

# THỰC TRẠNG MỘT SỐ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN HỌC ĐƯỜNG Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI HUYỆN TƯƠNG DƯƠNG, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2019

Nguyễn Hải An<sup>1\*</sup>, Nguyễn Quốc Tiến<sup>1</sup>, Lê Đức Cường<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>1,\*\*</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng một số hội chứng rối loạn tâm thần học đường ở học sinh tiểu học tại huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An năm 2019. **Phương pháp:** Phương pháp dịch tễ học mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 15,1% học sinh tiểu học mắc rối loạn tâm thần học đường: 9,6% học sinh mắc 01 loại rối loạn và 0,9% học sinh mắc 04 loại rối loạn tâm thần học đường. Tăng động, giảm chú ý chiếm tỷ lệ 7,6% cao nhất trong các rối loạn tâm thần học đường. Tỷ lệ học sinh mắc kết hợp tăng động, giảm chú ý và rối loạn chống đối thách thức là 3,6%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dạng mắc rối loạn tâm thần kết hợp. Học sinh ở lứa tuổi 11 có các rối loạn tâm thần học đường cao nhất: tỷ lệ tăng động, giảm chú ý 20,4%; chống đối thách thức 12,2%; lo âu, trầm cảm 11,2%. Thấp nhất ở lứa tuổi 7-8 tuổi. Ở học sinh nữ, tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần học đường cao hơn so với ở học sinh nam. **Kết luận:** Có tình trạng rối loạn tâm thần học đường, xuất hiện chủ yếu ở độ tuổi 11, trong đó tăng động giảm chú ý chiếm tỷ lệ cao nhất.

**Từ khóa:** Rối loạn tâm thần học đường; Tiểu học; Nghệ An

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần ở trẻ nhỏ được phát triển theo từng mốc thời gian. Theo đó, sự phát triển sức khỏe tâm thần bình thường nghĩa là đạt được những mốc về phát triển về cảm xúc, kỹ năng xã hội, học tập và cách vượt qua với những vấn đề trong cuộc sống hàng ngày. Theo CDC, các rối loạn 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, suy giảm giao tiếp, giảm khả năng thiết lập các mối quan hệ xã hội và giảm khả năng học tập

ở trẻ [6]. Rối loạn tâm thần trẻ nhỏ thường phát triển từ những năm sớm đầu đời cho đến lứa tuổi học đường [1], [2], [3].

ADHD là một rối loạn tâm thần phổ biến ở trẻ em, theo DSM-IV, hiện có 5% số trẻ mắc ADHD [2], tại Mỹ tỷ lệ mắc ADHD ở trẻ là 11% năm 2011 [3], 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 [12]. 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], [13]. Ngoài ADHD, rối loạn tâm thần học đường còn có thể gặp các rối loạn khác như chống đối thách thức, rối loạn hành vi, lo âu, trầm cảm, tự kỷ [1]

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn tâm thần ở trẻ nhỏ, tuy vậy, hầu hết các nghiên cứu chỉ tập trung vào các đối

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược 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](mailto:hien_nganvn@yahoo.com)

Ngày tiếp nhận: 2/6/2020

Ngày phản biện: 12/6/2020

Ngày chấp nhận đăng: 26/6/2020

tượng là trẻ đến bệnh viện trong tình trạng mắc bệnh hoặc nghi ngờ bệnh [1], [2]. Các nghiên cứu về vấn đề sức khỏe tâm thần học đường còn ít được 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, phương thức tới trường của học sinh chủ yếu là đi bộ. Nhiều học sinh tiểu học thường phải phụ giúp gia đình các công việc nhà ngoài thời gian đi học, một số em còn phải làm những công việc nặng nhọc để mưu sinh cuộc sống. Do đó huyện Tương Dương phải đối mặt với rất nhiều vấn đề về chăm sóc trẻ em, trong đó có vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *mô tả thực trạng một số hội chứng rối loạn tâm thần học đường ở học sinh tiểu học, tại huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An năm 2019.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. 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 dịch tễ học mô tả cắt ngang.

#### \* Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu được tính theo công thức dưới đây

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

Cỡ 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.

#### \* Phương pháp thu thập thông tin

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ điều tra một số rối loạn tâm thần học đường chủ yếu, tức là các rối loạn tâm thần hay gặp, bao gồm: ADHD, rối loạn chống đối thách thức, rối loạn hành vi, lo âu, trầm cảm. Chúng tôi không điều tra tất cả các rối loạn tâm thần trẻ em.

- Tiêu chuẩn đánh giá hội chứng rối loạn tâm thần được sử dụng trong nghiên cứu này đó là bảng câu hỏi theo thang đo đáp ứng tâm thần VANDERBILT [3]. Chúng tôi không thực hiện sàng lọc, khám lâm sàng hoặc xét nghiệm tại bệnh viện. Khi trẻ em có tiêu chí đáp ứng với thang đo VANDERBILT thì được xác định mắc hội chứng rối loạn tâm thần [3]

Mỗi tiêu chuẩn thang đo 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 [3]

- + Tiêu chuẩn xác định hội chứng ADHD: Trẻ được xác định mắc hội chứng ADHD khi đảm bảo có các dấu

hiệu ADHD như tiêu chuẩn DSM-IV, 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).

- + Tiêu chuẩn xác định hội chứng rối loạn thách thức chống đối: Khi có 4/8 câu về thách thức chống đối (từ 19-26) có thang đo ở mức điểm là 2 hoặc 3 và có ít nhất 1 câu từ 48-55 đạt mức thang điểm 4 hoặc 5.
- + Tiêu chuẩn xác định hội chứng rối loạn hành vi: Khi có 3/14 câu về nhân cách (từ 27-40) có thang điểm là 2 hoặc 3 và có ít nhất 1 câu từ 48-55 đạt mức thang điểm 4 hoặc 5.
- + Tiêu chuẩn xác định hội chứng rối loạn lo âu, trầm cảm: Khi trẻ có 3/7 câu về lo âu, trầm cảm (từ 41-47) có thang điểm là 2 hoặc 3 và có ít nhất 1 câu từ 48-55 đạt mức điểm 4 hoặc 5.

#### \* 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. Các kỹ thuật được sử dụng: 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.

Về mặt đối tượng nghiên cứu, các đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu chuẩn xác, có tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng. Thực hiện giám sát chặt chẽ.

#### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

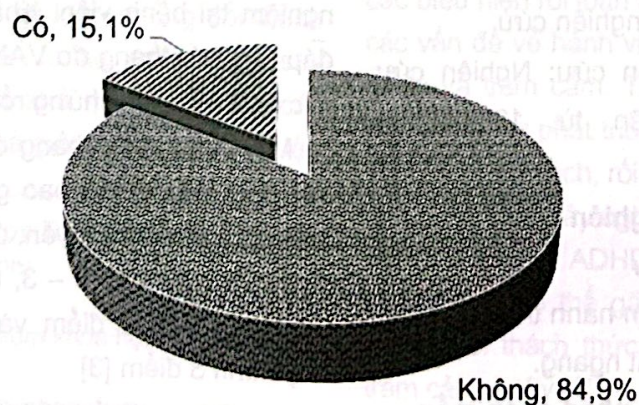
Nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi có sự thông qua của hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Trong trình thực hiện nghiên cứu đảm bảo: không gây nguy hiểm cho bệnh nhân; Đảm bảo bí mật của người cung cấp thông tin. Thông báo kết quả cho người tham gia nghiên cứu biết. Kết quả nghiên cứu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

#### 2.4. Xử lý số liệu

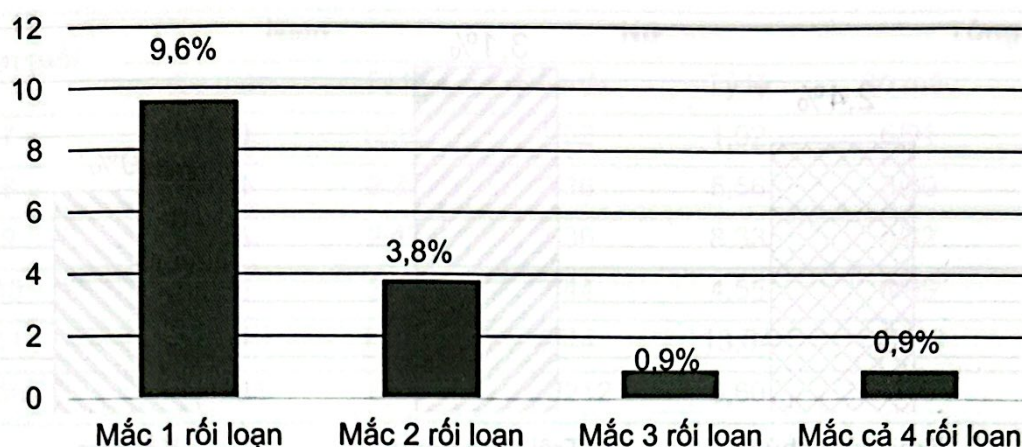
Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.1 cho thấy có 15,1% học sinh tiểu học mắc hội chứng rối loạn tâm thần học đường.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ học sinh mắc hội chứng rối loạn tâm thần



**Biểu đồ 3.2.** Tỷ lệ số rối loạn tâm thần học đường học sinh mắc phải

Kết quả ở biểu đồ 3.2 cho thấy học sinh mắc 1 hội chứng rối loạn tâm thần chiếm 9,6%, học sinh mắc 2 hội chứng rối loạn tâm thần chiếm 3,8% và học sinh mắc 3 và 4 hội chứng rối loạn tâm thần chỉ chiếm 0,9%.

Bảng 3.1 cho thấy hội chứng tăng động giảm chú ý chiếm tỷ lệ 7,6%, hội chứng chống đối thách thức chiếm 6,4%, hội chứng rối loạn cư xử chiếm 2,7%, hội chứng lo âu, trầm cảm chiếm tỷ lệ 6,7%.

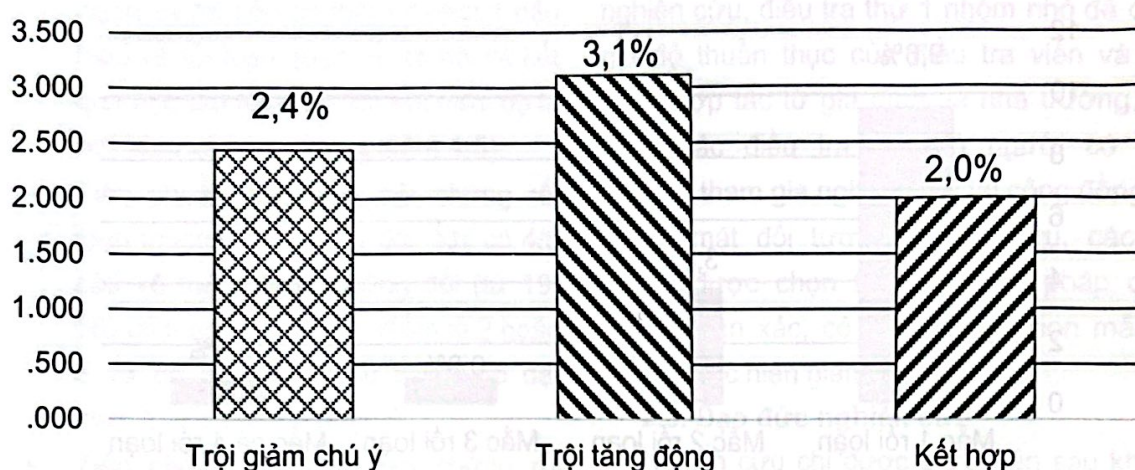
Biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ các dạng tăng động, giảm chú ý trội về giảm chú ý chiếm 2,4%, dạng trội tăng động 3,1% và dạng kết hợp chiếm tỷ lệ 2,0%.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy học sinh không mắc tăng động, giảm chú ý có tỷ lệ chỉ mắc hội chứng lo âu, trầm cảm là cao nhất (4,0%) và thấp nhất là hội chứng rối loạn cư xử (1,8%). Trong các dạng kết hợp thì học sinh mắc kết hợp hội chứng tăng động, giảm chú ý và hội chứng rối loạn chống đối thách thức chiếm cao nhất (3,6%); thấp nhất là tăng động, giảm chú ý + hội chứng rối loạn cư xử với 0,9%.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng tăng động, giảm chú ý thấp nhất ở học sinh 7 tuổi và cao nhất lứa tuổi 11. Ở trẻ nữ tỷ lệ mắc cao hơn so với ở trẻ nam.

**Bảng 3.1.** Tỷ lệ một số hội chứng rối loạn tâm thần học đường

| Hội chứng rối loạn tâm thần học đường | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------------------------------------|----------|-------|
| Tăng động, giảm chú ý                 | Không    | 416   |
|                                       | Có       | 34    |
| Chống đối thách thức                  | Không    | 421   |
|                                       | Có       | 29    |
| Rối loạn cư xử                        | Không    | 438   |
|                                       | Có       | 12    |
| Lo âu trầm, cảm                       | Không    | 420   |
|                                       | Có       | 30    |
| Tổng                                  | 450      | 100   |



**Biểu đồ 3.3. Các dạng rối loạn tăng động, giảm chú ý**

**Bảng 3.2. Tỷ lệ hội chứng rối loạn tâm thần kết hợp với tăng động, giảm chú ý**

| Hội chứng rối loạn tâm thần kèm theo    | Số lượng<br>(n=450) | Tỷ lệ % |
|-----------------------------------------|---------------------|---------|
| Rối loạn chống đối không kèm ADHD       | 13                  | 2,9     |
| Rối loạn cư xử không kèm ADHD           | 8                   | 1,8     |
| Rối loạn lo âu, trầm cảm không kèm ADHD | 18                  | 4,0     |
| ADHD + chống đối thách thức             | 16                  | 3,6     |
| ADHD + rối loạn cư xử                   | 4                   | 0,9     |
| ADHD + lo âu, trầm cảm                  | 12                  | 2,7     |
| ADHD + ít nhất 01 rối loạn              | 20                  | 4,4     |

**Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng động, giảm chú ý theo tuổi, giới**

| Nhóm tuổi | Nam    |        | Nữ     |        | Tổng   |        |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|           | Số mắc | Tỷ lệ% | Số mắc | Tỷ lệ% | Số mắc | Tỷ lệ% |
| 7         | 0/39   | 0      | 2/52   | 3,8    | 2/91   | 2,2    |
| 8         | 2/44   | 4,5    | 3/36   | 8,3    | 5/80   | 6,3    |
| 9         | 2/46   | 4,4    | 2/36   | 5,6    | 4/82   | 4,9    |
| 10        | 2/55   | 3,6    | 1/44   | 2,3    | 3/99   | 3,0    |
| 11        | 11/54  | 20,4   | 9/44   | 20,5   | 20/98  | 20,4   |
| Tổng      | 17/238 | 7,1    | 17/212 | 8,0    | 34/450 | 7,6    |

**Bảng 3.4.** Tỷ lệ chống đối, thách thức theo tuổi, giới

| Nhóm tuổi | Nam    |       | Nữ     |       | Tổng   |       |
|-----------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|           | Số mắc | Tỷ lệ | Số mắc | Tỷ lệ | Số mắc | Tỷ lệ |
| 7         | 5/39   | 12,82 | 1/52   | 1,92  | 6/91   | 6,59  |
| 8         | 1/44   | 2,27  | 2/36   | 5,56  | 3/80   | 3,75  |
| 9         | 1/46   | 2,17  | 3/36   | 8,33  | 4/82   | 4,88  |
| 10        | 2/55   | 3,64  | 2/44   | 4,55  | 4/99   | 4,04  |
| 11        | 6/54   | 11,11 | 6/44   | 13,64 | 12/98  | 12,24 |
| Tổng      | 15/238 | 6,30  | 14/212 | 6,60  | 29/450 | 6,44  |

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ chống đối, thách thức cao nhất ở trẻ 11 tuổi, thấp nhất ở trẻ 8 tuổi. Trẻ nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ rối loạn cư xử thấp nhất là ở trẻ 8 tuổi (1,3%), cao nhất ở trẻ 9 tuổi (3,7%). Trẻ nữ có tỷ lệ mắc rối loạn

cư xử cao hơn trẻ nam.

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm thấp nhất ở học sinh 8 tuổi (2,5%) và cao nhất ở học sinh 11 tuổi (11,2%). Trẻ nam có tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm (5,5%) thấp hơn so với ở trẻ nữ (8,0%).

**Bảng 3.5.** Tỷ lệ rối loạn cư xử theo tuổi, giới

| Nhóm tuổi | Nam    |       | Nữ     |       | Tổng   |       |
|-----------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|           | Số mắc | Tỷ lệ | Số mắc | Tỷ lệ | Số mắc | Tỷ lệ |
| 7         | 1/30   | 2,6   | 1/52   | 1,9   | 2/91   | 2,2   |
| 8         | 0/44   | 0     | 1/36   | 2,8   | 1/80   | 1,3   |
| 9         | 1/46   | 2,2   | 2/36   | 5,6   | 3/82   | 3,7   |
| 10        | 2/55   | 3,6   | 1/44   | 2,3   | 3/99   | 3,0   |
| 11        | 2/54   | 3,7   | 1/44   | 2,3   | 3/98   | 3,1   |
| Tổng      | 6/238  | 2,5   | 6/212  | 2,8   | 12/450 | 2,7   |

**Bảng 3.6.** Tỷ lệ lo âu, trầm cảm theo tuổi, giới

| Nhóm tuổi | Nam    |         | Nữ     |         | Tổng   |       |
|-----------|--------|---------|--------|---------|--------|-------|
|           | Số mắc | Tỷ lệ % | Số mắc | Tỷ lệ % | Số mắc | Tỷ lệ |
| 7         | 2/30   | 5,1     | 1/52   | 1,9     | 3/91   | 3,3   |
| 8         | 1/44   | 2,3     | 1/36   | 2,8     | 2/80   | 2,5   |
| 9         | 3/46   | 6,5     | 5/36   | 13,9    | 8/82   | 9,8   |
| 10        | 4/55   | 7,3     | 2/44   | 4,5     | 6/99   | 6,1   |
| 11        | 3/54   | 5,6     | 8/44   | 18,2    | 11/98  | 11,2  |
| Tổng      | 13/238 | 5,5     | 17/212 | 8,0     | 30/450 | 6,7   |

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ học sinh tiểu học mắc các hội chứng rối loạn tâm thần học đường trong danh sách điều tra chiếm 15,1%. Chúng tôi không điều tra toàn bộ các bệnh tâm thần học đường nên tỷ lệ trên đã đánh giá phần nào thực trạng rối loạn học đường ở trẻ em tại Nghệ An. Con số thực tế có thể cao hơn chút vì còn một số rối loạn tâm thần học đường hiếm gặp khác không được điều tra. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc các dạng rối loạn tâm thần học đường là cao và cần can thiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy học sinh mắc 1 hội chứng rối loạn chiếm 9,6%, mắc 2 hội chứng rối loạn là 3,8% và mắc 3 hội chứng rối loạn là 0,9% và mắc cả 4 hội chứng rối loạn tâm thần là 0,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tăng động, giảm chú ý có 34 học sinh, chiếm tỷ lệ 7,6%. Kết quả này tương tự với tỷ lệ tăng động, giảm chú ý tại Hoa Kỳ khoảng từ 5-10% [9]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Ả Rập Xê út của Jamal và cộng sự (2008) cho thấy ADHD trội giảm chú ý 16,3%, ADHD trội tăng động, bồn chồn 12,4%, ADHD kết hợp là 16,4% [6]. Nguyên nhân của sự khác biệt về tỷ lệ mắc có thể do sự khác biệt về nhân chủng học, điều kiện cuộc sống, chăm sóc y tế.

Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của Thành Ngọc Minh Lê Thanh Hải và cộng sự tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016, trong đó có 91,4% trẻ mắc ADHD, trong đó ADHD trội giảm chú ý chiếm tỷ lệ 20%, trẻ mắc ADHD dạng trội tăng động chiếm tỷ lệ 13,3% và trẻ mắc ADHD dạng kết hợp chiếm tỷ lệ 58,1% [3]. Nguyên nhân của sự khác biệt có thể là do các đối tượng nghiên cứu đến từ toàn quốc, nhất là các tỉnh vùng sâu, vùng xa. Thêm vào đó, tại bệnh viện, có

một số xét nghiệm, can thiệp, bảng hỏi điều tra nên có thể khai thác tối đa các dạng bệnh rối loạn tâm thần hiếm gặp khác. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá mức độ đáp ứng tâm thần theo thang đo định sẵn.

So sánh với nghiên cứu của Xiao và cộng sự (2013), trên các đối tượng là trẻ có nghi ngờ ADHD sử dụng thang đo VADRS và DSM, kết quả nghiên cứu cho thấy trong 319 trẻ khám có 196 trẻ mắc ADHD, trong đó 84 trẻ ADHD trội giảm chú ý, 35 trẻ mắc ADHD trội về tăng động bồn chồn và 77 trẻ mắc ADHD dạng kết hợp [11]. Sự khác biệt trong thang đo tham chiếu cũng có thể dẫn tới các tỷ lệ khác nhau này, ngoài sự khác biệt về kinh tế, xã hội, y tế hoặc nhân chủng vốn là các yếu tố tác động mạnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rối loạn cư xử có 12 học sinh chiếm 2,7%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016, trong đó tỷ lệ mắc rối loạn cư xử là 9,5% [1]. Tương tự, tỷ lệ hội chứng trầm cảm chiếm 6,7%, thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm chiếm 10,48% [1]. Sự khác biệt này là do quần thể nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương là quần thể lâm sàng trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là quần thể học sinh tại các trường tiểu học huyện Tương Dương, tỉnh Nghệ An. Sự khác biệt quần thể nghiên cứu nhỏ hơn trong nghiên cứu này có thể dẫn tới không phát hiện được các hội chứng rối loạn tâm thần hiếm gặp hoặc không điển hình.

Trong nghiên cứu cho thấy trẻ nam có tỷ lệ mắc 7,1% thấp hơn trẻ nữ với 8,0% và có xu hướng tăng dần theo độ tuổi. Độ tuổi thấp nhất là lúc 7 tuổi chiếm 2,2%, khi trẻ 11 tuổi tăng lên 20,4%. Tỷ lệ mắc ADHD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Thành Ngọc Minh khi tác giả thu được tỷ lệ mắc

ADHD đa số ở lứa tuổi 6-9 tuổi với 82,3%, trong khi đó độ tuổi 10-14 tuổi chiếm 17,7% [7]. Sự khác biệt kết quả có thể do sử dụng thang đo quy chiếu khác nhau. Về biến thiên tỷ lệ mắc theo độ tuổi, theo chúng tôi, có thể ở độ tuổi 11, trẻ có những thay đổi đáng kể về thể chất và chuẩn bị bước sang giai đoạn dậy thì, do đó có sự thay đổi về sức khỏe tâm thần [1]. Một lý do khác, theo chúng tôi có thể độ tuổi này trẻ là học sinh cuối tiểu học, có những áp lực trong việc học hành, điều này cũng có thể góp phần vào sự thay đổi tỷ lệ mắc ADHD.

Kết quả từ nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ học sinh nam mắc hội chứng rối loạn chống đối, thách thức là 6,3% thấp hơn một chút so với nữ là 6,6%. Về độ tuổi, học sinh 8 tuổi có tỷ lệ thấp nhất với 3,8%, tiếp đến học sinh 10 tuổi 4,0%, học sinh 9 tuổi 4,9%, học sinh 7 tuổi 6,6% và học sinh 11 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất với 12,2%. Theo chúng tôi ở những đối tượng khác nhau, giới tính, độ tuổi phải chịu những áp lực khác nhau nên tỷ lệ mắc có thể khác nhau.

Tỷ lệ học sinh mắc hội chứng rối loạn cư xử ở trẻ nữ là 2,8% cao hơn so với ở trẻ nam là 2,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy mức rối loạn cư xử theo độ tuổi, trong đó trẻ 7 tuổi có tỷ lệ 2,2%, 8 tuổi có 1,3%, 9 tuổi 3,7%, 10 tuổi 3,0% và 11 tuổi có 3,1%.

Tỷ lệ mắc lo âu, trầm ở trẻ nam là 5,5%, thấp hơn ở trẻ nữ là 8,0%. Tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm có xu hướng tăng dần theo độ tuổi. Trẻ 6 tuổi có tỷ lệ mắc là 3,3%, trẻ 8 tuổi là 2,5%, trẻ 9 tuổi là 9,8%, 10 tuổi là 6,06% và 11 tuổi là 11,2%. Theo Costello và cs (2003) có khoảng 2,4% biểu hiện lo âu độ tuổi 9-16 trong khoảng thời gian 3 tháng [8].

## 5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh tiểu học tại Nghệ An mắc hội chứng rối loạn tâm thần học

đường là 15,1%. Tỷ lệ học sinh mắc 1 hội chứng rối loạn tâm thần là 9,6% và mắc 4 hội chứng rối loạn tâm thần là 0,9%.

- Hội chứng tăng động, giảm chú ý chiếm tỷ lệ 7,6% cao nhất trong các rối loạn tâm thần học đường. Tỷ lệ học sinh mắc kết hợp tăng động, giảm chú ý và rối loạn chống đối thách thức là 3,6%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dạng mắc hội chứng rối loạn tâm thần kết hợp.
- Học sinh ở lứa tuổi 11 có các hội chứng rối loạn tâm thần học đường cao nhất: tỷ lệ tăng động, giảm chú ý 20,4%; chống đối thách thức 12,2%; lo âu; trầm cảm 11,2%. Thấp nhất ở lứa tuổi 7-8 tuổi. Tỷ lệ mắc các hội chứng rối loạn tâm thần học đường ở học sinh nữ cao hơn so với ở nam.

## Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị nâng cao các chương trình chăm sóc y tế học đường, trong đó chú trọng can thiệp 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. Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần học đường cần có sự phối hợp giữa gia đình, nhà trường và trung tâm y tế huyện.

## 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 này. 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 giúp đỡ để nghiên cứu được hoàn thành.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Hải (2017)**, Tăng động giảm chú ý và một số rối loạn kèm theo, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
2. **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 Y học thực hành, Số 5.
3. **Administration SA. et al (2016)**, DSM-5 Child Mental Disorder Classification, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
4. **Al-Ahmari AA, Bharti RK, Al-Shahrani MS 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), pp. 194–198.
5. **Al Hamed JH, Taha AZ, Sabra AA et al. (2008)**, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Male Primary School Children in Dammam, Saudi Arabia, Prevalence and Associated Factors, J Egypt Public Health Assoc, 83(3–4), pp.165–182.
6. **CDC (2019)**, Trends in Health Care Provider - Diagnosis and Treatment for ADHD. Centers for Disease Control and Prevention.
7. **Cohen P, Cohen J, Kasen S et al (1993)**, An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I, Age- and gender-specific prevalence, J Child Psychol Psychiatry, 34(6), pp. 851–867.
8. **Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. (2003)**, Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence, Arch Gen Psychiatry, 60(8), pp. 837–844.
9. **Lahey BB, Loeber R (1994)**, Framework for a Developmental Model of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder, Disruptive Behavior Disorders in Childhood. Springer US, Boston, MA., pp.139–180.
10. **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), pp. 348–352.
11. **Storebø O, Simonsen E (2013)**, Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?, Nord J Psychiatry, pp. 68.

## SUMMARY

**THE SITUATION OF SCHOOL MENTAL DISORDERS AMONG  
PRIMARY SCHOOL PUPILS AT TUONG DUONG DISTRICT, NGHE AN  
PROVINCE IN 2019****Nguyen Hai An, Nguyen Quoc Tien, Le Duc Cuong, Nguyen Thi Hien****Thai Binh University of Medicine and Pharmacy**

**Objectives:** Describe the situation of school mental disorders among primary school pupils at Tuong Duong district, Nghe An province in 2019. **Methods:** cross-sectional study. **Results:** 15,1% of primary school pupils suffered from school mental disorders: 9,6% of pupils had 01 type of disorder and 0,9% had 04 types of school mental disorder. Attention deficit hyperactivity disorder accounted for the highest rate of 7.6% in school mental disorders. The percentage of pupils with ADHD and oppositional defiant disorder (ODD) was 3,6%, accounting for the highest proportion of the forms of combined school mental disorders. Pupils at the age of 11 years old had the highest school mental disorders: the rate of ADHD was 20,4%; ODD was 12,2%; anxiety and depression 11,2%. Accounting for the lowest rate at ages 7-8. In girls, the incidence of school mental disorders was higher than among male pupils. **Conclusion:** The rate of school mental disorder of the pupils was quite high and accounted for mainly at the age of 11 years old, of which the ADHD accounts for the highest rate.

**Keywords:** School mental disorders; Primary school; Nghe An