

THỰC TRẠNG TRẺ CÓ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TS. LÊ THỊ MINH HÀ
Trưởng Đại học Sư Phạm TP. Hồ Chí Minh

1. Đặt vấn đề

Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, viết tắt là ADHD) là một trong những hiện tượng gặp nhiều ở học đường. Theo Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần lần 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, viết tắt là DSM-IV), trẻ có ADHD biểu hiện không tập trung chú ý quá mức, hoạt động không kiểm soát và tăng hoạt động làm ảnh hưởng đến việc học tập, phát triển cảm xúc và kĩ năng xã hội. Về mặt tăng động/xung động, trẻ thường phản ứng một cách bản năng và không suy nghĩ trong hành động, không thể ngồi yên, thường nói quá nhiều và nói to, trả lời ngay khi chưa nghe hết câu hoặc thường nói leo khi chưa đến lượt trả lời, khó tham gia trò chơi có quy tắc, khó chờ đến lượt, bốc đồng, thô bạo, hung hăng không thể kiểm soát được. Về mặt giảm chú ý, trẻ ít tập trung vào các chi tiết, lơ đãng, không nghe khi người khác nói, không ghi nhớ chỉ dẫn của người lớn, thường xuyên không hoàn thành nhiệm vụ, không làm bài tập và không tuân thủ nội quy, thiếu tập trung chú ý nghe giảng, né tránh hoặc miễn cưỡng làm những việc cần sự tập trung chú ý, thường xuyên mất đồ dùng học tập và đồ chơi.

Hầu hết các nghiên cứu được thực hiện và chẩn đoán về vấn đề này đều cho thấy ADHD là một hiện tượng mang tính toán cấu. Nó nảy sinh và tồn tại không phân biệt ranh giới xã hội, văn hóa cũng như các nhóm dân tộc. Theo Cooper (2006), tỉ lệ lưu hành trên thế giới khoảng 3-6% ở trẻ em và những người trẻ tuổi. Theo DSM-IV, khoảng 3-5% trẻ em mắc chứng rối nhiễu ADHD, còn Liên đoàn Sức khỏe Trí tuệ Thế giới cho rằng khoảng 3-7% trẻ em ở tuổi đến trường bị ảnh hưởng bởi rối loạn này. ADHD đang ngày càng được sự quan tâm chú ý của các nhà chuyên môn và phụ huynh (PH) vì những biểu hiện và sự phát triển phức tạp của

nó, cũng như những ảnh hưởng của nó đến sự phát triển của đứa trẻ và xã hội.

Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Vân Thanh và Nguyễn Sinh Phúc (2007) đã nghiên cứu 2 trường tiểu học tại Hà Nội cho thấy tỉ lệ trẻ có rối loạn ADHD là 3,01% [2]. Tại TP. Hồ Chí Minh, theo khảo sát của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào thống kê tỉ lệ trẻ có rối loạn ADHD. Tuy nhiên, số trẻ có rối loạn ADHD đến khám tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, 2 và Tâm thần Trung ương tương đối nhiều. Theo thống kê chưa đầy đủ của chúng tôi, tại khoa tâm lí trẻ em của các bệnh viện, tỉ lệ trẻ có rối loạn ADHD được chẩn đoán lâm sàng như sau: Bệnh viện Nhi Đồng 2 là 3.73% (2007 - 2011), Nhi Đồng 1 là 2.0% (2008 - 2010) và Tâm thần Trung ương là 5.63% (2011).

2. Thực trạng trẻ có rối loạn ADHD tại TP. Hồ Chí Minh

Để sàng lọc trẻ có dấu hiệu ADHD, nghiên cứu này dùng trắc nghiệm Conners (Nguyễn Công Khanh thích nghi hóa tại Việt Nam năm 2002) phiên bản ngắn dành cho giáo viên (GV) và PH.

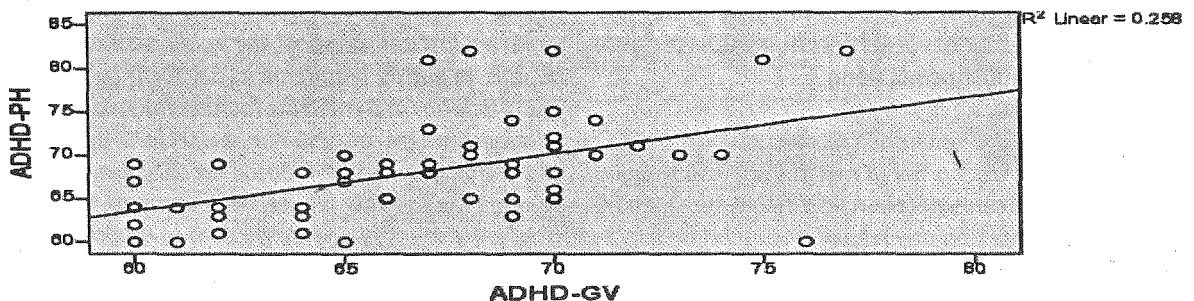
Theo thang Conners, cách đánh giá mức độ rối loạn ADHD như sau:

- Trên 70 điểm: Rất cao (Trẻ có rất nhiều vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường);
- 65-69 điểm: Cao (Trẻ có khá nhiều vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường);
- 60-64 điểm: Trên trung bình – Giới hạn (Trẻ có một số vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường);
- Dưới 60 điểm: Trung bình (Trẻ có hành vi như trẻ bình thường).

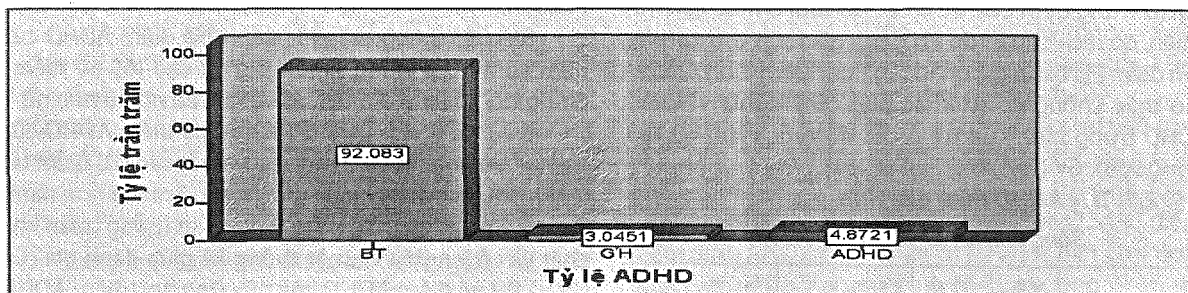
Với mục đích nghiên cứu sàng lọc (Screening), chúng tôi chọn những trẻ mà cả GV và PH đều đánh giá từ 60 điểm trở lên.

Theo DSM-IV, rối nhiễu ADHD có đặc trưng là khởi bệnh sớm (trước 7 tuổi) trong quá trình phát triển, đặc biệt bộc lộ rõ rệt ở lứa tuổi đến trường tiểu học. Vì vậy,

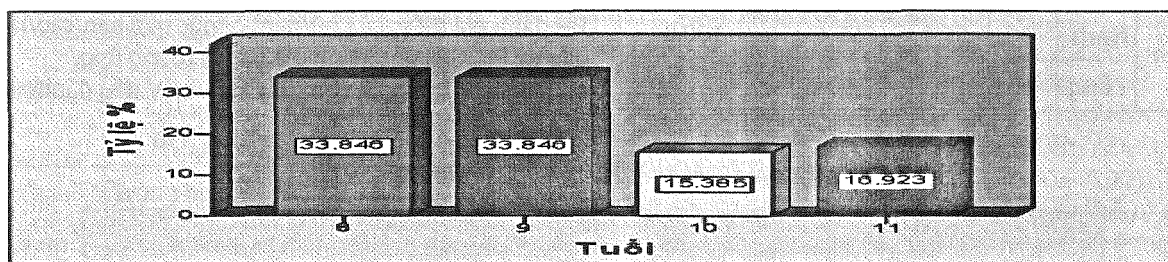
Biểu đồ 1: Phân phối điểm ADHD



Biểu đồ 2: Tỷ lệ trẻ có dấu hiệu ADHD



Biểu đồ 3: Tỷ lệ ADHD theo tuổi



ngiên cứu này chọn 821 học sinh tiểu học (từ 8-11 tuổi) đang học lớp 2 đến lớp 5 tại 20 trường tiểu học của TP. Hồ Chí Minh và 821 PH cũng như 21 GV chủ nhiệm của các em này (trên cơ sở lấy mẫu nhiều bậc và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn).

2.1. Tỷ lệ trẻ có rối loạn ADHD trên học sinh tiểu học (8-11 tuổi) tại TP. Hồ Chí Minh

Biểu đồ 1 trang 24 cho thấy đường phân phối chuẩn điểm ADHD của trẻ do GV và PH đánh giá có xu hướng đi lên rõ rệt. Trong đó, 12 trường hợp cả GV và PH đều đánh giá điểm ADHD ở mức giới hạn, 19 trường hợp cao và 14 trường hợp rất cao. Kiểm định cho thấy có sự tương quan nhất định, thuận và có ý nghĩa giữa điểm ADHD do GV và PH đánh giá trên trẻ (hệ số tương quan Pearson=0.508, Sig=0,000<0.05). Theo đó, có nhiều trường hợp cả GV và PH đều đánh giá điểm ADHD ở cùng mức độ giới hạn/cao/rất cao.

Biểu đồ 2 cho thấy: 92.1% trẻ phát triển bình thường, số trẻ này phát triển như những trẻ bình thường khác. 3.0% trẻ ở mức độ giới hạn, số trẻ này có một số vấn đề về hành vi hơn so với trẻ bình thường, cần được theo dõi ADHD hoặc khám sàng lọc (tầm soát). 4.9% trẻ có biểu hiện ADHD, số trẻ này có nhiều vấn đề về hành vi ADHD hơn so với trẻ bình thường, cần chẩn đoán ADHD hoặc khám lâm sàng ngay.

2.2. Tỷ lệ trẻ có rối loạn ADHD theo độ tuổi

Biểu đồ 3 cho thấy: Số trẻ ADHD tập trung nhiều nhất ở 8 tuổi và 9 tuổi (33.85%), số trẻ 10 tuổi ít nhất (15.38%). Kiểm định cho thấy có sự tương quan khá chặt và có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH ở trẻ 8 tuổi (Cramer's V=0.623, Sig=0.002)

và 9 tuổi (Cramer's V=0.659, Sig=0.001). Có sự tương quan nhất định nhưng không có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH ở trẻ 10 tuổi (Cramer's V=0.584, Sig=0.273>0.05) và 11 tuổi (Cramer's V=0.637, Sig=0.063>0.05).

Bảng 1: Điểm ADHD trung bình theo độ tuổi

Tuổi		ADHD theo đánh giá của PH	ADHD theo đánh giá của GV
8	Trung bình	68.64	66.41
	N	22	22
	Độ lệch chuẩn	4.746	4.079
9	Trung bình	67.59	67.64
	N	22	22
	Độ lệch chuẩn	4.595	3.697
10	Trung bình	68.80	68.80
	N	10	10
	Độ lệch chuẩn	7.436	4.872
11	Trung bình	68.18	65.55
	N	11	11
	Độ lệch chuẩn	5.964	3.830
Tổng	Trung bình	68.23	67.05
	N	65	65
	Độ lệch chuẩn	5.282	4.087

Bảng 1 cho thấy cả GV và PH đều đánh giá điểm ADHD trung bình của trẻ ở các độ tuổi ở mức cao. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn do PH đánh giá luôn cao hơn GV, nên điểm PH đánh giá phân tán hơn. Kiểm định ANOVA cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ADHD trung bình của trẻ ở các độ tuổi. PH ($F=0.183$, $Sig=0.908$), GV ($F=1.471$, $Sig=0.231$).

2.3. Tỷ lệ ADHD theo giới tính

Bảng 2: Tỷ lệ ADHD theo giới tính

		Tần số	Tỷ lệ %	Phần trăm hợp lệ	Phần trăm tích lũy
Giới tính	Nữ	29	44.6	44.6	44.6
	Nam	36	55.4	55.4	100.0
	Tổng	65	100.0	100.0	

Như vậy, tỉ lệ nam (55.4%) có ADHD cao hơn nữ (44.6%).

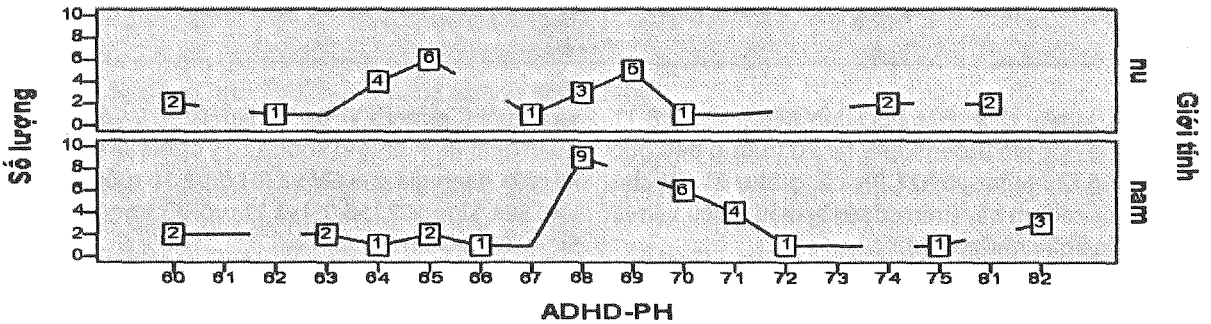
Biểu đồ 5 cho thấy PH đánh giá điểm ADHD của nam và nữ tập trung nhiều ở mức cao (65-69 điểm). Trong đó, số nam ở mức cao và rất cao nhiều hơn nữ.

Biểu đồ 6 cho thấy GV đánh giá điểm ADHD của nam tập trung nhiều ở mức cao và rất cao (70 điểm trở lên) nhiều hơn nữ. Ở mức giới hạn, nữ nhiều hơn nam.

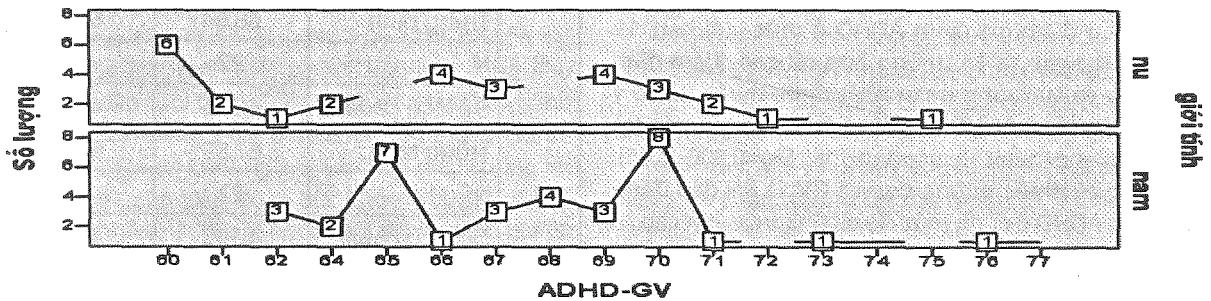
Kiểm định ANOVA cho thấy có sự tương quan khá chặt và có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH về điểm ADHD của nữ cũng như điểm ADHD của nam. Hệ số tương quan lần lượt của nữ và nam như sau: nữ (Cramer's $V=0.539$, $Sig=0.002 < 0.005$), nam (Cramer's $V=0.663$, $Sig=0.000 < 0.005$). Theo đó, nếu GV/PH đánh giá điểm của nữ/nam ở mức giới hạn/cao/rất cao thì PH/GV cũng đánh giá ở mức tương ứng.

Bảng 3 trang 27 cho thấy PH và GV đều đánh giá

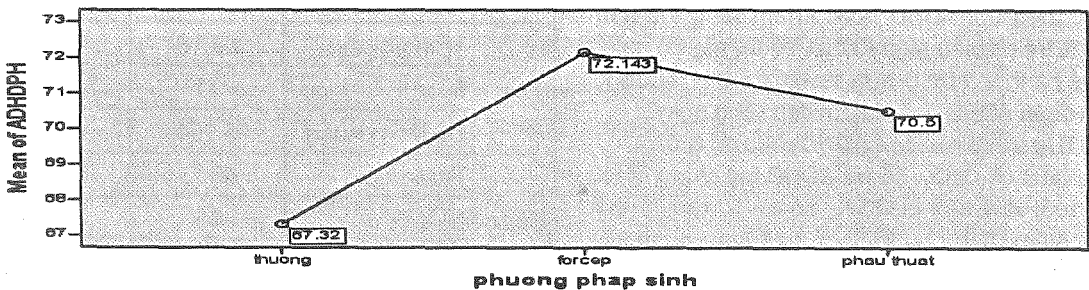
Biểu đồ 5: Điểm ADHD theo giới tính (Đánh giá của PH)



Biểu đồ 6: Điểm ADHD theo giới tính (Đánh giá của GV)



Biểu đồ 7: Điểm ADHD trung bình theo phương pháp sinh



điểm ADHD trung bình của cả nữ và nam ở mức cao. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn điểm GV đánh giá thấp hơn PH, nên ít phân tán hơn. Điểm ADHD trung bình của nữ do GV đánh giá thấp hơn hẳn so với điểm của nam. Kiểm định ANOVA cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm ADHD trung bình của nữ và nam do GV đánh giá ($F=4.087$, $Sig=0.047<0.05$), không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm ADHD trung bình của nữ và nam do PH đánh giá ($F=0.955$, $Sig=0.332>0.05$)

Bảng 3: Điểm ADHD trung bình theo giới tính

Giới tính		ADHD theo đánh giá của PH	ADHD theo đánh giá của GV
Nữ	Trung bình	67.52	65.93
	N	29	29
	Độ lệch chuẩn	5.103	4.407
Nam	Trung bình	68.81	67.94
	N	36	36
	Độ lệch chuẩn	5.424	3.625
Tổng	Trung bình	68.23	67.05
	N	65	65
	Độ lệch chuẩn	5.282	4.087

2.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ ADHD

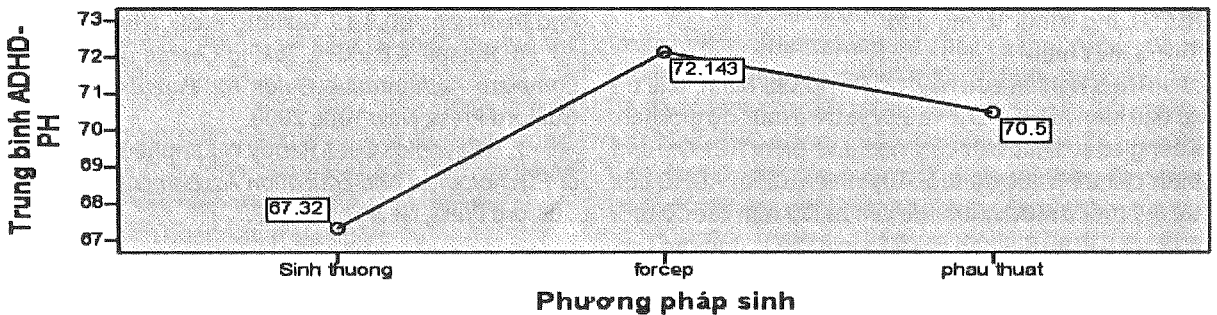
Tim hiểu thông tin về quá trình phát triển của trẻ từ lúc sinh đến hiện tại thông qua phiếu phỏng vấn PH, chúng tôi thấy một số yếu tố có liên quan đến ADHD như phương pháp sinh và thời điểm biết đi.

Biểu đồ 7 trang 26 cho thấy: Điểm ADHD trung bình của trẻ sinh thường là 67.32 (mức cao), trẻ sinh phẫu thuật là 70.5 (mức rất cao) và trẻ sinh forcep (phương pháp kẹp lấy thai) cũng rất cao (72.143 điểm). Kiểm định ANOVA cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm ADHD trung bình theo phương pháp sinh ($F=3.687$, $Sig=0.031<0.005$). Theo đó, điểm ADHD trung bình của những trẻ sinh forcep và phẫu thuật có xu hướng cao hơn trẻ sinh thường.

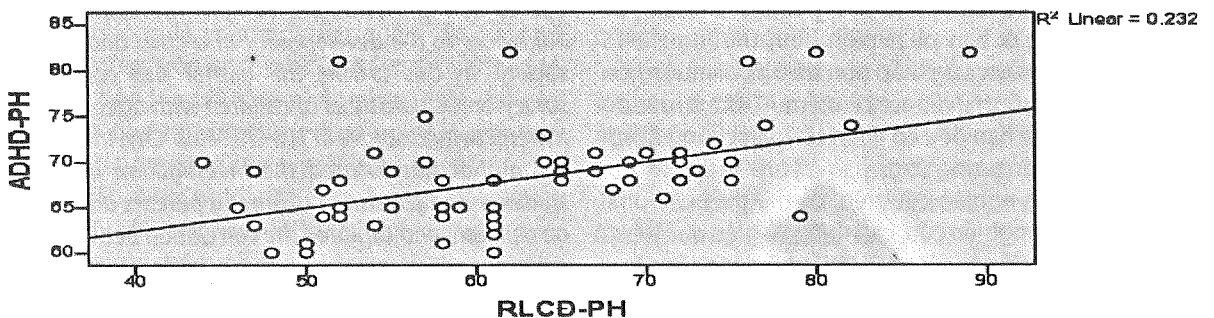
Như vậy, đa số trẻ ADHD biết đi trong khoảng 12-14 tháng tuổi, điểm ADHD trung bình của độ tuổi này ở mức cao. Số trẻ biết đi lúc 16-18 tháng tuổi có điểm ADHD trung bình ở mức rất cao. Kiểm định ANOVA cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ADHD theo thời điểm trẻ biết đi ($F=3.409$, $Sig=0.003<0.005$). Theo đó, trẻ biết đi muộn (16-18 tháng) có xu thế có điểm ADHD trung bình cao hơn những trẻ biết đi trong giới hạn phát triển bình thường của trẻ (10-15 tháng tuổi).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối quan hệ giữa điểm ADHD của trẻ phụ thuộc vào các yếu tố khác như sinh đủ/thiếu tháng, có/không bú sữa mẹ, thứ tự con, trẻ sống với ai, tình trạng hôn nhân của ba mẹ, các mốc phát triển vận động khác (lật, bò, ngồi) và ngôn ngữ.

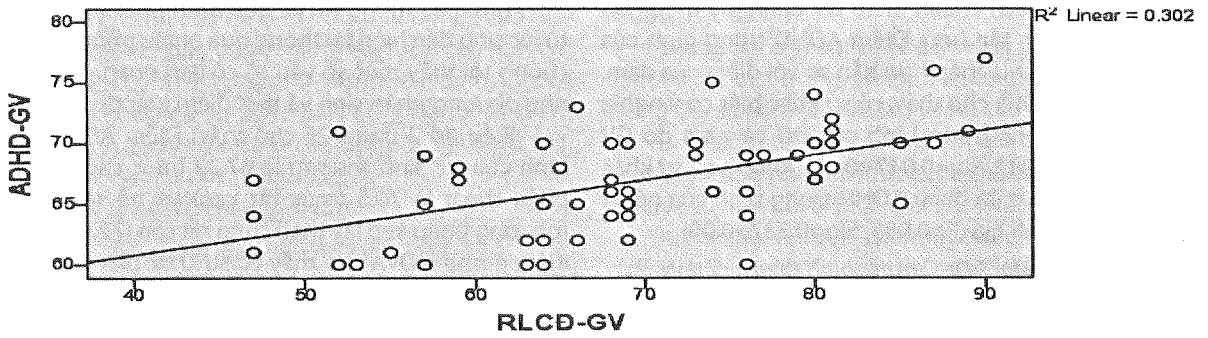
Biểu đồ 8: Điểm ADHD trung bình theo thời điểm biết đi



Biểu đồ 9: Phân phối điểm ADHD và điểm RLCD (Đánh giá của PH)



Biểu đồ 10: Phân phối điểm ADHD và điểm rối loạn chống đối (GV)



2.5. ADHD kèm theo một số rối loạn khác

Tìm hiểu trẻ có nguy cơ ADHD có hay không đi kèm rối loạn chống đối (RLCĐ) qua đánh giá của PH và GV, có thể thấy như sau:

Biểu đồ 9 cho thấy: Sự phân phối điểm ADHD và điểm RLCĐ do PH đánh giá tuân theo đường thẳng có xu hướng đi lên rõ rệt. Có sự tương quan nhất định và có ý nghĩa giữa điểm ADHD và điểm RLCĐ của trẻ (hệ số tương quan Pearson=0.481, Sig=0.000<0.005). Có nghĩa là, một số trẻ có điểm ADHD ở mức độ rất cao/cao/giới hạn thì điểm chống đối cũng ở mức tương ứng.

Biểu đồ 10 cho thấy: Sự phân phối điểm ADHD và điểm RLCĐ tuân theo đường thẳng có xu hướng đi lên rõ rệt. Có sự tương quan khá chặt và có ý nghĩa giữa điểm ADHD và điểm RLCĐ (hệ số tương quan Pearson=0.550, Sig=0.000). Có nghĩa là, có một số trẻ có điểm ADHD ở mức độ rất cao/cao/giới hạn thì điểm RLCĐ cũng ở mức tương ứng.

3. Kết luận

Theo nghiên cứu này, tại TP. Hồ Chí Minh, tỉ lệ trẻ có dấu hiện ADHD 4.9% và 3.02% trẻ ở mức độ giới hạn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ADHD trung bình của trẻ ở các độ tuổi. Tuy nhiên, điểm ADHD của trẻ 8-9 tuổi ở mức cao và rất cao nhiều hơn các độ tuổi khác và tỉ lệ trẻ 8-9 tuổi có rối loạn ADHD cũng cao hơn các độ tuổi khác. Tỉ lệ nam có rối loạn ADHD cao hơn nữ. Theo đánh giá của GV, điểm ADHD trung bình của nam cao hơn nữ. Điểm ADHD trung bình của những trẻ sinh forcep và phẫu thuật có xu hướng cao hơn những trẻ sinh thường. Điểm ADHD trung bình của những trẻ biết đi trong giới hạn phát triển bình thường (11-15 tháng tuổi) có xu hướng thấp hơn trẻ biết đi muộn hơn (17-18 tháng tuổi). Nhiều trẻ có điểm ADHD ở mức độ cao/rất cao/giới hạn đều có điểm rối loạn chống đối đi kèm cũng ở mức tương ứng.

Từ kết quả nghiên cứu trên, có thể thấy cần phải phải đẩy mạnh nghiên cứu, can thiệp và giáo dục trẻ có rối loạn ADHD để các GV và PH hiểu rõ dạng tật này ở trẻ, cũng như các chuyên gia và nhà nghiên cứu quan tâm đến dạng rối loạn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh, *Bước đầu thích nghi hóa các thang đánh giá của Conners trên học sinh tiểu học và trung học cơ sở*, Đề tài cơ sở, MS: C3 Viện Khoa học Giáo dục, 2002.
2. Nguyễn Thị Vân Thanh và Nguyễn Sinh Phúc, *Thực trạng rối nhiễu tăng động giảm chú ý ở hai trường tiểu học tại Hà Nội*, KI yếu Hội thảo “Can thiệp và phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tinh thần trẻ em Việt Nam”, Hà Nội, 12/2007.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, DSM-IV), Washington. DC: APA, 1994.
4. C.Keith Conners, *Conners’ Rating Scales – Revised: Technical Manual*, Multi-Health Systems Inc. (MHS), 2004.
5. Russell A.Barkley, Kevin R.Murphy, *Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnoses and Treatment*, pp.3-19, Guilford Press, New York, 2006.
6. Russell A.Barkley, *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*, pp 19-37, Guilford Press, New York, 2000.
7. R.Reynolds Cecil, Randy W.Kanphaus, *Handbook of Psychological and Education Assessment of Children*, Guilford Press, New York, 2003.

SUMMARY

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the commonly seen phenomena in schools and receives growing attention from experts and parents due to its manifestations, complex developments and influences to the development of a child and the wider society. In this article, the author has conducted a survey on actual status of children with attention deficit hyperactivity disorder in Ho Chi Minh City. In particular, the author has focused the investigation on primary students and assessments among parents and teachers on children, and explored the correlation between ADHD and other factors as well as an in-depth research on ADHD in combination with some other disorders.