

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/341825418>

EARLY RECOGNIZATION OF THE CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER BY VANDERBILT ADHD RATING SCALE FOR TEACHERS AND PARENTS

Article in *Journal of Medicine and Pharmacy* · June 2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.4.12

CITATIONS

2

READS

505

7 authors, including:



Duong Le Dinh

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

48 PUBLICATIONS 241 CITATIONS

SEE PROFILE



Thang Vo Van

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

122 PUBLICATIONS 861 CITATIONS

SEE PROFILE



Nguyen huu Chau Duc

Hue College of Medicine and Pharmacy

34 PUBLICATIONS 235 CITATIONS

SEE PROFILE

NHẬN BIẾT SỚM TRẺ CÓ NGUY CƠ VỚI RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý DỰA TRÊN THANG ĐO VANDERBILT ADHD DÀNH CHO GIÁO VIÊN VÀ BỐ MẸ

Lê Đình Dương¹, Võ Văn Thắng¹, Nguyễn Thị Mai², Võ Thị Hân¹, Nguyễn Hữu Châu Đức¹, Hoàng Hữu Hải¹, Đặng Ngọc Thanh Thảo³

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Y tế Quận Liên Chiểu, Đà Nẵng

(3) Trung tâm Y tế học đường tỉnh Thừa Thiên Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan với rối loạn tăng động giảm chú ý ở học sinh tiểu học dựa trên thang đo Vanderbilt ADHD dành cho giáo viên và bố mẹ. **Phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang trên 564 học sinh tiểu học được chọn ngẫu nhiên từ 4 trường tiểu học tại thành phố Huế. Thang đo Vanderbilt ADHD dành cho giáo viên và bố mẹ được sử dụng để nhận biết trẻ có nguy cơ với RLĐTĐGCY. **Kết quả:** Tỷ lệ có nguy cơ với RLĐTĐGCY là 4,1% (2,44% - 5,72%) trong đó 4,6% và 4,8% lần lượt dựa trên đánh giá của giáo viên và bố mẹ. RLĐTĐGCY thường gặp hơn ở học sinh nam (OR adj: 4,64; KTC 95%: 1,53 - 14,05) và nhóm không có bạn thân (OR adj: 5,11; KTC 95%: 2,13 - 12,24). **Kết luận:** Thang đo Vanderbilt ADHD dành cho giáo viên và bố mẹ là công cụ có thể xem xét sử dụng để phát hiện sớm trẻ có nguy cơ với RLĐTĐGCY.

Từ khóa: Rối loạn tăng động giảm chú ý, Vanderbilt ADHD, giáo viên, bố mẹ, học sinh tiểu học.

Abstract

EARLY RECOGNIZATION OF THE CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER BY VANDERBILT ADHD RATING SCALE FOR TEACHERS AND PARENTS

Le Dinh Duong¹, Vo Van Thang¹, Nguyen Thi Mai², Vo Thi Han¹, Nguyen Huu Chau Duc¹, Hoang Huu Hai¹, Dang Ngoc Thanh Thao³

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Danang, Lien Chieu Medical Central

(3) Trung tâm Y tế học đường tỉnh Thừa Thiên Huế

Objectives: The study aims to explore the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and to examine the associated factors with ADHD among primary students by Vanderbilt ADHD rating scale for teacher and parents. **Methods:** A cross-sectional study design was conducted in 564 students who selected randomly in 4 primary schools in Hue city. Vanderbilt ADHD rating scale for parents and teachers were applied to evaluate the ADHD of children over 6 months ago. **Results:** The overall prevalence of children who had high risk with ADHD was 4.1% (95%CI: 2.44 - 5.72), including 4.6% and 4.8% in the rating of teachers and parents, respectively. Male was more likely to have ADHD than female (OR adj: 4.64 (95%CI: 1.53 - 14.05) and lack of closely friend (OR adj: 5.11 (95% CI: 2.13 - 12.24). **Conclusion:** Vanderbilt ADHD diagnosis rating scale for teachers and parents can be used to early recognition children with a high risk of ADHD.

Keywords: ADHD, Vanderbilt, ratings scale, teacher, parent, children.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLĐTĐGCY) là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em, ảnh hưởng đến khoảng 5% trẻ em và thanh thiếu niên trên thế giới (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Rối loạn này được đặc trưng bởi giảm khả năng duy trì sự chú ý và tăng hoạt động quá mức, có hành vi xung động so với trẻ

cùng lứa tuổi, cùng mức độ phát triển. Rối loạn tăng động giảm chú ý thường xuất hiện sớm ở lứa tuổi nhỏ, khi mới bắt đầu đi học và đem lại những hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng xấu đến sự phát triển về tâm lý và các hành vi nhân cách của trẻ. Do đó, phát hiện sớm, chăm sóc và điều trị thích hợp có vai trò quan trọng đảm bảo sự phát triển toàn diện của trẻ trong tương lai.

Địa chỉ liên hệ: Lê Đình Dương, email: ledinhduong@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/4/2019, Ngày đồng ý đăng: 16/6/2019; Ngày xuất bản: 1/7/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.4.12

Tại Việt Nam, mặc dù chương trình Mục tiêu Quốc gia về sức khỏe tâm thần của Bộ Y tế đã có nhiều hoạt động, tuy nhiên vẫn còn nhiều hạn chế đặc biệt là nguồn nhân lực trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần, tư vấn chăm sóc ban đầu nhất là trong môi trường học đường. Chính vì vậy, việc nhận biết sớm trẻ RLĐGCY dựa vào cộng đồng mà cụ thể nhất là giáo viên và bố mẹ có vai trò rất quan trọng, đảm bảo tính hiệu quả và bền vững trong bối cảnh hiện nay. Thang đo Vanderbilt ADHD được sử dụng rất rộng rãi ở nhiều quốc gia và đã chứng minh được hiệu quả trong sàng lọc sớm trẻ có nguy cơ cao với rối loạn này. Tuy nhiên hiện nay vẫn rất ít nghiên cứu tại Việt Nam đề cập đến vấn đề này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu để xác định tỷ lệ học sinh có nguy cơ và các yếu tố liên quan với ADHD ở học sinh tiểu học bằng thang đo Vanderbilt ADHD hiệu chỉnh dành cho giáo viên và phụ huynh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 564 học sinh có tuổi từ 6 - 12 tuổi tại 4 trường tiểu học trên địa bàn thành phố Huế trong năm học 2017 - 2018. Có tổng cộng 72 giáo viên và 564 bố mẹ của học sinh tham gia đánh giá.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2018 tại 4 trường tiểu học Ngự

Bình, Thuận Lộc, Phú Cát, Trường An, thành phố Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

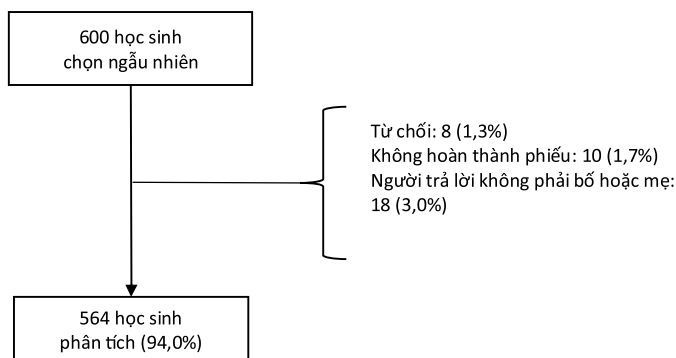
Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ nghiên cứu:

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

Trong đó: $p = 9,3\%$ (Nguyễn Thị Thu Hiền, 2012) [4], chọn sai số là 5%, hệ số thiết kế mẫu là 4. Chúng tôi mời 600 học sinh và bố mẹ tham gia nghiên cứu, thực tế cỡ mẫu cuối cùng là 564 (94,0%).

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu chùm ngẫu nhiên nhiều giai đoạn. Giai đoạn 1: Chọn trường, thành phố Huế có 38 trường tiểu học, trong đó bờ Nam có 19 trường, bờ Bắc có 19 trường. Mỗi bên chọn ngẫu nhiên 2 trường. Giai đoạn 2: Chọn học sinh tiểu học: Tại mỗi trường tiểu học, chọn ra 150 học sinh tương ứng với 5 khối học (từ khối 1 đến khối 5). Lập danh sách từng khối học sinh của mỗi trường, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra 30 học sinh của mỗi khối.

Trong tổng số 600 học sinh được mời tham gia nghiên cứu, có 564 chiếm tỷ lệ 94% được đưa vào mẫu phân tích. Tỷ lệ không tham gia nghiên cứu là 6% trong đó do bố mẹ từ chối, không hoàn thành phiếu thông tin và không đúng người trả lời lần lượt 1,3%; 1,7% và 3,0%.



Sơ đồ 1. Mẫu nghiên cứu

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Nguy cơ RLĐGCY được xác định dựa vào thang đánh giá Vanderbilt ADHD chuẩn hóa dành giáo viên và bố mẹ của trẻ [1]. Thời gian đánh giá trong vòng 6 tháng tính tới thời điểm nghiên cứu. Trẻ được xác định có nguy cơ với RLĐGCY khi có biểu hiện RLĐGCY đồng thời từ đánh giá từ giáo viên và bố mẹ. Khảo sát các yếu tố liên quan với RLĐGCY ở trẻ bao gồm: đặc điểm chung của học sinh, bố mẹ, đặc điểm trải nghiệm trong thời kỳ mang thai của người

mẹ và thời kỳ thơ ấu của trẻ.

2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Bộ công cụ được thử nghiệm và hiệu chỉnh trước khi tiến hành nghiên cứu bởi nhóm nghiên cứu với nhiều chuyên ngành khác nhau về Nhi khoa, Tâm thần và Y tế Công cộng. Sử dụng bộ công cụ tự đánh giá dành cho giáo viên và bố mẹ của học sinh. Giáo viên chủ nhiệm lớp và bố mẹ được hướng dẫn về phương pháp tự đánh giá dựa vào thang đo ADHD Valderbilt do bác sỹ chuyên khoa tâm thần của

nhóm nghiên cứu thực hiện.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 14.0. Tỷ lệ trẻ có nguy cơ với RLTDGCY được mô tả bằng tỷ lệ % và khoảng tin cậy 95%. Hệ số Kappa được sử dụng để đo lường mức độ lặp lại trên 2 đánh giá của giáo viên và bố mẹ của học sinh. Mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để tìm yếu tố liên quan với rối loạn này ở trẻ.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu có sự đồng ý cho phép thực hiện của Trường Đại học Y Dược Huế, trung tâm y tế học đường tỉnh Thừa Thiên Huế, Ban giám hiệu của 4 trường tiểu học tham gia nghiên cứu. Tôn trọng sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu của học sinh, giáo viên và bố mẹ học sinh.

Các thông tin và số liệu thu được chỉ dành cho mục đích nghiên cứu khoa học, không được phép dùng cho các mục đích khác.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ học sinh có nguy cơ với rối loạn tăng động giảm chú ý

Bảng 1. Tỷ lệ RLTDGCY theo đánh giá của giáo viên và bố mẹ

Các dạng RLTDGCY	Đánh giá		Giáo viên		Bố mẹ		Cả 2 kênh	
	n	% (KTC: 95%)	n	% (KTC: 95%)	n	% (KTC: 95%)	n	% (KTC: 95%)
Giảm chú ý	37	6,6 (4,51 – 8,61)	30	5,3 (3,46 – 7,18)	24	4,3 (2,58 – 5,93)		
Tăng động	29	5,1 (3,31– 6,97)	39	6,9 (4,81 – 9,01)	23	4,1 (2,44 – 5,72)		
Phối hợp	26	4,6 (2,87 – 6,35)	27	4,8 (3,02 – 6,55)	23	4,1 (2,44 – 5,72)		

Trong tổng số 564 học sinh, có 23 học sinh (4,1%) có nguy cơ với rối loạn tăng động giảm chú ý, trong đó dạng trội giảm chú ý là 4,3% và tăng động là 4,1%. Tỷ lệ nguy cơ với rối loạn tăng động giảm chú ý theo đánh giá của giáo viên và bố mẹ lần lượt là 4,6% và 4,8%.

3.2. Mức độ đồng thuận giữa đánh giá của giáo viên và bố mẹ

Bảng 2. Hệ số Kappa và tỷ lệ đồng thuận giữa đánh giá của giáo viên và bố mẹ

Giáo viên	Hệ số kappa	Mức độ đồng thuận (%)	p
Tăng động	0,656	96,10	< 0,001
Giảm chú ý	0,699	96,63	< 0,001
RLTDGCY	0,861	98,76	< 0,001

Hệ số kappa theo đánh giá của giáo viên và bố mẹ trên cả 3 nhóm tăng động, giảm chú ý và RLTDGCY đều tốt, lần lượt là 0.656; 0.699 và 0,861. Tỷ lệ đồng thuận dựa trên các quan sát là trên 95% ở cả 3 yếu tố.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn tăng động giảm chú ý ở học sinh tiểu học

3.3.1. Liên quan giữa đặc điểm chung và các trải nghiệm bất lợi của trẻ với nguy cơ RLTDGCY

Bảng 3. Đặc điểm về RLTDGCY ở học sinh tiểu học

Yếu tố	RLTDGCY	Có (n = 23)	Không (n = 541)	Tổng (n = 564)	p
Giới					
Nam		19 (6,7)	265 (93,3)	284 (50,4)	0,002
Nữ		4 (1,4)	276 (98,6)	280 (49,6)	
Tuổi trẻ		9,14 ± 1,48	9,26 ± 1,29	9,15 ± 1,47	0,706
Thứ tự sinh					
Con đầu		16 (5,6)	271 (94,4)	287 (50,9)	0,057
Con thứ		5 (5,0)	96 (95,1)	101 (17,9)	
Con út		2 (1,1)	174 (98,9)	176 (31,2)	

Tuổi mẹ	37,82 ± 5,77	37,68 ± 5,43	37,82 ± 5,74	0,910
Tuổi bố	41,37 ± 6,30	40,57 ± 6,25	41,33 ± 6,29	0,551
Tình trạng hôn nhân				
Bố mẹ sống cùng nhau	20 (3,9)	492 (96,1)	512 (90,8)	0,518
Khác	3 (5,8)	49 (94,2)	52 (9,2)	
Kinh tế gia đình				
Nghèo (< 1,3 tr)	9 (5,7)	149 (94,3)	158 (28,0)	0,278
Trung bình (1,3 - 1,95 tr)	6 (5,0)	113 (95,0)	119 (21,1)	
Trên trung bình (> 1,95 tr)	8 (2,8)	279 (97,2)	287 (50,9)	
Tiền sử gia đình có RLTT				
Có	2 (13,3)	13 (86,7)	15 (2,7)	0,066
Không	21 (3,8)	528 (96,2)	549 (97,3)	
Bất lợi thời kỳ mang thai và thơ ấu				
Không	7 (3,0)	224 (97,0)	231 (41,0)	0,295
Có**	16 (4,8)	317 (95,2)	333 (59,0)	
Mẹ uống rượu, bia (n = 552)*	0 (0,0)	13 (100,0)	13 (2,4)	N/A
Mẹ hút thuốc lá thụ động (n = 457)*	9 (5,6)	153 (94,4)	162 (35,5)	0,260
Mẹ bị cảm cúm trong 3 tháng đầu (n = 495)*	2 (8,0)	23 (92,0)	25 (5,1)	0,167
Tuổi mẹ ≥ 35	4 (4,9)	78 (95,1)	82 (14,5)	0,863
Trẻ sinh nhẹ cân (n = 444)*	4 (4,7)	82 (95,3)	86 (19,4)	0,095
Tuổi thai khi sinh dưới 37 tuần	2 (2,9)	66 (97,1)	68 (12,1)	0,613
Tiền sử động kinh* (n = 541)	1 (5,6)	17 (94,4)	18 (3,3)	N/A
Tiền sử viêm màng não* (n = 552)	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (1,5)	N/A
Tiền sử chấn thương vùng đầu* (n = 550)	0 (0,0)	28 (100,0)	28 (5,1)	N/A

Tr: triệu VNĐ; N/A: không phân tích; * phân tích loại bỏ những trường hợp không biết/ không nhớ. **có được xác định nếu học sinh có ít nhất 1 trong 9 trải nghiệm bất lợi được liệt kê.

Giá trị số lượng và tỷ lệ % thể hiện bằng n (%); giá trị TB và độ lệch chuẩn thể hiện bằng $X \pm SD$.

Phân tích đơn biến cho thấy có mối liên có ý nghĩa giữa giới tính của học sinh với nguy cơ RLTTĐGCY. Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa các đặc điểm chung của trẻ, gia đình và trải nghiệm bất lợi của trẻ với nguy cơ RLTTĐGCY.

3.3.2. Mối liên quan giữa mối quan hệ của học sinh và RLTTĐGCY

Bảng 4. Mối liên quan giữa mối quan hệ của học sinh và RLTTĐGCY

Đặc điểm mối quan hệ của học sinh	RLTTĐGCY			
	Có (n = 23)	Không (n = 543)	Tổng	p
Bố mẹ nói chuyện với trẻ về học tập trên lớp				
Hàng ngày	5 (2,4)	199 (97,6)	204 (36,2)	0,156
Hàng tuần	15 (4,6)	312 (95,4)	327 (58,0)	
Không, hiếm khi	3 (9,1)	30 (90,9)	33 (5,8)	

Trẻ tâm sự với bố mẹ				
Hằng ngày	4 (2,9)	132 (97,1)	136 (24,1)	0,061
Hằng tuần	12 (3,4)	338 (96,6)	350 (62,1)	
Không, hiếm khi	7 (9,0)	71 (91,0)	78 (13,8)	
Bố mẹ hướng dẫn trẻ học bài				
Hằng ngày	5 (2,5)	194 (97,5)	199 (35,3)	0,106
Hằng tuần	14 (4,3)	309 (95,7)	323 (57,3)	
Không, hiếm khi	4 (9,5)	38 (90,5)	42 (7,4)	
Trẻ tiếp xúc, nói chuyện với trẻ khác				
Hằng ngày	6 (2,4)	239 (97,6)	245 (43,4)	0,052
Hằng tuần	13 (4,6)	268 (95,4)	281 (49,8)	
Không, hiếm khi	4 (10,5)	34 (89,5)	38 (6,7)	
Trẻ có bạn thân				
Có	11 (2,4)	449 (97,6)	460 (81,6)	< 0,001
Không	12 (11,5)	92 (88,5)	104 (18,4)	

Phân tích mối quan hệ của trẻ với nguy cơ RLĐTĐGCY, yếu tố bạn thân được tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

3.4. Mô hình các yếu tố liên quan với nguy cơ RLĐTĐGCY ở học sinh tiểu học

Bảng 5. Mô hình các yếu tố liên quan với nguy cơ RLĐTĐGCY ở học sinh tiểu học

Yếu tố	Unadjusted OR	Adjusted OR	p
Giới			
Nữ	1	1	
Nam	4,95 (1,66 – 14,73)	4,64 (1,53 – 14,05)	0,007
Thứ tự sinh			
Con thứ	1	1	
Con đầu	2,28 (0,92 – 5,62)	2,25 (0,88 – 5,71)	0,089
Tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần			
Không	1	1	
Có	3,87 (0,82 – 18,25)	3,90 (0,72 – 21,01)	0,113
Bạn thân			
Có	1	1	
Không	5,32 (2,28 – 12,44)	5,11 (2,13 – 12,24)	< 0,001

Mô hình logistic đa biến với phương pháp backward conditional ($p < 0,25$), sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố khác trong mô hình, nguy cơ có RLĐTĐGCY thường gặp hơn ở học sinh là nam (OR hiệu chỉnh: 4,64 (1,53 – 14,05) và trẻ không có bạn thân (OR hiệu chỉnh 5,11 (2,13 - 12,24).

4. BÀN LUẬN

Rối loạn Tăng động giảm chú ý là một rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em. Tỷ lệ trẻ có nguy cơ với RLĐTĐGCY trong nghiên cứu này là 4,1% với khoảng tin cậy 95% là 2,4 - 5,7% [Bảng 1]. Nhiều nghiên cứu tổng quan hệ thống cũng chỉ ra tỷ lệ trẻ

em có rối loạn TĐGCY tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, dao động trong cộng đồng là từ 2% đến 7%, trung bình khoảng 5% [9]. Tác giả Polanczyk ước tính trên toàn cầu tỷ lệ trẻ em từ 5 - 19 tuổi có rối loạn TĐGCY khoảng 2,2% và cao nhất ở nhóm 9 tuổi [6]. Khảo sát tại 9 khu vực tại Italia trên 67838

trẻ em từ 5 - 17 tuổi, tỷ lệ hiện mắc RLTDGVCY ước tính trung bình là 5,9% (khoảng 1,4 - 16,7%) [8]. So sánh với một số nghiên cứu tại các quốc gia đang phát triển khác như Ấn Độ, tỷ lệ trẻ RLTDGVCY là 5,7% (Joshi & Angolkar, 2018); Nigeria là 6,6% [3] Thổ Nhĩ Kỳ là 8% [10], tại Vĩnh Long, Việt Nam là 7,7% [5]. Hiện nay, rất nhiều nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt về tỷ lệ RLTDGVCY giữa các nước đang phát triển và các nước đã phát triển không chỉ phụ thuộc vào công cụ chẩn đoán mà còn phụ thuộc vào rất nhiều rào cản khác [9], sự khác biệt trong hệ thống y tế, các yếu tố về môi trường, văn hóa, cũng như nhận thức của cộng đồng là những yếu tố cần xem xét. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rối loạn tăng động giảm chú ý theo đánh giá của giáo viên và bố mẹ không khác biệt có ý nghĩa, lần lượt là 4,6% và 4,8%. Đánh giá mức độ đồng thuận giữa 2 nhóm cũng có mức độ tương đồng tốt với hệ số kappa trên 0,65 ở cả 3 nhóm yếu tố đánh giá là giảm chú ý, tăng động và dạng kết hợp [bảng 2].

Phân tích đơn biến giữa các yếu tố về đặc điểm chung của học sinh, bố mẹ, gia đình, những trải nghiệm bất lợi của thời kỳ mang thai, thơ ấu và mối quan hệ của với nguy cơ RLTDGVCY. Nghiên cứu chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt của hầu hết các yếu tố khảo sát [Bảng 4, 5], điều này có thể lý giải do các yếu tố khảo sát trong vòng 6 tháng tới thời điểm khảo sát, các yếu tố được hồi cứu lại do vậy nhiều yếu tố bị mất thông tin. Bảng 5 - Phân tích các yếu tố liên quan với nhóm có nguy cơ với RLTDGVCY, dựa vào mô hình hồi quy logistic đa biến có 4 yếu tố được kết hợp ở mô hình cuối cùng sau khi loại bỏ các biến độc lập khác dựa trên phương pháp backward conditional ($p < 0,25$). RLTDGVCY có khả năng thường gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ em là nam giới cao gấp 4,6 lần so với nhóm trẻ em là nữ giới. Do RLTDGVCY là một rối loạn thuộc vào thời kỳ phát triển của

trẻ, nguyên nhân do yếu tố sinh học đóng vai trò quan trọng và thường có tỷ lệ cao ở nam giới. Nhiều nghiên cứu cũng tìm thấy điều tương tự, nghiên cứu của Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ, tỷ lệ trẻ em nam mắc RLTDGVCY cao hơn 2,57 lần so với trẻ em nữ (nam là 10,3% và 4,0%) [7]. RLTDGVCY thường gặp ở trẻ em nam hơn so với nữ, với tỷ suất gặp là 2 - 3 so với 1 trong trong cộng đồng [9]. Thứ tự sinh của học sinh cũng là một yếu tố cần được xét xét khi khả năng RLTDGVCY có xu hướng gặp cao hơn 2,25 lần ở nhóm trẻ là con đầu lòng (5,6% so với 2,5% ở con thứ), tuy nhiên chưa có ý nghĩa về mặt thống kê ($p = 0,089$). Mặc dù điều này còn rất hạn chế trong y văn hiện nay. Trong các mối quan hệ của học sinh, yếu tố có bạn thân được tìm thấy có ý nghĩa với RLTDGVCY; trẻ không có bạn thân có khả năng có RLTDGVCY gấp 5 lần (2,13 - 12,24) so với nhóm còn lại.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn tăng động giảm chú ý có thể được sàng lọc và phát hiện sớm dựa trên kết hợp đánh giá giữa giáo viên và bố mẹ. Tỷ lệ trẻ có nguy cơ RLTDGVCY là 4,1% (KTC 95%: 2,4 - 5,7%). RLTDGVCY có xu hướng thường gặp cao hơn ở nhóm học sinh nam và nhóm học sinh không có bạn thân. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu mang tính theo dõi trên mẫu lớn hơn nhằm đo lường chính xác nguy cơ của trẻ em RLTDGVCY và kết hợp chẩn đoán lâm sàng.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Đại học Huế, Trường Đại học Y Dược, Trung tâm Y tế Học đường tỉnh Thừa Thiên Huế, Trường tiểu học Ngự Bình, Thuận Lộc, Phú Cát, Trường An, các em học sinh, giáo viên và bố mẹ đã đồng ý tham gia nghiên cứu này. Đây là nghiên cứu được hỗ trợ kinh phí thực hiện từ Quỹ nghiên cứu khoa học - Đại học Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.American Academy of Pediatrics (2002). Vanderbilt Assesment Scale used for diagnosing ADHD.
- 2.Joshi, H. M., & Angolkar, M. (2018). Prevalence of ADHD in Primary School Children in Belagavi City, India. J Atten Disord, 1087054718780326. doi: 10.1177/1087054718780326.
- 3.Ndukuba, A. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T., & Omigbodun, O. O. (2017). ADHD Among

- Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. J Atten Disord, 21(10), 865-871. doi: 10.1177/1087054714543367.
- 4.Nguyễn Thị Thu Hiền. (2012). Nghiên cứu tỷ lệ học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý tại quận ba đình - hà nội. Luận văn thạc sĩ tâm lý học, Đại học quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
- 5.Pham, H. D., Nguyen, H. B., & Tran, D. T. (2015).

Prevalence of ADHD in primary school children in Vinh Long, Vietnam. *Pediatr Int*, 57(5), 856-859. doi: 10.1111/ped.12656.

6. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942

7. Center for Diseases control and prevention of US, (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children—United States, 2003 and 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 59: (1439–43.).

8. Reale, L., & Bonati, M. (2018). ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Ital J Pediatr*, 44(1), 108. doi: 10.1186/s13052-018-0545-2.

9. Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30167-0.

10. Zorlu, A., Unlu, G., Cakaloz, B., Zencir, M., Buber, A., & Isildar, Y. (2015). The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord*. doi: 10.1177/1087054715577991.