp kịp thời.

Cần có chương trình sức khỏe tâm thần học đường phối hợp giữa gia đình, nhà trường, và trung tâm y tế huyện.

Việc can thiệp sức khỏe tâm thần học đường cần dựa trên các đặc điểm của học

sinh như tuổi, giới, học vấn của bố mẹ, điều kiện kinh tế và việc làm của bố mẹ, tính cách của cha mẹ và bạo lực trong gia đình.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin cảm ơn Ban giám hiệu cùng các thầy/cô trường Tiểu học Thị trấn Thạch Giám, Trường Tiểu học xã Xá Lượng, Trường Tiểu học xã Yên Na và Phòng Giáo dục - Đào tạo huyện Tương Dương (tỉnh Nghệ An) đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thu thập số liệu. Xin cảm ơn đến các bậc phụ huynh và các học sinh của 3 trường trên đã giúp đỡ tôi hoàn thành việc thu thập số liệu nghiên cứu. Đồng thời đồng cảm sâu sắc với các phụ huynh có con rối loạn tâm thần học đường đã đồng ý phối hợp, giúp đỡ để nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoài Chương và cộng sự (2018), Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017, Tạp chí Phụ sản, Tập 16: 92-96.
2. Lê Thanh Hải (2014), Lo âu, trầm cảm ở trẻ tăng động, giảm chú ý được khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013, Tạp chí Y học thực hành, 926: 58-61.
3. Thành Ngọc Minh, Lê Thanh Hải, Đỗ Mạnh Hùng (2018), Đặc điểm dịch tễ học trẻ mắc tăng động giảm chú ý tại

bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2016, Tạp chí Nghiên cứu và thực hành Nhi Khoa, 5: 92-98.

4. Al-Ahmari A.A, Bharti R.K, Al-Shahrani M.S, et al. (2018), Knowledge, attitude, and performance of primary healthcare physicians in Aseer Region, Saudi Arabia about attention deficit hyperactivity disorder, J Fam Community Med, 25(3): 194–198.
5. CDC. (2019), Trends in Health Care Provider-Diagnosis and Treatment for ADHD. Centers for Disease Control and Prevention, <<https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/features/key-findings-adhd72013.html>>, accessed: 06/07/2020.
6. Centers for Disease Control and Prevention, US. (2008), Percentage of Children Aged 6-17 Years with Learning Disability (LD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), by Birthweight - National Health Interview Survey, United States
7. Torebø O. and Simonsen E. (2013), Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?, Nord J Psychiatry, 68.
8. Xiao ZH, Wang QH, Luo TT et al. (2013), Diagnostic value of Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale in attention deficit hyperactivity disorder, J Contemp Pediatr, 15(5): 348–352.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, AMONG PUPILS AT PRIMARY SCHOOLS IN TUONG DUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2019

Nguyen Hai An, Le Duc Cuong, Le Dinh Tuan, Nguyen Thi Hien

Thai Binh University of Medicine and Pharmacy

Objectives: To determine some factors related to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among pupils at primary schools in Tuong Duong district, Nghe An province in 2019. **Method:** This was a cross - sectional descriptive study. **Results:** There was a correlation between the pupil's attention deficit hyperactivity disorder and a number of factors: Pupils at 9-11 years of age are at higher risk of ADHD than pupils at age 6-8 years with OR = 2,5 (95% CI: 1,1-5,9). Pupils living in remote areas were at higher risk than those living in towns with OR = 3,6 (95% CI: 1,8-7,4). Pupils having parent with lower secondary education were at a higher risk than pupils with parent upper secondary education, with OR = 3,2 (95% CI: 1,6-6) , 7) and OR = 3,3 (95% CI: 1,6-7,2). The proportion of pupils with one parent is a farmer were more likely than those whose mothers or fathers to do other jobs, with OR = 3,1 (95% CI: 1,2- 8,1) and 2,9 (95% CI: 1,1-7,8). The risk was higher in pupils who were hit regularly than others with OR = 5,7 (95% CI: 1,4-22,9). **Conclusion:** There was a correlation between attention deficit hyperactivity disorder among pupils at primary schools in Tuong Duong district, Nghe An province with some factors: student age; living area; education of parents; occupation of father and mother; history of cesarean section; students are often beaten by their parents.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; Primary school; Nghe An